



Licenciatura em

Terapia da Fala

Típo de Trabalho

Relatório de Investigação

Título do Trabalho

Conhecimento sobre afasia da população portuguesa adulta

Elaborado por

Mara Ramos

Nº de estudante

201092212

Orientado por

Catarina Ramos, Professora Assistente, Mestre, Título de Especialista em Terapia da Fala

Barcarena, julho (mês) 2014 (ano)

CONHECIMENTO SOBRE AFASIA DA POPULAÇÃO PORTUGUESA ADULTA

Mara Ramos, 201092212

RESUMO

A incidência de casos de AVC a nível mundial e nacional é preocupante sendo esta a principal causa de incapacidade. Cerca de 50% dos sobreviventes de AVC ficam com alterações a nível da comunicação e apresentam uma grande incidência de afasias. A OMS refere que para melhorar a compreensão do público sobre as causas de incapacidade se devem recolher informações sobre o conhecimento, crenças e atitudes de forma a identificar lacunas que podem ser superadas através da educação e informação pública. **Objetivos:** Descrever o conhecimento e as principais fontes de informação sobre afasia para a população portuguesa adulta. **Metodologia:** A investigação enquadra-se num estudo não experimental do tipo exploratório-descritivo e transversal. A amostra é não probabilística por conveniência e a técnica de amostragem por redes. A amostra é constituída por 52 participantes com 44 anos (DP=16,46). O instrumento de recolha de dados foi o questionário de autopreenchimento “Conhecimento sobre afasia” de Vital e Ramos (2013). **Resultados:** Na nossa amostra 34,6% dos participantes já ouviram falar de afasia. A afasia é menos conhecida que outras patologias que também causam incapacidade. Os profissionais de saúde (M=8,87; DP=1,03) e os familiares de pessoas com afasia (M=6,84; DP=0,86) têm mais conhecimento que a população em geral (M=5,23; DP=2,55). As principais fontes de informação são a conversação com outros (27,8%), os meios de comunicação social (27,27%) e o ser familiar de uma pessoa com afasia (16,7%). **Discussão/Conclusão:** Constata-se que a população portuguesa da nossa amostra que já ouviu falar de afasia é superior ao encontrado em estudos internacionais. O facto de existirem mais inquiridos que conhecem alguém que não conseguia comunicar após um AVC do que ouviram falar de afasia pode dever-se à própria manifestação da patologia. Conclui-se que o facto dos indivíduos terem ouvido falar de afasia, não significa que tenham conhecimento sobre o que é afasia, a causa e os fatores ambientais que podem influenciar a participação da pessoa com afasia. O terapeuta da fala deverá contribuir para a divulgação, consciencialização e aumento do conhecimento quer da população em geral quer dos familiares e profissionais de saúde.

Palavras-Chave: afasia, CIF, conhecimento, população portuguesa; fontes de informação

KNOWLEDGE ABOUT APHASIA OF THE ADULT PORTUGUESE POPULATION

Mara Ramos, 201092212

ABSTRACT

The incidence of stroke at global and national level is worrying because it is the main cause of disability. About 50% of stroke survivors are left with alterations in communication and have a high incidence of aphasia. The WHO states that to improve public understanding about the causes of disability it is important to collect information about knowledge, beliefs and attitudes in order to identify gaps that can be overcome through education and public information. **Objectives:** Describe the knowledge and the main sources of information about aphasia of the adult Portuguese population. **Methodology:** The research is a non-experimental, exploratory-descriptive and transversal study. The sample is non-probabilistic by convenience and through networks. The sample consists of 52 participants with 44 years ($SD=16,46$). **Results:** In our sample, 34,6% of the Portuguese population heard of aphasia. Aphasia is less known than other pathologies that also cause incapacity. Health professionals ($M = 8,87$; $SD = 1,03$) and family members of people with aphasia ($M = 6,84$; $SD = 0,86$) have more knowledge than the general population ($M = 5,23$; $SD = 2,55$). The main sources of information are conversation with others (27,8%), the media (27,27%) and be a family member of a person with aphasia (16,7%). **Discussion/Conclusion:** It is noted that the Portuguese population in our sample who heard of aphasia is higher than that found in international studies. The fact that there are more respondents who know someone who could not communicate after a stroke, than heard of aphasia, may be due to the very manifestation of pathology. We conclude that the fact that individuals have heard of aphasia does not mean that they have knowledge about what aphasia is, the cause and the environmental factors that may influence the participation of people with aphasia. The speech and language therapist should contribute to the divulgation, awareness and increased knowledge of either the general population or family members and health professionals.

Keywords: aphasia, ICF, knowledge, portuguese population, information sources

1. INTRODUÇÃO

A incapacidade é uma questão importante e que levanta preocupações às sociedades atuais. Nos últimos anos a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem realizado várias recomendações com o objetivo de melhorar a funcionalidade da pessoa, uma vez que a incapacidade pode ter impacto na sua qualidade de vida.

A nível nacional existem várias patologias que causam incapacidade, tais como: a Esclerose Múltipla que afeta 5.000 portugueses (Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla, 2014); a doença de Parkinson que atinge 20.000 portugueses (Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson, s.d.); a doença de Alzheimer que afeta 90.000 portugueses (Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer, 2009); a Gaguez que atinge 100.000 portugueses (Associação Portuguesa de Gagos, 2009); a Diabetes que afeta 1.003.000 da população portuguesa (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, s.d.). No entanto, são os acidentes vasculares cerebrais (AVC) a principal causa de morte em Portugal e a principal causa mundial de incapacidade (Direção Geral de Saúde (DGS), 2006). Em Portugal a incidência bruta do primeiro AVC por 1000 habitantes foi de 3 na população rural e urbana e as taxas correspondentes, a nível europeu foram de 2, sendo portanto mais elevadas em Portugal (DGS, 2008). Estudos recentes apontam que cerca de 50% dos sobreviventes de AVC fiquem com alterações a nível da comunicação e revelam uma incidência preocupante de afasias (Associação Nacional de Afásicos, s.d.).

Segundo LaPointe (2005) a afasia é uma perturbação adquirida da linguagem, causada por uma lesão cerebral, que prejudica a capacidade da pessoa em compreender, produzir e utilizar a linguagem oral e escrita, o cálculo e o gesto. Ao nível da linguagem escrita denominamos de alexia a incapacidade em compreender palavras ou frases escritas (Simmons-Mackie e Kagan, 2007) e de agrafia a dificuldade em expressar palavras ou frases escritas (Simmons-Mackie e Kagan, 2007). A acalculia representa a dificuldade na realização de cálculos simples (Simmons-Mackie e Kagan, 2007).

A incapacidade linguística experienciada pela pessoa com afasia, fará com que a comunicação com o outro e com o meio, ocorra de forma diferente à utilizada antes da condição de saúde.

Entende-se por comunicação “qualquer ato pelo qual uma pessoa dá ou recebe de outra, informações sobre as necessidades dessa pessoa, os desejos, percepções, conhecimentos ou estados afetivos. A comunicação pode ser intencional ou não, pode implicar sinais convencionais ou não convencionais,

pode assumir formas linguísticas ou não linguísticas e pode ocorrer por meio de modos verbais ou outros” (National Joint Committee for the Communicative Needs of Persons with Severe Disabilities, 1992, p.3). Para a pessoa com afasia a modificação da forma como comunica terá impacto nas atividades do dia a dia, uma vez que a comunicação é necessária para a maioria das atividades diárias, fundamentalmente nas situações sociais do quotidiano. Assim o contexto sócio-cultural em que a comunicação tem lugar é determinante, uma vez que o meio é corresponsável pela comunicação do outro numa dinâmica estabelecida entre a pessoa com afasia e os parceiros de comunicação (Ramos e Vital, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2001, através da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), adaptada para o português europeu em 2004, realça a necessidade de considerar as diferentes consequências da condição de saúde e o seu impacto na funcionalidade e incapacidade do indivíduo. De acordo com a OMS e o Modelo Biopsicossocial, a incapacidade é o resultado de uma interação dinâmica entre fatores pessoais e ambientais, sendo que estes são influenciados e influenciam tanto as estruturas do corpo como as suas funções, na realização de uma atividade diária ou envolvimento numa situação do quotidiano (OMS, 2004).

Ao analisarmos a condição de saúde da pessoa com afasia no quadro conceptual que nos propõe a CIF devemos considerar os fatores pessoais, tais como, a idade, o sexo, o nível social, as crenças e os estilos de vida. Apesar destes não estarem classificados na CIF, devido à grande variabilidade cultural e social, devem ser tidos em conta ao definirmos a funcionalidade da pessoa com afasia, uma vez poderão determinar a forma como a pessoa lida com a sua incapacidade (Ramos e Vital, 2012).

Entende-se por funções e estrutura do corpo as “funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo psicológicas) e as partes anatómicas do corpo nomeadamente, órgãos, membros e seus componentes” (OMS, 2004, p.13). Na pessoa com afasia referimo-nos à área do cérebro lesada e às funções mentais da linguagem de receção e expressão da linguagem oral, escrita, gesto e cálculo como já foi referido anteriormente. Sendo pertinente considerar que, dependendo da lesão ocorrida, as alterações da linguagem vão ocorrer em maior ou menor grau (Castro Caldas, 1999; Mansur, 1996).

Existem outras incapacidades ao nível das funções que podem estar presentes e influenciam o processo comunicativo, tais como: **1)** hemiparésia/hemiplegia, paralisia ou diminuição da força em metade do corpo, não permitindo ao indivíduo ser independente na marcha reduzindo o acesso aos contextos de comunicação e ao uso de escrita com a mão dominante (Ramos e Vital, 2012); **2)** disfagia, dificuldade

em deglutir o bolo alimentar, levando ao comprometimento da função social no momento da alimentação, uma vez que o indivíduo deixa de participar (Malagelada *et al*, 2007); **3)** apraxia, incapacidade de realizar movimentos voluntários, influenciando o recurso ao gesto para a comunicação (Ramos e Vital, 2012); **4)** alterações do campo visual, por exemplo, hemianopsia se uma metade do campo visual está envolvido e quadrantopsia se apenas um quadrante está afetado (Cassidy, Bruce e Gray, 2001), comprometendo a comunicação uma vez que a pessoa com afasia perde o referente do meio sobre o qual comunica; **5)** disartria, alterações no controlo muscular sobre o mecanismo da fala dificultando a comunicação oral (Guo e Togher, 2008) e também a comunicação não verbal (por exemplo a mímica facial); **6)** alterações emocionais, tais como a ansiedade, negação, labilidade emocional, depressão, agressividade e vergonha devem ser tidas em conta na reabilitação da pessoa com afasia uma vez que podem ser uma consequência da condição de saúde (Prestes, 1998).

A incapacidade ao nível da estrutura e das funções do corpo condiciona o indivíduo ao nível da realização de uma determinada atividade. Na componente atividade e participação considera-se a “execução de uma tarefa pelo indivíduo e o seu envolvimento numa situação da vida real” (OMS, 2004, p.13). Na pessoa com afasia referimo-nos à forma como o indivíduo recebe e produz mensagens no seu quotidiano, quer esta mensagem seja oral, escrita ou com recurso ao gesto. Em última análise durante a participação nas atividades do dia a dia a atividade que está em causa é a da comunicação do indivíduo com afasia seja a conversar com os parceiros de comunicação ou a assinar o levantamento de uma receita médica.

Simmons-Mackie e Kagan (2007) referem alguns exemplos de restrições à participação da pessoa com afasia: **1)** incapacidade de gerir tarefas diárias sob stress, por exemplo, dificuldade de pedir ajuda em caso de emergência; **2)** compromisso na vida social através de conversas devido, por exemplo, à dificuldade em fazer perguntas; **3)** compromisso nas atividades diárias tais como dificuldade em seguir uma receita escrita e em ler instruções; **4)** restrições em fazer e manter amizades assim como, dificuldade em iniciar e manter o contato com os amigos; **5)** dificuldade de ter um emprego nomeadamente no preenchimento de pedidos de emprego.

As limitações à funcionalidade comunicativa da pessoa com afasia, são referidas pelos parceiros de comunicação no estudo de Silva e Patrício (2010) em que a qualidade da comunicação e participação diminui após a afasia. As autoras concluem que estas conduzem à perda de momentos comunicativos e afastamento de interlocutores levando à alteração das relações interpessoais.

No estudo de Matos (2012) as pessoas com afasia, os seus familiares/amigos e terapeutas da fala, mostraram consenso sobre as principais áreas de vida afetadas pelas limitações de atividade e restrições à participação após um AVC: **1)** interações e relacionamentos pessoais; **2)** vida comunitária social e cívica, principalmente nas atividades de recreação e lazer; **3)** áreas principais da vida, principalmente trabalho e emprego e vida económica.

Hilari e Northcott (2006) referem ainda que após o AVC e o diagnóstico de afasia a maioria das pessoas do seu estudo tinham mantido ou melhorado o contacto com os filhos (86,3%) e com os seus familiares (75,4%). No entanto tinham menos contacto com amigos (63,9%) e alguns inquiridos não souberam identificar um único amigo próximo (30%).

Como a participação comunicativa da pessoa com afasia nos seus contextos de vida está ligada às oportunidades que lhe são dadas nesse mesmo contexto, consideram-se os fatores ambientais determinantes para a funcionalidade e saúde do indivíduo (Ramos e Vital, 2012). Entende-se por fatores ambientais o “ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida” (OMS, 2004, p.13) podendo estes facilitar (facilitador) ou dificultar (barreira) a participação. São estes: **1)** produtos e tecnologia – “qualquer produto, equipamento ou tecnologia adaptado” (OMS, 2004, p.154) para melhorar a funcionalidade da pessoa com afasia, tais como, o recurso a CAA (Comunicação Aumentativa e Alternativa) e às tecnologias de apoio através da modificação de objetos, fotografias ou outras imagens de modo a ir ao encontro da pessoa com afasia (Howe, Worrall e Hickson, 2008; Simmons-Mackie e Kagan, 2007; Howe, Worrall e Hickson, 2004); **2)** ambiente natural e mudanças feitas pelo homem – “elementos animados e inanimados do ambiente natural e das componentes que foram alteradas pelas pessoas” (OMS, 2004, p.162), por exemplo, ruído ambiente, excesso de informação visual ou falta de sinalética que permitem a autonomia da pessoa com afasia (Howe *et al*, 2004); **3)** apoio e relacionamentos – “pessoas ou animais que dão apoio prático físico ou emocional nos mais variados aspetos da vida diária” (OMS, 2004, p. 166), nomeadamente, a falta de habilidade dos parceiros de conversação como darem pouco tempo ao interagir, falarem muito rápido, utilizarem linguagem complexa e não modificarem a linguagem oral de modo a ir ao encontro às necessidades da pessoa com afasia (Howe *et al*, 2008; Simmons-Mackie e Kagan, 2007; Howe *et al*, 2004); **4)** atitudes – “consequências observáveis das práticas, crenças, valores, normas, estas influenciam o comportamento individual e a vida social em todos os níveis” (OMS, 2004, p.168), por exemplo, pessoas que ignoram, consideram inválidos e não compreendem a pessoa com afasia ou o que é viver com afasia (Howe *et al*, 2004); **5)** serviços, sistemas e políticas – “serviços que

proporcionam benefícios, programas estruturados e operações, em vários setores da sociedade, organizados para satisfazer as necessidades dos indivíduos; sistemas que são mecanismos de controlo administrativo e de supervisão organizativa; políticas que englobam as regras, regulamentos, convenções e normas” (OMS, 2004, p.170), tais como, não proporcionar informação acessível a todos os cidadãos, nem estabelecer serviços e oportunidades adequadas às pessoas com afasia através do acesso comunicativo a ambientes de educação e de trabalho (Howe *et al*, 2004).

Os fatores ambientais podem influenciar de forma diferente na participação da pessoa com afasia ao longo do tempo, devendo por isso ser considerados os vários contextos de vida da pessoa com afasia bem como o tempo de evolução desta condição de saúde (Ramos, 2013).

Um ambiente favorável às pessoas com afasia seria aquele em que os indivíduos e a sociedade têm atitudes positivas perante a pessoa com afasia (Howe *et al*, 2008; Howe *et al*, 2004), uma vez que a modificação dos comportamentos dos parceiros de comunicação pode ser um importante facilitador (Howe *et al*, 2008; Simmons-Mackie e Kagan, 2007; Howe *et al*, 2004). Howe (2004) refere que é importante educar as pessoas para compreenderem a natureza e o impacto da afasia, consciencializar as pessoas sobre as necessidades dos indivíduos com afasia e sobre a perturbação da comunicação uma vez que estas medidas são medidas importantes para criar um ambiente “*aphasia-friendly*”.

Um dos fatores que pode ser desencadeador da baixa consciencialização do público sobre a afasia, é a comunicação social. A OMS (2011) sugere que o envolvimento dos meios de comunicação é fundamental para o sucesso de campanhas de sensibilização e para assegurar a divulgação de histórias positivas sobre as pessoas com incapacidade e as suas famílias. Elman *et al* (2000, citado por Flynn, Cumberland e Marshall, 2008) referem que nos jornais americanos o termo afasia foi mencionado menos vezes, comparativamente a outras condições que afetam a comunicação. À semelhança do mencionado por Elman, Flynn *et al* (2008) afirmam que no jornal britânico (The Guardian) desde 2002, o termo afasia foi mencionado 3 vezes, enquanto a doença de Parkinson o foi 140 vezes.

Sherrat (2011) conclui que as referências sobre afasia nos meios de comunicação social rondam os 34,3% e variam de definições breves sobre afasia e descrições de outras dificuldades como a leitura e a escrita. No entanto as dificuldades com os números ou dinheiro nunca são referidas.

Vários estudos concebidos para averiguar o conhecimento do público sobre a afasia têm demonstrado que muitas pessoas têm conhecimento insuficiente sobre a perturbação, as causas e o tratamento (Flynn *et al*, 2008).

O estudo de Code, Simmons-Mackie, Armstrong, Stiegler e Bushby de 2001 desenvolvido com o objetivo de averiguar o conhecimento da população sobre afasia contou com uma amostra de 929 indivíduos: 378 em Exeter (Inglaterra), 389 no Louisiana (Estados Unidos da América) e 159 em Sydney (Austrália). A amostragem foi por conveniência em locais públicos (centros comerciais). Os inquiridos tinham de responder a um questionário com caracterização sociodemográfica, questões sobre AVC, afasia e outras patologias, perturbações da comunicação e fontes de conhecimento. Os principais resultados obtidos neste estudo mostram que entre 10% a 18% dos inquiridos tinha ouvido falar de afasia, sendo que 30% obteve esse conhecimento através da comunicação social e 10% por terem um familiar ou amigo com afasia. Na amostra deste estudo as mulheres (59,1%) tinham mais conhecimento do que os homens (40,9%).

Este estudo foi replicado em 2002 por Simmons-Mackie, Code, Armstrong, Stiegler e Elman, com 978 indivíduos: 378 em Exeter (Inglaterra), 52 na Califórnia, 380 no Louisiana (Estados Unidos da América) e 159 em Sydney (Austrália). Os resultados indicaram que dos 978 inquiridos, 13,6% (133) ouviram falar de afasia. A idade média dos inquiridos que tinham ouvido falar de afasia era mais velha (46,5 anos) comparativamente aos que nunca tinham ouvido falar de afasia (39,7 anos). Os resultados mostraram ainda que os terapeutas, professores e enfermeiros e as pessoas aposentadas tinham mais conhecimento sobre o tema (57,8%) e que as mulheres tinham mais conhecimento do que os homens (59,1%). As fontes de informação mais comuns foram a comunicação social (38,7%) e através de um familiar/amigo que tem afasia (17,8%). No entanto, verificaram que vários inquiridos que trabalhavam na área da saúde não definiram com precisão afasia ou demonstraram ter conhecimentos básicos sobre afasia. Enquanto que um número de indivíduos relatavam que afasia envolvia lesões cerebrais, outros inquiridos confundiam esta perturbação com a doença de Alzheimer e/ou demência.

Flynn *et al* (2008) realizaram um estudo cujo objetivo foi explorar o conhecimento público sobre a afasia comparando-o com o conhecimento público sobre a doença de Parkinson. Os inquiridos foram 100 pessoas do público em geral e 26 amigos ou familiares de pessoas com afasia residentes em duas cidades do sudeste da Inglaterra (Londres e Surrey). Neste estudo verificou-se que na cidade de Londres a média de conhecimento do público sobre afasia era mais baixa ($M=1,28$; $DP=3,23$) que a

média de conhecimento do público sobre a doença de Parkinson (M=8,3; DP=2,87). O mesmo se constatou na cidade de Surrey em que a média de conhecimento sobre afasia era de 1,18 (DP=3,19) e sobre a doença de Parkinson (M=8,3; DP=3,05). Os familiares/amigos de pessoas com afasia (Londres-M=8,83; DP=4,20; Surrey-M=10,79; DP=1,25) demonstraram uma média de conhecimento sobre afasia superior à do público em geral. Os autores deste estudo concluíram que o conhecimento dos familiares/amigos sobre afasia tanto na cidade de Londres como na cidade de Surrey são inferiores aos seus conhecimentos sobre a doença de Parkinson.

A investigação de Code, Papathanasiou, Rubio-Bruno, Haaland-Johansen, de la Paz Cabana, Villanueva (2009) permitiu uma comparação do conhecimento da população sobre afasia entre diferentes países, dois deles europeus e um na América do Sul. Os inquiridos foram entrevistados sendo a amostragem por conveniência na Grécia (N= 800), na Argentina (N= 800) e na Noruega (N= 251). Mais de 90% dos inquiridos nunca tinham ouvido falar de afasia e em algumas regiões os entrevistados achavam que a afasia seria mais uma doença de pele ou um fruto, do que um problema de comunicação.

Whitaker e Marshall (2011) entrevistaram 223 indivíduos adultos, residentes nos Estados Unidos da América entre setembro e dezembro de 2010 com o objetivo de averiguar o conhecimento público sobre afasia como um pré-requisito para o desenvolvimento de um plano de ação para aumentar o conhecimento sobre a perturbação. No questionário 110 inquiridos (49,3%) responderam que nunca tinham ouvido falar de afasia. Dos inquiridos 82 eram do sexo masculino (37%) e 141 eram do sexo feminino (63%) entre os 18 e os 82 (M=31,4, DP=14,84) anos de idade. A maioria dos inquiridos tinha obtido informações sobre afasia no trabalho (40,9%) e a partir da comunicação social (jornal, internet, televisão) (17,27%). Os autores consideraram estes resultados como encorajadores uma vez que mais de metade (50,67%) das 223 pessoas tinham conhecimento do que é afasia quando comparado aos 13,9% do estudo anterior de Simmons-Mackie *et al* (2002). Concluíram que estes resultados se podem dever ao facto de este estudo ter sido realizado numa região conhecida por ter uma grande incidência de casos de doenças cardiovasculares e AVC ou podem indicar que o conhecimento público sobre a afasia tem aumentado na última década.

O estudo de 2012 de McCann, Tunnicliffe e Anderson, foi realizado com uma amostra de 300 participantes (125 homens e 175 mulheres) nos centros metropolitanos de Nova Zelândia (2 na Ilha do Sul e 4 na Ilha do Norte). O objetivo era averiguar a consciência/ouvir falar e o conhecimento da

população sobre doença de Parkinson, AVC e afasia (causas e sintomas de afasia). Dos inquiridos 200 eram visitantes de centros comerciais urbanos e 100 trabalhavam no setor de saúde no Hospital Metropolitano da cidade (médicos, enfermeiros, terapeutas, farmacêuticos, psicólogos entre outros). A faixa etária dos entrevistados era entre 21 e os 85 anos. Mais de 30% de inquiridos tinha consciência/ouvido falar de afasia contudo o conhecimento sobre a mesma foi de 8%. Comparando o público em geral com os profissionais de saúde os resultados são bastante diferentes, sendo que 11% do público em geral tinha consciência/ouvido falar de afasia e apenas 1,5% tinha conhecimento sobre a mesma, enquanto que no setor da saúde 68% das pessoas tinha consciência/ouvido falar e 21% preencheram os critérios para o conhecimento básico sobre afasia. Relativamente à comparação entre patologias, os autores verificaram que a consciência/ouvir falar e o conhecimento sobre afasia é mais baixo. O conhecimento dos inquiridos que eram profissionais de saúde sobre a doença de Parkinson era de 96% de sobre o AVC era de 99,3%, enquanto que o conhecimento dos inquiridos visitantes de centros comerciais sobre estas patologias é inferior sendo para a doença de Parkinson de 31,3% e para o AVC de 53,3%.

Code *et al* (2009) afirmam que diferentes culturas possuem diferentes níveis de conhecimento. Esta realidade e a baixa consciencialização sobre afasia pode dever-se às variações regionais de incidência/prevalência de afasias ou às variações socioeconómicas e educacionais. É importante referir que a falta de conhecimento sobre afasia acarreta consequências económicas, psicossociais e políticas, ou seja, influenciam o financiamento, o apoio à investigação, a qualidade dos serviços e menor empatia e compreensão com as pessoas com afasia que procuram reintegrar-se na sociedade (Flynn *et al*, 2008; Elman *et al*, 2000, citado por Code, 2003; Simmons-Mackie *et al*, 2002; Code *et al*, 2001).

A OMS (WHO, 2011) no seu relatório sobre incapacidade refere que é vital para melhorar a compreensão do público sobre a deficiência, confrontar as perceções, recolher informações sobre o conhecimento, crenças e atitudes de forma a identificar lacunas que podem ser superadas através da educação e informação pública. Recomendando, por isso, que sejam desenvolvidas medidas para aumentar a consciencialização pública e o entendimento sobre as deficiências. Assim, o terapeuta da fala surge como um dos profissionais responsáveis pela consciencialização da população como forma de maximizar a participação da pessoa com afasia, uma vez que é o profissional responsável por desenvolver atividades no âmbito da prevenção, avaliação e tratamento das perturbações da comunicação humana (Decreto-lei nº 564/99 de 21 de dezembro).

Considerando o que foi exposto anteriormente e uma vez que não são conhecidos dados em Portugal sobre esta temática, torna-se pertinente investigar o conhecimento da população portuguesa sobre afasia. Constitui-se como questão de investigação para este estudo: “Qual é o conhecimento sobre afasia da população portuguesa adulta?” e como objetivos (1) descrever o conhecimento sobre afasia da população portuguesa adulta e (2) averiguar as principais fontes de informação sobre afasia da população portuguesa adulta.

2. METODOLOGIA

2.1. Tipo de Estudo

No âmbito metodológico, a investigação enquadra-se num estudo não experimental do tipo exploratório-descritivo, uma vez que os objetivos são descrever o conhecimento da população portuguesa adulta sobre afasia e identificar as principais fontes de informação desse conhecimento. É ainda transversal pois foi realizado num único momento, o de preenchimento do instrumento de recolha de dados.

2.2. Amostra

Para o presente estudo foi considerada uma amostra não probabilística por conveniência. A técnica de amostragem foi por redes em que a amostra é composta por sujeitos facilmente acessíveis, tendo por base as redes sociais e as amizades da investigadora, a partir de critérios definidos.

Para a seleção da amostra foram consideradas as seguintes variáveis de: **1)** inclusão, ter idade igual ou superior a 18 anos, nacionalidade portuguesa e residência em Portugal; **2)** exclusão, ser terapeuta da fala, ser estudante de terapia da fala ou ser uma pessoa que tem afasia; **3)** controlo, ter contacto com pessoas que têm afasia, zona de residência em meio rural/urbano.

Para obter a amostra, foram entregues 55 questionários, dos quais foram recolhidos 54, sendo possível verificar uma taxa de adesão de 98%. No entanto, foram excluídos dois questionários por não estarem preenchidos na totalidade. A amostra desta investigação é constituída por 52 participantes.

Os inquiridos, como mostra a tabela 1, apresentam em média 44,1 anos (DP=16,46). Dos participantes 61,5% são do sexo feminino e 38,5 são do sexo masculino, sendo que 42,3% têm como habilitações literárias concluídas o ensino secundário porém 9,6% ainda são estudantes. A maioria dos inquiridos vive no concelho de Sintra (71,2%) e numa zona urbana (96,2%).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes (N=52)

	Frequência (%)	Média (DP)	Min-Máx
Idade		44,10 (16,46)	20-79
Género			
Feminino	32 (61,5)		
Masculino	20 (38,5)		
Concelho de Residência			
Sintra	37 (71,2)		
Cascais	5 (9,6)		
Montijo	2 (3,8)		
Oeiras	2 (3,8)		
Santiago do Cacém	2 (3,8)		
Setúbal	1 (1,9)		
Lisboa	1 (1,9)		
Vila Franca de Xira	1 (1,9)		
Barreiro	1 (1,9)		
Zona de residência rural/urbana			
Urbana	50 (96,2)		
Rural	2 (3,8)		
Habilitações Literárias Concluídas			
1ºCiclo do ensino básico (1º-4ºanos)	6 (11,5)		
2ºCiclo do ensino básico (5º-6ºanos)	2 (3,8)		
3ºCiclo do ensino básico (7º- 9ºanos)	7 (13,5)		
Ensino Secundário/Curso Profissional (10º-12ºanos)	22 (42,3)		
Bacharelato	2 (3,8)		
Licenciatura	12 (23,1)		
Mestrado	1 (1,9)		
Estudante			
Sim	5 (9,6)		
Ciclo de estudos atual (n=5)			
1ºCiclo (1º-4ºanos)	1 (20,0)		
Licenciatura	1 (20,0)		
Mestrado	3 (60,0)		
Exerce profissão atualmente			
Sim	34 (65,4)		
Motivo pelo qual não exerce profissão (n=12)			
Reformado	8 (66,7)		
Desempregado	4 (33,3)		
Classificação Portuguesa das Profissões (n=46)			
(1) Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa,	2 (4,3)		
(2) Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas,	12 (26,1)		
(3) Técnicos e Profissionais de nível intermédio,	6 (13,0)		
(4) Pessoal Administrativo e Similares,	7 (15,2)		
(5) Pessoal dos Serviços e Vendedores,	6 (13,0)		
(6) Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas,	1 (2,2)		
(7) Operários, Artífices e Trabalhadores Similares,	2 (4,3)		
(8) Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem,	6 (13,0)		
(9) Trabalhadores não qualificados	4 (8,7)		

Relativamente à profissão 65,4% trabalham e 34,6% não exercem profissão por se encontrarem reformados (66,7%) ou desempregados (33,3%). De acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões (INE, 2011), 26,1% dos 52 participantes exercem funções no grupo 2 (especialistas das atividades intelectuais e científicas). Salienta-se ainda que 3 dos participantes exercem funções laborais na área da saúde.

2.3. Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados utilizado foi o questionário de autopreenchimento “Conhecimento sobre afasia” de Vital e Ramos (2013) (Anexo 1). Este questionário divide-se em 4 partes. Na primeira parte constam perguntas abertas e fechadas de caracterização. Na segunda parte encontram-se questões de conhecimento geral tais como, conhecimento sobre outras patologias que causam incapacidade e no caso de já ter ouvido falar de afasia, quais foram as fontes de informação, sendo que as questões neste Mara Ramos, 201092212

ponto são fechadas. Na terceira parte pretende-se averiguar o conhecimento sobre afasia através de afirmações sobre esta patologia cuja resposta é por meio de uma escala visual analógica em que 1 representa “não tenho conhecimento” e 10 representa “tenho esse conhecimento”. As afirmações deste grupo podem ser divididas considerando as componentes da CIF (OMS, 2004) da seguinte forma: estruturas do corpo (afirmações 1, 12, 23 e 34); funções do corpo (afirmações 2, 7, 13,18, 24, 29, 35, 40 e 43); atividade (afirmações 3, 8, 14, 19, 25, 30, 36 e 41); participação (afirmações 4, 9, 15, 20, 26, 31 e 37); fatores ambientais (afirmações 5, 10, 16, 21, 27, 32, 44 e 46), fatores pessoais (6, 11, 17, 22, 28, 33, 39 e 42). Para além destas existem mais duas afirmações relativas a outro conhecimento (38 e 45). Na 4ª e última parte do questionário é pedido ao participante que quantifique qual considera ser o seu conhecimento sobre afasia..

2.4. Procedimentos

A fase inicial do estudo foi constituída pela pesquisa bibliográfica e pela construção da questão orientadora e dos objetivos da investigação. De seguida, foram seleccionados o tipo de estudo e de amostragem e realizadas a ficha de primeiro contacto (Apêndice 1) e a carta de apresentação (Apêndice 2). Foram efectuados dois pré-testes aos instrumentos desta investigação, o primeiro com os alunos do 4º ano da Licenciatura em Terapia da Fala e o segundo com os docentes terapeutas da fala da Universidade Atlântica tendo sido realizadas as alterações consideradas pertinentes. Na etapa seguinte entrou-se em contacto com os prováveis participantes por telefone. Este telefonema permitiu averiguar se os inquiridos cumpriam as variáveis estabelecidas, explicar em que consistia o estudo e saber se o indivíduo estaria interessado em participar. A cada participante foi entregue um envelope A3 com o questionário “Conhecimento sobre afasia” de Vital e Ramos (2013), a carta de apresentação e um envelope branco para que ao devolver o questionário à investigadora, não seja reconhecida a identidade. Os documentos envelopados foram entregues e recebidos por correio ou pessoalmente. Os prejuízos físicos e morais no decurso da investigação, o anonimato e a confidencialidade dos dados foram salvaguardados.

Durante o processo descrito anteriormente, foi elaborada uma base de dados no programa *Statistical Package for the Social Sciences 20* (SPSS) de forma a realizar a análise estatística do estudo. Recorreu-se à utilização da estatística descritiva através do cálculo de médias, desvios padrão, máximos, mínimos e modas para a análise de variáveis quantitativas, bem como a utilização de frequências absolutas e relativas para a análise de todas as variáveis qualitativas. Para a análise do conhecimentos sobre afasia dos participantes foi construída uma escala em que se considera: [0;2] sem

conhecimento;]2;4] conhecimento básico;]4;6] conhecimento suficiente;]6;8] bom conhecimento e]8;10] muito bom conhecimento.

Os resultados obtidos foram analisados e explicados tendo sempre como linha orientadora a imparcialidade, objetividade e respeito pela confidencialidade deste processo.

3. RESULTADOS

O resultado de *Alpha de Cronbach* do instrumento de recolha de dados foi de 0,97 o que traduz uma elevada consistência interna do instrumento de recolha de dados. Obteve-se um *Alpha de Cronbach* para a componente estruturas do corpo de 0,73 (nº de itens=4); para a componente funções do corpo de 0,80 (nº de itens=9); para a componente atividade de 0,82 (nº de itens=8); para a componente participação de 0,87 (nº de itens=7); para a componente fatores ambientais de 0,90 (nº de itens=8) e para a componente fatores pessoais de 0,90 (nº de itens=8).

Com a caracterização do conhecimento sobre AVC, outras patologias que causam incapacidade e fontes de informação sobre afasia (tabela 2) foi possível verificar que da amostra 100% dos inquiridos já ouviu falar do que é um AVC e que 48,1% conheceu alguém que não comunicava ou falava após ter sofrido um AVC.

Tabela 2. Caracterização do conhecimento sobre AVC, outras patologias que causam incapacidade e fontes de informação sobre afasia (N=52)

	Frequência (%)	Média (DP)	Min-Máx
Ouviu falar de AVC	52 (100)		
Conheceu alguém que não conseguisse comunicar ou falar após ter sofrido um AVC	25 (48,1)		
Ouviu falar de:			
Diabetes	52 (100)		
Alzheimer	52 (100)		
Parkinson	51 (98,1)		
Esclerose Múltipla	51 (98,1)		
Gaguez	50 (96,2)		
Afasia	18 (34,6)		
Alexia e Agrafia	14 (26,9)		
Disartria	12 (23,1)		
Fontes de informação sobre afasia:			
Em conversa	5 (27,8)		
Ser familiar de uma pessoa com afasia	3 (16,7)		
TV	3 (16,7)		
Formação	2 (11,1)		
Livro	1 (5,6)		
Internet	1 (5,6)		
Trabalhar com pessoa(s) com afasia	1 (5,6)		
Campanha de sensibilização	1 (5,6)		
TV + Rádio	1 (5,6)		

Ainda nesta tabela, constata-se que existem várias condições de saúde que mais de 95% dos participantes já ouviram falar como Diabetes (100%), Alzheimer (100%), doença de Parkinson (98,1%), Esclerose Múltipla (98,1%) e Gaguez (96,2%). Relativamente ao conhecimento sobre afasia 34,6% dos inquiridos responderam que já tinham ouvido falar desta condição de saúde através da Mara Ramos, 201092212

conversação com outros (27,8%) através dos meios de comunicação (TV, internet e rádio) (27,27%) e por serem familiares de uma pessoa com afasia (16,7%).

Da escala visual analógica em que 1 corresponde a “não tenho conhecimento” e 10 “tenho conhecimento” realizou-se a conversão dos resultados para 0 a 10, sendo o tratamento estatístico efectuado com base nesta conversão.

Em relação ao conhecimento sobre afasia (tabela 3) verificou-se que a média de conhecimento é de 6,11 (DP=2,53) sendo superior para os profissionais de saúde (M=8,87; DP=1,03) e para os familiares de pessoas com afasia (M=6,84; DP=0,86) e inferior para a população em geral (M=5,23; DP=2,55). Salienta-se que 2 (66,7%) dos profissionais de saúde apresentam muito bom conhecimento sobre afasia, os 3 (100%) familiares de pessoas com afasia apresentam bom conhecimento e 5 (41,7%) dos participantes da população em geral têm conhecimento suficiente.

No que se refere ao autoconhecimento (tabela 3) constata-se que o grupo que considera ter mais conhecimento sobre afasia são os familiares de pessoas com afasia (M=9,00; DP=1,73) comparativamente aos outros dois grupos, profissionais de saúde (M=7,00; DP=1,00) e população em geral (M=5,08; DP=2,81). Constata-se que 2 (66,7%) familiares de pessoas com afasia consideram ter muito bom conhecimento, 2 (66,7%) dos profissionais de saúde e 4 participantes (33,3%) da população em geral consideram ter bom conhecimento.

Tabela 3. Análise do conhecimento e autoconhecimento

	Frequência (%)					Média (DP)	Min-Máx
	≥0-≤2	≥2-≤4	≥4-≤6	≥6-≤8	≥8-≤10		
Conhecimento sobre afasia							
Profissionais de Saúde (n=3)	2 (11,1)		5 (27,8)	7 (38,9)	4 (22,2)	6,11 (2,53)	0,29 – 10,00
Familiares de Pessoas com Afasia (n=3)				1 (33,3)	2 (66,7)	8,87 (1,03)	7,97 – 10,00
População em Geral (n=12)				3 (100)		6,84 (0,86)	6,13 – 7,80
Autoconhecimento sobre afasia							
Profissionais de Saúde (n=3)	2 (16,7)		5 (41,7)	3 (25,0)	2 (16,7)	5,23 (2,55)	0,29 – 8,25
Familiares de Pessoas com Afasia (n=3)	1 (5,6)	3 (16,7)	2 (11,1)	7 (38,9)	5 (27,8)	6,06 (2,81)	1,00 – 10,00
População em Geral (n=12)				2 (66,7)	1 (33,3)	7,00 (1,00)	6,00 – 10,00
				1 (33,3)	2 (66,7)	9,00 (1,73)	7,00 – 10,00
	1 (8,3)	3 (25,0)	2 (16,7)	4 (33,3)	2 (16,7)	5,08 (2,81)	1,00 – 10,00

Legenda: ≥0 - ≤2 Sem conhecimento; >2 - ≤4 Conhecimento básico; >4 - ≤6 Conhecimento suficiente; >6 - ≤8 Bom conhecimento; >8 - ≤10 Muito Bom conhecimento.

Relativamente à análise dos resultados da componente estruturas do corpo, sistematizados na tabela 4, constata-se que 66,7% dos inquiridos têm entre bom a muito bom conhecimento que a afasia é causada por uma lesão no cérebro e que 50% dos participantes não têm conhecimento ou têm conhecimento básico que lesões nas estruturas do aparelho cardiovascular não são a causa da afasia. Constata-se ainda que 44,5% e 50% dos participantes não têm conhecimento ou têm conhecimento básico que a pessoa com afasia não apresenta alterações das estruturas responsáveis pela produção de voz e fala respetivamente.

Tabela 4. Análise dos resultados da componente estruturas do corpo (N=52)

	Frequência (%)					Média (DP)	Min-Máx
	[0;2]	]2;4]	]4;6]	]6;8]	]8;10]		
A afasia é causada por uma lesão no cérebro.	1 (5,6)	3 (16,7)	1 (27,8)	7 (5,6)	11(61,1)	7,30 (3,22)	0,22 – 10,00
A pessoa com afasia não apresenta uma alteração das estruturas responsáveis pela produção de voz.	7 (38,9)	1 (5,6)		2 (11,1)	8 (44,4)	5,47 (4,34)	0,00 – 10,00
A pessoa com afasia não apresenta uma alteração das estruturas responsáveis pela produção de fala.	8 (44,4)	1 (5,6)	1 (5,6)	2 (11,1)	6 (33,3)	4,97 (3,98)	0,00 – 10,00
Lesões nas estruturas do aparelho cardiovascular não são a causa da afasia.	6 (33,3)	3 (16,7)	3 (16,7)		6 (33,3)	4,64 (3,98)	0,00 – 10,00

Legenda: [0;2] sem conhecimento;]2;4] conhecimento básico;]4;6] conhecimento suficiente;]6;8] bom conhecimento;]8;10] muito bom conhecimento.

Quanto à análise dos resultados da componente funções do corpo (tabela 5) verifica-se que os inquiridos apresentam entre o bom e muito bom conhecimento que a pessoa com afasia pode ter dificuldade em expressar os pensamentos através da fala (77,8%) ou da escrita (55,6%) e que a compreensão de uma mensagem oral (50%) ou escrita (66,7%) pode estar afetada devido à afasia. Salienta-se ainda que cerca de 50% dos participantes neste estudo não têm ou têm conhecimento básico que para a pessoa com afasia o recurso ao gesto para compreender/expressar uma mensagem pode não ser possível e que 44,4% não tem conhecimento que a função do cálculo se pode encontrar alterada. Contudo, 55,5% dos inquiridos apresenta entre bom conhecimento e muito bom conhecimento que a pessoa com afasia pode ter uma incapacidade ao nível da mobilidade.

Tabela 5. Análise dos resultados da componente funções do corpo (N=52)

	Frequência (%)					Média (DP)	Min-Máx
	[0;2]	]2;4]	]4;6]	]6;8]	]8;10]		
Na afasia existe uma dificuldade em expressar os pensamentos através da fala.	1 (5,6)	2 (11,1)	1 (5,6)	1 (5,6)	13 (72,2)	7,86 (3,06)	0,22 – 10,00
A compreensão de uma mensagem escrita pode estar afetada devido à afasia.	3 (16,7)	1 (5,6)	2 (11,1)	2 (11,1)	10 (55,6)	6,87 (3,50)	0,33 – 10,00
A pessoa com afasia pode não conseguir escrever.	4 (22,2)	2 (11,1)	2 (11,1)		10 (55,6)	6,71 (3,94)	0,00 – 10,00
Para a pessoa com afasia o recurso ao gesto para compreender/expressar uma mensagem pode não ser possível.	6 (33,3)	3 (16,7)	2 (11,1)	1 (5,6)	6 (33,3)	4,74 (3,91)	0,00 – 10,00
A pessoa com afasia apresenta uma incapacidade em colocar as suas ideias em palavras.	6 (33,3)			2 (11,1)	10 (55,6)	6,34 (4,18)	0,44 – 10,00
As dificuldades ao nível do cálculo podem surgir devido à afasia.	8 (44,4)		2 (11,1)	4 (22,2)	4 (22,2)	4,39 (3,94)	0,00 – 10,00
A pessoa com afasia pode ter uma incapacidade ao nível da mobilidade (e.g. paralisia de uma parte do corpo).	6 (33,3)	1 (5,6)	1 (5,6)	2 (11,1)	8 (44,4)	5,60 (4,23)	0,00 – 10,00
A pessoa com afasia pode ter uma incapacidade em descodificar a mensagem falada pelo outro.	3 (16,7)	2 (11,1)	2 (11,1)	2 (11,1)	9 (50,0)	6,42 (3,64)	0,11 – 10,00
Uma das incapacidades que a pessoa com afasia pode apresentar é a resolução de problemas da vida diária.	4 (22,2)	2 (11,1)	2 (11,1)	3 (16,7)	7 (38,9)	5,81 (3,50)	0,33 – 10,00

Legenda: [0;2] sem conhecimento;]2;4] conhecimento básico;]4;6] conhecimento suficiente;]6;8] bom conhecimento;]8;10] muito bom conhecimento.

Ao analisarmos os resultados relativos à componente atividade, sistematizados na tabela 6, verifica-se que os inquiridos têm entre bom a muito bom conhecimento que a pessoa com afasia tem uma incapacidade ao nível da comunicação (88,9%), que numa conversa a pessoa com afasia pode ter dificuldade em compreender o que o outro diz (61,1%) e também em expressar a sua mensagem (77,8%). Consta-se que os participantes não têm conhecimento ou têm conhecimento básico que a pessoa com afasia pode ter dificuldade em descodificar e compreender os gestos da outra pessoa (33,4%) e a construir uma mensagem usando o gesto (33,3%). Salienta-se ainda que os participantes deste estudo não têm conhecimento ou têm conhecimento básico que uma das incapacidades que a pessoa com afasia pode apresentar é a resolução de contas ou problemas matemáticos (44,5%).

Tabela 6. Análise dos resultados da componente atividade (N=52)

	Frequência (%)					Média (DP)	Min-Máx
	[0;2]	]2;4]	]4;6]	]6;8]	]8;10]		
Numa conversação a pessoa com afasia pode ter dificuldade em compreender o que o outro diz.	4 (22,2)	1 (5,6)	2 (11,1)	3 (16,7)	8 (44,4)	6,38 (3,69)	0,22 – 10,00
Numa conversação é difícil para a pessoa com afasia expressar a sua mensagem através da fala.	3 (16,7)		1 (5,6)	1 (5,6)	13 (72,2)	7,71 (3,46)	0,22 – 10,00
A leitura de uma mensagem pode ser uma das incapacidades da pessoa com afasia	2 (11,1)	1 (5,6)	1 (5,6)	2 (11,1)	12 (66,6)	7,72 (3,14)	0,33 – 10,00
A pessoa com afasia pode ter dificuldade em construir uma mensagem escrita.	5 (27,8)			3 (16,7)	10 (55,6)	6,39 (4,08)	0,00 – 10,00
A pessoa com afasia pode ter dificuldade em decodificar e compreender os gestos da outra pessoa.	5 (27,8)	1 (5,6)	2 (11,1)	3 (16,7)	7 (38,9)	5,62 (3,80)	0,00 – 10,00
Para a pessoa com afasia pode ser difícil construir uma mensagem usando o gesto.	6 (33,3)		5 (27,8)	3 (16,7)	4 (22,2)	4,57 (3,53)	0,00 – 10,00
Uma das incapacidades que a pessoa com afasia pode apresentar é a resolução de contas ou problemas matemáticos.	7 (38,9)	1 (5,6)	3 (16,7)	2 (11,1)	5 (27,8)	4,04 (4,03)	0,00 – 10,00
A pessoa com afasia tem uma incapacidade ao nível da comunicação.	2 (11,1)			5 (27,8)	11 (61,1)	7,79 (2,92)	0,22 – 10,00

Legenda: [0;2] sem conhecimento;]2;4] conhecimento básico;]4;6] conhecimento suficiente;]6;8] bom conhecimento;]8;10] muito bom conhecimento.

Em relação à participação da pessoa com afasia (tabela 7) mais de 50% dos participantes tem entre bom e muito bom conhecimento que esta condição de saúde influencia a realização das atividades da vida diária (72,3%), o emprego (83,3%), a participação nas atividades de recreação e lazer (55,6%), a participação na vida política (61,1%) e que pode diminuir a vida social da pessoa com afasia (77,8%) e como consequência desta condição o isolamento (61,2%). No entanto 38,9% não tem conhecimento que influencia a criação e manutenção de laços de amizade.

Tabela 7. Análise dos resultados da componente participação (N=52)

	Frequência (%)					Média (DP)	Min-Máx
	[0;2]	]2;4]	]4;6]	]6;8]	]8;10]		
A pessoa com afasia pode necessitar do apoio de outra pessoa para a realização das tarefas diárias.	3 (16,7)	2 (11,1)		3 (16,7)	10 (55,6)	6,92 (3,66)	0,33 – 10,00
A afasia pode levar à perda ou alteração das condições profissionais.	3 (16,7)			2 (11,1)	13 (72,2)	7,68 (3,39)	0,33 – 10,00
A afasia pode levar à diminuição das atividades de recreação e lazer	3 (16,7)	2 (11,1)	3 (19,7)		10 (55,6)	6,56 (3,70)	0,22 – 10,00
A pessoa com afasia pode ver diminuída a sua participação na vida política e como cidadão.	4 (22,2)	2 (11,1)	1 (5,6)	3 (16,7)	8 (44,4)	6,12 (3,82)	0,00 – 10,00
A afasia pode ter impacto na criação e manutenção dos laços de amizade.	5 (27,8)	2 (11,1)	3 (16,7)	2 (11,1)	6 (33,3)	5,20 (3,67)	0,00 – 10,00
A afasia pode ser responsável pela diminuição da vida social da pessoa.	3 (16,7)	1 (5,6)		3 (16,7)	11 (61,1)	7,40 (3,60)	0,22 – 10,00
O isolamento da pessoa pode ser uma consequência da afasia.	5 (27,8)	1 (5,6)	1 (5,6)	1 (5,6)	10 (55,6)	6,20 (4,16)	0,22 – 10,00

Legenda: [0;2] sem conhecimento;]2;4] conhecimento básico;]4;6] conhecimento suficiente;]6;8] bom conhecimento;]8;10] muito bom conhecimento.

No que respeita à análise dos resultados relativos aos fatores ambientais, sistematizados na tabela 8, os participantes têm entre bom e muito bom conhecimento de que o desconhecimento sobre o que é a afasia leva a atitudes negativas sobre a pessoa (72,3%). Verificou-se que os inquiridos não têm ou apresentam conhecimento básico que para a pessoa com afasia perceber a mensagem o parceiro não deve falar mais alto (55,6%) e/ou devagar (38,9%). Contudo mais de 50% dos participantes não tem ou tem conhecimento básico que o ruído sonoro (55,6%) e o ruído visual (55,5%) influenciam a participação da pessoa com afasia. Salienta-se ainda que 38,9% dos inquiridos não tem conhecimento ou tem conhecimento básico sobre a sinalização dos locais públicos facilitarem a participação da pessoa com afasia.

Tabela 8. Análise dos resultados da componente fatores ambientais (N=52)

	Frequência (%)					Média (DP)	Min-Máx
	[0;2]	]2;4]	]4;6]	]6;8]	]8;10]		
O desconhecimento sobre o que é a afasia leva a atitudes negativas sobre a pessoa.	2 (11,1)	2 (11,1)	1 (5,6)	1 (5,6)	12 (66,7)	7,52 (3,44)	0,33 – 10,00
O ruído influencia a participação da pessoa com afasia.	7 (38,9)	3 (16,7)	3 (16,7)	1 (5,6)	4 (22,2)	3,91 (3,58)	0,00 – 10,00
A exposição de informação (imagens, texto,...) no campo visual da pessoa com afasia pode dificultar a sua participação.	6 (33,3)	4 (22,2)	3 (16,7)		5 (27,8)	4,20 (3,64)	0,00 – 10,00
O recurso a tecnologias pode ser uma solução para a comunicação da pessoa com afasia.	3 (16,7)		2 (11,1)	2 (11,1)	11 (61,1)	7,20 (3,48)	0,00 – 10,00
A sinalização dos locais públicos, por exemplo, através da palavra escrita e imagem é facilitadora da participação nas atividades da vida diária da pessoa com afasia.	5 (27,8)	2 (11,1)	2 (11,1)	2 (11,1)	7 (38,9)	5,59 (3,96)	0,00 – 10,00
O terapeuta da fala é o profissional responsável por intervir junto da pessoa com afasia e seus cuidadores.	2 (11,1)		3 (16,7)	1 (5,6)	12 (66,7)	7,76 (3,20)	0,33 – 10,00
Para a pessoa com afasia perceber a mensagem, o parceiro deve falar mais alto.	10 (55,6)		1 (5,6)	1 (5,6)	6 (33,3)	4,35 (4,35)	0,00 – 10,00
Para a pessoa com afasia perceber a mensagem, o parceiro deve falar devagar.	5 (27,8)	2 (11,1)	2 (11,1)	1 (5,6)	8 (44,4)	5,56 (3,89)	0,00 – 10,00

Legenda: [0;2] sem conhecimento;]2;4] conhecimento básico;]4;6] conhecimento suficiente;]6;8] bom conhecimento;]8;10] muito bom conhecimento.

Quanto à análise da tabela 9 relativa à componente fatores pessoais constata-se que os inquiridos não têm ou têm conhecimento básico que as causas emocionais (50%) e as alterações ao nível da saúde mental (44,4%) não estão na origem da afasia. Salienta-se ainda que os participantes não têm ou apresentam entre conhecimento básico a suficiente que a pessoa com afasia não apresenta uma dificuldade na audição (50%).

Tabela 9. Análise dos resultados da componente fatores pessoais (N=52)

	Frequência (%)					Média (DP)	Min-Máx
	[0;2]	]2;4]	]4;6]	]6;8]	]8;10]		
A afasia é uma condição de saúde que surge independentemente da idade.	6 (33,3)		1 (5,6)		11 (61,1)	6,29 (4,22)	0,00 – 10,00
As causas emocionais não estão na origem da afasia.	8 (44,4)	1 (5,6)	3 (16,7)		6 (33,3)	4,45 (4,09)	0,00 – 10,00
A pessoa com afasia não apresenta uma dificuldade na audição.	5 (27,8)	1 (5,6)	3 (16,7)	1 (5,6)	8 (44,4)	5,78 (4,11)	0,00 – 10,00
A inteligência da pessoa não é afetada pela afasia.	4 (22,2)		2 (11,1)	2 (11,1)	10 (55,6)	6,71 (3,70)	0,00 – 10,00
Alterações ao nível da saúde mental não são a origem da afasia.	6 (33,3)	2 (11,1)	1 (5,6)	4 (22,2)	5 (27,8)	4,99 (3,90)	0,00 – 10,00
A pessoa com afasia tem competência para tomar decisões.	6 (33,3)		2 (11,1)	2 (11,1)	8 (44,4)	5,72 (4,08)	0,00 – 10,00
A afasia não tem cura.	4 (22,2)		4 (22,2)	1 (5,6)	9 (50,0)	6,37 (3,93)	0,00 – 10,00
Na pessoa com afasia a capacidade de aprender está mantida.	4 (22,2)	2 (11,1)	1 (5,6)	2 (11,1)	9 (50,0)	6,28 (3,70)	0,22 – 10,00

Legenda: [0;2] sem conhecimento;]2;4] conhecimento básico;]4;6] conhecimento suficiente;]6;8] bom conhecimento;]8;10] muito bom conhecimento.

Relativamente aos resultados sobre outros aspetos do conhecimento (tabela 10) os inquiridos têm entre bom e muito bom conhecimento que a mensagem da pessoa com afasia pode não ser percebida pelo parceiro comunicativo (55,6%) e que o conhecimento dos parceiros sobre esta condição de saúde pode contribuir para que a comunicação com a pessoa com afasia seja mais eficaz (88,9%).

Tabela 10. Análise dos resultados sobre outros aspectos do conhecimento (N=52)

	Frequência (%)					Média (DP)	Min-Máx
	[0;2]	]2;4]	]4;6]	]6;8]	]8;10]		
A mensagem da pessoa com afasia não é percebida pelo seu parceiro.	5 (27,8)		3 (16,7)	1 (5,6)	9 (50,0)	6,14 (4,05)	0,00 – 10,00
O conhecimento do parceiro sobre a afasia pode contribuir para que a comunicação com a pessoa com afasia seja mais eficaz.	2 (11,1)			2 (11,1)	14 (77,8)	8,34 (3,04)	0,11 – 10,00

Legenda: [0;2] sem conhecimento;]2;4] conhecimento básico;]4;6] conhecimento suficiente;]6;8] bom conhecimento;]8;10] muito bom conhecimento.

Para a obtenção dos resultados relativos ao conhecimento dos inquiridos de acordo com as componentes da CIF (OMS, 2004) consideraram-se as médias das respostas dos participantes obtidas para cada afirmação para cada uma das componentes.

Podemos verificar que os participantes não apresentam conhecimento nem muito bom conhecimento para nenhuma das componentes, sendo que as componentes estruturas do corpo, funções do corpo, atividade, participação e fatores pessoais centram-se entre o conhecimento suficiente e o bom conhecimento. Para os fatores ambientais os participantes apresentam entre conhecimento básico e bom conhecimento. Salienta-se ainda que as componentes em que os inquiridos deste estudo tiveram bom conhecimento foram: funções do corpo (55,6%), atividade (62,5%) e participação (85,7%).

Tabela 11. Níveis de conhecimento de acordo as componentes da CIF

	Frequência (%)					Média (DP)	Min-Máx
	[0;2]	[2;4]	[4;6]	[6;8]	[8;10]		
Estruturas do corpo (N=4)			3 (75,0)	1 (25,0)		5,60 (1,19)	4,64 – 7,30
Funções do corpo (N=9)			4 (44,4)	5 (55,6)		6,08 (1,80)	4,39 – 7,89
Atividade (N=8)			3 (37,5)	5 (62,5)		6,32 (1,38)	4,40 – 7,79
Participação (N=7)			1 (14,3)	6 (85,7)		6,58 (0,84)	5,20 – 7,68
Fatores ambientais (N=8)		1 (12,5)	4 (50,0)	3 (37,5)		5,76 (1,56)	3,91 – 7,75
Fatores pessoais (N=8)			4 (50,0)	4 (50,0)		5,82 (0,76)	4,45 – 6,71

Legenda: [0;2] sem conhecimento; [2;4] conhecimento básico; [4;6] conhecimento suficiente; [6;8] bom conhecimento; [8;10] muito bom conhecimento.

4. DISCUSSÃO

Neste ponto serão discutidos os resultados, tendo em conta a revisão bibliográfica realizada e os objetivos traçados inicialmente para o presente estudo, sendo estes descrever o conhecimento sobre afasia da população portuguesa adulta e averiguar as principais fontes de informação sobre afasia da população portuguesa adulta.

Em resposta ao primeiro objetivo constata-se que dos participantes 34,6% ouviram falar de afasia sendo que estes resultados foram ligeiramente superiores aos encontrados nos estudos internacionais (Code *et al*, 2009; Flynn *et al*, 2008; Simmons-Mackie *et al*, 2002; Code *et al*, 2001). Tal pode ser explicado pelo facto da incidência de casos de AVC em Portugal ser elevada (Direção Geral de Saúde, 2008) e ser esta uma das principais causas de incapacidade (DGS, 2006), incluindo a afasia (ANA, s.d.). Contudo os resultados são inferiores aos de Whitaker e Marshall (2011) em que 50,7% dos inquiridos responderam que tinham ouvido falar de afasia. No entanto, na amostra do estudo destes autores existiu um número maior de participantes que trabalhavam com pessoas com afasia, o que pode ser determinante, uma vez que é consensual que estas profissões têm mais conhecimento desta condição de saúde (McCann *et al*, 2012).

O facto de 48,1% dos inquiridos conhecer alguém que não conseguia comunicar após um AVC e apenas 34,6% ter ouvido falar da afasia pode dever-se à própria manifestação da patologia, uma vez que, a afasia é uma condição escondida e complexa, com diferentes manifestações tornando-se difícil para o público em geral reconhecer e compreender esta perturbação (Elman *et al*, 2000, citado por

Flynn *et al*, 2008). Por outro lado, a pessoa após um AVC pode também não conseguir comunicar devido a outras alterações da comunicação, por exemplo, a disartria e no presente estudo 23,1% participantes referiram que já tinham ouvido falar desta patologia.

Neste estudo concluiu-se que os profissionais de saúde (M=8,87; DP=1,03) e os familiares da pessoa com afasia (M=6,84; DP=0,86) têm mais conhecimento do que a população em geral (M=5,23; DP=2,55). Tal como se verificou no estudo de McCann *et al* (2012) o conhecimento dos profissionais de saúde é maior devido à experiência que têm ao trabalhar e conviver com pessoas com afasia.

Em relação ao autoconhecimento verificou-se que os profissionais de saúde apresentam uma média de autoconhecimento (M=7,00; DP=1,00) inferior ao conhecimento real (M=8,87; DP=1,03). Isto pode dever-se ao facto dos profissionais de saúde sentirem que não têm formação suficiente sobre a temática e apenas um deles trabalhar com pessoas com afasia.

Nos familiares de pessoas com afasia verificou-se que o autoconhecimento (M=9,00; DP=1,73) tem uma média superior em relação ao conhecimento real (M=6,84; DP=0,86) que possuem. Este facto pode dever-se a estes ultrapassarem diariamente as barreiras na comunicação que são impostas pela afasia quando comunicam com o seu familiar.

Na presente investigação ao analisarmos o conhecimento relativo à componente estruturas do corpo, verificou-se que 66,7% dos inquiridos têm entre bom a muito bom conhecimento que a afasia é causada por uma lesão cerebral, no entanto, ao analisarmos as afirmações da componente fatores pessoais metade dos inquiridos considera que as causas emocionais estão na origem da afasia e 44,4% dos participantes não têm conhecimento que as alterações ao nível da saúde mental não são causa de afasia. Por conseguinte estas questões demonstram que apesar das pessoas terem ouvido falar de afasia a etiologia da afasia não está completamente esclarecida, o que vai influenciar a compreensão e a empatia perante a pessoa com afasia (Code *et al*, 2001; Simmons-Mackie *et al*, 2002; Flynn *et al*, 2008). Contudo a pessoa com afasia pode apresentar alterações emocionais, tais como, a negação, a labilidade emocional e a depressão (Prestes, 1998) não como causa da afasia, mas sim como consequência desta condição de saúde, verificando-se que, tal como afirmado anteriormente, este facto não está totalmente esclarecido pelos participantes deste estudo.

Os inquiridos deste estudo têm entre bom e muito bom conhecimento de que a pessoa com afasia pode ter dificuldade em expressar a sua mensagem oralmente (77,8%) e por escrito (55,6%). Sherrat (2011)

afirma que a afasia é referida pelos meios de comunicação social com breves definições e descrições de outras dificuldades como a leitura e a escrita inerentes a esta condição de saúde e estes foram uma das fontes de informação privilegiada da nossa amostra. Assim, é possível justificar que a maioria dos participantes tem bom conhecimento destas incapacidades que podem surgir associadas à afasia. Por sua vez, Sherrat (2011) concluiu ainda que as dificuldades com os números ou dinheiro raramente são referidas nas definições de afasia apresentadas pelos meios de comunicação social, o que vai de encontro com os resultados deste estudo em que 44,5% não têm conhecimento ou têm conhecimento básico que uma das incapacidades que a pessoa com afasia pode apresentar é a resolução de contas ou problemas matemáticos.

Relativamente ao recurso ao gesto como forma de comunicação (50%) e à possibilidade da pessoa com afasia ter uma incapacidade ao nível da mobilidade (38,9%) dos inquiridos não têm conhecimento ou apresentam conhecimento básico que a pessoa com afasia pode não conseguir recorrer ao gesto para compreender e/ou expressar uma mensagem. Este facto pode indicar que os participantes não valorizam o gesto como forma de comunicação e por isso não estão atentos a este meio. Estas duas questões devem ser consideradas tendo em conta a participação e os fatores ambientais, uma vez que o desconhecimento por parte do público destas condições pode ter impacto na funcionalidade da pessoa com afasia quer na realização de tarefas com a mão dominante quer na sua participação social.

No que respeita ainda à participação da pessoa com afasia 72,3% dos inquiridos considera que esta pode necessitar do apoio de outra pessoa para a realização das tarefas diárias, comprometendo a autonomia e a participação, tal como foi referido anteriormente. O mesmo se aplica à vida profissional da pessoa com afasia, uma vez que 83,3% dos participantes desta investigação têm entre bom e muito bom conhecimento que a afasia pode levar à perda ou alteração das condições profissionais. Também no estudo de Simmons-Mackie e Kagan (2007) é referida a incapacidade de ter um emprego nomeadamente dificuldade no preenchimento de pedidos de emprego. No estudo de Howe *et al* (2004) a falta de resposta também é referida, já que se identificou a falta de recursos, de serviços de apoio e a redução de oportunidades de trabalho e educação para a pessoa com afasia.

Salienta-se ainda que 61,2% consideram que uma das consequências da afasia pode ser o isolamento do indivíduo uma vez que ocorre alteração do seu papel social. Este elemento é referido pelos indivíduos com afasia relativo à diminuição da qualidade de comunicação, falta de autonomia o que influencia negativamente a reabilitação e participação social. Também no estudo de Matos (2012) as

principais áreas de vida afetadas pelas limitações de atividade e restrições à participação foram as interações e relacionamentos pessoais; a vida comunitária social e cívica, atividades de recreação e lazer e as áreas principais da vida, principalmente trabalho e emprego e vida económica.

No entanto 38,9% dos participantes da nossa amostra não tem conhecimento que esta condição de saúde influencia a criação e manutenção de laços de amizade. De acordo com Hilari e Northcott (2006) a maioria dos participantes do seu estudo referem ter menos contacto com amigos (63,9%) e alguns inquiridos não souberam identificar um único amigo próximo (30%). Sendo assim, este é um dos aspetos que deve ser divulgado para consciencializar a população sobre esta restrição à participação da pessoa com afasia.

Dos inquiridos, 66,7%, apresentam muito bom conhecimento que o desconhecimento sobre o que é a afasia leva a atitudes negativas sobre a pessoa. A falta de conhecimento acarreta consequências graves ao nível das atitudes de indivíduos que não a compreendem e por isso ignoram pessoas com afasia criando um ambiente hostil e discriminatório (Howe *et al*, 2008).

A nossa amostra não tem conhecimento ou tem conhecimento básico que o ruído sonoro (38,9%) influencia a participação da pessoa com afasia, assim como o ruído visual (72,2%) e a falta de sinalização dos locais públicos (38,9%). Estes fatores ambientais são descritos por Howe *et al* (2004) como alguns dos elementos que ao se comportarem como facilitadores influenciam a autonomia e a participação da pessoa com afasia e contribuem para a criação de um ambiente “*aphasia-friendly*”. Para além destes factores acima referidos devem-se modificar os comportamentos dos parceiros de comunicação para atenderem às necessidades das pessoas com afasia, educar as pessoas sobre a natureza e o impacto da afasia e estabelecer serviços e apoios apropriados (Howe *et al*, 2004).

Quanto ao segundo objetivo deste estudo os participantes sinalizaram como fontes de informação a conversação com outros indivíduos (27,8%), os meios de comunicação social (TV, internet e rádio) (27,27%) e serem familiares de uma pessoa com afasia (16,7%). Também no estudo de Code *et al* (2001) se verificou que os inquiridos obtiveram conhecimento através dos meios de comunicação social (30%) e no facto de os indivíduos terem um familiar ou amigo com afasia (10%).

Apesar de a OMS (2011) através do relatório sobre incapacidade referir que os meios de comunicação social têm um papel fundamental em consciencializar a população para combater as desigualdades e a exclusão social com campanhas de sensibilização sobre a patologia constatou-se, neste estudo, que

nenhum dos participantes identificou como fonte de informação as campanhas de sensibilização. Em Portugal o conhecimento dos inquiridos sobre outras patologias com menor incidência é superior ao de afasia, conclui-se portanto que a divulgação sobre afasia não é suficiente.

O facto da fonte de informação com mais percentagem neste estudo ter sido a conversação, pode justificar o porquê do conhecimento sobre afasia ser de 6,11 (DP=2,53) uma vez que o conteúdo de informação que é transmitido e adquirido por outros indivíduos pode não representar na totalidade o que é e o que implica viver com afasia.

Apesar do número de participantes que já tinha ouvido falar de afasia ter sido superior a alguns estudos internacionais conclui-se que o facto dos indivíduos terem ouvido falar de afasia, não significa que tenham conhecimento sobre o que é afasia, a causa e os fatores ambientais que podem influenciar a participação da pessoa com afasia.

Considerando as palavras da OMS (2011) recomenda-se a recolha de informações sobre o conhecimento, crenças e atitudes e que se aumente os esforços para informar o público em geral sobre o que é a afasia, com o objetivo de estabelecer serviços e oportunidades adequadas às pessoas com esta condição de saúde.

CONCLUSÃO

Com o presente estudo de investigação conclui-se que:

- A afasia apesar de ter maior incidência é menos conhecida do que outras patologias que também causam incapacidade.
- Na população portuguesa 34,6% já ouviram falar de afasia, contudo o facto de ouvirem falar não implica que tenham conhecimento sobre esta condição de saúde.
- Os profissionais de saúde e os familiares de pessoas com afasia têm mais conhecimento que a população em geral.
- As principais fontes de informação são a conversação com outros indivíduos, ser familiar de pessoa com afasia e através dos meios de comunicação social.
- Existem vários aspetos que devem ser divulgados para melhorar o conhecimento da população portuguesa, tais como a causa, as barreiras que as pessoas com afasia têm que enfrentar e os possíveis facilitadores para que tal deixe de acontecer.

As limitações deste estudo foram o tempo reduzido para recolher a amostra e a técnica de amostragem ter sido por redes.

Para trabalhos futuros sugere-se que os resultados deste estudo sejam replicados e apoiados por uma amostra maior a nível nacional com mais participação de familiares e profissionais de saúde.

Posto isto, é essencial que o terapeuta da fala trabalhe no sentido de uma maior e mais eficiente divulgação de informação e que maximize a autonomia e participação social da pessoa com afasia. Só assim, a consciência e conhecimento da população em geral (incluindo a pessoa com afasia, os seus amigos/familiares/cuidadores e os profissionais de saúde) poderá aumentar de forma significativa.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Nacional de Afásicos - ANA (s.d.). Perguntas e Respostas sobre Afasia. Consultado em http://www.anafasicos.org/publicacoes/desdobrveis/desd_perguntas_respostas.pdf

Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer – Alzheimer Portugal (2009). Intervenção Alzheimer. Consultado em <http://www.alzheimer-europe.org/.../Proposed%20National%20Strategy%20by>.

Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson - APDPk (s.d.). Consultado em <http://www.parkinson.pt/?lop=conteudo&op=6ecbdd6ec859d284dc13885a37ce8d81&id=b9d487a30398d42ecff55c228ed5652b>

Associação Portuguesa de Gagos – APG (s.d.). Consultado em http://www.gaguez-apg.com/index.php?option=com_content&task=view&id=35&Itemid=43

Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal – APDP (s.d.). Consultado em <http://www.apdp.pt/index.php/diabetes/factos-e-numeros/prevalencia-da-diabetes-em-portugal>

Cassidy, T.P., Bruce, D.W., Gray, C.S. (2001). *Visual field loss after stroke: Confrontation and perimetry in the assessment of recovery*. J Stroke Cerebrovasc Dis.; 10:113–117.

Castro Caldas, A. (1999). *A herança de Franz Joseph Gall: O cérebro ao serviço do comportamento humano*. Amadora: McGraw-Hill.

Code, C. (2003). *The quantity of life for people with chronic aphasia*. Neuropsychological Rehabilitation, 13, 379-390.

Code, C., Simmons-Mackie, N., Armstrong, E., Stiegler, L., Armstrong, J., Bushby, E., Carew-Price, P., Curtis, H., Haynes, P., McLeod, E., Muhleisen, V., Neate, J., Nikolas, A., Rolfe, D., Rubly, C., Simpson, R., Webber, A. (2001). *The public awareness of aphasia: An international survey*. The International Journal of Language and Communication Disorders, 36, 1-5.

Code, C., Papathanasiou, I., Rubio-Bruno, S., Haaland-Johansen, L., de la Paz Cabana, M., Villanueva, M. (2009). *International Comparisons of the Public Awareness of Aphasia: Greece, Argentina and Norway*. In Clinical Aphasiology Conference: Clinical Aphasiology Conference (2009: 39th: Keystone, CO: May 26-30, 2009). Consultado em <http://aphasiology.pitt.edu/archive/00001974/01/viewpaper.pdf>

Decreto-Lei n.º 564/99 de 21 de dezembro. Diário da República n.º 295- I Série A

Direção Geral de Saúde (2006). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares* – Despacho n.º 16415/2003 (II série) – D.R. n.º 193 de 22 de agosto. Retrieved 03/05/2006.

Direção Geral de Saúde (2008). *Acidente Vascular Cerebral - Itinerários Clínicos*. Lisboa, Grupo LIDEL.

Flynn, L., Cumberland, A., Marshall, J. (2008). *Public knowledge about aphasia: A survey with comparative data*. Aphasiology, 23, 393-401.

Guo, Y. E., L. Togher (2008) *The impact of dysarthria on everyday communication after traumatic brain injury: A pilot study*. Brain Injury. 22(1): p. 83 - 98.

Hilari, K., Northcott, S. (2006). *Social support in people with chronic aphasia*. Aphasiology 20(1):17-36.

Howe, T.J., Worrall L.E., Hickson, L.M. (2004). *"What is an aphasia-friendly environment?"* Aphasiology 18(11): 1015-1037.

Howe, T.J., Worrall L.E., Hickson, L.M. (2008). *Observing people with aphasia: Environmental factors that influence their community participation*. Aphasiology 22(6): 618-643.

Instituto Nacional de Estatística (2011). *Classificação Nacional das Profissões 2010*. Lisboa. Consultado em
Mara Ramos, 201092212

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2.

LaPointe, L. (2005) *Aphasia and related neurogenic language disorders* (3^oed). New York: Thieme.

McCann, C., Tunnicliffe K., Anderson, R. (2013) *Public awareness of aphasia in New Zealand*. *Aphasiology*, 27:5, 568-580.

Malagelada, J.R., Bazzoli F., Elewaut, A., Fried, M, Krabshuis, Lindberg, G., Malfertheiner, P., Sharma, P., Vakil, N. (2007). *Dysphagia - World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines*. Consultado em http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/en/pdf/guidelines/08_dysphagia.pdf

Mansur, L. L., Senaha, M. L. H. (1996). *Distúrbios da Linguagem Oral e escrita e Hemisfério Esquerdo*. São Paulo: FMUSP.

Matos, M. A. C. (2012). *Níveis de atividade e participação das pessoas com afasia: desenvolvimento de instrumentos de avaliação portugueses*. Tese de Doutoramento, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal. pp.138-139. Consultado em http://sweet.ua.pt/lmtj/lmtj/Matos2007_2012/Matos2012.pdf

National Joint Committee for the Communicative Needs of Persons with Severe Disabilities (1992). *Guidelines for meeting the communication needs of persons with severe disabilities*. Consultado em <http://www.asha.org/policy/GL1992-00201.htm>

Organização Mundial de Saúde (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Tradução para Português Europeu de Leitão, A. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Prestes, V. M. M. (1998). *Afasia e plasticidade cerebral*. Monografia de Especialização. Curso de Especialização em Linguagem, CEFAC - Centro de Estudos em Fonoaudiologia Clínica, São Paulo, Brasil. pp.17. Consultado em <http://www.cefac.br/library/teses/f1bbc9b7a4633e10a6a4ef6d551e3207.pdf>

Ramos, C. (2013). *A Participação da Pessoa com Afasia: Uma Abordagem Multidimensional*. Trabalho submetido para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do Título de Especialista em Terapia da Fala, Instituto Politécnico do Porto, Porto, Portugal. pp.13. Consultado em http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/3306/1/PTE_CatarinaRamos_2013.pdf

Ramos, C., Vital, A.P. (2012). *(Re)Construção Comunicativa e Aprendizagem: Uma Realidade Social* in Mata, L., Peixoto, F., Morgado, J. Silva, J.C., Monteiro, V. (Org.). Atas do 12º Colóquio Internacional de Psicologia da Educação: Educação, Aprendizagem e Desenvolvimento: Olhares Contemporâneos através da Investigação e da Prática. Lisboa: ISPA, 21 a 23 de junho de 2012, pp.168-183.

Sherrat, S. (2011). *Written media coverage of aphasia: A review*. *Aphasiology*, 25:10, 1132-1152.

Silva, F., Patrício, A. B. (2010). *Influência da comunicação na vida dos cuidadores de pessoas com afasia*. Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto, Porto, Portugal. pp.5. Consultado em http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/1280/1/COM_FSilva_2010.pdf

Simmons-Mackie, N., Code, C., Armstrong, E., Stiegler, L. & Elman (2002). *What is aphasia? Results of an international survey*. *Aphasiology*, 16(8), 837-848.

Simmons-Mackie, N., Kagan, A. (2007). *Application of the ICF in Aphasia*. *Semin Speech Lang*; 28(4): 244-253.

Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla - SPEM (2005). Consultado em <http://www.spem.org/esclerose-multipla/o-que-e-a-esclerose-multipla>

Whitaker, A.M., Marshall, R.C. (2011). *Knowledge of Aphasia: Results of a Survey*. In *Clinical Aphasiology Conference: Clinical Aphasiology Conference (2011: 41st: Fort Lauderdale, FL: May 31-June 4, 2011)*. Consultado em <http://aphasiology.pitt.edu/archive/00002262/01/74-103-1-RV-Whitaker.pdf>

WHO (2011). *World Report on Disability*. Consultado em http://whqlibdoc.who.int/94A42DBE-A945-4782-B3E2-F4786E61BD92/FinalDownload/DownloadId-019643BA562716E26ED11CA1BEA15F44/94A42DBE-A945-4782-B3E2-F4786E61BD92/publications/2011/9789240685215_eng.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – FICHA DE PRIMEIRO CONTACTO

Nome: _____

Contacto: _____

Quem indicou contacto: _____

Variáveis de Inclusão:

- Idade igual ou superior a 18 anos
- Nacionalidade Portuguesa
- Residência em Portugal

Variáveis de exclusão:

- Ser Terapeuta da Fala
- Ser estudante de Terapia da Fala
- Ser uma pessoa que tem afasia

Forma de entrega do questionário:

- Correio

Morada: _____

Código Postal: ____ - ____ Localidade: _____

- Pessoal Local de encontro: _____

Dia: __/__/____ Hora: __:__

Contactos disponibilizados:

Nome	Telefone

“Conhecimento da população portuguesa adulta sobre afasia” – Ficha 1º contacto

Cunha, A.F; Heleno, J.; Palma, T.; Ramos, M. & Ramos, C. (2014) – Universidade Atlântica – Licenciatura em Terapia da Fala

APÊNDICE 2 – CARTA DE APRESENTAÇÃO

Mara Duarte Ramos
Rua Cesário Verde Nº18 Cv/Esq
2725-263 Mem Martins

Eu, Mara Duarte Ramos, aluna do 4ºano da Licenciatura em Terapia da Fala na Universidade Atlântica, encontro-me a desenvolver, no âmbito das unidades curriculares de Investigação Aplicada à Terapia da Fala, um estudo com o tema: “Conhecimento da população portuguesa adulta sobre afasia” sob a orientação da Terapeuta da Fala e docente Catarina Ramos.

O conhecimento da população sobre afasia pode permitir uma maior participação nas atividades de vida diária das pessoas com esta patologia e seus cuidadores. Neste sentido, este estudo tem como objectivos descrever o conhecimento e as principais fontes de informação para a população portuguesa adulta sobre afasia.

O instrumento de recolha de dados, anexado, é um questionário de autopreenchimento elaborado por Ramos e Vital (2013). O mesmo é constituído por quatro partes: caracterização sociodemográfica dos inquiridos (Parte I), questões relativas ao conhecimento geral, fontes de informação e conhecimento sobre afasia (Parte II e III) e uma autoavaliação do inquirido sobre o seu conhecimento global sobre afasia (Parte IV).

A participação no presente estudo é voluntária. Caso aceite participar, e após o preenchimento do questionário, agradeço-lhe que faça a devolução do mesmo até dia XXX. Se pretender realizar a devolução por correio, agradeço que o faça através do envelope com selo que se encontra em anexo.

A utilização dos dados recolhidos será apenas para análise e divulgação científica, garantindo todos os aspetos éticos envolvidos, nomeadamente a confidencialidade e o anonimato dos inquiridos, sendo que apenas o investigador tem acesso aos dados recolhidos e os mesmos serão guardados em local seguro.

Disponibilizo-me para qualquer esclarecimento adicional através dos contactos que se encontram em rodapé e agradeço, desde já, a sua colaboração

Aluna investigadora

Contactos:

Aluna Investigadora: Mara Ramos — Tlf: 927843397; e-mail: maradramos@gmail.com

Professora Orientadora: Catarina Ramos — Tlf: 214398285; e-mail: cramos@uatlantica.pt

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO “CONHECIMENTO SOBRE AFASIA”

QUESTIONÁRIO “CONHECIMENTO SOBRE AFASIA”

Parte I Preencha de acordo com os seus dados.

1. Idade: _____

2. Género:

Masculino

Feminino

3. Nacionalidade: _____

4. Concelho de residência: _____

5. Habilitações Literárias (concluídas):

1ºCiclo (1º-4ºanos)

Secundária (10º-12ºanos)

Mestrado.Qual? _____

2ºCiclo (5º-6ºanos)

Bacharelato.Qual? _____

Doutoramento.Qual? _____

3ºCiclo (7º- 9ºanos)

Licenciatura.Qual? _____

Outra. Qual? _____

6. É estudante?

Sim

Não

Se respondeu não, por favor, passe para a pergunta 7.

6.1. Indique o ciclo de estudos em que está atualmente.

1ºCiclo (1º-4ºanos)

Secundária (10º-12ºanos)

Mestrado.Qual? _____

2ºCiclo (5º-6ºanos)

Bacharelato.Qual? _____

Doutoramento.Qual? _____

3ºCiclo (7º- 9ºanos)

Licenciatura.Qual? _____

Outra. Qual? _____

7. Atualmente exerce alguma profissão?

Sim

Não

Se respondeu sim indique:

Qual a profissão? _____

Se respondeu não indique a sua situação atual:

Se reformado, qual era a sua profissão: _____

Se desempregado, qual foi a sua última profissão: _____

Outra. Qual? _____

Parte II Assinale com uma cruz ☒ a(s) opção(ões) que, no seu caso, respondem a cada uma das afirmações/perguntas.

8. Já ouviu falar do que é um Acidente Vascular Cerebral (AVC)?

Sim

Não

Se já ouviu falar de AVC, por favor, passe para a pergunta 9.

Se não ouviu falar de AVC, por favor, passe para o item 10.

9. Alguma vez conheceu alguém que não conseguisse comunicar ou falar após ter sofrido um AVC?

Sim

Não

10. Já ouviu falar de:

Doença de Parkinson

Gaguez

Diabetes

Disartria

Esclerose Múltipla

Alexia e Agrafia

Doença de Alzheimer

Afasia

Se já ouviu falar de Afasia, por favor, passe para a pergunta 11.

Se não ouviu falar de Afasia o seu questionário termina aqui. Obrigada pela sua participação.

11. Como ouviu falar de afasia?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vi na televisão. | <input type="checkbox"/> Sou familiar de uma pessoa com afasia. |
| <input type="checkbox"/> Ouvi na rádio. | <input type="checkbox"/> Sou amigo(a) de uma pessoa com afasia. |
| <input type="checkbox"/> Li num jornal/ revista. | <input type="checkbox"/> Trabalho com pessoa(s) com afasia. |
| <input type="checkbox"/> Li num livro. | <input type="checkbox"/> Através de uma campanha de sensibilização. |
| <input type="checkbox"/> Ao pesquisar na internet. | <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____ |

Parte III As afirmações que se seguem pretendem averiguar o seu conhecimento sobre a afasia. Assinale com uma cruz (x), sobre a linha que se encontra após cada afirmação, aquele que considera ser o seu nível de conhecimento para cada uma. A sua resposta pode variar na escala entre 1 (não tenho conhecimento) e 10 (tenho conhecimento).

1. A afasia é causada por uma lesão no cérebro.

Não tenho conhecimento |-----| Tenho conhecimento
1 10

2. Na afasia existe uma dificuldade em expressar os pensamentos através da fala.

Não tenho conhecimento |-----| Tenho conhecimento
1 10

3. Numa conversação a pessoa com afasia pode ter dificuldade em compreender o que o outro diz.

Não tenho conhecimento |-----| Tenho conhecimento
1 10

4. A pessoa com afasia pode necessitar do apoio de outra pessoa para a realização das tarefas diárias.

Não tenho conhecimento |-----| Tenho conhecimento
1 10

5. O desconhecimento sobre o que é a afasia leva a atitudes negativas sobre a pessoa.

Não tenho conhecimento |-----| Tenho conhecimento
1 10

6. A afasia é uma condição de saúde que surge independentemente da idade.

Não tenho conhecimento |-----| Tenho conhecimento
1 10

7. A compreensão de uma mensagem escrita pode estar afetada devido à afasia.

Não tenho conhecimento |-----| Tenho conhecimento
1 10

8. Numa conversação   difícil para a pessoa com afasia expressar a sua mensagem através da fala.

Não tenho conhecimento |-----| Tenho conhecimento
1 10

9. A afasia pode levar à perda ou alteração das condições profissionais.

Não tenho conhecimento |-----| Tenho conhecimento
1 10

10. O ruído influencia a participação da pessoa com afasia.

Não tenho conhecimento |-----| Tenho conhecimento
1 10

11. As causas emocionais não estão na origem da afasia.

Não tenho conhecimento |-----| Tenho conhecimento
1 10

12. A pessoa com afasia não apresenta alteração das estruturas responsáveis pela produção de voz.

Não tenho conhecimento |-----| Tenho conhecimento
1 10

13. A pessoa com afasia pode não conseguir escrever.

Não tenho conhecimento |-----| Tenho conhecimento
1 10

14. A leitura de uma mensagem pode ser uma incapacidade da pessoa com afasia.

Não tenho conhecimento |-----| Tenho conhecimento
1 10

15. A afasia pode levar à diminuição das atividades de recreação e lazer.

Não tenho conhecimento |-----| Tenho conhecimento
1 10

16. A exposição de informação (imagens, texto,...) no campo visual da pessoa com afasia pode dificultar a sua participação nas atividades de vida diária.

Não tenho conhecimento |-----| Tenho conhecimento
1 10

17. A pessoa com afasia não apresenta dificuldade na audição.

Não tenho conhecimento |-----| Tenho conhecimento
1 10

18. Para a pessoa com afasia o recurso ao gesto para compreender/expressar uma mensagem pode não ser possível.

Não tenho conhecimento |-----| Tenho conhecimento
1 10

19. A pessoa com afasia pode ter dificuldade em construir uma mensagem escrita.

Não tenho conhecimento |-----| Tenho conhecimento
1 10

20. A pessoa com afasia pode ver diminuída a sua participação na vida política e como cidadão.

Não tenho conhecimento |-----| Tenho conhecimento
1 10

21. O recurso a tecnologias (caderno de comunicação, computador, telemóvel, ...) pode ser uma solução para a comunicação da pessoa com afasia.

Não tenho conhecimento |-----| Tenho conhecimento
1 10

22. A inteligência da pessoa não é afectada pela afasia.

Não tenho conhecimento |-----| Tenho conhecimento
1 10

23. A pessoa com afasia não apresenta alteração das estruturas responsáveis pela produção de fala.

Não tenho conhecimento |-----| Tenho conhecimento
1 10

24. A pessoa com afasia apresenta incapacidade em colocar as suas ideias em palavras.

Não tenho conhecimento |-----| Tenho conhecimento
1 10

25. A pessoa com afasia pode ter dificuldade em decodificar e compreender os gestos da outra pessoa.

Não tenho conhecimento 1 |-----| 10 Tenho conhecimento

26. A afasia pode ter impacto na criação e manutenção dos laços de amizade.

Não tenho conhecimento 1 |-----| 10 Tenho conhecimento

27. A sinalização dos locais públicos, por exemplo, através da palavra escrita e imagem é facilitadora da participação nas atividades da vida diária da pessoa com afasia.

Não tenho conhecimento 1 |-----| 10 Tenho conhecimento

28. Alterações ao nível da saúde mental não são a origem da afasia.

Não tenho conhecimento 1 |-----| 10 Tenho conhecimento

29. As dificuldades ao nível do cálculo podem surgir devido à afasia.

Não tenho conhecimento 1 |-----| 10 Tenho conhecimento

30. Para a pessoa com afasia pode ser difícil construir uma mensagem usando o gesto.

Não tenho conhecimento 1 |-----| 10 Tenho conhecimento

31. A afasia pode ser responsável pela diminuição da vida social da pessoa.

Não tenho conhecimento 1 |-----| 10 Tenho conhecimento

32. O terapeuta da fala é o profissional responsável por intervir junto da pessoa com afasia e seus cuidadores.

Não tenho conhecimento 1 |-----| 10 Tenho conhecimento

33. A pessoa com afasia tem competência para tomar decisões.

Não tenho conhecimento 1 |-----| 10 Tenho conhecimento

34. Lesões nas estruturas do aparelho cardiovascular não são a causa da afasia.

Não tenho conhecimento 1 |-----| 10 Tenho conhecimento

35. A pessoa com afasia pode ter uma incapacidade ao nível da mobilidade (e.g. paralisia de uma parte do corpo).

Não tenho conhecimento 1 |-----| 10 Tenho conhecimento

36. Uma incapacidade que a pessoa com afasia pode apresentar é a resolução de contas ou problemas matemáticos.

Não tenho conhecimento 1 |-----| 10 Tenho conhecimento

37. O isolamento da pessoa pode ser uma consequência da afasia.

Não tenho conhecimento 1 |-----| 10 Tenho conhecimento

38. O conhecimento sobre afasia do parceiro de comunicação pode contribuir para que a comunicação com a pessoa com afasia seja mais eficaz.

Não tenho conhecimento 1 |-----| 10 Tenho conhecimento

39. A afasia não tem cura.

Não tenho conhecimento 1 |-----| 10 Tenho conhecimento

40. A pessoa com afasia pode ter uma incapacidade em descodificar a mensagem falada pelo outro.

Não tenho conhecimento 1 |-----| 10 Tenho conhecimento

41. A pessoa com afasia tem uma incapacidade ao nível da comunicação.

Não tenho conhecimento 1 |-----| 10 Tenho conhecimento

42. Na pessoa com afasia a capacidade de aprender está mantida.

Não tenho conhecimento 1 |-----| 10 Tenho conhecimento

43. Uma das incapacidades que a pessoa com afasia pode apresentar é a resolução de problemas da vida diária.

Não tenho conhecimento 1 |-----| 10 Tenho conhecimento

44. Para a pessoa com afasia perceber a mensagem, o parceiro deve falar mais alto.

Não tenho conhecimento 1 |-----| 10 Tenho conhecimento

45. A mensagem da pessoa com afasia pode não ser percebida pelo seu parceiro.

Não tenho conhecimento 1 |-----| 10 Tenho conhecimento

46. Para a pessoa com afasia perceber a mensagem o parceiro de comunicação deve falar devagar.

Não tenho conhecimento 1 |-----| 10 Tenho conhecimento

Parte IV **Faça uma apreciação global do seu conhecimento sobre a afasia usando a escala de 1 a 10. Assinale com uma cruz (x) o número da escala que melhor descreve a sua apreciação.**

Neste momento considero que o meu conhecimento global sobre afasia é...

Não tenho conhecimento

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

 Tenho conhecimento

Obrigada pela sua participação.