



**Licenciatura em**

Terapia da Fala

---

**Típo de Trabalho**

Relatório de Investigação

---

**Título do Trabalho**

Conhecimento sobre afasia da população portuguesa adulta

---

**Elaborado por**

Tânia Alexandra Barbosa Santos Palma

---

**Nº de estudante**

201092252

---

**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

Tânia Palma, 201092252

---

### RESUMO

Existem situações em que as competências comunicativas do indivíduo sofrem alterações, como é o caso da afasia, o que origina uma diminuição da participação nas atividades diárias e no relacionamento com os outros. Desta forma, a existência de um conhecimento mais aprofundado da patologia e o impacto associado à mesma, por parte dos parceiros de comunicação, tornar-se-á facilitador. **Objetivos:** Descrever o conhecimento sobre a afasia da população portuguesa adulta e identificar as principais fontes de informação desse conhecimento. **Metodologia:** Foi realizado um estudo exploratório-descritivo e transversal, cuja amostra foi não probabilística por conveniência, é constituída por 44 indivíduos, 28 do género feminino (63,6%) e 16 do género masculino (36,4%), com uma média de idades de 39,93 (DP=13,76). Para a recolha da informação foi aplicado o questionário de autopreenchimento “Conhecimento sobre afasia”, elaborado por Ramos e Vital (2013). **Resultados:** Os participantes revelaram ter maior conhecimento (>90%) sobre outras condições de saúde do que relativamente à afasia (18,2%). A média do conhecimento sobre a afasia é de 6,95 (DP=1,99), sendo a dos profissionais de saúde (M=8,17; DP=0,71), superior à população geral (M=6,12; DP=2,21). As principais fontes de aquisição do conhecimento, foram os meios de comunicação social (37,5%), o facto de trabalhar com pessoas que apresentam esta etiologia (25%) e através da formação (25%). **Discussão/ Conclusão:** O conhecimento sobre a afasia, na população em estudo, vai de encontro aos estudos internacionais, em que é inferior ao das outras patologias que causam incapacidade. Importa ainda referir que dos participantes que afirmam ter conhecimento sobre a patologia, 3 são profissionais de saúde podendo por isso ser um indicador de um nível de conhecimento mais elevado. Os inquiridos que ouviram falar, revelam que ainda há questões que merecem ser alvo de divulgação de forma a potencializar a participação da pessoa com afasia, destacando-se desta forma o papel do Terapeuta da Fala nesta área.

**Palavras-Chave:** Afasia; Conhecimento; População portuguesa; CIF; Fontes de informação

## Knowledge about aphasia of the adult Portuguese population

Tânia Palma, 201092252

---

### ABSTRACT

There are situations where the communication skills of the individual are affected, such as aphasia, which causes a decrease in participation in daily activities and relationships with others. Thus, the existence of a wider knowledge about the pathology and its impact by the communication partners, can become a facilitator. **Objectives:** Describe knowledge about aphasia of the adult Portuguese population and identify its main sources of information. **Methodology:** It has been carried a descriptive, exploratory and transversal study, which sample was non-probabilistic by convenience and was constituted by 44 individuals, 28 female (63,6%) and 16 male (36,4%) with a mean age of 39,93 (SD=13,76). For the data collection it was applied the questionnaire “Knowledge about aphasia”, elaborated by Vital & Ramos (2013). **Results:** The participants reveal to have a greater knowledge (>90%) about other health conditions than about aphasia (18,2%). The mean knowledge about aphasia is 6,95 (SD=1,99). The mean of the health professionals (M=8,17; SD=0,71) is superior to the general population (M=6; 12 SD= 2,21). The main sources of knowledge acquisition were the media (37,5%), the fact of working with people who have this etiology (25%) and through training (25%). **Discussion/ Conclusion:** The knowledge about aphasia in the population at study supports the international studies, which is inferior to the other pathologies that cause incapacity. It matters to assert that of those who claim to have knowledge about the aphasia 3 are health professionals which may be an indicator of the higher level of knowledge. Respondents who have heard, reveal that there are still questions that need to be disclosed in order to enhance the participation of people with aphasia, thus highlighting the role of the Speech Therapist in this area.

**Key words:** Aphasia; Knowledge; Portuguese population; ICF; Sources of information

# 1. INTRODUÇÃO

O ser humano desde sempre que sente necessidade de trocar informação com o outro, realizando partilha de ideias e de vivências, sendo este processo ativo de troca de informação, entre dois ou mais intervenientes, designado de comunicação (Sim-Sim, 1998). O National Joint Committee for the Communicative Needs of Persons with Severe Disabilities (1992, p.3) realça que quando falamos de comunicação devemos ainda considerar que esta 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”. Ramos (2013) salvaguarda ainda, que para que haja eficácia a nível de comunicação, o indivíduo deverá ser um comunicador competente, ou seja, deverá ter competências para elaborar e decifrar uma mensagem que seja interpretada ou produzida pelo parceiro de comunicação.

Este processo de troca de informação é defendido por Ramos (2009) como a chave para o reconhecimento social, visto que é através da comunicação que se constroem pontes que sustentam as interações com os outros, sendo as mesmas utilizadas como a base sobre as quais cada indivíduo constrói a sua identidade. Neste sentido, Ramos e Vital (2012) destacam a ideia de que o meio é essencial quando se aborda a comunicação, visto que é o próprio contexto que irá vincular o conteúdo da mensagem.

No entanto, existem situações em que as competências comunicativas do indivíduo sofrem alterações, como por exemplo, na afasia. O conceito desta patologia foi sofrendo diversas alterações, tornando-se mais abrangente progressivamente, variando na sua adequação científica e no seu propósito, passando a sua definição por diferentes modelos defendidos pelos mais variados autores (Chapey, 2008). Pode-se descrever a afasia como uma alteração de linguagem resultante de uma lesão cerebral, localizada nas estruturas que se supõe estarem envolvidas no processamento da linguagem e que se traduz na perda total ou parcial da capacidade para compreender e/ou produzir linguagem (escrita, oral e gestual), podendo ainda surgir défices ao nível do cálculo (Roth & Worthington, 1997; Hallowell & Chapey, 2008). Perante tais alterações Leal (2006) afirma que o fraco desempenho comunicativo, se traduz num impacto na vida familiar, profissional e social do indivíduo, tornando-se estes fatores também fundamentais na definição da afasia.

Esta patologia deve ser vista numa perspetiva biopsicossocial, visto que a incapacidade linguística da pessoa terá impacto na realização das atividades diárias e na forma como se relaciona com os outros. Este modelo é a base da Classificação de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), cuja versão portuguesa data de 2004. Esta classificação procura através de uma linguagem unificada e padronizada, proporcionar uma base científica para a compreensão e o estudo dos determinantes da saúde, dos resultados e das condições relacionadas com a mesma. Encontra-se organizada em dois grandes grupos e cada um deles é composto por duas componentes: (1) funcionalidade e incapacidade onde se inserem as funções e estruturas do corpo e atividades e participação; (2) fatores contextuais constituídos pelos fatores ambientais e pessoais (OMS, 2004).

Assim, analisando a afasia à luz desta classificação, torna-se mais claro perceber as implicações desta patologia, quer para a pessoa com esta condição de saúde quer para o contexto onde se insere e de como se influenciam mutuamente.

Os fatores pessoais caracterizam-se por ser o histórico particular e estilo de vida de um indivíduo, englobando características do mesmo que não são parte de uma condição ou de um estado de saúde. Nestes fatores podem estar incluídas variáveis, como: género, raça, idade, outros estados de saúde, condição física, estilo de vida, hábitos, educação, antecedentes sociais, nível de instrução, profissão, carácter, características psicológicas individuais, entre outras. A CIF não faz a classificação destes fatores, devido à grande variedade social e cultural que acarretam (OMS, 2004). No entanto, a consideração dos mesmos é determinante para a compreensão da condição de saúde da pessoa.

Quando nos referimos à componente de "funções e estrutura do corpo" estamos focados nas "funções fisiológicas dos sistemas orgânicos e as partes anatómicas do corpo" (OMS, 2004, p.186), ou seja, ao falar de afasia, e como já referido anteriormente, referimo-nos à estrutura cerebral e às funções por ela desempenhadas, tais como funções de receção e expressão da linguagem oral, escrita ou de sinais e funções de cálculo.

O acidente vascular Cerebral (AVC) é a etiologia mais frequente da afasia, tratando-se de uma lesão que pode ocorrer por obstrução ou rompimento de uma determinada artéria cerebral responsável pelo aporte sanguíneo (Castro Caldas, 2000). Trata-se da primeira

causa de morbidade e mortalidade na Europa, e em Portugal representam a primeira causa de morte e incapacidade (Direção Geral da Saúde, 2006). Segundo Vaz *et al* (1996) embora não exista um número concreto no que diz respeito ao número de AVC's em Portugal, sabe-se que a frequência com que ocorrem é superior comparativamente a outros países europeus. A Associação Nacional de Afásicos (ANA) afirma que 50% das pessoas que sobrevivem ao AVC, apresentam dificuldades comunicativas e revelam um número significativamente preocupante de incidência de casos de afasia.

Devido ao AVC, para além da afasia, podem surgir diferentes incapacidades, estando a gravidade das mesmas dependentes da localização e da extensão da lesão. Destacam-se como principais incapacidades (Ramos e Vital, 2012; Cancela, 2008 e Leal 2006): (1) hemiplegia e hemiparesia levando a uma alteração quer no padrão de marcha e consequentemente uma diminuição dos contextos comunicativos, quer na transmissão de uma mensagem através da escrita; (2) alterações do campo visual como hemianopsia e quadrantopsia, existindo uma barreira ao acesso visual à informação sobre a qual se comunica; (3) apraxia, ou seja, incapacidade em executar movimentos e gestos voluntários, dificultando o uso de gestos como forma de comunicação; (4) disartria, quando a lesão afeta uma das áreas motoras responsáveis pelos movimentos dos músculos orofaciais (e.g. lábios, língua, bochechas, mandíbula), dificultando a execução dos movimentos necessários à produção da fala.

Ao considerar a componente "atividade e participação", ou seja a “execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo, bem como o seu envolvimento numa situação quotidiana” (OMS, 2004, p.112) e para a pessoa com afasia, referimo-nos ao desempenho comunicativo, isto é, à forma como o indivíduo recebe e envia mensagens orais e escritas e como as realiza num determinado contexto de vida. O'Halloran e Larkins (2008) ao analisarem a CIF, concluíram que no que se refere à comunicação, esta se encontra dividida em três níveis fundamentais: receber e produzir mensagens, conversação e utilização de técnicas e dispositivos de comunicação. No entanto, o facto de existirem ainda numerosas atividades nos outros capítulos da CIF que envolvem a comunicação, reforça a ideia de que a mesma está na base de muitas das atividades realizadas na vida diária. Para estes autores importa ainda referir que as atividades comunicativas e a participação são vistas na CIF de duas formas distintas. Sendo que, no capítulo da Comunicação, esta é vista pelo tipo de

comunicação que ocorre, pelo tipo de modalidade utilizada e ainda pelo número de pessoas que se encontram envolvidas na conversação. E por outro lado, a comunicação é também vista na sua relação com o contexto onde ocorre a atividade comunicativa através de questões tais como o local e o propósito da mesma (O'Halloran and Larkins 2008).

As constatações dos autores acima referenciados, alertam-nos para o facto de uma limitação ao nível da atividade comunicativa poder restringir a participação da pessoa nos seus diferentes contextos de vida. Matos (2012) acrescenta que o indivíduo com afasia se depara com uma limitação da participação na sociedade, devido às dificuldades comunicativas, tais como envolvimento em associações comunitárias ou acontecimentos culturais.

No estudo conduzido por Matos (2012), intitulado de níveis de atividade e participação das pessoas com afasia, foram incluídos três grupos (pessoas com afasia, seus familiares/amigos e Terapeutas da Fala), concluindo-se que quando se consideram as consequências da afasia, ao nível da atividade/participação os 3 grupos estão em consenso ao considerar a categoria das interações e relacionamentos interpessoais, nomeadamente os relacionamentos familiares, como sendo aquela em que ocorrem mais restrições. São ainda descritas pelos três grupos, consequências nas principais áreas da vida, particularmente em termos de trabalho e emprego e vida económica. No que diz respeito às atividades que deixam de ser executadas após o AVC e a afasia, o maior destaque dos Terapeutas da Fala é dirigido às atividades de vida comunitária social e cívica, mais concretamente às atividades recreativas e de lazer.

Os fatores ambientais representam o “ambiente físico, social e atitudinal no qual as pessoas vivem e conduzem a sua vida” (OMS, 2004, p.13). Segundo Ramos (2013), cada fator ambiental manifesta-se de forma diferente no que diz respeito ao impacto na participação da pessoa com afasia ao longo do tempo. A análise desse impacto deve ser obtida através do cruzamento dos vários contextos de vida da pessoa com afasia com o tempo de evolução desta condição de saúde. A participação destes indivíduos é afetada se a sociedade criar fatores negativos (barreiras) ou se deixar de fornecer ambientes positivos (facilitadores). Assim, o papel da sociedade passa pela remoção de barreiras e maximização de facilitadores (Howe, Worrall e Hickson, 2004). Neste sentido, segundo a OMS (2004) devem ser tidos em conta os seguintes fatores: (1) produtos e tecnologias; (2) ambiente

natural e mudanças ambientais feitas pelo homem; (3) apoios e relacionamentos; (4) atitudes; (5) serviços, sistemas e políticas.

Os produtos e tecnologias dizem respeito a “qualquer produto, instrumento, equipamento ou tecnologia adaptado ou especialmente concebido para melhorar a funcionalidade de uma pessoa com incapacidade” (OMS, 2004, p. 154). No caso da pessoa com afasia os produtos e tecnologia (baixa ou alta) podem facilitar a compreensão e expressão verbal ou escrita. As modificações de materiais de leitura para as pessoas com afasia também se encontram neste domínio (Howe *et al*, 2004).

O ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem, centram-se nos “elementos animados e inanimados do ambiente natural ou físico e dos componentes deste ambiente que foram modificados pelas pessoas” (OMS, 2004, p.162). Referindo-nos á pessoa com afasia importa considerar os efeitos do ruído sobre o desempenho destes indivíduos (Howe *et al*, 2004; Pound *et al*, 2001,citado por Matos, 2012). Para Pound *et al*. (2001, citado por Matos, 2012) importa ainda referenciar que uma barreira à informação é o facto de esta não estar exposta de forma relevante, oportuna e acessível à condição da pessoa com afasia.

Os apoios e relacionamento, dizem respeito a “pessoas ou animais que dão apoio prático físico ou emocional, assim como na educação, proteção e assistência, e nos relacionamentos com outras pessoas, em casa, no local de trabalho, na escola, nos locais de lazer ou em outros aspetos das suas atividades diárias” (OMS,2004, p.166). No caso da afasia importa modificar a sua linguagem oral de modo a ir ao encontro das necessidades dos indivíduos e dar mais tempo aquando da interação com uma pessoa que apresente a referida patologia (Howe *et al*, 2004). Pound *et al* (2001, citado por Matos, 2012) acrescenta ainda a importância de alterar a linguagem escrita para atender às necessidades das pessoas com afasia, bem como utilizar uma linguagem simplificada e objetiva.

As atitudes referem-se às “consequências observáveis dos costumes, práticas, ideologias, valores, normas, crenças religiosas e outras” (OMS, 2004, p.168). Quando nos referimos às pessoas com afasia, as atitudes passam por modificar comportamentos negativos, padronizantes e prejudiciais, educar as pessoas acerca da natureza e do impacto da afasia, promovendo a compreensão das barreiras com que se deparam estes indivíduos (Howe *et al*, 2004; Pound *et al* 2001, citado por Matos, 2012). Estes autores destacam ainda a

importância de educar quem fornece e organiza os serviços a estar atento às modificações das necessidades dos indivíduos com afasia, bem como compreender que as necessidades destas pessoas se modificam ao longo do tempo.

Os serviços, sistemas e políticas “proporcionam benefícios, programas estruturados e operações, em vários setores da sociedade, organizados para satisfazer as necessidades dos indivíduos” (OMS, 2004, p.170). Neste capítulo, tendo em conta a pessoa com afasia, deverão estabelecer-se serviços e oportunidades adequadas, desenvolver o acesso comunicativo a ambientes de educação e de trabalho, proporcionar informação acessível, em modos diferentes e diferentes linguagens (Pound *et al*, 2001, citado por Matos, 2012). A prestação de apoio psicossocial e serviços de aconselhamento para pessoas com afasia pode ser considerado um facilitador dentro deste domínio (Howe *et al*, 2004).

Ramos (2009) defende que na afasia, a existência de um conhecimento mais aprofundado da patologia e o impacto associado à mesma por parte dos parceiros de comunicação tornar-se-á facilitador. A promoção do conhecimento sobre a patologia e o seu impacto na vida diária, será fundamental para mudança de crenças e de atitudes dos parceiros de comunicação.

Das pesquisas internacionais realizadas sobre o tema, conclui-se que o conhecimento sobre a afasia é escasso, verificando-se semelhanças nos resultados obtidos entre os diferentes estudos.

Um estudo que pretendia apurar o conhecimento da população sobre afasia, foi conduzido por Simmons-Mackie, Code, Armstrong & Elman (2002). A amostra foi recolhida em locais públicos (centros comerciais) e contou com 978 participantes: 378 em Inglaterra, 389 nos Estados Unidos da América, 159 na Austrália e os restantes 52 foram encontrados em zonas públicas numa cidade Californiana. Quanto aos dados sociodemográficos, apurou-se que 59,1 % era do género feminino e os restantes 40,9 do género masculino, sendo a média de idades de 40,7 (DP=19,1). Os resultados apontaram que dos 978 inquiridos, apenas 113 (13,6%) ouviram falar de afasia e apenas 53 (5,4%) preencheram os critérios dos conhecimentos básicos da afasia. Dos inquiridos que responderam ter conhecimento sobre esta patologia, 38,7% indicaram que a principal fonte de aquisição foi a comunicação social, 24% através do cargo profissional, 17,8 % através de amigos ou familiares que

apresenta a patologia e 19,4 % através de outra fonte de informação. Os autores concluem, ainda, que embora houvesse diferenças regionais significativas no nível de consciência da afasia e conhecimento da mesma, todas as regiões demonstraram consciência limitada e conhecimentos básicos, o que poderá afetar o financiamento, qualidade dos serviços e aceitação pública dos indivíduos. Assim, torna-se importante a consciencialização pública, através de campanhas de sensibilização, por exemplo através dos meios de comunicação social.

Um outro estudo realizado em 2008 por Flynn, Cumberland e Marshall, baseou-se em explorar o conhecimento que a população tinha sobre a afasia comparativamente à doença de Parkinson. A amostra incluiu 100 membros do público em geral (48 do género masculino e 52 do género feminino) e mais 26 cuidadores (11 género masculino e 15 do feminino). Dos 100 elementos do público em geral, 50 encontravam-se num bairro de Londres e os restantes 50 numa cidade do sudoeste de Inglaterra (Surrey). Dos 26 cuidadores, 12 foram recrutados em Londres e 14 em Surrey. O resultado do conhecimento foi obtido através de um questionário e concluiu-se que a afasia apresenta uma taxa de conhecimento mais baixa comparativamente à doença de Parkinson. Assim, ao falar de afasia, conclui-se que em Londres a população em geral obteve uma média de 1,28 (DP=2,87) enquanto que os cuidadores obtiveram uma média de 8,83 (DP=4,30). Por outro lado, em Inglaterra (Surrey), verificou-se que a população em geral obteve uma média de 1,18 (DP=3,19) e os cuidadores 10,79 (DP=1,25). Analisando os resultados da doença de Parkinson, verificou-se uma melhoria de conhecimento, sendo que na primeira região, o público em geral obteve uma média de 8,3 (DP=2,87) e os cuidadores uma média de 8,96 (DP=1,76). Enquanto que na segunda região referenciada a média do público em geral é de 8,3 (DP=3,05) e os cuidadores uma média de 8,93 (DP=1,77). Os autores concluem que tal desconhecimento acarreta consequências negativas, aumentando as barreiras enfrentadas pela pessoa com afasia quando interage com parceiro de comunicação. Salientam ainda que o facto da afasia poder apresentar diversas manifestações, dependendo do tipo de lesão, leva a um reconhecimento complexo por partes dos parceiros de comunicação.

Whitaker & Marshall (2011), entrevistaram 223 indivíduos adultos, que tinham residência nos Estados Unidos da América, com o objetivo de examinar o conhecimento público sobre afasia. Relativamente às características da amostra, sabe-se que era constituída por 82

(37%) indivíduos do gênero masculino e os restantes 141 (63%) do gênero feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 82 anos. Verificou-se que 110 inquiridos (49,3%) responderam não saber do que se trata esta patologia. Através do preenchimento do questionário elaborado para o presente estudo, concluiu-se que o número de respostas corretas, dos 113 entrevistados que ouviram falar de afasia variou entre 3-13 e o número médio de respostas corretas foi de 9,17 (DP = 2,15).

O estudo realizado em 2012 por McCann, Tunnicliffe & Anderson, pretendia averiguar a consciência pública sobre a doença de Parkinson, AVC e afasia, comparando a consciencialização dos profissionais de saúde. A amostra foi de 300 participantes (125 homens e 175 mulheres), recolhida nos centros metropolitanos de Nova Zelândia, apresentando uma faixa etária entre os 21 e os 85 anos. Dos inquiridos, 200 pertenciam à população geral e 100 trabalhavam no setor de saúde no Hospital Metropolitano da cidade. Dos participantes, 30% respondeu ter consciência/ouviu falar da existência de afasia, contudo o conhecimento sobre a mesma foi de 8%. Realizando uma comparação entre o público em geral e os profissionais de saúde, os resultados foram: 11% do público em geral tinha consciência/ouviu falar da afasia e apenas 1,5% tinha conhecimento sobre a mesma, enquanto que no setor da saúde 68% das pessoas tinha consciência/ouviu falar e 21% preencheram os critérios para o conhecimento básico de afasia. No que diz respeito ao conhecimento sobre a doença de Parkinson, o estudo revelou que no setor de saúde 97% indivíduos tinham consciência/ouviu falar sobre a doença mas só 40% apresentavam conhecimento. Quanto ao AVC, os participantes apresentaram uma consciência/ouviu falar de 100% embora 62% de conhecimento. No público em geral havia consciência/ouviu falar de 95,5% de doença de parkinson e 27% de conhecimento; sobre o AVC destaca-se que 99% tinha consciência/ouviu falar sobre etiologia mas o conhecimento foi de apenas 49%.

Com base nestes resultados, os investigadores afirmam que é importante melhorar a sensibilização do público geral e do setor de saúde sobre a afasia, procurando iniciativas direcionadas, no sentido de proporcionar o conhecimento adequado, a fim de aumentar os facilitadores para esta condição de saúde.

Tendo em conta que em alguns dos estudos existentes, procuram relacionar o conhecimento sobre a afasia com outras condições de saúde, importa saber da incidência das mesmas. Assim, no que diz respeito à doença de Parkinson, embora não existam números concretos, em Portugal, as estimativas apontam para a existência de 20.000 portadores da doença (Associação Portuguesa de Parkinson, 2012). Quanto à doença de Alzheimer, os mais recentes dados epidemiológicos apontam para a existência de 153 000 pessoas com demência em Portugal, das quais 90 000 têm doença de Alzheimer, forma de demência mais prevalente (Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer, 2009). Relativamente aos diabetes, a prevalência em 2011 foi de 12,7% da população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7 892 380 indivíduos), a que corresponde um valor estimado de 1 003 mil indivíduos (Gardete, 2013). Quando se fala de esclerose múltipla, estima-se que mais de 5000 portugueses sejam portadores desta patologia (Associação Nacional de Esclerose Múltipla, 2012). Uma outra condição de saúde é a gaguez, verificando-se uma estimativa de 100.000 pessoas, em Portugal, com gaguez (Associação Portuguesa de Gagos, 2009).

A OMS através do Relatório Mundial de incapacidade (2011), defende que é importante adotar medidas para melhorar a acessibilidade e igualdade de oportunidades, promover a participação e inclusão, elevar o respeito pela autonomia e dignidade de todos os indivíduos. O referido relatório, aponta que as atitudes negativas são uma das principais barreiras ao envolvimento da pessoa com deficiência, tornando-se essencial melhorar o conhecimento público sobre a deficiência, confrontar as perceções negativas e representá-la de forma oportuna.

De forma a identificar lacunas na compreensão pública é importante ter conhecimento, sobre crenças e atitudes sobre deficiência, tornando-se essencial a promoção da aprendizagem na sociedade, sobre as patologias que podem trazer incapacidade comunicativa e a forma como comunicar com estas pessoas (Ramos, 2013).

Neste sentido, considerou-se pertinente a realização deste estudo, que pretende averiguar o conhecimento que a população portuguesa apresenta sobre a afasia. Pensa-se deste modo estar a contribuir para uma melhoria, quer na prática clínica dos Terapeutas da Fala em Portugal, quer para a população em geral, permitindo-lhes uma visão holística sobre o

doente com afasia, proporcionando deste modo uma melhoria na qualidade de vida de todos os intervenientes.

A questão orientadora que serve como ponto de partida para o presente estudo é: “Qual é o conhecimento da população portuguesa adulta sobre a afasia?”. Tendo em atenção a questão de investigação, foram delineados os seguintes objetivos: (1) descrever o conhecimento sobre a afasia que a população portuguesa adulta apresenta; (2) identificar as principais fontes de informação sobre a afasia.

## **2. MÉTODO**

### **2.1. Tipo de Estudo**

A investigação enquadra-se num estudo exploratório, de carácter descritivo e transversal. Designa-se de exploratório visto que pretende explorar uma realidade que até à data foi pouco estudada para a população portuguesa. É também descritivo, pois foca-se na descrição do conhecimento que a população portuguesa adulta tem da afasia e das fontes de informação desse conhecimento. Por último é transversal, pois o contacto com a amostra foi realizado num único momento, o de preenchimento do instrumento de recolha de dados.

### **2.2. Amostra**

Para este estudo foi considerada uma amostra não probabilística por conveniência, por redes, uma vez que cada elemento da população não apresentou probabilidade igual de ser escolhido, pois foram estabelecidos critérios e cada participante pode indicar outro indivíduo com características similares.

No que diz respeito às variáveis consideraram-se as seguintes: (1) Inclusão - idade igual ou superior a 18 anos, nacionalidade portuguesa, residência em Portugal; (2) controlo - ter contacto com pessoas que têm afasia e pessoa residente em meio rural/urbano; (3) exclusão - ser Terapeuta da Fala ou estudante de Terapia da Fala e ser uma pessoa com afasia.

Para obter a amostra, foram entregues 44 questionários, dos quais foram recolhidos 44, sendo a taxa de adesão de 100%, não tendo sido excluído nenhum questionário do estudo.

A tabela 1 faz referência à amostra e às suas respetivas características sociodemográficas. A amostra é constituída por 44 indivíduos, sendo 28 do género feminino (63,6%) e 16 do

género masculino (36,4%) com uma média de idades de 39,93 (DP= 13,76). Todos os inquiridos são de nacionalidade portuguesa, residentes a maioria na zona urbana da grande Lisboa (81,8%).

Quanto às habilitações literárias, 56,8% concluiu o ensino obrigatório, no entanto, 6 (13,6%) dos participantes são estudantes, 3 (50,0%) frequentam uma licenciatura, 2 (33,3%) estão no ensino secundário e 1 (16,7%) encontra-se a frequentar o mestrado.

**Tabela 1- Caracterização Sociodemográfica da amostra (n=44)**

	F (%)	Média (DP)	Min.-Máx.
<b>Género</b>			
Feminino	28 (63,6)		
Masculino	16 (36,4)		
<b>Idade</b>		39,93 (13,76)	19– 67
<b>Concelho de Residência</b>			
Odivelas	10 (22,7)		
Vila Franca de Xira	7(15,9)		
Amadora	7 (15,9)		
Mértola	6 (13,6)		
Loures	5 (11,4)		
Lisboa	3 (6,8)		
Cascais	3 (6,8)		
Setúbal	2 (4,5)		
Torres Vedras	1 (2,3)		
<b>Zona de residência Urbana/ Rural</b>			
Urbana	38 (86,4)		
Rural	6 (13,6)		
<b>Habilitações Literárias Concluídas</b>			
1º Ciclo	2 (4,5)		
2º Clico	1 (2,3)		
3º Ciclo	6 (13,6)		
Secundário	25 (56,8)		
Licenciatura	9 (20,5)		
Bacharelato	1(2,3)		
<b>Estudante</b>	6 (13,6)		
<b>Ciclo de Estudos Atual (n=6)</b>			
Secundário	2 (33,3)		
Licenciatura	3 (50)		
Mestrado	1 (16,7)		
<b>Exerce alguma profissão</b>	38 (86,4)		
<b>Porque não exerce (n=3)</b>			
Desempregado	3 (100)		
<b>Classificação portuguesa das Profissões 2010 (n= 39)</b>			
(2) Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	4 (10,3)		
(3)Técnicos e Profissionais de nível Intermédio	10 (25,6)		
(4) Pessoal administrativo e similares	3 (7,7)		
(5) Pessoal dos serviços e Vendedores	15 (38,5)		
(7) Operários, Artífices e trabalhadores similares	5 (12,8)		
(9)Trabalhadores não qualificados	2 (5,1)		

Relativamente às profissões, 38 (86,4%) participantes encontram-se a desenvolver uma atividade profissional, sendo que os restantes 6 (13,6%) não se encontram a exercer qualquer ofício. Dos participantes que não exercem profissão, 3 estão desempregados e os restantes são estudantes. No que concerne às profissões, de acordo com a Classificação

Portuguesa das Profissões 2010 (Instituto Nacional de Estatística, 2011), dos 39 participantes que revelaram a sua profissão ou última profissão, 15 (38,5%) enquadra-se na categoria de pessoal dos serviços e vendedores, 10 (25,6%) inserem-se nos técnicos e profissionais de nível intermédio e 5 (12,8%) dos participantes na categoria de operários, artífices e trabalhadores similares. Destaca-se que das 39 profissões apresentadas, 13 enquadram-se na área da saúde (8 técnicos de análises clínicas, 3 enfermeiros e 2 auxiliares de serviço de geriatria).

### **2.3. Instrumentos de Recolha de Dados**

Para a recolha dos dados foi utilizada uma ficha de caracterização sociodemográfica e um questionário de autopreenchimento elaborados por Ramos e Vital (2013) que se encontram em anexo 1. O questionário para o presente estudo intitula-se " Conhecimento sobre Afasia" e apresenta-se dividido em 4 grupos:

O grupo I, constituído por sete perguntas abertas e fechadas, diz respeito à ficha de caracterização sociodemográfica, que foi desenvolvida com o objetivo de obter dados sociodemográficos do inquirido (idade, género, nacionalidade, concelho de residência, habilitações literárias e profissão).

O grupo II é composto por quatro perguntas fechadas dando ênfase ao conhecimento que o participante tem de acidente vascular cerebral e outras patologias tais como: doença de Parkinson, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, gaguez, disartria, alexia e agrafia e afasia. No caso de existir conhecimento sobre a afasia o referido questionário tenta perceber através de que fonte de informação o adquiriu.

O grupo III integra quarenta e seis perguntas que pretendem averiguar o conhecimento específico sobre a afasia. Com o objetivo de recolher essa informação é utilizada uma escala de medição analógica, em que 1 representa a ausência de conhecimento e 10 revela o conhecimento. É solicitado ao inquirido que coloque uma cruz no nível que considera ser o seu conhecimento sobre o tema. As 46 afirmações apresentadas, dividem-se em: Estrutura do corpo (afirmações 1,12,23,34), funções do corpo (afirmações 2,7,13,18,24,29,35,40,43), atividade (afirmações 3,8,14,19,25,30,36,41), participação (afirmações 4,9,15,20,26,31,37),

fatores ambientais (afirmações 5,10,16,21,27,32,44,46), fatores pessoais (afirmações 6,11,17,22,28,33,39,42) e outros (afirmações 38 e 45).

Para finalizar verifica-se no grupo IV uma pergunta de apreciação do auto conhecimento sobre a afasia, sendo apresentada uma escala numérica, cujas extremidades tal como acontece no grupo anterior, são designadas de: 1- Não tenho conhecimento e 10- Tenho conhecimento.

#### **2.4. Procedimento**

O processo de investigação teve início com a pesquisa bibliográfica e elaboração do enquadramento teórico, sendo este processo o suporte para a precisão e relevância de todo o desenvolvimento do estudo, nomeadamente no desenvolvimento da questão orientadora e dos objetivos do estudo.

Seguidamente, foram elaboradas a ficha de primeiro contacto, cujos autores são Cunha, Heleno, Palma, Ramos & Ramos (2014), que se encontra em apêndice 1 e a carta de apresentação (apêndice 2). Quer os documentos referenciados anteriormente quer o questionário, foram sujeitos a dois pré-testes. O primeiro pré-teste ocorreu com as discentes e docentes do 4º ano de Terapia da Fala. O segundo, foi realizado com as docentes Terapeutas da Fala da Universidade Atlântica. Tendo sido realizadas as reformulações que se consideraram pertinentes

Na fase seguinte, ocorreu o contacto, via telefone ou pessoalmente, com o participante, sendo preenchida a ficha de seleção para perceber se os indivíduos poderiam ser incluídos ou não no estudo, através deste primeiro contacto era explicado o conteúdo e os objetivos do estudo, para que desta forma cada indivíduo tivesse a liberdade de escolher se queria ou não fazer parte do mesmo. Todos os contactos realizados foram positivos, dando-se seguimento a entrega dos questionários, pessoalmente, tendo sido agendado um dia e um local para o efeito. Finalizado o processo de preenchimento cada participante, devolveu, também de forma pessoal, os questionários, os mesmos encontravam-se selados, garantindo assim que todo o processo respeita-se o direito à confidencialidade e anonimato dos participantes, visto que a cada um foi atribuído um código de identificação.

Em paralelo com o processo descrito anteriormente, foi construída uma base de dados no programa *Statistical Package for the Social Sciences 20* (SPSS) para executar a análise estatística do estudo. Ao nível do tratamento estatístico, este foi realizado tendo em atenção cada uma das variáveis. Assim, no grupo I constam dois tipos de variáveis (qualitativa e quantitativa), sendo a análise estatística feita através da frequência relativa e absoluta; da média e desvio padrão, mínimos e máximos e moda, respetivamente. O grupo II é composto por variáveis qualitativas- nominais e por isso o tratamento estatístico foca-se em calcular a frequência relativa e absoluta. Do grupo III e IV constam variáveis quantitativas, sendo a análise estatística feita através da média, desvio padrão, mínimos e máximos e moda.

Para análise do conhecimento dos participantes do estudo, foi ainda construída uma escala em que [0;2] significa 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 focando-se na imparcialidade e respeito pela confidencialidade do processo.

### **3. RESULTADOS**

Primeiramente à exposição dos resultados obtidos procedeu-se à análise da consistência interna da escala utilizada no instrumento de recolha de dados através do coeficiente de *Alpha de Cronbach*. Dessa análise conclui-se que o instrumento apresenta uma boa consistência interna, uma vez que apresenta um Alfa de Cronbach total de 0,95. Especificamente, ao nível das estruturas e funções do corpo o valor de Alfa de Cronbach foi de 0,86 (4 itens) e de 0,81 (9 itens), respetivamente; na componente atividade foi de 0,62 (8 itens); participação foi de 0,84 (7 itens); os fatores ambientais obtiveram 0,79 (8 itens), nos fatores pessoais foi de 0,73 (8 itens). Assim conclui-se, que em cada grupo específico, o instrumento também apresenta uma boa consistência interna.

Os primeiros resultados que se destacam (tabela 2), é que dos 44 inquiridos, todos ouviram falar de AVC, sendo que 26 (59,1%) têm conhecimento de alguém que não comunicava após sofrer um AVC. Os participantes revelam ter maior conhecimento (>90%) sobre outras condições de saúde do que relativamente à afasia (18,2%).

Os inquiridos que ouviram falar de afasia, afirmam que as principais fontes de aquisição do conhecimento, foram os meios de comunicação social (37,5%), trabalhar com pessoas que apresentam esta condição de saúde (25%) e através da formação (25%).

**Tabela 2- Conhecimento geral sobre AVC, outras condições de saúde e fontes de informação (N=44)**

	F (%)
<b>Ouviu falar de AVC</b>	44 (100,0)
<b>Conhecimento de alguém que não comunique após AVC</b>	
Sim	26 (59,1)
<b>Já ouviu falar</b>	
Doença de Alzheimer	44 (100,0)
Diabetes	44 (100,0)
Doença de Parkinson	43 (97,7)
Esclerose Múltipla	42 (95,5)
Gaguez	40 (90,5)
Alexia e Agrafia	13 (29,5)
Afasia	8 (18,2)
Disartria	4 (9,1)
<b>Como ouviu falar de afasia (n=8)</b>	
Trabalhar com pessoas com afasia	2 (25)
Formação	2 (25)
Rádio	1 (12,5)
Livro	1 (12,5)
Internet	1 (12,5)
Tv+ Rádio	1 (12,5)

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

**Tabela 3- Análise do conhecimento e do autoconhecimento sobre afasia (N=44)**

	F%					M (DP)	Mín-Máx
	[0;2]	[2;4]	[4;6]	[6;8]	[8;10]		
<b>Conhecimento sobre afasia</b>		2 (25)		4 (50)	2 (25)	6,95 (1,99)	3,57-8,99
Profissionais de Saúde (n=3)				2 (66,7)	1 (33,3)	8,17 (0,71)	7,75-8,99
População em Geral		2 (40)		2 (40)	1 (20)	6,12 (2,21)	3,57-8,14
<b>Autoconhecimento sobre Afasia</b>		1 (12,5)	2 (25)	1 (12,5)	4 (50)	7 (2,45)	4- 10
Profissionais de Saúde (n=3)					3 (100)	8,67(1,15)	8-10
População em Geral		1 (20)	2 (40)	1 (20)	1 (20)	6 (2,55)	4-10

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

Analisando a tabela 3, verifica-se que dos 8 inquiridos que responderam afirmativamente ao conhecimento sobre a afasia 3 estão inseridos em atividades profissionais ligadas a áreas da saúde. Observa-se também que a média do conhecimento sobre a afasia é de 6,95 (DP=1,99), verificando-se a existência de um conhecimento superior sobre a afasia, nos profissionais de saúde (M=8,17; DP=0,71), comparativamente à população geral (M=6,12; DP=2,21). Quando se fala de autoconhecimento a média é de 7 (DP =2,45), verificando-se igualmente um autoconhecimento nos profissionais de saúde superior (M=8,67; DP=1,15), face à população geral (M=6; DP=2,55).

Seguidamente, surge a análise do conhecimento dos inquiridos, face às 46 questões apresentadas, estando cada uma delas inseridas na componente da CIF a que pertencem, sendo estas: Estruturas e funções do corpo, Atividade e participação, fatores ambientais e pessoais e outros fatores.

**Tabela 4- Análise das respostas relativas às estruturas do corpo (N=44)**

	F%					M (DP)	Mín-Máx
	[0;2]	[2;4]	[4;6]	[6;8]	[8;10]		
A afasia é causada por uma lesão no cérebro				1 (12,5)	7 (87,9)	9,74 (0,75)	7,89-10
A pessoa com afasia não apresenta uma alteração das estruturas responsáveis pela produção de voz	3 (37,5)		1 (12,5)	1 (12,5)	3 (37,5)	5,35 (4,58)	0-10
A pessoa com afasia não apresenta uma alteração das estruturas responsáveis pela produção de fala	3 (37,5)			1 (12,5)	4 (50)	5,91 (4,95)	0-10
Lesões nas estruturas do aparelho cardiovascular não são a causa da afasia	4 (50)		1 (12,5)		3 (37,5)	4,42 (4,67)	0-10

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

No que diz respeito à estrutura do corpo (tabela 4), verifica-se que a média do conhecimento varia entre 4,42 (DP=4,67) e os 9,74 (DP=0,75). Correspondendo o sem conhecimento o fato das lesões nas estruturas do aparelho cardiovascular não serem a causa da afasia (50%) e de que a pessoa com afasia apresenta alterações das estruturas responsáveis pela produção de voz e fala (37,5%). O muito bom conhecimento corresponde que a causa da afasia se associa a uma lesão cerebral (87,9%).

**Tabela 5- Análise dos resultados relativos às funções do corpo (N=44)**

	F%					M (DP)	Mín-Máx
	[0;2]	[2;4]	[4;6]	[6;8]	[8;10]		
Na afasia existe uma dificuldade em expressar os pensamentos através da fala	1 (12,5)			1(12,5)	6 (75)	8,26 (3,46)	0-10
A compreensão de uma mensagem escrita pode estar afetada devido à afasia	2 (25)		1(12,5)	1 (12,5)	4 (50)	6,51(4,20)	0,21-10
A pessoa com afasia pode não conseguir escrever			2 (25)	1 (12,5)	5 (62,5)	8,47 (2,22)	4,42-10
Para a pessoa com afasia o recurso ao gesto para compreender/expressar uma mensagem pode não ser possível	1 (12,5)		1(12,5)		6 (75)	7,88 (3,72)	0-10
A pessoa com afasia apresenta uma incapacidade em colocar as suas ideias em palavras	1 (12,5)		1 (12,5)	1 (12,5)	5 (62,5)	7,78 (3,60)	0,32-10
As dificuldades ao nível do cálculo podem surgir devido a afasia	2 (25)			1(12,5)	5 (62,5)	6,89 (4,38)	0-10
A pessoa com afasia pode ter uma incapacidade ao nível da mobilidade (e.g. paralisia de uma parte do corpo)	3 (37,5)				5 (62,5)	6,25 (5,18)	0-10
A pessoa com afasia pode ter uma incapacidade em descodificar a mensagem falada pelo outro			1 (12,5)	1 (12,5)	6 (75)	8,67 (2,14)	4,21-10
Uma das incapacidades que a pessoa com afasia pode apresentar é a resolução de problemas da vida diária	1 (12,5)		1 (12,5)		6 (75)	8,22 (3,62)	0-10

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

Nas funções do corpo (tabela 5), verifica-se que a média do conhecimento varia entre 6,25 (DP=5,18) e os 8,67 (DP=2,14). Correspondendo o sem conhecimento (37,5%) à incapacidade da pessoa com afasia ao nível da mobilidade. Os participantes revelam muito bom conhecimento (75 %) no que respeita às dificuldades que a pessoa com afasia pode apresentar ao nível da descodificação da mensagem falada e na resolução de problemas, bem como o comprometimento do gesto para compreender/expressar uma mensagem.

**Tabela 6- Análise dos resultados relativos à atividade (N=44)**

	F%					M (DP)	Mín-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	2 (25)				6 (75)	7,53 (4,29)	0-10
Numa conversação é difícil para a pessoa com afasia expressar a sua mensagem através da fala	1 (12,5)			1 (12,5)	6 (75)	8,46 (3,19)	1,05-10
A leitura de uma mensagem pode ser uma das incapacidades da pessoa com afasia			1 (12,5)	1 (12,5)	6 (75)	9,12 (1,72)	5,26-10
A pessoa com afasia pode ter dificuldade em construir uma mensagem escrita			1 (12,5)	1 (12,5)	6 (75)	9,12 (1,66)	5,58-10
A pessoa com afasia pode ter dificuldade em descodificar e compreender os gestos da outra pessoa	1 (12,5)		1(12,5)		6 (75)	8,22 (3,6)	0-10
Para a pessoa com afasia pode ser difícil construir uma mensagem usando o gesto	4 (50)		1 (12,5)	1 (12,5)	2 (25)	3,82 (4,28)	0-10
Uma das incapacidades que a pessoa com afasia pode apresentar é a resolução de contas ou problemas matemáticos	1 (12,5)		1 (12,5)		6 (75)	8,04 (3,72)	0-10
A pessoa com afasia tem uma incapacidade ao nível da comunicação	1 (12,5)		1 (12,5)		6 (75)	7,94 (3,65)	0-10

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

No que diz respeito à atividade (tabela 6), verifica-se que a média do conhecimento varia entre 3,82 (DP=4,28) e os 9,12 (DP=1,72). Correspondendo o sem conhecimento às dificuldades da pessoa com afasia em construir uma mensagem usando o gesto (50%) e em compreender o que lhe é dito numa conversação (25%). No muito bom conhecimento (75%) surge o reconhecimento das dificuldades para a pessoa com afasia em compreender o que o outro diz, em expressar a sua mensagem através da fala, dificuldades na leitura de mensagens e construção de uma mensagem escrita, dificuldades em descodificar e compreender o gesto e a incapacidade na resolução questões matemáticas e ao nível da comunicação.

**Tabela 7- Análise dos resultados relativos à participação (N=44)**

	F%					M (DP)	Mín-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	2 (25)			1 (12,5)	5 (62,5)	7,26 (4,25)	0-10
A afasia pode levar à perda ou alteração das condições profissionais	1 (12,5)		1 (12,5)		6 (75)	8,12 (3,24)	1,05-10
A afasia pode levar à diminuição das atividades de recreação e lazer	1 (12,5)		1 (12,5)		6 (75)	8,17 (3,64)	0-10
A pessoa com afasia pode ver diminuída a sua participação na vida política e como cidadão	1 (12,5)		2 (25)		5 (62,5)	7,62 (3,44)	1,37-10
A afasia pode ter impacto na criação e manutenção dos laços de amizade	3 (37,5)		2 (25)	1 (12,5)	2 (25)	4,21 (4,27)	0-10
A afasia pode ser responsável pela diminuição da vida social da pessoa	1 (12,5)		2 (25)		5 (62,5)	7,62 (3,48)	1,05-10
O isolamento da pessoa pode ser uma consequência da afasia			3 (37,5)		5 (62,5)	7,99 (2,42)	4,74-10

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

No que diz respeito à componente de participação (tabela 7), observa-se que a média do conhecimento varia entre 4,21 (DP=4,27) os 8,17 (DP=3,64). Correspondendo o sem conhecimento ao impacto que a afasia pode trazer na criação e manutenção dos laços de amizade (37,5%), e à necessidade de apoio que a pessoa com afasia precisa para a realização das tarefas diárias (25%). Com muito bom conhecimento (75%) os participantes afirmam saber que a afasia pode levar à perda ou alteração das condições profissionais e também à diminuição das atividades de recreação e lazer.

**Tabela 8- Análise dos resultados relativos aos fatores ambientais (N=44)**

	F%					M (DP)	Mín-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	1(12,5)		2(25)		5 (62,5)	7,17 (3,76)	0-10
O ruído influencia a participação da pessoa com afasia	3(37,5)		1(12,5)		4 (50)	5,74 (4,78)	0-10
A exposição de informação (imagens, , texto,...) no campo visual da pessoa com afasia pode dificultar a sua participação.	1(12,5)		1(12,5)	2 (25)	4 (50)	7,39 (3,59)	0-10
O recurso a tecnologias pode ser uma solução para a comunicação da pessoa com afasia	1(12,5)		3(37,5)	1(12,5)	3 (37,5)	6,43 (3,57)	0-10
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	3(37,5)		1 (12,5)		4 (50)	5,45 (4,72)	0-10
O terapeuta da fala é o profissional responsável por intervir junto da pessoa com afasia e seus cuidadores			3 (37,5)		5 (62,5)	7,96 (2,79)	4,42-10
Para a pessoa com afasia perceber a mensagem, o parceiro deve falar mais alto	5 (62,5)				3 (37,5)	4,00(4,97)	0-10
Para a pessoa com afasia perceber a mensagem, o parceiro deve falar devagar	2 (25)		1 (12,5)		5 (62,5)	7,05 (4,22)	0-10

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

Relativamente aos fatores ambientais (tabela 8), observa-se que a média do conhecimento varia entre 4 (DP=4,97) e os 7,96 (DP=2,79). Correspondendo o sem conhecimento (50%) ao fato do ruído influenciar a participação da pessoa com afasia e que a sinalização dos locais por exemplo, através da palavra escrita e imagem é facilitadora da participação nas atividades da vida diária da pessoa com afasia. O muito bom conhecimento (62,5%) corresponde ao reconhecimento que o Terapeuta da Fala é o profissional responsável por intervir junto da pessoa com afasia e seus cuidadores e que o desconhecimento sobre o que é a afasia pode levar a atitudes negativas sobre a pessoa.

**Tabela 9- Análise dos resultados relativos aos fatores pessoais (N=44)**

	F%					M (DP)	Mín-Máx
	[0;2]	[2;4]	[4;6]	[6;8]	[8;10]		
A afasia é uma condição de saúde que surge independentemente da idade	1 (12,5)	1 (12,5)			6 (75)	7,91 (3,73)	0,74-10
As causas emocionais não estão na origem da afasia	4 (50)				4 (50)	5,28 (5,02)	0-10
A pessoa com afasia não apresenta uma dificuldade na audição	3 (37,5)			1 (12,5)	4 (50)	5,92 (4,92)	0-10
A inteligência da pessoa não é afetada pela afasia	1 (12,5)		1 (12,5)	1 (12,5)	5(62,5)	7,46 (3,59)	0-10
Alterações ao nível da saúde mental não são a origem da afasia	4 (50)				4 (50)	5,24 (5,12)	0-10
A pessoa com afasia tem competência para tomar decisões	1 (12,5)		1 (12,5)	2 (25)	4 (50)	7.30 (3,56)	0-10
A afasia não tem cura	3 (37,5)		3 (37,5)	1 (12,5)	1(12,5)	4,05 (3,75)	0-10
Na pessoa com afasia a capacidade de aprender está mantida	2 (25)		1 (12,5)	1 (12,5)	4 (50)	6,41 (4,23)	0-10

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

Quantos aos fatores pessoais (tabela 9), conclui-se que a média do conhecimento varia entre 4,05 (DP=3,75) e os 7,91 (DP=3,73). Verifica-se que a amostra se encontra dividida relativamente aos fatores que podem dar origem à afasia. Sendo que 50% dos participantes afirma não ter conhecimento se as causas emocionais e alterações ao nível da saúde mental estão na origem desta patologia e a mesma percentagem afirma ter muito bom conhecimento sobre as mesmas. No muito bom conhecimento surge também a convicção de que a afasia é uma condição de saúde que surge independente da idade (75%)

**Tabela 10- Análise dos resultados relativos a outros fatores de conhecimento (N=44)**

	F%					M (DP)	Mín-Máx
	[0;2]	[2;4]	[4;6]	[6;8]	[8;10]		
O conhecimento do parceiro sobre a afasia pode contribuir para que a comunicação com a pessoa com afasia seja mais eficaz	1 (12,5)		1 (12,5)	1 (12,5)	5 (62,5)	7,65 (3,67)	0-10
A mensagem da pessoa com afasia não é percebida pelo seu parceiro			1 (12,5)	1 (12,5)	6 (75)	8,87 (1,87)	4,74-10

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

Nos outros fatores (tabela 10), conclui-se que a média do conhecimento varia entre 7,65 (DP=3,67) e os 8,87 (DP=1,87). Correspondendo o sem conhecimento ao facto do conhecimento do parceiro de comunicação poder contribuir para que a comunicação com a pessoa com afasia seja mais eficaz (12,5%). Associado ao muito bom ao conhecimento surge que a mensagem da pessoa com afasia não é percebida pelo parceiro (75%).

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 para cada afirmação para cada uma das componentes.

**Tabela 11- Análise dos resultados por componente da CIF (OMS, 2004)**

	F%					M (DP)	Mín-Máx
	≥0-≤2	>2-≤4	>4-≤6	>6-≤8	>8 ≤10		
Estruturas do corpo (n=4)			3 (75)		1 (25)	6,35 (2,34)	4,42- 9-74
Funções do corpo (n=9)				5 (55,6)	4 (4,44)	7,69 (0,83)	6,51-8,67
Atividade (n=8)			1 (12,5)	2 (25)	5 (62,5)	7,78 (1,69)	3,82-9,12
Participação (n=7)			1 (14,3)	4 (57,1)	2 (28,6)	7,28 (1,39)	4,21-8,17
Fatores ambientais (n=8)		1 (12,5)	2 (25)	5 (55,6)		5,90 (1,58)	4-7,96
Fatores pessoais (n=8)			4 (50)	4 (50)		6,20 (1,32)	4,05-7,91

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

Feita uma análise global das componentes, (tabela 11) verifica-se que a média mais alta se enquadra ao nível da atividade (M=7,78; DP=1,69), pelo contrário a média mais baixa focou-se nos fatores ambientais (M=5,90; DP=1,58).

## 4. DISCUSSÃO

Neste ponto serão discutidos os resultados, tendo em conta a revisão bibliográfica realizada e os objetivos traçados inicialmente para o presente estudo.

No atual estudo, 18,2% já ouviram falar de afasia, sendo que o conhecimento apresenta uma média de 6,95 (DP=1,99). Estes resultados vão ao encontro dos estudos realizados a nível internacional (Simmons-Mackie *et al*, 2002; Flynn *et al*, 2008; Whitaker & Marshall, 2011; McCann *et al*, 2012), onde se verificou que o conhecimento desta condição de saúde é baixo.

Assim, no estudo conduzido por Simmons-Mackie *et al* (2002) os resultados obtidos foram inferiores ao estudo atual, visto que 13,6% dos participantes ouviram falar de afasia e 5,4% preencheram o critério do conhecimento básico da afasia. Tal diferença poderá ser explicada devido ao facto de em Portugal, o AVC representar a primeira causa de morte e

incapacidade (DGS, 2006), sendo que se estima que 50% das pessoas que sobrevive ao AVC, apresentam dificuldades comunicativas, revelando um número significativamente preocupante de incidência de casos de afasia (ANA, data desconhecida). O estudo realizado por McCann *et al* (2012), veio reforçar a ideia da diferença entre ter consciência/ouvir falar da existência da afasia e o conhecimento sobre a mesma, visto que uma vez mais se verificou uma percentagem superior da consciencialização (30%) comparativamente ao conhecimento (8%). No entanto no estudo de McCann *et al* (2012) o número de participantes na área de saúde é superior ao da nossa amostra o que pode influenciar o facto de mais pessoas terem ouvido falar de afasia.

Quer nos estudos referenciados anteriormente (Simmons-Mackie *et al*, 2002; Flynn *et al*, 2008; Whitaker & Marshall, 2011; McCann *et al*, 2012), quer no atual, verifica-se uma discrepância entre o ter ouvido falar e o conhecimento desta condição de saúde. No atual estudo, tal facto poderá ser explicado, pela existência de questões sobre as quais os participantes revelam pouco conhecimento. Comparando os referidos estudos e mesmo sabendo que se tratam de zonas geográficas e populações distintas, estes resultados poderão ser indicadores de que o nível de conhecimento sobre a afasia ao longo de 12 anos (2002-2014), não apresentou resultados significativos de melhoria. Devendo para a população portuguesa ser investigado o trabalho no âmbito da divulgação desta patologia, sendo este estudo uma reflexão dessa falta de divulgação, visto que nenhum dos participantes afirmou ter ouvido falar de afasia através de campanhas de sensibilização.

Importa ainda refletir sobre o facto de todos os inquiridos (N=44), afirmarem ter ouvido falar de AVC, sendo que 26 (59,1%) têm conhecimento de alguém que não comunicava após sofrer um AVC e apenas 8 (18,2%) confirmam ter ouvido falar de afasia, podendo desta forma concluir-se que os participantes não associam as dificuldades comunicativas após o AVC à afasia. Esta realidade poderá ir de encontro ao defendido por Flynn *et al* (2008) que defendem que a afasia se trata de uma etiologia com manifestações diferentes, tornando-a assim difícil de reconhecer e compreender.

Quanto às outras condições de saúde investigadas no estudo, é notório um conhecimento mais amplo sobre as mesmas, quando comparadas com a afasia, tal como o encontrado por outros estudos (McCann *et al*, 2012; Flynn *et al*, 2008). Tal facto, pode ser explicado pela

divulgação da afasia nos meios de comunicação social, principal fonte da nossa amostra, ser insuficiente. Flynn *et al* (2008) realizaram uma pesquisa de um jornal online (The Guardian), onde verificaram que apenas existiam 3 relatos sobre afasia, desde 2002, em comparação com 140 menções de doença de Parkinson.

Uma outra questão que este estudo procurou observar foi a diferença existente entre o conhecimento dos profissionais de saúde e a população em geral. Tal como já realizado internacionalmente (Simmons-Mackie *et al*, 2002; Flynn *et al*, 2008; Whitaker & Marshall, 2011; McCann *et al*, 2012) e onde foi possível observar que os profissionais de saúde apresentam um conhecimento superior face à população geral, o presente estudo traduz essa mesma realidade, tendo sido obtido para os profissionais de saúde uma média de conhecimento de 8,17 (DP=0,71) e para a população em geral de 6,12 (DP=2,21). No estudo conduzido por McCann *et al* (2012), face a esta comparação, verificou-se um menor conhecimento do público em geral, sendo que 1,5% tinha conhecimento sobre a afasia, enquanto que no setor da saúde 21% preencheram os critérios para o conhecimento básico de afasia.

Estes resultados, poderão ser um indicativo da inexistência de oportunidades para que as pessoas adquiram conhecimento sobre afasia. No atual estudo, verifica-se que dos 44 participantes só 8 ouviram falar, sendo estes números um indicativo da existência de poucas oportunidades. Estes resultados podem influenciar o financiamento de serviços ou programas, a qualidade dos serviços para as pessoas com afasia, o encaminhamento impróprio para serviços e tratamento inadequado e ainda dificuldades no reajustamento da vida social (Simmons-Mackie *et al*, 2002).

No presente estudo, 39 das profissões apresentadas, 13 enquadram-se na área da saúde (8 técnicos de análises clínicas, 3 Enfermeiros e 2 auxiliares de serviço de geriatria) sendo que 3 dos quais afirmaram ter conhecimentos sobre a afasia (2 enfermeiros e 1 técnico de análises), sendo o seu conhecimento superior ao da população em geral. Estes resultados, vão de encontro ao defendido por Simmons-Mackie *et al*, (2002) que indicam que a familiaridade com o trabalho na área da saúde ou afins ocupações pode explicar o fato de que os profissionais de intermediários (como por exemplo, enfermeiros, terapeutas, professores) apresentem um maior conhecimento relativamente a outros grupos

profissionais. No presente estudo, o facto de apenas 3 profissionais de saúde, terem conhecimentos sobre o tema, poderá ser explicado devido à sua formação base e às funções desempenhadas. No entanto, e considerando o número de profissionais que ouviram falar de afasia fica claro que deve existir sensibilização nos profissionais ligados à saúde para assim se verificar uma maior participação da pessoa com afasia na tomada de decisões.

O segundo objetivo do estudo, tinha como foco identificar as principais fontes de aquisição do conhecimento sobre afasia. Concluindo-se que as principais fontes, no presente estudo, são a atividade profissional, a formação e os meios de comunicação social. Verificando-se unanimidade com o estudo de Simmons-Mackie *et al* (2002) que afirma que as pessoas tinham ouvido falar de afasia, principalmente através da mídia, através do trabalho e pela proximidade de parente ou amigo que teve afasia, sendo que a última fonte referenciada não consta no presente estudo. No entanto quando se fala nos meios de comunicação social Flynn *et al* (2008) indicam que cobertura dos mídia sobre a afasia é rara e nem sempre transmite a informação mais adequada, que como o já focado pode contribuir para as lacunas do conhecimento sobre a afasia da nossa amostra.

Na análise às componentes que constituem a CIF, o estudo revelou que os participantes apresentam uma média de conhecimento mais baixa nos fatores ambientais e pessoais. No que concerne aos fatores pessoais, por exemplo, no presente estudo verifica-se que a amostra se encontra dividida em relação aos fatores emocionais e as alterações de saúde mental serem a causa da afasia, concluindo-se que este facto ainda se encontra desconhecido para a população. Este facto é reforçado pela evidência de que 37,5% não apresenta conhecimento de que as alterações responsáveis pelas funções de voz e fala e que alterações do aparelho cardiovascular não são a causa da afasia (50%). Relativamente aos fatores ambientais, tal como defendido por Howe *et al* (2004) a sociedade desempenha um papel fundamental nesta componente, visto que passa pela sociedade a remoção de barreiras e maximização de facilitadores. No presente estudo, verifica-se a inexistência de conhecimento sobre o fato do ruído influenciar a participação da pessoa com afasia e que a sinalização dos locais por exemplo, através da palavra escrita e imagem é facilitadora da participação nas atividades da vida diária da pessoa com afasia. Desta forma e tendo em conta que os fatores ambientais apresentam um nível de conhecimento mais baixo face a outras componentes da CIF, poderá afirma-se que mais medidas têm de ser tomadas para

que a população obtenha conhecimento sobre a forma agir adequadamente, com o objetivo de maximizar os facilitadores, eliminando as barreiras existentes.

## **5. CONCLUSÃO**

As principais conclusões retiradas do presente estudo são: (1) os participantes ouviram falar menos sobre a afasia, comparativamente a outras patologias com menor incidência; (2) os inquiridos que ouviram falar, revelam que ainda existem questões que merecem ser divulgadas de forma a potencializar as capacidades da pessoa com afasia e inserir as mesmas de forma equitativa na sociedade; (3) os profissionais de saúde têm maior conhecimento sobre a afasia, comparativamente à população em geral, embora se verifique a existência de profissionais que nunca ouviram falar desta condição de saúde; (4) como principais fontes de aquisição do conhecimento, destacam-se os meios de comunicação social, o trabalho com pessoas que apresentam esta patologia e através da formação.

Como limitações refere-se o número reduzido da amostra, não podendo o mesmo ser representativo da população portuguesa, sendo esta também uma sugestão para trabalhos futuros. Uma outra limitação detetada, foi a falta de informação relativas à população portuguesa sobre o tema abordado, não sendo possível verificar comparações entre os níveis de conhecimento.

Tendo em conta os resultados obtidos, e uma vez que a afasia se traduz num fraco desempenho comunicativo e conseqüentemente acarreta num impacto na vida familiar, profissional e social do indivíduo, é de extrema importância que a população em geral adquira conhecimento sobre esta patologia de forma a aumentar a participação da pessoa com afasia.

De uma forma geral, os objetivos propostos para o presente estudo foram cumpridos, uma vez que foi possível descrever o conhecimento sobre a afasia, bem como a identificação das principais fontes de aquisição do conhecimento. Tratando-se de um instrumento que poderá ser útil para os terapeutas da fala, procurando explicar que embora a afasia tenha impactos bastantes negativos na vida do indivíduo e da sua família, grande parte desconhece o seu conceito, bem como as conseqüências implicadas na mesma.

O Terapeuta da Fala, enquanto profissional que acompanha e vivência as implicações desta patologia quer para o doente com afasia, quer para a sua família, revela ter um papel importante ao nível da prevenção, visto que, está apto a orientar e aconselhar os cuidadores e a equipa que acompanha o doente, de forma correta e objetiva, aumentando as potencialidades do indivíduo.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A.N.A (s.d) – Associação Nacional de Afásicos. Consultado em [http://www.anafasicos.org/publicacoes/desdobraveis/desd\\_perguntas\\_respostas.pdf](http://www.anafasicos.org/publicacoes/desdobraveis/desd_perguntas_respostas.pdf)

Associação Nacional de Esclerose Múltipla (2012). Consultado em: <http://www.anem.org.pt/em/oquee.html>

Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer - Alzheimer Portugal (2009). Plano Nacional de Intervenção (pp.3). Consultado em <http://alzheimerportugal.org/pt/doenca-de-alzheimer>

Associação Portuguesa de Gagos – APG (2009). Consultado em: [http://www.gaguezapg.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=75&Itemid=59](http://www.gaguezapg.com/index.php?option=com_content&task=view&id=75&Itemid=59)

Associação Portuguesa de Parkinson. Consultado em: <http://www.parkinson.pt/?lop=conteudo&op=6ecbdd6ec859d284dc13885a37ce8d81&id=b9d487a30398d42ecff55c228ed5652b>

Cancela, D. (2008). *O Acidente Vascular Cerebral- Classificação, principais consequências e reabilitação*. Universidade Lusíada do Porto, Porto. Trabalho realizado no estágio de complemento ao diploma de licenciatura em Psicologia. Consultado em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0095.pdf>

Castro Caldas, A. (2000). *A herança de Franz Joseph Gall: o cérebro ao serviço do Comportamento humano*. Amadora: McGraw-Hill.

Chapey, R. (2008). *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (5th Ed). Baltimore, MD, Williams&Wilkins.

Direção Geral da Saúde (2006). Programa Nacional de Prevenção das Doenças Cardiovasculares.

Flynn, L; Cumberland, A. & Marshall, J. (2008). Public knowledge about aphasia: *A survey comparative data. Aphasiology* 1-9.

Gardete Correia, L. (2013). Diabetes: Factos e Números (2012) – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (pp.7). Consultado em: [http://www.portugal.gov.pt/media/871173/20130219\\_relatorioanualdiabetes\\_2012.pdf](http://www.portugal.gov.pt/media/871173/20130219_relatorioanualdiabetes_2012.pdf)

Hallowell, B., Chapey, R. (2008). Introduction to Language Intervention Strategies in Adult Aphasia in Language Intervention Strategies. In *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (Ed. Chapey, R.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, pp. 3-19.

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

Instituto Nacional de Estatística (2011). Classificação Nacional das Profissões 2010. Lisboa. Consultado em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2).

Leal, G. (2006). Avaliação funcional da pessoa com afasia: *Construção de uma escala. Re(habilitar)* – Revista da ESSA, nº3, Edições Colibri, pp 7-24.

Matos, M- A. (2012). *Níveis de Atividade e Participação das Pessoas com Afasia :Desenvolvimento de Instrumentos de Avaliação Portugueses*. Tese de Doutoramento. Universidade de Aveiro - Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Aveiro. 428 pp. Consultado em [http://sweet.ua.pt/lmtj/lmtj/Matos2007\\_2012/Matos2012.pdf](http://sweet.ua.pt/lmtj/lmtj/Matos2007_2012/Matos2012.pdf)

McCann, C., Tunnicliffe, K., Anderson, R. (2012). “Public awareness of aphasia in New Zealand”. *Aphasiology*, 27:5, 568-580.

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>.

O'Halloran, R. and B. Larkins (2008). *The ICF Activities and Participation related to Speech-Language Pathology*. International Journal of Speech-Language Pathology 10 (1-2): 18-26.

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

Ramos, C. (2013). *A Participação da Pessoa com Afasia: Uma Abordagem Multidimensional*, Instituto Politécnico do Porto, Porto. Trabalho submetido para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do título em especialista em Terapia da Fala. Consultado em

[http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/3306/1/PTE\\_CatarinaRamos\\_2013.pdf](http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/3306/1/PTE_CatarinaRamos_2013.pdf)

Ramos, C. (2009). *A Participação da Pessoa com Afasia*. V Congresso Nacional da Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala, Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala, 20 e 21 de novembro de 2009, Lisboa, Portugal. Consultado em [http://repositorio-cientifico.uatlantica.pt/jspui/bitstream/10884/529/1/2009\\_Ramos\\_A%20participa%C3%A7%C3%A3o%20da%20pessoa%20com%20afasia.pdf](http://repositorio-cientifico.uatlantica.pt/jspui/bitstream/10884/529/1/2009_Ramos_A%20participa%C3%A7%C3%A3o%20da%20pessoa%20com%20afasia.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.

Roth, F. & Worthington, C. (1997). *Treatment Resource Manual for Speech-Language Pathology*. London: Singular Publishing Group.

Sim-Sim, I. (1998). *Desenvolvimento da Linguagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

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

Vaz, A., Pinto, C., Ramos, F., Pereira, J. (1996). *As Reformas do Sistema de Saúde*. Lisboa, APES.

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://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.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

---

## **APÊNDICE 2 – CARTA DE APRESENTAÇÃO**

Tânia Palma

Rua da Boa Esperança, Vivenda Manuel Ferreira, 1º Drt

2620-220 Ramada

Eu, Tânia Alexandra Barbosa Santos Palma, 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.

---

Tânia Palma

**Contactos:**

Aluna Investigadora - Tânia Palma — 969369888; e-mail: [taniapalma.tf@gmail.com](mailto:taniapalma.tf@gmail.com)

Professora Orientadora Catarina Ramos — 214398285; e-mail: [cramos@uatlantica.pt](mailto:cramos@uatlantica.pt)

---

## **ANEXOS**

---

## **ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO**

## 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?

- Vi na televisão.                       Sou familiar de uma pessoa com afasia.  
 Ouvi na rádio.                          Sou amigo(a) de uma pessoa com afasia.  
 Li num jornal/ revista.                 Trabalho com pessoa(s) com afasia.  
 Li num livro.                               Através de uma campanha de sensibilização.  
 Ao pesquisar na internet.           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    1 |-----| 10    Tenho conhecimento

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. Numa conversaçã o é difícil para a pessoa com afasia expressar a sua mensagem através da fala.

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

9. A afasia pode levar à perda ou alteraçã o das condiçã oes profissionais.

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

10. O ruído influencia a participaçã o da pessoa com afasia.

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

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

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

**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.**