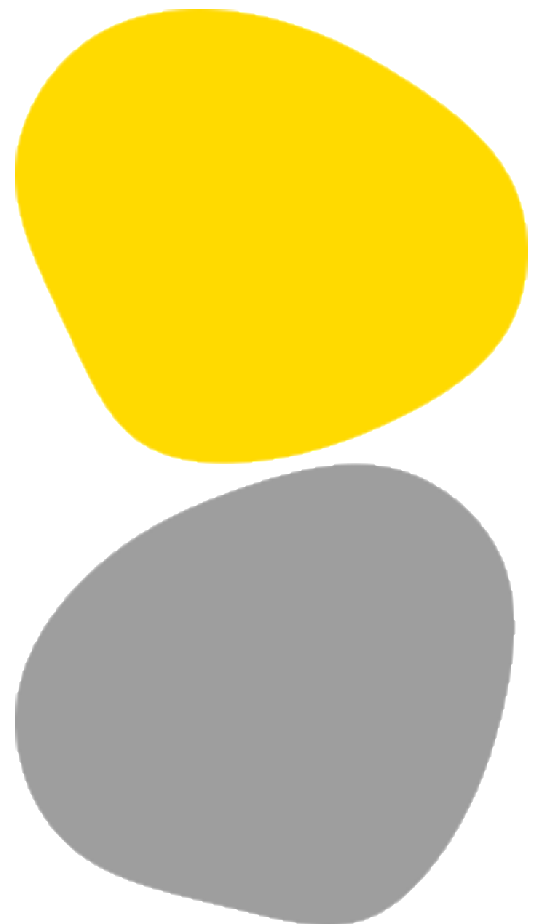




# Conhecimento dos profissionais de saúde e dos estudantes da área da saúde sobre afasia em Portugal

Inês Barros Moreira





## **Conhecimento dos profissionais de saúde e dos estudantes da área da saúde sobre afasia em Portugal**

### **Autor**

Inês Barros Moreira

### **Orientadores**

Professora Doutora Ana Brígida Francisco Patrício / Área Técnico-Científica de Terapia da Fala e  
Centro de Investigação em Reabilitação (CIR) da E2S, P.Porto

Professora Doutora Alexandra Alves Oliveira / Área Técnico-Científica de Biomatemática,  
Bioestatística e Bioinformática da E2S, P.Porto

*Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos  
necessários à obtenção do grau de Mestre em Terapia da Fala pela  
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto*



## **Agradecimentos**

Um agradecimento especial à minha orientadora, Professora Doutora Ana Brígida Francisco Patrício, e coorientadora, Professora Doutora Alexandra Alves Oliveira, pela partilha de conhecimentos, pela disponibilidade, rigor e inspiração ao longo de todo o processo de orientação. Sem dúvida, um gosto alcançar este marco com o vosso apoio.

Às pessoas que participaram neste estudo, pelo precioso contributo.

A todas as pessoas que se cruzaram comigo e me apoiaram neste percurso de crescimento académico.

Aos colegas, amigos e família que contribuíram para o meu desenvolvimento como aluna, profissional e pessoa.



## Resumo

Pessoas com afasia (PCA) necessitam de apoio especializado, sendo fundamental que os profissionais conheçam a patologia e usem estratégias comunicativas adequadas. **Objetivos:** Caracterizar o conhecimento sobre afasia; identificar estratégias utilizadas/importantes para comunicar com PCA e fontes de conhecimento; comparar conhecimento e estratégias comunicativas utilizadas/importantes em função dos grupos profissionais e estudantes de saúde; verificar relações entre conhecimento e estratégias comunicativas com: (1) idade dos profissionais e (2) tempo de exercício profissional; averiguar associações entre conhecimento e estratégias comunicativas com: (1) profissionais e estudantes, (2) grupos profissionais (3) áreas de formação dos estudantes e (4) género. **Metodologia:** Estudo descritivo-correlacional transversal com 447 participantes. Utilizaram-se questionários online. Utilizou-se estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** A maioria dos profissionais e dos estudantes ouviu falar sobre afasia. Os grupos têm baixo conhecimento sobre tipos de afasia e etiologia, exceto a terapia ocupacional. Verificado bom conhecimento sobre estratégias importantes. Enfermagem utilizou mais adequadamente estratégias comunicativas. O género masculino e os estudantes sabem mais sobre afasia. Pessoas mais velhas e mais experientes profissionalmente sabem mais sobre etiologia e estratégias importantes; mais jovens e com menos experiência sabem mais sobre características e tipos de afasia. **Conclusão:** Importante aumentar a literacia sobre afasia, especialmente, na utilização das estratégias comunicativas.

**Palavras-chave:** afasia; conhecimento sobre afasia; estratégias comunicativas; profissionais de saúde; estudantes da área da saúde





## Abstract

People with aphasia (PWA) need specialized care, so that it's crucial that professionals understand the condition and use appropriate communication strategies. **Objectives:** Characterize knowledge about aphasia; identify the strategies used/considered important to communicate with PWA and the sources of knowledge; compare the knowledge about aphasia and the communicative strategies used/considered important between groups of health professionals and students; determine the relationship between knowledge and communicative strategies with: (1) professionals' age; and (2) years of experience; identify relationships between knowledge and communicative strategies and: (1) professionals and students, (2) professional groups; (3) students' areas of training; and (4) gender. **Methodology:** Cross-sectional descriptive-correlational study with 447 participants. Online questionnaires and descriptive and inferential statistics were used. **Results:** Most professionals and students have heard about aphasia. The groups have little understanding of aphasia's types and etiology, except for occupational therapy. However, they were familiarized with important communication strategies. Nursing used it more adequately. Males and students knew more about aphasia. The older and those with more professional experience knew more about etiology and important strategies; the younger and less experienced knew more about the types of aphasia and their characteristics. **Conclusion:** Increasing literacy about aphasia and communicative strategies is important.

**Keywords:** aphasia; knowledge about aphasia; communication strategies; health professionals; health students



## Índice de abreviaturas

A-FROM	<i>Aphasia Framework for Outcome Measurement</i>
AVC	Acidente(s) vascular(es) cerebral(is)
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CPT	<i>Communication Partner Training</i>
E2S, P.Porto	Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto
EAS	Estudantes da área da saúde
LPAA	<i>Life Participation Approach to Aphasia</i>
p.	Página(s)
PCA	Pessoa(s) com afasia
PS	Profissional(is) de saúde
TF	Terapeuta(s) da Fala



## Índice de gráficos

Gráfico 1 – Frequências de respostas dos PS sobre as características que a PCA apresenta.....	16
Gráfico 2 – Frequências de respostas dos PS sobre a etiologia da afasia.....	17
Gráfico 3 – Frequências de respostas dos PS sobre os tipos de afasia existentes.....	17
Gráfico 4 – Frequências de respostas dos PS sobre as estratégias utilizadas com PCA.....	18
Gráfico 5 – Frequências de respostas dos PS sobre as estratégias consideradas importantes utilizar com PCA.....	19
Gráfico 6 – Bom conhecimento por género dos PS sobre as características que as PCA apresentam.....	24
Gráfico 7 – Bom conhecimento por género dos PS sobre as estratégias comunicativas consideradas importantes utilizar com PCA.....	24
Gráfico 8 – Bom conhecimento por grupos profissionais sobre as características que a PCA apresenta.....	25
Gráfico 9 – Bom conhecimento por grupos profissionais sobre a etiologia da afasia.....	26
Gráfico 10 – Bom conhecimento por grupos profissionais sobre os tipos de afasia.....	27
Gráfico 11 – Bom conhecimento por grupos profissionais sobre as estratégias comunicativas utilizadas com PCA.....	28
Gráfico 12 – Bom conhecimento por grupos profissionais sobre as estratégias comunicativas consideradas importantes utilizar com PCA.....	29
Gráfico 13 – Frequências de respostas dos EAS sobre as características que a PCA apresenta.	30
Gráfico 14 – Frequências de respostas dos EAS sobre a etiologia da afasia.....	31
Gráfico 15 – Frequências de respostas dos EAS sobre os tipos de afasia existentes.....	31
Gráfico 16 – Frequências de respostas dos EAS sobre as estratégias utilizadas com PCA.....	32
Gráfico 17 – Frequências de respostas dos EAS sobre as estratégias consideradas importantes utilizar com PCA.....	33
Gráfico 18 – Bom conhecimento por género dos EAS sobre as características que as PCA apresentam.....	34
Gráfico 19 – Bom conhecimento por género dos EAS sobre a etiologia da afasia.....	34
Gráfico 20 – Bom conhecimento por género dos EAS sobre as estratégias comunicativas consideradas importantes utilizar com PCA.....	35



Gráfico 21 – Bom conhecimento por áreas de formação sobre as características que a PCA apresenta.....	36
Gráfico 22 – Bom conhecimento por áreas de formação sobre a etiologia da afasia.....	36
Gráfico 23 – Bom conhecimento por áreas de formação sobre os tipos de afasia.....	37
Gráfico 24 – Bom conhecimento por áreas de formação sobre as estratégias comunicativas utilizadas com PCA.....	38
Gráfico 25 – Bom conhecimento por áreas de formação sobre as estratégias comunicativas consideradas importantes utilizar com PCA.....	39

### **Índice de tabelas**

<i>Tabela 1 – Reconversão de respostas relativamente ao local de trabalho dos PS.....</i>	<i>12</i>
<i>Tabela 2 – Possibilidades de resposta e respetivas alíneas que representam ter bom conhecimento.....</i>	<i>13</i>
<i>Tabela 3 – Relação da idade dos PS com o conhecimento sobre a afasia e sobre as estratégias comunicativas, usando teste t para amostras independentes.....</i>	<i>21</i>
<i>Tabela 4 – Relação do tempo de profissão com o conhecimento sobre afasia e sobre as estratégias comunicativas, usando teste t para amostras independentes.....</i>	<i>22</i>



## Índice

1. Introdução.....	1
1.1. Afasia.....	1
1.2. Impacto da afasia.....	2
1.3. Modelos adjacentes à funcionalidade da PCA.....	3
1.4. Treino de parceiros de comunicação.....	4
1.5. Conhecimento sobre afasia.....	4
1.6. Comunicação em saúde.....	7
2. Métodos.....	10
2.1. Participantes.....	10
2.2. Instrumentos.....	10
2.3. Procedimentos, recolha e tratamento de dados.....	11
3. Resultados.....	15
3.1. Profissionais de saúde.....	15
3.2. Estudantes da área da saúde.....	29
4. Discussão.....	40
5. Conclusão.....	45
Referências Bibliográficas.....	47
Apêndices.....	54
Apêndice 1: Instrumentos de recolha de dados.....	54
Apêndice 1.1. Instrumento de recolha de dados dos profissionais de saúde.....	54
Apêndice 1.2. Instrumento de recolha de dados dos estudantes da área da saúde.....	62
Apêndice 2: Resultados da recolha de dados dos profissionais de saúde.....	68
Apêndice 2.1. Resultados da relação da idade e do exercício da profissão.....	68
Apêndice 2.2. Resultados associação do género dos profissionais de saúde.....	75
Apêndice 2.3. Resultados associação da profissão.....	79
Apêndice 3: Resultados da recolha de dados dos estudantes da área da saúde.....	84
Apêndice 3.1. Associação do género dos estudantes da área da saúde.....	84
Apêndice 3.2. Associação da área de formação.....	88



## 1. Introdução

### 1.1. Afasia

A afasia consiste num conceito multidimensional que tem evoluído com base em diversas perspetivas, sendo definida como uma perturbação da linguagem adquirida que surge devido a uma lesão neurológica focal no hemisfério em que a linguagem é dominante (Papathanasiou & Coppens, 2017) e a sua causa mais comum é o acidente vascular cerebral (AVC) (Hallowell, 2017). O AVC é uma das principais causas de morte e de morbilidade em Portugal (Direção Geral da Saúde, 2017; World Health Organization, 2019). Embora não haja dados concretos acerca da incidência da afasia em Portugal, estima-se que a ocorrência anual desta perturbação seja de 8000 novos casos e, considerando a taxa de AVC em Portugal, prevê-se uma prevalência de 40.000 pessoas com afasia (PCA) (Instituto Português da Afasia, s.d.).

A PCA poderá ficar com alterações ao nível da expressão e/ou compreensão verbal-oral e/ou escrita (Hallowell, 2017). Existem vários tipos de afasia e a classificação mais usada é a seguinte: Wernicke, Broca, Global, Transcortical Sensorial, Transcortical Motora, Transcortical Mista, Condução e Anómica (Goodglass & Kaplan, 1972). O diagnóstico das afasias corticais depende da existência, ou não, de alterações ao nível da nomeação, da fluência do discurso, da compreensão de ordens simples e da repetição de palavras (Ardila, 2010; Patterson & Chapey, 2010). Pelas características mencionadas, pode dizer-se que a afasia é uma perturbação que afeta a funcionalidade comunicativa e social da PCA (Papathanasiou & Coppens, 2017).

Devido à lesão causada pelo AVC, as PCA podem apresentar, adicionalmente, défices sensoriais e défices motores, ficando com afeção no hemicorpo oposto ao lado da lesão neurológica (Galleta & Barret, 2014; Pommerehn, Delboni *et al.*, 2016). Por estes motivos, as PCA podem necessitar de permanecer um período internadas em hospitais, em centros de reabilitação, em unidades de cuidados continuados integrados e, nesses contextos, recebem apoio de profissionais especializados das áreas de medicina, enfermagem, terapia da fala, fisioterapia, entre outros (American Speech-Language-Hearing Association, s.d.; IPA, 2021; Rijssen, Veldkamp *et al.*, 2019; Simmons-Mackie, Christie *et al.*, 2007).



## 1.2. Impacto da afasia

As dificuldades sentidas pela PCA dependem de fatores como a localização e extensão da lesão e podem ser influenciadas por aspetos como a idade, as características pessoais, o seu relacionamento com os outros, entre outros (Worrall & Holland, 2003).

A afasia, ao interferir com a capacidade que a PCA apresenta para comunicar, vai dificultar as suas relações interpessoais e a reintegração nos seus contextos naturais (Patrício & Santos, 2008). Assim, a sua participação nos contextos em que está inserida e no desempenho dos seus papéis e atividades, poderá ficar comprometida (Patrício, 2015). Estes fatores poderão proporcionar à PCA reações emocionais negativas, gerando quadros depressivos nestes indivíduos e níveis baixos de satisfação com a vida, o que afetará a sua integridade psicossocial (Kao & Chan, 2024; Patrício, 2015). Pelas consequências que tudo isto acarreta, a qualidade de vida da PCA pode ser impactada negativamente (Patrício, 2015; Worrall & Holland, 2003).

Neste sentido, é fundamental a implementação de medidas que potenciem o acesso e a autonomia da PCA na participação ativa informada do seu próprio processo terapêutico (Grobler, Casey *et al.*, 2022), incluindo na tomada de decisões (Stipinovich, Tonsing *et al.*, 2023).

Também os cuidadores e familiares da PCA experienciam alterações significativas nas suas próprias vidas, especialmente em relação à adaptação da linguagem utilizada, ferramentas de comunicação e comportamento (Croteau, McMahon-Morin *et al.*, 2020; Davies, Small *et al.*, 2024). Percecionam, ainda, uma crescente responsabilidade associada ao papel de cuidador e, por vezes, à inversão de papéis, levando a um processo de luto e sensação de perda (Davies, Small *et al.*, 2024). Estes fatores podem gerar um impacto negativo na sua saúde mental e levar a uma mudança de identidade, sendo, portanto, importante investir na psicoeducação, informação e no apoio emocional (Davies, Small *et al.*, 2024).

Apesar disso, o estudo caso–controlo de Bueno–Guerra *et al.* (2024), que recorreu à utilização de questionário de autoperceção, concluiu que as PCA pós AVC, apesar de destacarem o impacto negativo das dificuldades comunicativas na qualidade de vida e na sua saúde, apresentam menos sintomas depressivos do que as pessoas saudáveis do grupo de controlo. Este facto parece ser justificado pela utilização de estratégias significativas e específicas ajustadas à pessoa e ao contexto, permitindo adequar-se à sua nova vida/identidade (Bueno–Guerra, Provencio *et al.*, 2024).



### 1.3. Modelos adjacentes à funcionalidade da PCA

Nesta perspetiva surge o modelo biopsicossocial, com o objetivo de focar no indivíduo como uma pessoa que participa ativamente e toma decisões no seu processo de reabilitação (Psychodco, 2020). Este modelo tem em consideração a interação de fatores sociais, ambientais e emocionais para o plano de intervenção (Pinheiro, 2021) e está alinhado com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que promove “uma visão coerente das diferentes perspetivas de saúde: biológica, individual e social” (Organização Mundial de Saúde, 2001, p. 22). Esta classificação mostra, de forma sistematizada, que as características pessoais e o ambiente podem atuar como barreiras ou facilitadores na vida da PCA (Americano Speech–Language–Hearing Association, s.d; Parr, Duchan *et al.*, 2003). Logo, o papel do terapeuta da fala (TF) é importante, pois é o PS responsável por avaliar e intervir ao nível da linguagem e comunicação funcional em PCA e seus interlocutores (American Speech–Language–Hearing Association, s.d). Em linha com esta classificação está o modelo *Life Participation Approach to Aphasia* (LPAA), que deve ser seguido pelos TF na resposta às necessidades das PCA e de todos os envolvidos no processo de comunicação com a PCA. O LPAA tem em consideração as necessidades e expectativas da PCA e daqueles com quem convive, procurando fornecer estratégias adequadas a cada caso para tornar a reabilitação inclusiva e facilitar a adaptação da PCA, após lesão, aos seus contextos naturais (Chapey, Duchan *et al.*, 2008). O LPAA pretende minimizar as barreiras de comunicação das PCA, fornecendo-lhes estratégias que se mostrem eficazes, adaptadas a cada caso, bem como aos seus interlocutores, para que consigam ter uma comunicação funcional (Cameron, 2018).

Em conformidade com a CIF, surge o modelo *Aphasia Framework for Outcome Measurement* (A-FROM) (Kagan *et al.*, 2007), com o intuito de orientar medidas de eficácia de intervenção que auxiliem a monitorizar as mudanças que vão acontecendo na vida da PCA, visando promover o alcance dos objetivos estipulados com recurso ao LPAA (Kagan *et al.*, 2007). Este modelo abrange os domínios: gravidade da afasia (processamento cognitivo e linguístico), participação (atividades relevantes e tarefas funcionais), ambiente (papel das pessoas significativas e barreiras de comunicação), fatores pessoais (identidade e sentimentos) e qualidade de vida (Tierney–Hendricks, Schliep *et al.*, 2024). Uma vez que o A-FROM destaca o impacto da afasia na vida da PCA e suas pessoas significativas, identificando os domínios relevantes para cada um destes indivíduos, poderá proporcionar um resultado positivo em termos de autoestima,





motivação e de participação em atividades significativas, funcionais e conversacionais (Kagan *et al.*, 2007; Tierney–Hendricks, Schliep *et al.*, 2024).

#### **1.4. Treino de parceiros de comunicação**

Neste seguimento, e tendo em conta que o processo comunicativo depende de todos os envolvidos, surge a importância da participação dos interlocutores em treinos de parceiros comunicativos (CPT, *communication partner training*).

O CPT consiste numa intervenção ambiental, em que os parceiros de comunicação privilegiados adquirem e aprendem a utilizar recursos e estratégias para facilitar o processo comunicativo (Grobler, Casey *et al.*, 2022; Isaksen, Beeke *et al.*, 2023). Também a PCA, durante esta intervenção, é capacitada com ferramentas para que utilize as estratégias mais eficazes com os seus parceiros privilegiados (Grobler, Casey *et al.*, 2022). Este momento de partilha pode acontecer em díade (PCA–parceiro de comunicação) e/ou em forma de psicoeducação dos parceiros (Simmons–Mackie, Raymer *et al.*, 2016).

Os principais objetivos deste programa são melhorar a funcionalidade comunicativa da PCA, potenciar a sua participação e promover o seu bem–estar (Grobler, Casey *et al.*, 2022; Simmons–Mackie, Raymer *et al.*, 2016).

Interlocutores preparados para comunicar com pessoas com dificuldades comunicativas poderão ser um facilitador (Hallowell, 2017). Desta forma, a intervenção deverá, também, passar por capacitar os interlocutores da PCA com estratégias facilitadoras para a comunicação, sendo que, para isso, é importante que haja conhecimento sobre a patologia (Magnus, Dias *et al.*, 2019). Considerando que vários PS são interlocutores de PCA deve ser dada também atenção a este grupo para estar apto para prestar apoio de qualidade (Chouliara, Cameron *et al.*, 2024; Grobler, Casey *et al.*, 2022).

#### **1.5. Conhecimento sobre afasia**

Os estudos publicados acerca do conhecimento sobre afasia da população em geral mostram que as pessoas que ouviram falar de afasia variam entre 8,3% e 62,4% (Aljenaie & Simmons–Mackie, 2021; Code, Paphanasiou *et al.*, 2016; Došen & Jakovac, 2024; McMEnamin, Faherty *et al.*, 2021; National Aphasia Association, 2022; Palma, 2014; Santos & Patrício, 2014; Viganò, Gilardone *et al.*, 2022; Vuković, Dušanka *et al.*, 2016) e que as mulheres são as que com mais frequência ouviram falar sobre o tema (Aljenaie & Simmons–Mackie, 2021; Code, Paphanasiou *et al.*, 2016;



Došen & Jakovac, 2024; McMEnamin, Faherty *et al.*, 2021; Santos & Patrício, 2014; Vuković, Dušanka *et al.*, 2016), havendo estudos em que a percentagem de mulheres inquiridas foi superior a 70% (Aljenaie & Simmons-Mackie, 2021; Code, Papathanasiou *et al.*, 2016; McMEnamin, Faherty *et al.*, 2021; Viganò, Gilardone *et al.*, 2022). Apesar disso, estudos como os de Aljenaie e Simmons-Mackie, (2021), Alyahya (2023) e Hill *et al.* (2018) não detetaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros no que diz respeito ao nível de conhecimento propriamente dito; já McMEnamin *et al.* (2021) encontrou uma forte associação entre o conhecimento sobre afasia e o género ( $p < 0,001$ ).

Došen e Jakovac (2024) verificaram que as pessoas mais jovens ouviram mais frequentemente falar sobre afasia, mas que os participantes com mais idade tinham mais conhecimento sobre a perturbação. O mesmo aconteceu com os estudos de Došen e Jakovac (2024), Henriksson *et al.* (2018), Hill *et al.* (2018) e Viganò *et al.* (2022). Code (2020) observou que a relação da idade com o conhecimento varia consoante o país, mas, predominantemente, as pessoas com mais idade tendem a apresentar mais conhecimento sobre a afasia. Verifica-se o mesmo nos estudos de Aljenaie & Simmons-Mackie, (2021), Hill *et al.* (2018) e McMEnamin *et al.* (2021), apesar de não terem obtido diferenças significativas entre o conhecimento e a idade.

Em estudos realizados em Portugal, todos os participantes ouviram falar de AVC, contudo nem todos ouviram falar de afasia (Palma, 2014; Ramos, 2014). Salienta-se que a população em geral reconhece que o AVC pode ser um dos causadores da afasia (Code, 2020), mas demonstram ter mais conhecimento sobre patologias não originadas pelo AVC e com menor incidência do que a afasia (Code, 2020; Palma, 2014; Ramos, 2014). As pessoas com maior conhecimento sobre afasia são os PS e cuidadores informais, apesar de o conhecimento ser básico e escasso (Code, 2020; Došen & Jakovac, 2024; Palma, 2014; Santos & Patrício, 2014).

Code (2020) realizou uma revisão de estudos internacionais acerca do conhecimento sobre afasia, em que participaram PS. Em geral, estes demonstraram ligeiramente mais conhecimento sobre afasia do que a população em geral, ainda que básico e escasso. Verificou, ainda, que a idade, o género e o estatuto socioeconómico estão diretamente associadas ao nível de conhecimento que a população tem sobre esta perturbação (Code, 2020). Por exemplo, Code *et al.* (2016) publicaram um artigo referente ao conhecimento sobre afasia da população em geral tendo participado 2483 pessoas (800 da Argentina, 831 do Canadá, 400 da Croácia, 800 da Grécia 251 da Noruega e 400 da Eslovénia). A maioria dos participantes era do género feminino, grupo que apresentou maior nível de conhecimento sobre afasia (Code, Papathanasiou *et al.*,



2016). A maior parte das pessoas com conhecimento sobre afasia integrava um grupo de pessoas mais jovem e em termos de estatuto socioeconómico pertenciam aos grupos II (e.g. enfermeiros, gestores) e IIIIN (e.g. administrativos, assistentes de loja); do grupo VI (e.g. estudantes e desempregados) uma pequena percentagem tem conhecimento básico sobre afasia (Code, Papathanasiou *et al.*, 2016).

No estudo de Došen e Jakovac (2024), encontra-se que a população em geral identifica, com mais frequência, a afasia como uma perturbação que afeta a fala, do que sendo uma perturbação da linguagem e da comunicação. Os participantes indicaram que as PCA apresentam, também, problemas de inteligência e psicológicos. Ainda, consideram que os problemas cognitivos, emocionais e mentais estão na origem da afasia. Viganò *et al.* (2022) descreve que metade dos participantes considerou a afasia como um problema de inteligência e que alguns participantes identificaram as lesões cerebrais como a sua causa. Em Alyahya (2023) e Henriksson *et al.* (2018), a maioria dos respondentes percebe que a afasia está relacionada com alterações ao nível da comunicação, da linguagem e da fala. Apenas uma pequena percentagem de participantes demonstra saber que a compreensão auditiva, a leitura e a escrita também se encontram perturbadas nas PCA e, ainda, que a afasia surge devido a uma lesão cerebral. Na investigação de Guinan e Carroll (2018), em que participaram estudantes, estes demonstraram baixo conhecimento sobre afasia. Indicaram ser uma perturbação em que as pessoas têm dificuldade em falar e que é causada, essencialmente, por problemas mentais.

No estudo de Santos e Patrício (2014), participaram 120 pessoas, sendo que apenas nove ouviram falar sobre afasia. Destes, quatro eram PS e três estudantes do ensino superior de cursos de saúde. Adicionalmente, os que contactaram com PCA têm conhecimento que há dificuldades ao nível da linguagem e comunicação, referindo também alterações da fala (Santos & Patrício, 2014). Apesar de não mostrarem consenso quanto à utilização de gestos, de frases simples e de desenhos para auxiliar a comunicação com a PCA, todos consideram que falar mais alto e utilizar frases compridas não são estratégias facilitadoras, demonstrando, portanto, conhecer algumas estratégias que não facilitam a comunicação (Santos & Patrício, 2014).

Ainda assim, percebemos que existem poucos estudos que abordam o conhecimento sobre afasia dos PS e dos EAS; e, aqueles que mencionam este tema, mostram que o conhecimento é básico e escasso (Aljenaie & Simmons-Mackie, 2021; Code, 2020; Code, Papathanasiou *et al.*, 2016; Došen & Jakovac, 2024; McMenamin, Faherty *et al.*, 2021; Palma, 2014; Ramos, 2014; Santos & Patrício, 2014; Viganò, Gilardone *et al.*, 2022).



Para que haja conhecimento sobre afasia, é necessário investir na divulgação do tema. Segundo Simmons-Mackie *et al.* (2020), a população em geral mantém ao longo dos anos pouco conhecimento sobre afasia, apesar dos esforços que têm vindo a ser desenvolvidos ao nível da divulgação desta perturbação, mostrando que as campanhas de sensibilização sobre a afasia aparentam ter tido um impacto mínimo no conhecimento da afasia, sendo, por isso, importante criar uma abordagem estratégica para aumentar o impacto que têm na população.

Verifica-se, ainda, que existem estudos, apesar de poucos, que analisam a eficácia da integração de PS e de EAS em planos de CPT (Cameron, Hudson *et al.*, 2018; Cameron, McPhail *et al.*, 2015; Doherty & Lay, 2019). Os resultados apresentados relatam que tanto os PS e EAS como a PCA com quem contactam se sentem mais à vontade para comunicar e o resultado comunicativo é melhor quando participam nestes programas, do que os que não tiveram esta oportunidade (Cameron, Hudson *et al.*, 2018; Cameron, McPhail *et al.*, 2015; Cameron, McPhail *et al.*, 2019; Doherty & Lay, 2019; Power, Attard *et al.*, 2024; Power, Falkenberg *et al.*, 2020; Rijssen, Ketelaar *et al.*, 2021; Rijssen, Veldkamp *et al.*, 2019; Schrubstike, Lin *et al.*, 2021).

O estudo longitudinal de Power *et al.* (2024) confirmou que o CPT tem um impacto positivo no conhecimento que os EAS têm sobre afasia e, também, na postura e atitudes que adotam perante pessoas com dificuldades comunicativas. Concluíram, ainda, que é necessário que o treino seja contínuo e baseado nas competências para permitir uma atualização constante de conhecimentos e maximização das capacidades comunicativas dos estudantes (Power *et al.*, 2024). Cameron *et al.* (2019) corroboram esta informação ao concluir que a participação de PS em CPT, tanto online como presencialmente, aumentou a confiança dos PS para comunicar com PCA, bem como o conhecimento sobre as estratégias facilitadoras de comunicação. Apesar dos resultados positivos, alguns enfermeiros que participaram no estudo de Rijssen *et al.* (2019) mencionaram sentir que o CPT não tinha o efeito pretendido e continuavam a experienciar momentos de frustração ao comunicar com PCA por se tratar de um momento exigente.

## **1.6. Comunicação em saúde**

A comunicação é essencial para os seres humanos e para a regulação da sociedade (Campos, 2017) e consiste num processo conjunto, envolvendo, pelo menos, dois intervenientes, em que a sua intencionalidade e compreensão da informação e o seu interesse são relevantes para o sucesso da troca comunicativa (Stadskleiv, Batorowicz *et al.*, 2022). Para que a comunicação seja eficaz, os intervenientes devem ser comunicadores aptos, demonstrando competências para



elaborar e codificar uma mensagem que possa ser interpretada ou decodificada por parte do parceiro comunicativo e vice-versa (Kan & Ismail, 2021).

A comunicação em saúde consiste numa área multidisciplinar que envolve o estudo e a prática da utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões das pessoas e das comunidades com o propósito de promoverem a sua saúde e bem-estar (Society for Health Communication, 2017). Para que o apoio e assistência prestados sejam de qualidade, é essencial haver comunicação (Almeida, 2020; Almeida, 2019). Caso os PS tenham competências e utilizem estratégias para facilitar a comunicação terão mais facilidade em compreender o que a pessoa necessita e suprimir as suas necessidades, contribuindo para o acesso da pessoa aos cuidados adequados que necessita (Grobler, Casey *et al.*, 2022) e, também, para um pilar de confiança na relação entre ambos (Almeida, 2020; Chouliara, Cameron *et al.*, 2024). Esta relação tem consequências positivas no grau de satisfação do indivíduo com o serviço fornecido, pode, mais facilmente, conduzir à adesão da pessoa ao tratamento proposto pelo PS e influenciar positivamente a sua qualidade de vida (Almeida, 2020; Chouliara, Cameron *et al.*, 2024). Estes aspetos de facilitação da comunicação tornam-se ainda mais relevantes quando a pessoa alvo de acompanhamento tem dificuldades de linguagem e comunicação.

Ainda assim, o conhecimento base que os PS e os EAS têm acerca de estratégias compensatórias aparenta não ser suficiente para interagir com as PCA, pois continuam a procurar treinos de parceiros comunicativos e as PCA continuam a apontar dificuldades no processo comunicativo (Cameron, Hudson *et al.*, 2018; Cameron, McPhail *et al.*, 2015; Doherty & Lay, 2019; Power, Attard *et al.*, 2024; Power, Falkenberg *et al.*, 2020; Rijssen, Ketelaar *et al.*, 2021; Schrubstike, Lin *et al.*, 2021).

Jenstad *et al.* (2024) verificaram que a adequação da comunicação à pessoa promove maior adesão e satisfação com o tratamento, originando melhorias de saúde, nomeadamente através de práticas baseadas na motivação e atendendo à base cultural e linguística (*e.g.* cuidados linguísticos, culturais e concordantes com o género, utilização de intérpretes de línguas e intervenções culturalmente adaptadas). Esta adaptação mostra-se relevante em vários contextos de saúde, com diferentes profissões e nos diversos grupos comunicativamente vulneráveis (Jenstad, Howea *et al.*, 2024). Rijssen *et al.* (2021) identificaram que realizar alterações organizacionais das instituições, rever o papel que o TF apresenta nos serviços, bem como a capacitação dos PS poderão potenciar melhorias na comunicação com a PCA. Os PS



reconhecem que a falta de conhecimento de estratégias que auxiliam a comunicação dificultam a prestação de cuidados de saúde adequados, gerando emoções negativas em si próprios.

Como podemos verificar, a literatura de referência nesta área estuda, essencialmente, o conhecimento sobre afasia relacionando-o com variáveis como: idade, género e tempo de experiência profissional. Do ponto de vista de literatura nacional, verifica-se, adicionalmente, que os resultados retratam uma realidade com mais de dez anos. Neste sentido, pensa-se ser relevante estudar o conhecimento sobre afasia de forma mais abrangente e detalhada. Por conseguinte, propõem-se os seguintes objetivos:

1. *Caracterizar o conhecimento sobre afasia (características, etiologia, diagnóstico) dos grupos de PS e EAS;*
2. *Identificar as estratégias comunicativas utilizadas ou consideradas importantes utilizar no contacto com PCA;*
3. *Identificar as fontes de conhecimento sobre a afasia dos grupos de PS e EAS;*
4. *Comparar o conhecimento sobre a afasia e as estratégias comunicativas identificadas como sendo utilizadas ou importantes utilizar no contacto com a PCA pelos grupos de PS e EAS;*
5. *Verificar se há relação entre o conhecimento sobre afasia e (1) a idade do PS e (2) o tempo de exercício da profissão;*
6. *Verificar se há relação entre as estratégias comunicativas utilizadas ou consideradas importantes utilizar e (1) a idade do PS e (2) o tempo de exercício da profissão;*
7. *Verificar se há associação entre o conhecimento sobre afasia e (1) os grupos de PS e EAS, (2) os vários grupos de PS, (3) as várias áreas de formação de EAS e (4) a variável género;*
8. *Verificar se há associação entre as estratégias utilizadas ou consideradas importantes utilizar no contacto com PCA e (1) os grupos de PS e EAS, (2) os vários grupos de PS, (3) as várias áreas de formação de EAS e (4) a variável género.*



## 2. Métodos

A natureza do estudo consiste numa pesquisa aplicada (Jenstad, Howe *et al.*, 2024). Trata-se de um estudo quantitativo (Romanowski, Castro *et al.*, 2019) e o seu desenho é descritivo, comparativo e correlacional (Ramos & Mazalo, 2024). Segue uma metodologia observacional (Ramos & Mazalo, 2024) e é, também, transversal (Proetti, 2018).

### 2.1. Participantes

Este estudo contempla duas populações: PS (médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos, psicomotricistas/técnicos de reabilitação psicomotora, assistentes sociais e auxiliares de saúde/auxiliares de ação médica) residentes em Portugal, e os EAS, especificamente de enfermagem, fisioterapia, medicina e terapia ocupacional, em Portugal. Trata-se de uma amostra não-probabilística, por conveniência.

Os critérios de inclusão para os PS foram: exercer a sua profissão em Portugal; ter como profissão: médico, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicólogo, psicomotricista/técnico de reabilitação psicomotora, assistente social ou auxiliar de saúde/auxiliar de ação médica. Se tivessem formação em terapia da fala (curso superior completo ou em parte) não podiam responder ao questionário. Os EAS tinham como critérios de inclusão: ser estudante no último ano da licenciatura dos cursos de enfermagem, fisioterapia, medicina e terapia ocupacional; ser estudante finalista do mestrado integrado do curso de medicina; frequentar o ensino superior em Portugal continental e ilhas. Eram excluídos do estudo se fossem estudantes em programa de mobilidade internacional.

### 2.2. Instrumentos

A recolha de dados foi feita através de dois questionários de autoadministração, adaptados do estudo de Santos e Patrício (2014), divulgados online. Os questionários (adaptados) foram usados na linha de investigação em que este estudo se insere para a recolha de dados sobre o conhecimento sobre afasia dos PS e dos EAS.

Os questionários integram uma breve introdução, que aborda o enquadramento do estudo e são dadas garantias quanto ao anonimato e confidencialidade dos dados. Inicialmente, existem questões para caracterização da amostra e, de seguida, é abordado o tema propriamente dito, designadamente em termos de etiologia, tipos e características da afasia e estratégias comunicativas. Em ambos os questionários, caso a resposta seja “não” à pergunta “Já teve



contacto com PCA?”, a pessoa será redirecionada para a penúltima questão. O questionário será tido como terminado perante resposta “não” à pergunta “Já ouviu falar de afasia?” ou após resposta a todas as perguntas do questionário.

O instrumento utilizado na recolha de dados dos PS (Apêndice 1.1.) é constituído por 31 perguntas, entre as quais 27 de resposta fechada (14 de escolha múltipla, sete de *checkliste* seis com escala de Likert de cinco pontos) e quatro de resposta aberta (duas de resposta numérica e duas de resposta curta para identificação do local de trabalho e da formação que abordou o tema afasia). O instrumento direcionado à recolha de dados dos EAS (Apêndice 1.2.) é constituído por 12 questões, sete de escolha múltipla, cinco com escala de Likert de cinco pontos, em que o “5” corresponde a “Concordo totalmente”, “Muito frequentemente”, “Muito importante” e “1” a “Discordo totalmente”, “Nunca”, “Nada importante”.

### **2.3. Procedimentos, recolha e tratamento de dados**

O projeto encontra-se inserido no Projeto de Investigação “Conhecimento da população portuguesa sobre afasia” autorizado pela Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto, com registo o CEAA14A/2020 e CE0014A/2020.

No sentido de cumprir os princípios da proteção de dados apensos a estudos de investigação científica na área da saúde, no processo de recolha e análise de dados foi respeitado o definido na Lei nº 58/2019, de 08 de agosto (Assembleia da República, 2019).

Os instrumentos foram divulgados através de redes sociais (plataformas Instagram, Facebook, WhatsApp e Email), onde se pudesse ter acesso a PS e estudantes finalistas dos cursos de saúde. A recolha de dados que integrou a base de dados foi realizada entre 2020 e 2024.

Dado que o questionário sofreu algumas alterações ao longo das várias aplicações, para fazer o estudo integrado de todo os dados, foi necessário fazer correspondências entre questões e uniformizar formatos de resposta. Por conseguinte, no questionário dos EAS, as respostas relativas às estratégias comunicativas utilizadas com PCA dadas em formato dicotómico foram reconvertidas para o formato de escala de Likert (formato atual) da seguinte forma: “sim” foi convertido para “frequentemente” e “não” para “nunca”. Também a questão “Que estratégias pensa que devem ser utilizadas na comunicação com uma PCA?” foi reconvertida para a questão 12 (Apêndice 1.2.), que solicita a atribuição do nível de importância a cada estratégia. Para este último caso, consideraram-se as respostas “sim” como “muito importante” e “importante” e “não” como “pouco importante” e “nada importante”, distribuindo-se equitativamente o número de





respostas por ambas as opções. Sempre que o número de respostas era ímpar a resposta foi colocada na opção “muito” ou “nada”. Existem menos 29 respostas do que o previsto à questão sobre a utilização das estratégias comunicativas, uma vez que a versão inicial do questionário não incluía essa pergunta.

Já no questionário dos PS, as respostas relativas às formas de divulgação da afasia dadas em escala de Likert foram reconvertidas para o formato caixa de verificação (formato atual) da seguinte forma: “muito importante” e “importante” foram reconhecidas como formas que o respondente considerou importante para divulgar a afasia, tendo sido descartadas as respostas às opções “nada importante”, “pouco importante” e “nem muito nem pouco importante”. Ainda, não existe a opção de resposta “falei pela PCA” à questão sobre a importância das estratégias comunicativas a utilizar com PCA, o que impossibilita a análise e comparação do conhecimento desta variável com os EAS. Há, também, uma falha de dados relativamente à resposta “artigos científicos” nas formas de divulgação da afasia, uma vez que essa opção não estava contemplada na recolha de dados realizada entre fevereiro e março de 2022. Para uma compreensão significativa do bom conhecimento dos diversos grupos de profissionais relativamente ao conhecimento sobre afasia e sobre as estratégias comunicativas utilizadas ou consideradas importantes utilizar, optou-se por excluir as respostas dos três psicomotricistas/técnicos de reabilitação psicomotora e dos quatro assistentes sociais, dado o tamanho amostral de ambos os grupos. Relativamente à questão “Refira qual o seu local de trabalho atual” fizeram-se as reconversões de resposta apresentadas na Tabela 1.

*Tabela 1 – Reconversão de respostas relativamente ao local de trabalho dos PS.*

Local de trabalho	Respostas fornecidas pelos PS
<u>“Escolas”</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Agrupamento de escolas”;</li> <li>• “Escolas”;</li> <li>• “Agrupamento de Escolas”;</li> <li>• “Escola Básica”;</li> <li>• “Jardins de Infância”;</li> <li>• “Agrupamento de escolas 1, 2 e 3 ciclos”;</li> </ul>
<u>“Não trabalho”</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Escola Profissional”;</li> <li>• “Escolas 1º ciclo do ensino básico e Jardins de infância”;</li> <li>• “Ministério da Educação”;</li> <li>• “Projeto de prevenção de comportamentos aditivos”.</li> </ul>
<u>“Centro social”</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Nenhum”;</li> <li>• “IPSS”;</li> <li>• “IPSS – serviço de saúde mental”;</li> <li>• “Centro de Actividades Ocupacionais”;</li> </ul>
<u>“Domicílios”</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Desempregada”.</li> <li>• “CACI”;</li> <li>• “Acompanhamento a famílias com crianças e jovens em risco”.</li> </ul>
<u>“Centro Hospitalar/Hospital”</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Domiciliar”.</li> <li>• “Serviço de urgência geral”;</li> <li>• “UCCI”;</li> </ul>



<u>"Clínicas/Laboratórios/Gabinete privado"</u>	• "Unidade cuidados continuados";	• "Estudante em ensino clínico".
	• "Clínica Pediátrica";	• "Instituto e contexto clínico";
<u>"Organização não governamental"</u>	• "Clínica privada";	• "Gabinete privado";
	• "Clínica Psiquiátrica";	• "Gabinete particular";
<u>"Associações sem fins lucrativos"</u>	• "Kinesio Clínica Médica e de Reabilitação";	• "Consultório próprio";
	• "Cruz Vermelha".	• "Clínicas/Laboratórios".
	• "Clube Desportivo".	

Também se fizeram recodificações de resposta à pergunta "Onde ouviu falar sobre afasia?": 1) "7.1 Local de trabalho" para "Colega de profissão", 2) "7.2 Unidade curricular da formação de base" para "formação académica"; 3) "Em conversa com familiar/amigo/conhecido" para "Conversas familiares" e 4) "Não sei/Não me lembro" para "Não me lembro"; "Em nenhum lado".

Para fins de maior representatividade e para verificarmos se as variáveis em estudo estão associadas com o conhecimento acerca da afasia e das estratégias comunicativas a utilizar com PCA, considerou-se que os PS e os EAS têm bom conhecimento sobre afasia e sobre as estratégias comunicativas se selecionassem a informação de acordo com a informação presente na Tabela 2. Considerámos que apresentava bom conhecimento quem respondesse "concordo totalmente" e "concordo" à variável dificuldade em falar, considerando que a fala é um ato linguístico.

Tabela 2 - Possibilidades de resposta e respetivas alíneas que representam ter bom conhecimento.

<b>Bom conhecimento dos EAS</b>			
<u>"Discordo totalmente", "discordo" e "não concordo nem discordo"</u>	<u>"Nunca", "pouco frequentemente" e "nem muito nem pouco frequentemente"</u>	<u>"Nada importante", "pouco importante" e "nem muito nem pouco importante"</u>	<u>"Concordo totalmente" e "concordo", "muito frequentemente" e "frequentemente" ou "muito importante" e "importante"</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas de voz;</li> <li>• Dificuldade de pensamento/inteligência;</li> <li>• Alterações da saúde mental;</li> <li>• Dificuldades de deglutição;</li> <li>• Problemas emocionais;</li> <li>• Problemas cognitivos;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afasia de compreensão;</li> <li>• Afasia sensitiva;</li> <li>• Afasia motora;</li> <li>• Afasia mista;</li> <li>• Afasia de expressão;</li> <li>• Falei mais alto;</li> <li>• Tentei adivinhar o que a PCA quis dizer;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falar mais alto;</li> <li>• Tentar adivinhar o que a PCA quis dizer;</li> <li>• Fingir perceber o que a PCA me disse;</li> <li>• Falar pela PCA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restantes itens.</li> </ul>



- 
- Problemas mentais.
  - Fingi que percebia o que a PCA me dizia;
  - Falei pela PCA.
- 

Realizou-se estatística descritiva dos dados recolhidos para resumir e sistematizar a informação contida nos questionários, sendo apresentadas médias e desvios padrão, medianas e intervalos interquartis, tabelas de frequência e gráficos. Posteriormente, para comparar a idade e tempo de profissão entre os diferentes níveis conhecimento acerca da afasia e das estratégias comunicativas utilizou-se o teste t da independência e o teste Mann-Whitney e, ainda, para verificar a associação do conhecimento sobre afasia e sobre as estratégias comunicativas recorreu-se ao teste qui-quadrado da independência, ou ao teste de Fisher quando os pressupostos do qui-quadrado não se verificaram. Optou-se por um intervalo de confiança de 95% e, por vezes, de 90%. Para este efeito, utilizou-se o programa *IBM SPSS Statistics*.



### 3. Resultados

No presente estudo participaram 447 indivíduos, sendo 237 PS e 210 EAS. Cada uma das amostras será caracterizada seguidamente.

#### 3.1. Profissionais de saúde

No presente estudo participaram 237 PS, sendo a maioria do género feminino (n=202; 85,2%). A faixa etária varia entre os 18 e os 64 anos de idade, tendo como idade média 34,60 anos e desvio padrão 11. A mediana das idades corresponde a 32 anos, havendo amplitude interquartis com valor igual a 17.

Os participantes indicaram ter como grau académico licenciatura (n=95; 40,10%), mestrado (n=63; 26,60%), ensino secundário (12º ano) (n=60; 25,30%), 3º ciclo do ensino básico (9º ano) (n=12; 5,10%), doutoramento (n=2; 0,80%), bacharelato (n=2; 0,80%), especialização (n=2; 0,80%) e curso profissional (n=1; 0,40%).

Além disso, os locais de trabalho em que exercem as suas profissões são centro hospitalar/hospital (n=122; 51,50%), clínicas/laboratórios/gabinetes privados (n=44; 18,50%), agrupamento de centros de saúde/centros de saúde/unidades de saúde (n=28; 11,80%), domicílios (n=24; 10,10%), casas de saúde/lares (n=24; 10,10%), escolas (n=18; 7,60%), centro de reabilitação (n=12; 5,10%), centro social (n=9; 3,80%), ensino superior (n=6; 2,50%), misericórdias (n=5; 2,10%), centros de atendimento a toxicodependentes (n=2; 0,8%), associações sem fins lucrativos (n=1; 0,40%), organização não governamental (n=1; 0,40%), estabelecimento prisional (n=1; 0,40%). Há dois (0,80%) participantes que não trabalham.

Relativamente ao tempo que exercem a profissão, as respostas variam de 0 a 28 anos de experiência, sendo a média de tempo igual a 9,15 anos, com desvio padrão de 8,44 anos. A mediana é 7 anos e a amplitude interquartis são 10 anos.

A maioria dos participantes pertence aos grupos dos auxiliares de saúde (n=78; 32,90%) e dos enfermeiros (n=52; 21,90%). Seguindo-se os psicólogos (n=30; 12,70%), médicos (n=28; 11,80%), terapeutas ocupacionais (n=22; 9,30%), fisioterapeutas (n=20; 8,40%), assistentes sociais (n=4; 1,70%) e psicomotricistas/técnicos de reabilitação psicomotora (n=3; 1,30%).

Do total de PS (n=237), 26 (11%) (21 do género feminino e cinco do género masculino, sendo dois assistentes sociais e 24 auxiliares de saúde) não ouviram falar sobre afasia e 6 (2,50%) (5 do género feminino e um do género masculino, todos auxiliares de saúde) não tinham a certeza. Nesse sentido, responderam às restantes questões do questionário 211 PS.



Relativamente às fontes onde ouviram falar sobre afasia, a maioria selecionou o local de trabalho (n=149; 70,60%), unidade curricular lecionada na formação base (n=139; 65,90%) e o estágio curricular (n=90; 42,70%). Também foram selecionadas como fontes de informação os artigos científicos (n=75; 35,50%), outras formações (fora do âmbito da formação base) (n=46; 21,80%), a internet (n=40; 19%), os familiares/amigos/conhecidos que têm ou tiveram afasia, (n=21; 10%), a televisão (n=16; 7,6%), os jornais/revistas (n=14; 6,60%), as campanhas de divulgação (n=11; 5,20%), a rádio (n=5; 2,40%), em conversa com familiar/amigo/conhecido (n=1; 0,50%) ou selecionaram a opção “não sei/não me lembro” (n=2; 0,90%).

Para caracterização do conhecimento sobre afasia, os PS responderam a questões relacionadas com as características da afasia, tipos e etiologia.

Na globalidade, os PS têm bom conhecimento sobre o facto de as PCA apresentarem dificuldades ao nível da linguagem (n=197; 93,40%), em falar (n=185, 87,70%) e de comunicação (n=176; 83,40%). Revelam, no entanto, desacordo quanto às restantes características da afasia, essencialmente no que concerne a terem dificuldade ao nível da escrita (n=116; 55%) e da leitura (n=111; 52,6%) (Gráfico 1).

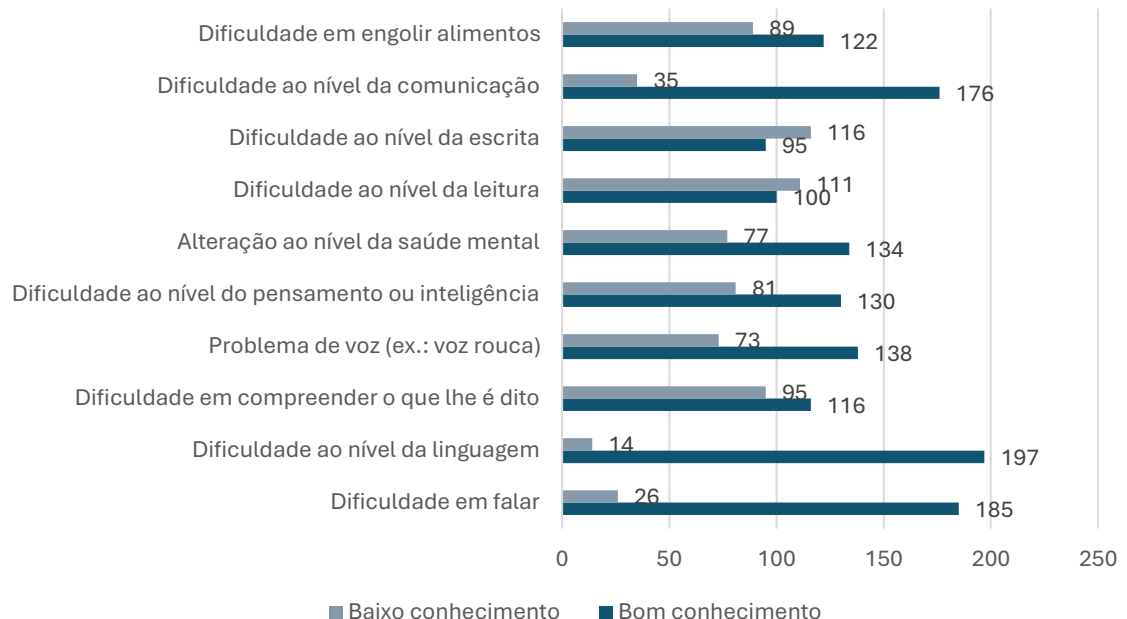


Gráfico 1 - Frequências de respostas dos PS sobre as características que a PCA apresenta.

Focando na etiologia, percebe-se que quase todos os participantes têm conhecimento que a afasia surge devido a lesões cerebrais (n=201; 95,30%) e a maioria não sabe que os problemas mentais não são a causa da afasia (n=142; 67,30%). Verifica-se pouco consenso quanto ao facto



de os problemas emocionais e cognitivos não serem causas de afasia, uma vez que 53,60% (n=113) e 53,10% (n=112), respetivamente, revelam baixo conhecimento a este nível (Gráfico 2).

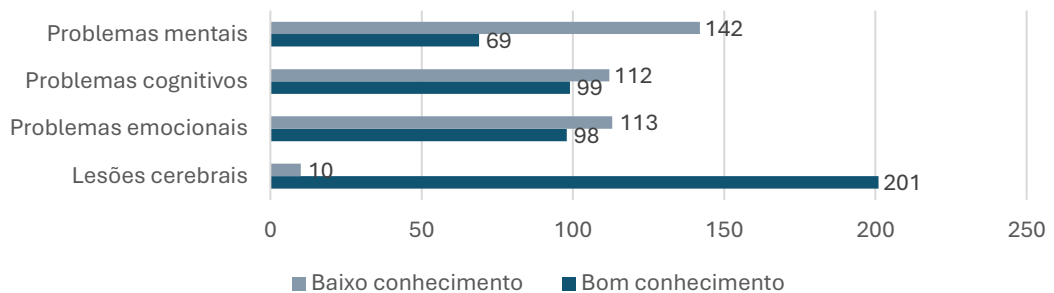


Gráfico 2 - Frequências de respostas dos PS sobre a etiologia da afasia.

No que concerne aos tipos de afasia, de uma forma geral, os PS ouviram falar mais sobre a afasia de Wernicke (n=149, 76,40%) e a afasia de Broca (n=162, 77,90%), revelando bom conhecimento. Segue-se a afasia global (n=101; 47,90%) e a afasia sensitiva (n=97; 46%), cujos resultados, contudo, demonstram pouca concordância entre os PS. Por outro lado, revelam baixo conhecimento sobre a classificação dos restantes tipos de afasia (Gráfico 3).

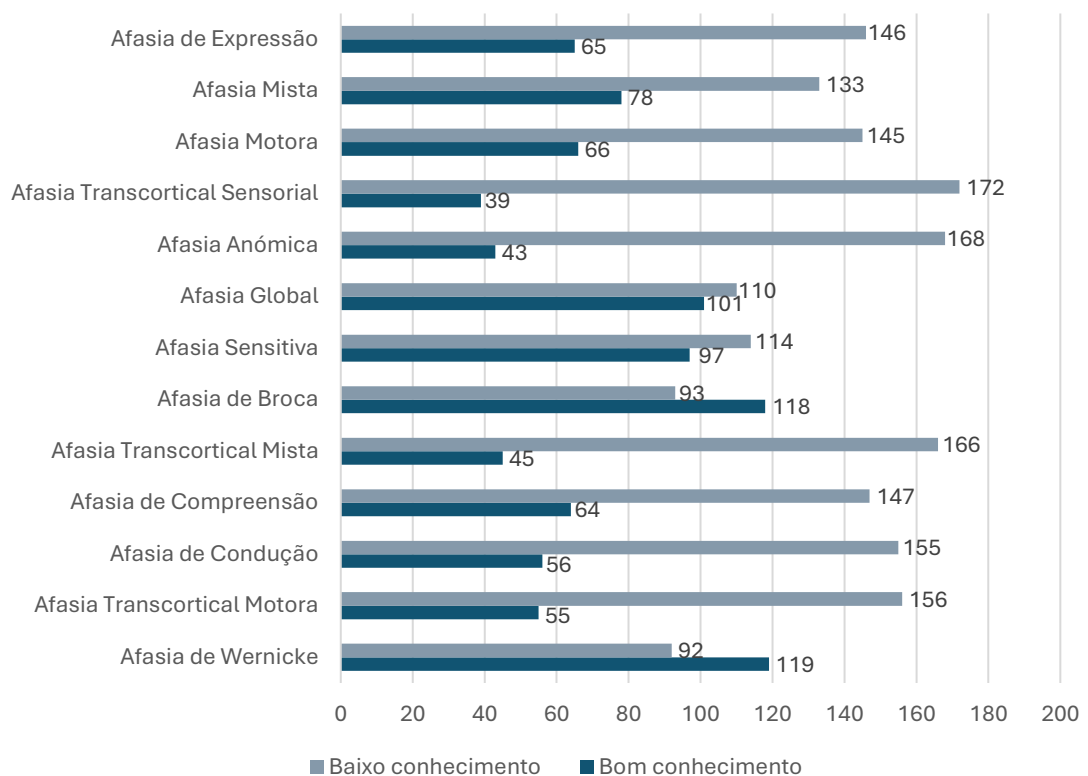


Gráfico 3 - Frequências de respostas dos PS sobre os tipos de afasia existentes.



Analisando as variáveis que revelam o nível de conhecimento sobre afasia previamente apresentadas em conjunto podemos verificar que os PS apresentam um nível razoável de conhecimento sobre afasia.

Dos 211 PS que responderam ter ouvido ou não ter a certeza se ouviram falar sobre afasia, 159 (75,40%) (135 do género feminino e 24 do género masculino) indicaram ter estado em contacto com PCA e 25 (11,80%) (21 do género feminino e quatro do género masculino) não ter a certeza, resultando em 184 respondentes.

Relativamente ao local/papel onde/em que os participantes tiveram contacto com as PCA, o mais referido foi o local de trabalho (n=135; 64%), seguido de estagiário (n=71, 33,60%), estudante em unidades curriculares (n=39; 18,50%), familiar (n=19; 9%), conhecido (n=15; 7,10%) e, de forma equitativa, cuidador, amigo ou não sabiam/não se lembravam (n=11; 5,20%).

Relativamente às estratégias comunicativas utilizadas pelos PS, verifica-se que utilizam estratégias que promovem uma troca comunicativa eficaz, nomeadamente, dar tempo para a PCA responder (n=157; 85,30%), simplificar a mensagem (n=150; 81,50%) e utilizar gestos naturais (n=144; 78,30%). Referiram, também, que falar mais alto (n=113; 61,40%) e fingir perceber a PCA (n=123; 66,80%) são estratégias que não utilizaram no contacto com PCA. Entre as estratégias menos usadas, surge, também, pedir ajuda ao TF (n=79; 42,90%) e recorrer ao desenho (n= 85; 46,20%, revelando baixo conhecimento nas estratégias que utilizaram (Gráfico 4).

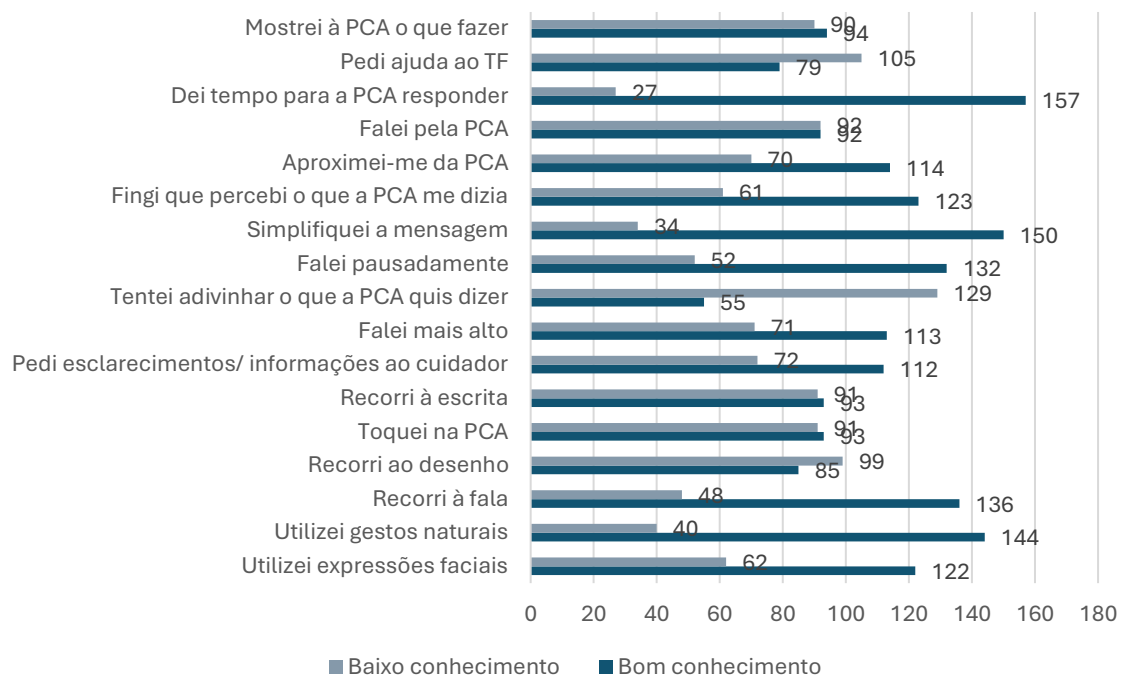


Gráfico 4 - Frequências de respostas dos PS sobre as estratégias utilizadas com PCA



No sentido de compreender a importância atribuída à utilização de determinadas estratégias aquando da comunicação com PCA pelos PS, considerou-se a resposta dos 211 participantes que já tinham ouvido ou não tinham a certeza se tinham ouvido falar sobre afasia.

Utilizar gestos naturais (n=193; 91,50%), dar tempo para a PCA responder (n=193; 91,50%) e simplificar a mensagem (n=188; 89,10%) foram algumas das estratégias que os PS identificaram como importantes utilizar, demonstrando bom conhecimento. Apenas revelaram pouco consenso no que concerne a tocar na PCA (n=105; 49,80%) e tentar adivinhar o que a PCA quis dizer (n=99; 46,80%) (Gráfico 5).

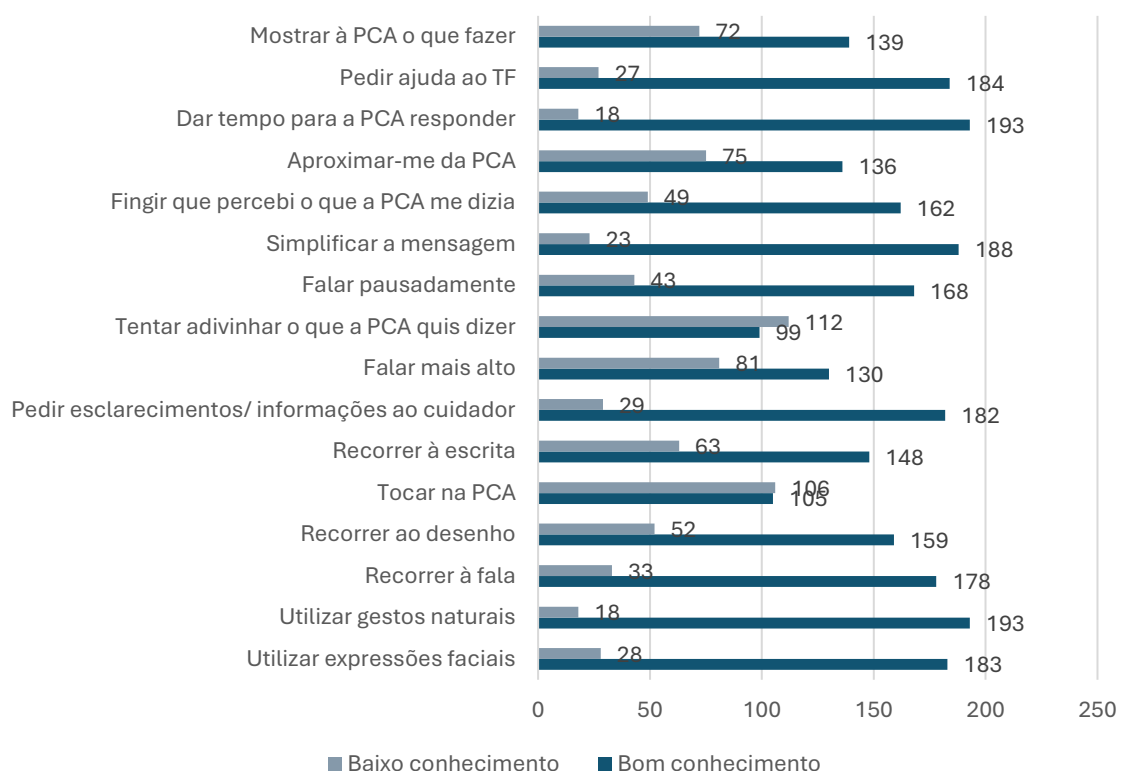


Gráfico 5 - Frequências de respostas dos PS sobre as estratégias consideradas importantes utilizar com PCA

Como formas de divulgação de informação sobre a afasia, a maioria dos PS considerou importante a formação de base (n=196; 92,90%), formação no local de trabalho (n=196; 92,90%) e congressos (n=178; 84,40%). Seguidamente foram referidos pósteres e/ou panfletos informativos (n=144; 68,20%), internet (n=121; 57,30%), seguidos de artigos científicos (n=94; 91,30%) (note-se que o n total para este item é 103), televisão (n=92, 43,70%), rádio (n=70; 33,20%) e anúncios publicitários na via pública (n=66; 31,30%).





De seguida, para comparar os grupos (com bom conhecimento e com baixo conhecimento) relativamente ao conhecimento sobre afasia e ao conhecimento sobre as estratégias comunicativas em termos de (1) idade e (2) tempo de profissão, utilizou-se o teste t da independência. Verifica-se que existe relação entre a idade e o conhecimento sobre afasia (Ver tabelas 1.1., 1.2., 1.3., em Apêndice 2.1., para mais detalhes) e o conhecimento sobre as estratégias comunicativas (Ver tabelas 1.4. e 1.5., em Apêndice 2.1., para mais detalhes). A idade é significativamente maior entre os participantes que têm baixo conhecimento sobre as PCA apresentarem dificuldade na escrita ( $\overline{X}_{bom}=35,38$ ;  $p\approx 0,045$ ) e, ainda, não serem características da afasia os problemas de voz ( $\overline{X}_{bom}=36,18$ ;  $p\approx 0,031$ ) e as alterações da saúde mental ( $\overline{X}_{bom}=35,49$ ;  $p\approx 0,082$ ). A mesma relação verifica-se no que diz respeito à afasia de Wernicke ( $\overline{X}_{bom}=36,33$ ;  $p\approx 0,009$ ), de Broca ( $\overline{X}_{bom}=36,41$ ;  $p\approx 0,007$ ), transcortical mista ( $\overline{X}_{bom}=34,90$ ;  $p\approx 0,049$ ) e global ( $\overline{X}_{bom}=35,68$ ;  $p\approx 0,024$ ) serem tipos de afasia; e, ainda, no que concerne a ter utilizado gestos naturais ( $\overline{X}_{bom}=35,83$ ;  $p\approx 0,096$ ), ter pedido esclarecimentos/informações ao cuidador ( $\overline{X}_{bom}=35,64$ ;  $p\approx 0,064$ ) e ter falado pela PCA ( $\overline{X}_{bom}=35,58$ ;  $p\approx 0,041$ ). A idade é, também, significativamente maior nas pessoas com bom conhecimento relativamente aos problemas cognitivos não serem a causa da afasia ( $\overline{X}_{bom}=35,87$ ;  $p\approx 0,021$ ), ter tocado na PCA ( $\overline{X}_{bom}=35,83$ ;  $p\approx 0,021$ ) ser uma estratégia que foi utilizada de forma adequada e ter falado mais alto ( $\overline{X}_{bom}=35,04$ ;  $p\approx 0,093$ ) não ter sido uma boa estratégia. O mesmo se percebe no que diz respeito a recorrer à fala ( $\overline{X}_{bom}=34,91$ ;  $p\approx 0,048$ ), tocar na PCA ( $\overline{X}_{bom}=35,56$ ;  $p\approx 0,039$ ), aproximar da PCA ( $\overline{X}_{bom}=35,10$ ;  $p\approx 0,068$ ) serem estratégias importantes para utilizar na comunicação com PCA e fingir perceber o que a PCA diz ( $\overline{X}_{bom}=35,28$ ;  $p\approx 0,014$ ) não ser uma estratégia importante para o processo comunicativo. A evidência é fraca (utilizando  $\alpha\approx 0,1$ ) para os itens "Alteração ao nível da saúde mental", "Utilizei gestos naturais", "Pedi esclarecimentos/informações ao cuidador", "Falei mais alto" e "Aproximar-me da PCA" (Tabela 3).

No entanto, como a idade e o tempo de profissão não cumpriram os pressupostos de normalidade ( $p<0,05$  em todas as variáveis) em cada grupo (bom e baixo conhecimento) definido pelos itens "Dificuldade em falar", "Alterações ao nível da linguagem", "Lesões cerebrais", "Dei tempo para a PCA responder", "Utilizar expressões faciais", "Utilizar gestos naturais", "Pedir esclarecimento/informações ao cuidador", "Simplificar a mensagem", "Dar tempo para a PCA responder" e "Pedir ajuda ao TF", realizou-se o teste de Mann-Whitney. Neste conjunto de variáveis não foram detetadas diferenças entre os grupos.



Tabela 3 – Relação da idade dos PS com o conhecimento sobre a afasia e sobre as estratégias comunicativas, usando teste t para amostras independentes.

Idade								
	Grupo de conhecimento	N	Média	Desvio padrão	Mediana	Intervalo interquartis	t	p/2
<b>Características da afasia</b>								
Problema de voz (ex.: voz rouca)	Bom	138	33,59	9,97	31,50	15	-1,549*	0,031
	Baixo	73	36,18	12,27	33	20		
Alteração ao nível da saúde mental	Bom	134	33,91	10,35	32	15	-0,986*	0,082
	Baixo	77	35,49	11,70	32	17		
Dificuldade ao nível da escrita	Bom	95	33,40	9,48	32	15	-1,349*	0,045
	Baixo	116	35,38	11,84	32	18		
<b>Etiologia da afasia</b>								
Problemas cognitivos	Bom	99	35,87	11,34	34	15	1,745*	0,021
	Baixo	112	33,27	10,31	30	15		
<b>Tipos de afasia existentes</b>								
Afasia de Wernicke	Bom	119	33,07	9,30	31	14	-2,104*	0,009
	Baixo	92	36,33	12,40	36	21		
Afasia Transcortical Mista	Bom	45	32,96	7,98	32	12	-1,310*	0,049
	Baixo	166	34,90	11,50	32	17		
Afasia de Broca	Bom	118	32,97	9,55	31	14	-2,241*	0,007
	Baixo	93	36,41	12,11	35	20		
Afasia Global	Bom	101	33,19	9,81	31	14	-1,686*	0,024
	Baixo	110	35,68	11,66	35	19		
<b>Estratégias comunicativas utilizadas</b>								
Utilizei gestos naturais	Bom	193	34,10	10,54	31,50	16	-0,882*	0,096
	Baixo	18	35,83	11,02	34,50	13		
Toquei na PCA	Bom	93	35,83	11,27	33	19	1,749*	0,021
	Baixo	91	33,10	9,83	30	13		
Pedi esclarecimentos/ informações ao cuidador	Bom	112	33,73	9,94	31	15	-1,148*	0,064
	Baixo	72	35,64	11,63	33	17		
Falei mais alto	Bom	113	35,04	10,64	33	14	0,895*	0,093
	Baixo	71	33,59	10,67	30	17		
Falei pela PCA	Bom	92	33,38	10,27	30,50	15	-1,403*	0,041
	Baixo	92	35,58	10,95	33	16		
<b>Estratégias comunicativas consideradas importantes utilizar</b>								
Recorrer à fala	Bom	178	34,91	10,91	32,50	16	1,313*	0,048
	Baixo	33	32,21	10,46	29	14		
Tocar na PCA	Bom	105	35,56	11,44	32	17	1,433*	0,039
	Baixo	106	33,42	10,20	31,50	15		
Fingir que percebi o que a PCA me dizia	Bom	162	35,28	11,22	33	17	1,933*	0,014
	Baixo	49	31,88	9,22	29	15		
Aproximar-me da PCA	Bom	136	35,10	11,07	32	16	1,108*	0,068
	Baixo	75	33,37	10,46	32	15		
<b>p/2 – teste unilateral</b>								



Verifica-se que existe relação entre o tempo de exercício da profissão e: conhecimento sobre as características da afasia; conhecimento sobre a etiologia da afasia; conhecimento sobre os tipos de afasia existentes; e o conhecimento acerca das estratégias comunicativas (utilizadas e importantes) (Ver tabelas 2.1., 2.2., 2.3., 2.4. e 2.5., em Apêndice 2.1., para mais detalhes). O tempo de exercício de profissão é significativamente menor entre os participantes que têm bom conhecimento relativamente as PCA terem dificuldade em compreender o que lhes é dito ( $\bar{X}_{bom}=8,53$ ;  $p=0,062$ ) e ao nível da escrita ( $\bar{X}_{bom}=8,39$ ;  $p=0,055$ ), bem como sobre a afasia de Wernicke ( $\bar{X}_{bom}=8,24$ ;  $p=0,044$ ), de Broca ( $\bar{X}_{bom}=8,25$ ;  $p=0,046$ ) e motora ( $\bar{X}_{bom}=7,80$ ;  $p=0,028$ ) serem tipos de afasia. O mesmo se verifica em relação a pedidos de esclarecimentos/informações ao cuidador ( $\bar{X}_{bom}=8,59$ ;  $p=0,039$ ) e não ser frequente falarem pela PCA ( $\bar{X}_{bom}=8,41$ ;  $p=0,035$ ). No caso do conhecimento relativamente ao facto de os problemas cognitivos ( $\bar{X}_{bom}=10,09$ ;  $p=0,033$ ) e mentais ( $\bar{X}_{bom}=10,23$ ;  $p=0,050$ ) não serem etiologia da afasia, o grupo com bom conhecimento é o que tem significativamente maior tempo de serviço. O mesmo se verifica para terem tocado na PCA ( $\bar{X}_{bom}=11,01$ ;  $p=0,002$ ) e não terem falado mais alto ( $\bar{X}_{bom}=10,07$ ;  $p=0,037$ ) como estratégias comunicativas, assim como considerarem boa estratégia tocar na PCA ( $\bar{X}_{bom}=10,33$ ;  $p=0,011$ ) e uma estratégia pouco importante fingir perceber o que a PCA diz ( $\bar{X}_{bom}=9,77$ ;  $p=0,014$ ). A evidência é fraca (utilizando  $\alpha=0,1$ ) para os itens “Dificuldade em compreender o que lhe é dito”, “Dificuldade ao nível da escrita” e “problemas mentais” (Tabela 4).

Tabela 4 - Relação do tempo de profissão com o conhecimento sobre afasia e sobre as estratégias comunicativas, usando teste t para amostras independentes.

Tempo de profissão								
	Grupo de conhecimento	N	Média	Desvio padrão	Mediana	Intervalo interquartis	t	p/2
<b>Características da afasia</b>								
Dificuldade em compreender o que lhe é dito	Bom	116	8,53	7,34	7	11	-1,165*	0,062
	Baixo	95	9,93	9,653	7	10		
Dificuldade ao nível da escrita	Bom	95	8,39	6,64	7	9	-1,236*	0,055
	Baixo	116	9,78	9,70	7	12		
<b>Etiologia da afasia</b>								
Problemas cognitivos	Bom	99	10,09	9,00	7	12	1,512*	0,033
	Baixo	112	8,33	7,92	6	10		
Problemas mentais	Bom	69	10,23	9,63	7	12	1,288*	0,050
	Baixo	142	8,63	7,84	6	10		



Tipos de afasia existentes								
Afasia de Wernicke	Bom	119	8,24	7,09	7	10	-1,717*	0,022
	Baixo	92	10,34	9,89	7	13		
Afasia Motora	Bom	66	7,80	8,14	5	9	-1,602*	0,028
	Baixo	145	9,77	8,57	7	12		
Afasia de Broca	Bom	118	8,25	7,196	6,50	10	-1,691*	0,023
	Baixo	93	10,30	9,77	7	12		
Estratégias comunicativas utilizadas								
Toquei na PCA	Bom	93	11,01	9,75	8	12	2,717*	0,002
	Baixo	91	7,65	6,74	5	10		
Pedi esclarecimentos/ informações ao cuidador	Bom	112	8,59	7,60	7	9	-1,429*	0,039
	Baixo	72	10,53	9,76	7	14		
Falei mais alto	Bom	113	10,07	8,63	8	10	1,453*	0,037
	Baixo	71	8,20	8,33	5	10		
Falei pela PCA	Bom	92	8,41	7,77	6,50	10	-1,490*	0,035
	Baixo	92	10,28	9,20	7	12		
Estratégias comunicativas importantes utilizar								
Tocar na PCA	Bom	105	10,33	9,27	7	13	2,024*	0,011
	Baixo	106	7,99	7,45	5,50	10		
Fingir que percebi o que a PCA me dizia	Bom	162	9,77	8,70	7	10	1,931*	0,014
	Baixo	49	7,12	7,38	5	6		
p/2 – teste unilateral								

Analisou-se a associação do género e da profissão com o conhecimento sobre afasia e com as estratégias utilizadas/importantes utilizar no contacto com PCA através do teste qui-quadrado de Pearson e, quando os pressupostos não se verificavam, recorreu-se ao teste de Fisher.

Verifica-se que existe associação entre o género e todos os itens do conhecimento dos PS sobre características da afasia. O género masculino apresenta mais conhecimento sobre as PCA apresentarem dificuldades de escrita ( $n=18$ ; 60%) ( $p=0,075$ ) e, também, sobre os problemas de voz ( $n=25$ ; 83,30%) ( $p=0,026$ ) e a dificuldade em engolir alimentos ( $n=22$ ; 73,30%) ( $p=0,063$ ) não serem características da afasia, tendo conhecimento razoável. A evidência é fraca (utilizando  $\alpha=0,1$ ) para os itens "Dificuldade em engolir alimentos" e "Dificuldade ao nível da escrita" (Ver Tabela 6.1, em Apêndice 2.2., para mais detalhes) (Gráfico 6). Não existe associação entre o género e o conhecimento sobre a etiologia da afasia (Ver Tabela 0.1, em Apêndice 2.2., para mais detalhes) nem com o conhecimento sobre os tipos de afasia existentes (Ver Tabela 0.2., em Apêndice 2.2., para mais detalhes).

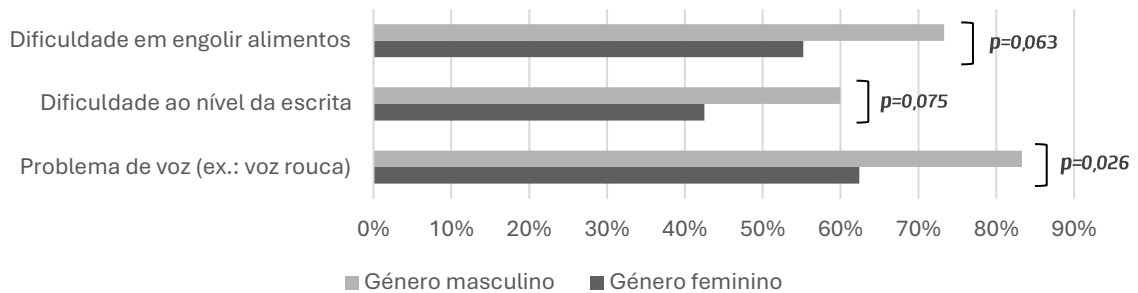


Gráfico 6 – Bom conhecimento por género dos PS sobre as características que as PCA apresentam.

Verifica-se que existe associação do género com o conhecimento dos PS sobre as estratégias utilizadas e consideradas importantes utilizar no contacto com PCA. Os indivíduos do género masculino apresentam um conhecimento razoável sobre as estratégias utilizadas, sendo o género que mais frequentemente mostrou à PCA o que fazer (n=19; 67,90%) ( $p \approx 0,054$ ) (Ver Tabela 0.3, em Apêndice 2.2., para mais detalhes). Ambos os géneros demonstram, na globalidade, bom conhecimento nas estratégias que consideraram importantes utilizar (Ver Tabela 7.1, em Apêndice 2.2., para mais detalhes). O género feminino tem mais conhecimento, apesar de baixo, sobre ser uma estratégia importante tentar adivinhar o que a PCA disse (n=90; 49,70%) ( $p = 0,045$ ); já os participantes do género masculino apresentaram maior nível de conhecimento relativamente a aproximar-se da PCA (n=24; 80%) ( $p \approx 0,055$ ) e mostrar à PCA o que fazer (n=24; 80%) ( $p = 0,078$ ) serem estratégias adequadas. A evidência é fraca (utilizando  $\alpha = 0,1$ ) para os itens “Mostrei à PCA o que fazer”, “Aproximar-me da PCA” e “Mostrar à PCA o que fazer” (Gráfico 7).

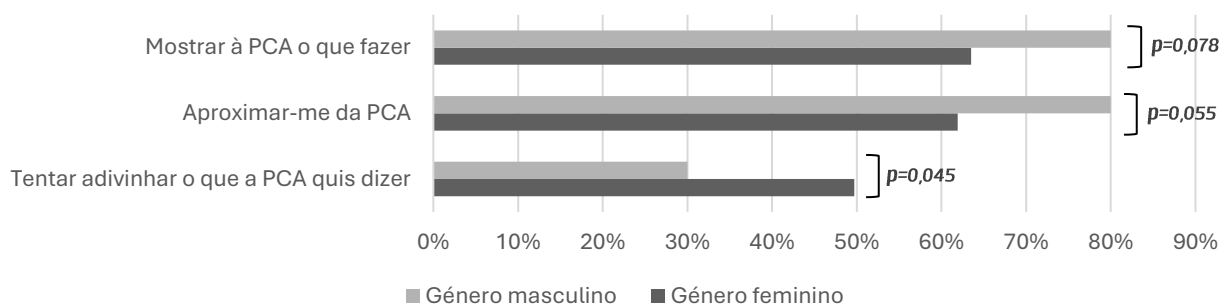


Gráfico 7 – Bom conhecimento por género dos PS sobre as estratégias comunicativas consideradas importantes utilizar com PCA.



Para se verificar a existência, ou não, de associação da profissão com o conhecimento sobre afasia e com as estratégias comunicativas, apenas se consideraram as respostas dos grupos profissionais: médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas psicólogos e auxiliares de saúde.

Há associação da profissão com o conhecimento dos PS sobre as características da afasia, etiologia e tipos de afasia existentes, sendo a evidência forte (utilizando  $\alpha \approx 0,05$ ).

Os médicos são os PS que mais conhecimento têm sobre o facto de as PCA terem dificuldades de compreensão (n=20; 71,4%) ( $p \approx 0,006$ ) e os terapeutas ocupacionais sobre o facto de a dificuldade em engolir alimentos (n=19; 86,4%) ( $p \approx 0,003$ ) não se tratar de uma característica da afasia, sendo que ambas as categorias de profissionais de saúde revelam, no geral, bom conhecimento sobre as características que a PCA apresenta. Já os fisioterapeutas, também com relativamente bom conhecimento sobre o tema, são os que têm mais conhecimento sobre o facto de os problemas de voz (n=17; 95%) ( $p < 0,001$ ), as dificuldades ao nível do pensamento ou inteligência (n=17; 85%) ( $p < 0,001$ ) e as alterações da saúde mental (n=16; 80%) ( $p \approx 0,001$ ) não serem características que a PCA apresenta. Os enfermeiros e os psicólogos também demonstram algum conhecimento sobre as características da PCA afasia, sendo que os auxiliares de saúde demonstram baixo conhecimento (Ver Tabela 8.1, em Apêndice 2.3, para mais detalhes) (Gráfico 8).

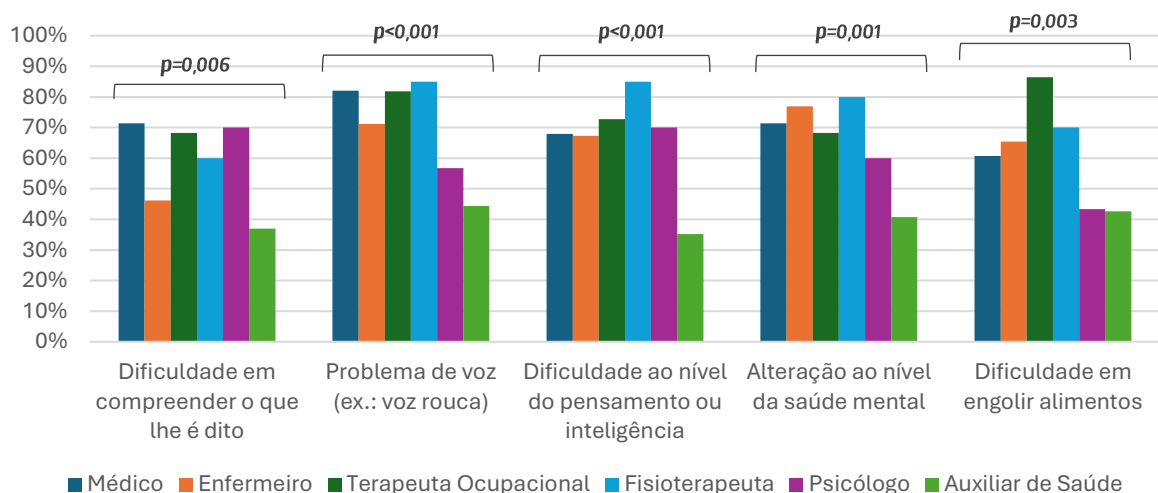


Gráfico 8 – Bom conhecimento por grupos profissionais sobre as características que a PCA apresenta.

Os terapeutas ocupacionais são os PS com mais conhecimento sobre o facto de os problemas emocionais (n=17; 77,3%) ( $p < 0,001$ ), os problemas cognitivos (n=16; 72,7%) ( $p \approx 0,001$ ) e os problemas mentais (n=12; 54,5%) ( $p < 0,001$ ) não estarem na origem da afasia, apresentando bom



conhecimento, tal como os psicólogos. Os enfermeiros, fisioterapeutas, médicos e auxiliares de saúde revelam baixo conhecimento acerca da etiologia da afasia, exceto no que se refere à lesão cerebral. Apesar de não se conseguir verificar associação entre os grupos profissionais e a lesão cerebral como etiologia da afasia ( $p \approx 0,112$ ), a percentagem de bom conhecimento por grupo varia entre 88,9% e 100% (Ver Tabela 9.1, em Apêndice 2.3., para mais detalhes) (Gráfico 9).

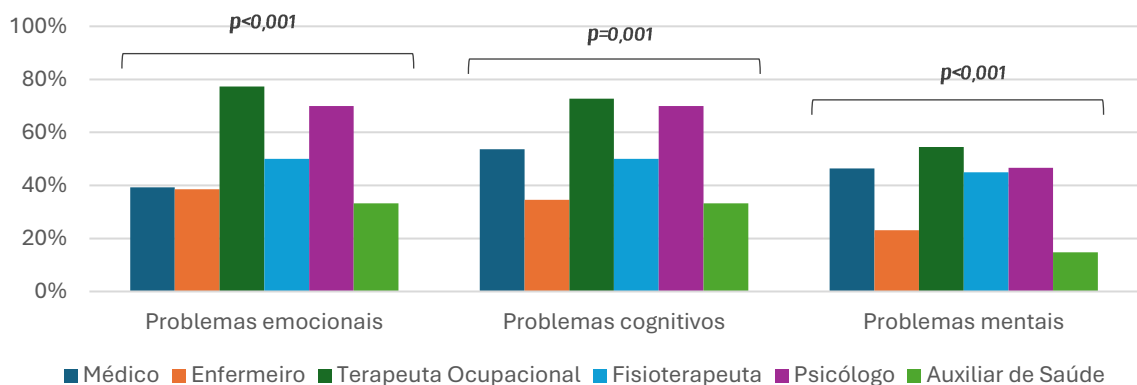


Gráfico 9 - Bom conhecimento por grupos profissionais sobre a etiologia da afasia.

Os terapeutas ocupacionais são os PS com maior conhecimento sobre a afasia de Wernicke ( $n=19$ ; 86,4%) ( $p < 0,001$ ) e a afasia de Broca ( $n=19$ ; 86,4%) ( $p < 0,001$ ). Já os médicos revelam mais conhecimento sobre a existência da afasia de condução ( $n=19$ ; 67,9%) ( $p < 0,001$ ), da afasia global ( $n=19$ ; 67,9%) ( $p < 0,001$ ), da afasia anômica ( $n=12$ ; 42,9%) ( $p \approx 0,004$ ) e da afasia transcortical mista ( $n=12$ ; 42,9%) ( $p \approx 0,007$ ). De uma forma geral, à exceção da afasia de Wernicke e de Broca, todos os profissionais revelam nível de conhecimento razoável ou baixo sobre a classificação de Benson e Ardila usada para classificar a afasia (Ver Tabela 10.1, em Apêndice 2.3., para mais detalhes) (Gráfico 10).

Verificou-se a existência de associação entre a profissão e o conhecimento dos PS sobre as estratégias utilizadas e consideradas importantes utilizar no contacto com PCA. Os enfermeiros têm bom conhecimento e são quem refere utilizar com mais frequência expressões faciais ( $n=41$ ; 82%) ( $p \approx 0,031$ ), gestos naturais ( $n=47$ ; 94%) ( $p \approx 0,003$ ), fala ( $n=23$ ; 86%) ( $p \approx 0,042$ ), desenho ( $n=10$ ; 62,50%) ( $p \approx 0,024$ ), escrita ( $n=36$ ; 70%) ( $p \approx 0,006$ ), tocar na PCA ( $n=35$ ; 70%) ( $p \approx 0,009$ ), simplificar a mensagem ( $n=47$ ; 94%) ( $p \approx 0,077$ ) e aproximar-se da PCA ( $n=36$ ; 72%) ( $p \approx 0,059$ ). Os fisioterapeutas são os que, com menor frequência, falaram mais alto ( $n=16$ ; 84,20%) ( $p \approx 0,051$ ), revelando um conhecimento razoável quando analisadas as respostas relativamente às estratégias que utilizam.

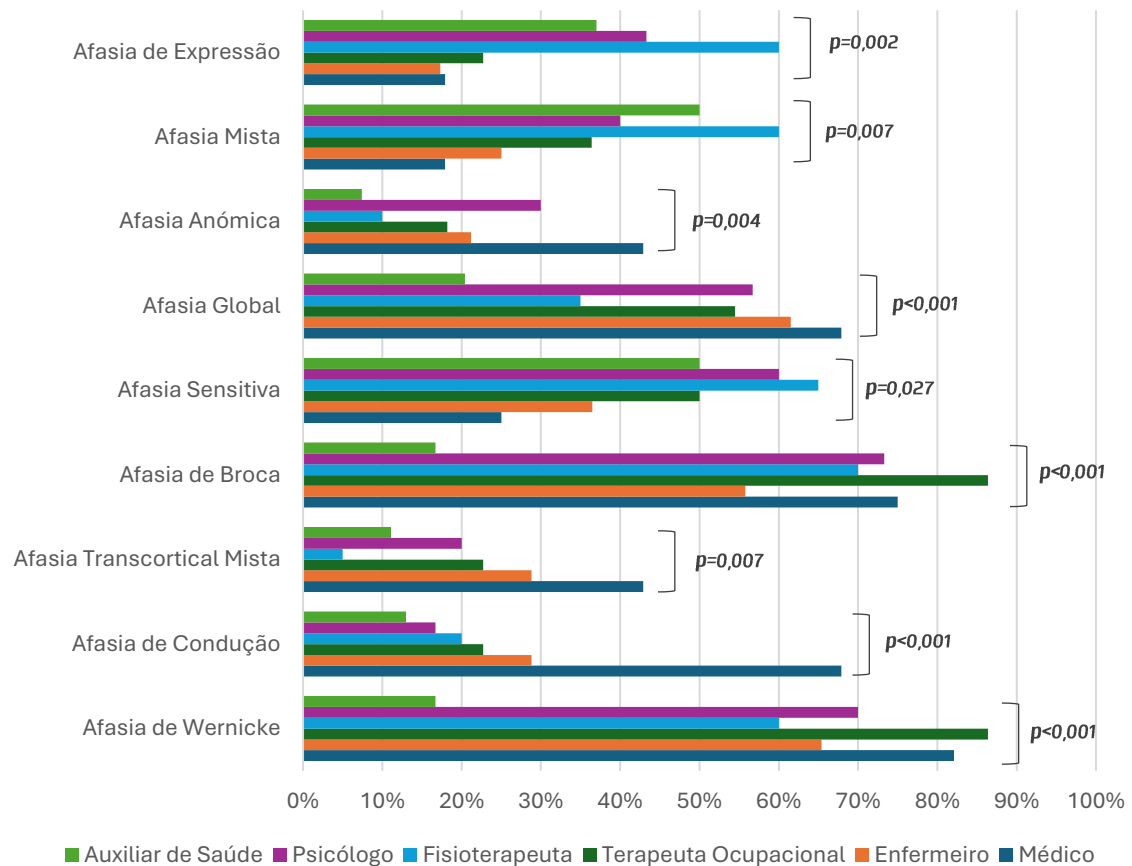


Gráfico 10 – Bom conhecimento por grupos profissionais sobre os tipos de afasia.

Os psicólogos não utilizaram com tanta frequência a estratégia de falar pela PCA ( $n=12$ ; 75%) ( $p=0,049$ ) e, tal como os terapeutas ocupacionais, apresentam conhecimento razoável. Os médicos e auxiliares de saúde, apesar de utilizarem algumas estratégias adequadas, apresentam nível razoável e baixo nível de conhecimento sobre a maioria das estratégias, respetivamente. A evidência é fraca (utilizando  $\alpha=0,1$ ) para os itens “Aproximei-me da PCA” ( $p=0,059$ ), “Simplifiquei a mensagem” ( $p=0,077$ ) e “Falei mais alto” ( $p=0,051$ ) (Ver Tabela 11.1, em Apêndice 2.3., para mais detalhes) (Gráfico 11).

Os enfermeiros são os PS que mais consideram como estratégias importantes tocar na PCA ( $n=30$ ; 75%) ( $p=0,003$ ), recorrer à escrita ( $n=46$ ; 88,50%) ( $p=0,042$ ) e aproximar-se da PCA ( $n=40$ ; 76,90%) ( $p=0,013$ ). Os médicos consideram o recurso ao desenho ( $n=25$ ; 89,30%) ( $p=0,041$ ) e os auxiliares de saúde o mostrar à PCA o que fazer ( $n=42$ ; 77,80%) ( $p=0,002$ ) boas estratégias comunicativas. Também os fisioterapeutas mostram conhecimento sobre falar mais alto ( $n=16$ ; 80%) ( $p=0,058$ ) e os terapeutas ocupacionais sobre tentar adivinhar o que a PCA quis dizer ( $n=15$ ; 68,20%) ( $p=0,062$ ) não serem estratégias adequadas. De forma geral, todos os PS revelaram



bom conhecimento sobre as estratégias consideradas importantes utilizar no contacto com PCA. A evidência é fraca (utilizando  $\alpha \approx 0,1$ ) para os itens “Tentar adivinhar o que a PCA quis dizer” e “Falar mais alto” (Ver Tabela 12.1, em Apêndice 2.3., para mais detalhes) (Gráfico 12).

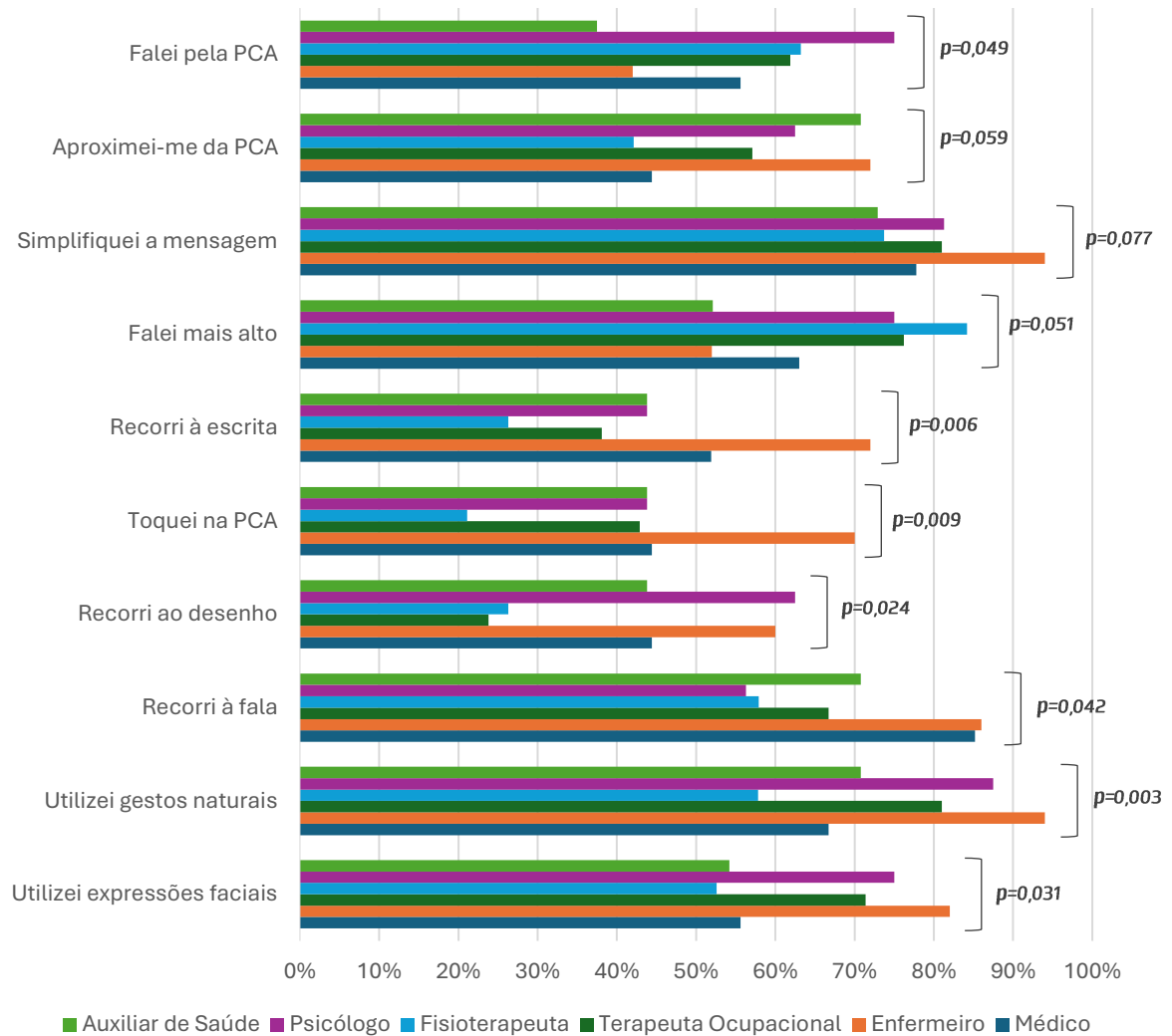


Gráfico 11 – Bom conhecimento por grupos profissionais sobre as estratégias comunicativas utilizadas com PCA.

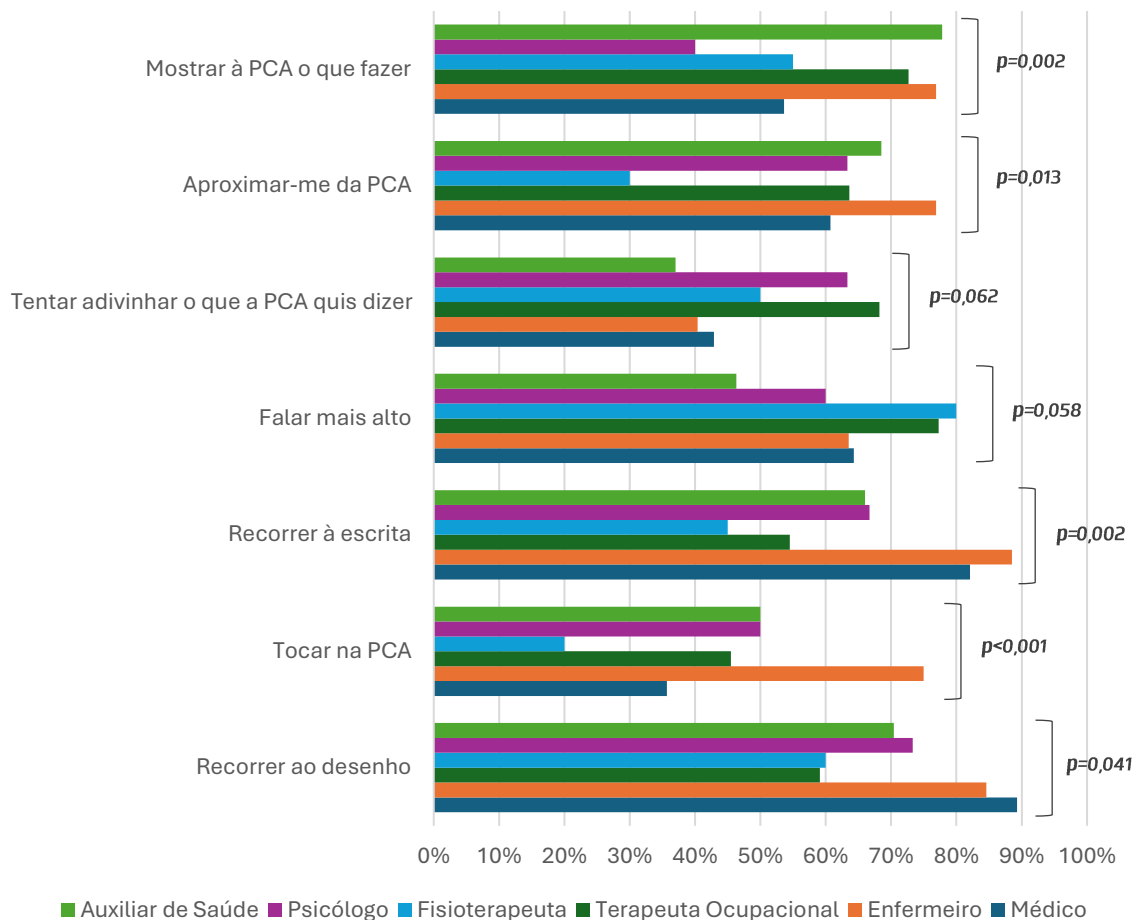


Gráfico 12 - Bom conhecimento por grupos profissionais sobre as estratégias comunicativas consideradas importantes utilizar com PCA.

### 3.2. Estudantes da área da saúde

No presente estudo participaram 210 EAS, sendo a maioria dos participantes do género feminino (n=178; 85,20%). A faixa etária varia entre os 20 e os 46 anos de idade, tendo como idade média 22,40 anos, desvio padrão 2,75 e mediana os igual a 22 anos.

Dos 210 estudantes, uma (0,50%) estudante de enfermagem referiu nunca ter ouvido falar em afasia e três (1,40%) estudantes (duas de enfermagem e uma de fisioterapia) não tinham a certeza.

A maioria dos participantes pertence à área de enfermagem (n=85; 40,50%). Seguindo-se os estudantes de fisioterapia (n=48; 22,90%), de medicina (n=39; 18,60%) e, por último, os de terapia ocupacional (n=38; 18,10%).



Referente às fontes onde ouviram falar sobre afasia, a maioria selecionou as aulas de licenciatura ou mestrado (n=204; 97,10%), o estágio curricular (n=171, 81,40%) e os artigos científicos (n=108, 51,40%). Também foram selecionadas como fontes de informação a internet (n=44; 21%), a televisão (n=20; 9,50%), os familiares/amigos/conhecidos que têm ou tiveram afasia (n=19; 9%), os jornais/revistas (n=18; 8,60%) e as campanhas de divulgação (n=10; 4,80%).

Para caracterização do conhecimento sobre afasia, os estudantes responderam a questões relacionadas com as características da afasia, tipos e etiologia.

Observa-se que, de forma geral, os EAS têm bom conhecimento sobre as características da afasia, indicando que as PCA têm dificuldade ao nível da comunicação (n=196; 93,80%), da linguagem (n=192; 91,90%) e em falar (n=182; 87,10%). Reconhecem que não são características da afasia ter problemas de voz (p=163; 78%), alterações ao nível da saúde mental (p=159; 76,10%) e dificuldade do pensamento ou inteligência (n=159; 76,10%) (Gráfico 13).

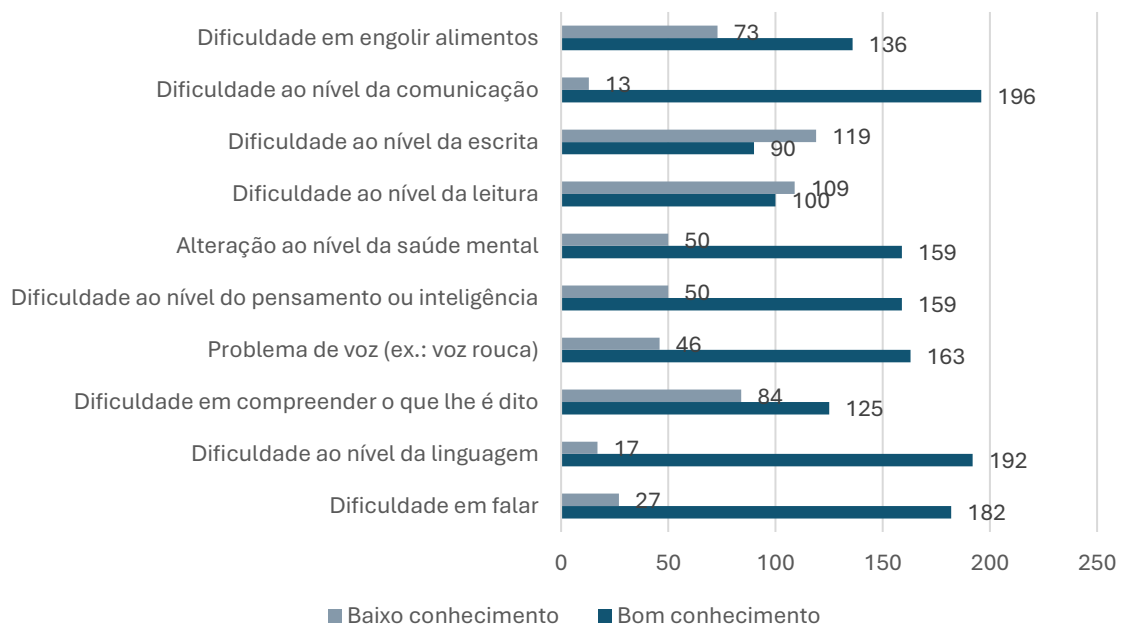


Gráfico 13 - Frequências de respostas dos EAS sobre as características que a PCA apresenta.

Todos os EAS sabem que as lesões cerebrais (n=209; 100%) são a etiologia da afasia, mas apresentam alguma dúvida quanto aos problemas emocionais (n=118; 56,50%), mentais (n=111; 53,10%) e cognitivos (n=93; 44,50%) serem a sua causa (Gráfico 14).

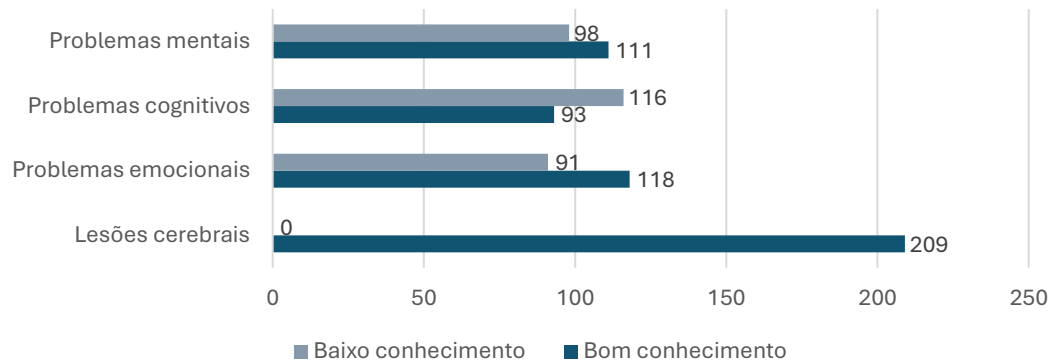


Gráfico 14 - Frequências de respostas dos EAS sobre a etiologia da afasia.

Os EAS mostram baixo nível de conhecimento no que concerne aos tipos de afasia, essencialmente, por não conhecerem a terminologia anômica (n=182; 87,10%), transcortical sensorial (n=182; 87,10%), transcortical mista (n=176; 84,20%), entre outras. Apesar disso, e da incerteza quanto aos restantes tipos de afasia, conhecem a afasia de Wernicke (n=160; 76,60%) e a afasia de Broca (n=163; 78%) (Gráfico 15).

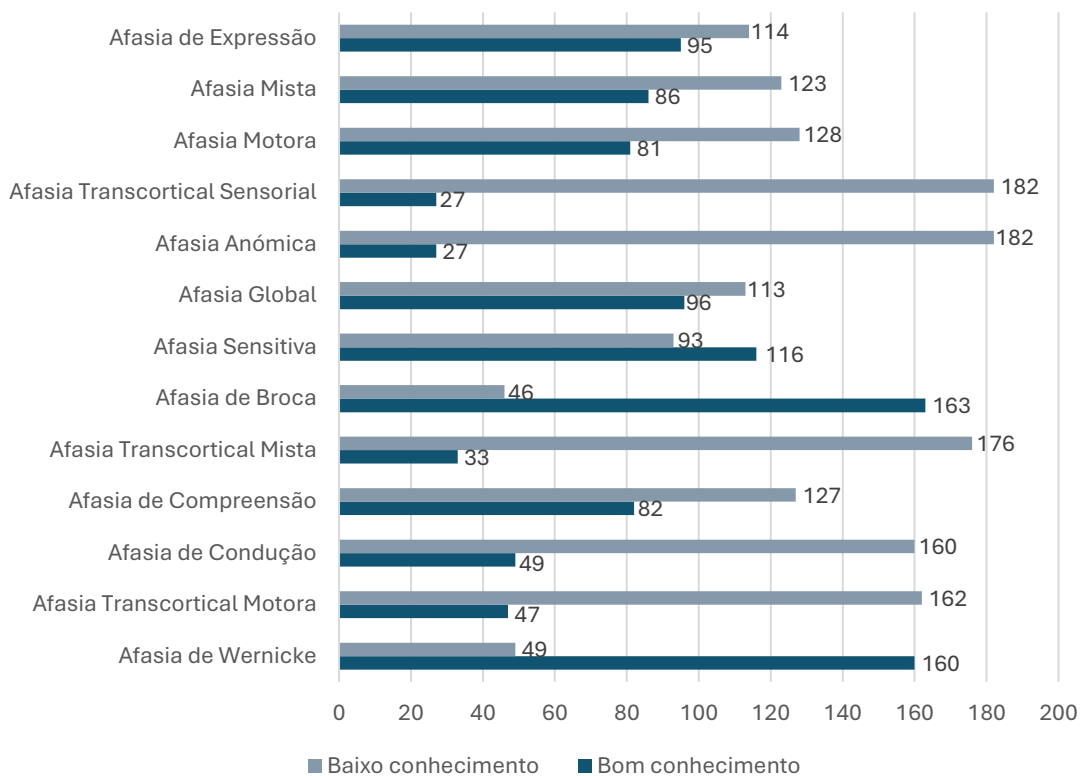


Gráfico 15 - Frequências de respostas dos EAS sobre os tipos de afasia existentes.



Dos 209 EAS que já ouviram falar sobre afasia ou não tinham a certeza, 61 (29%) (55 do género feminino e seis do género masculino) nunca tiveram contacto com PCA e nove (4,30%) (sete do género feminino e dois do género masculino) não tinham a certeza.

Relativamente aos locais onde ouviram falar sobre afasia, a maioria seleccionou no papel de estagiário (n=136; 64,80%), seguindo-se estudante em unidades curriculares do curso de licenciatura/mestrado (que não estágio) (n=35; 16,70%) e familiar (n=17; 8,10%). Ainda, foi seleccionada a opção “não sei/não me lembro” (n=8; 3,80%) e, com a mesma quantidade de respostas, amigo, conhecido e cuidador (n=2; 1%).

Relativamente às estratégias comunicativas utilizadas, apenas foram analisadas as respostas de 119 participantes (note-se que o n total para este item deveria ser 148), que responderam afirmativamente ou não ter a certeza se tinham tido contacto com PCA.

Os EAS utilizaram estratégias comunicativas adequadas no contacto com PCA, nomeadamente, dar tempo para a PCA responder (n=110; 92,40%), simplificar a mensagem (n=106; 89,10%) e utilizar gestos naturais (n=100; 84%). No entanto, foram poucos os que pediram ajuda ao TF (n=28; 23,50%) e recorreram ao desenho (n=38; 31,90%) (Gráfico 16).

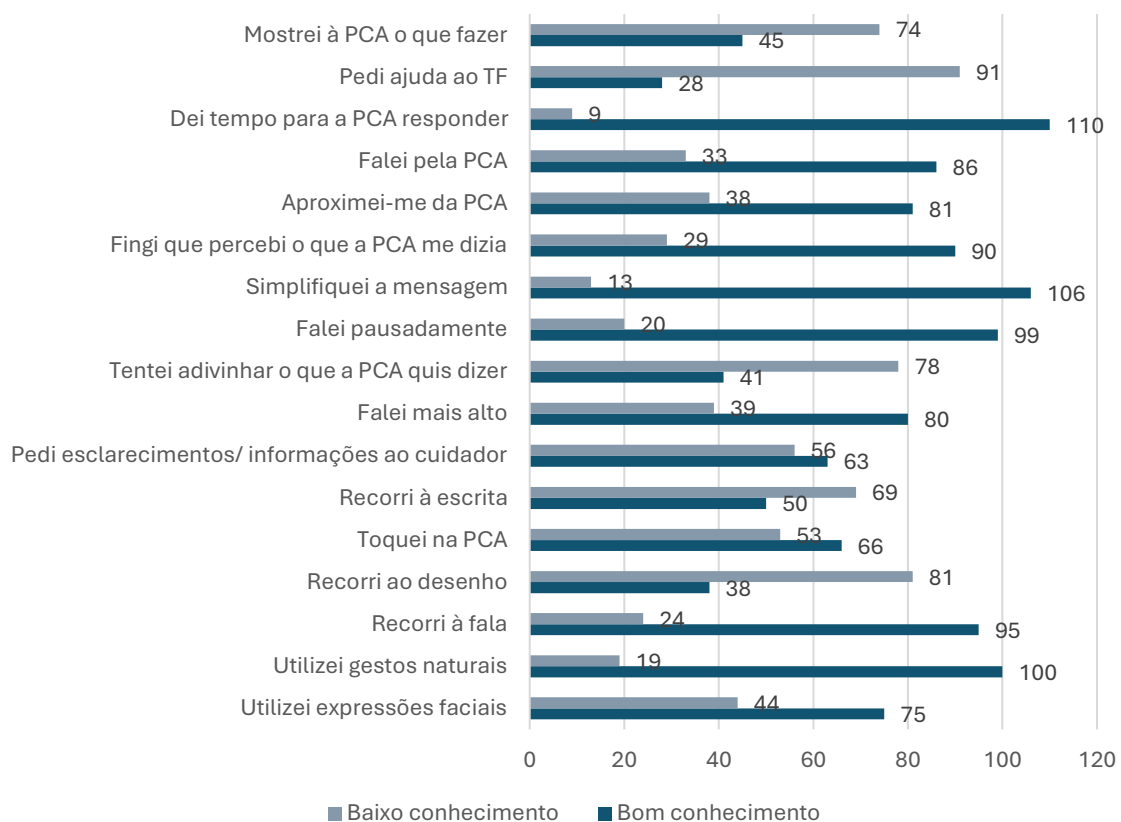


Gráfico 16 - Frequências de respostas dos EAS sobre as estratégias utilizadas com PCA.



Dar tempo para a PCA responder (n=206; 98,60%), pedir ajuda ao TF (n=195; 93,30%) e simplificar a mensagem (n=191; 91,40%) foram consideradas estratégias comunicativas importantes utilizar no contacto com PCA pelos EAS, demonstrando bom conhecimento. Apenas demonstram alguma incerteza quanto a mostrar à PCA o que fazer (n=103; 49,30%), recorrer ao desenho (n=105; 50,20%) e aproximar-se da PCA (n=105; 50,20%) (Gráfico 17).

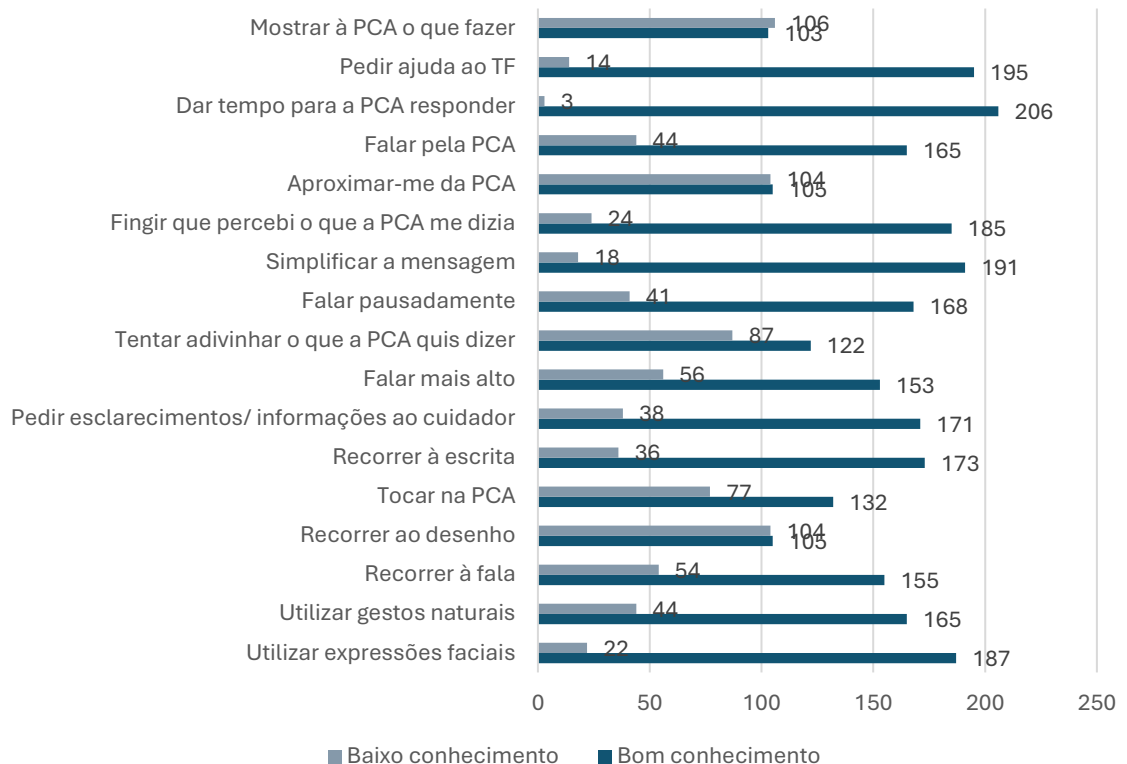


Gráfico 17 - Frequências de respostas dos EAS sobre as estratégias consideradas importantes utilizar com PCA.

Analisando conjuntamente as variáveis que revelam o nível de conhecimento sobre afasia previamente apresentadas verifica-se que os EAS apresentam, essencialmente, um bom nível de conhecimento sobre afasia.

Os EAS selecionaram como formas de divulgação da afasia a formação de base (n=140; 66,70%), congressos (n=93; 44,30%) e a internet (n=75; 35,70%). Ainda, televisão (n=26; 12,40%), artigos científicos (n=16; 7,60%), formação complementar (n=12; 5,70%) e pósteres e/ou panfletos nas instituições de ensino (n=10; 4,80%).

Recorreu-se ao teste qui-quadrado de Pearson e ao teste de Fisher, quando os pressupostos não eram verificados, para compreender a associação do género e da área de formação com o conhecimento sobre afasia e com as estratégias comunicativas utilizadas ou consideradas importantes utilizar no contacto com PCA.



Verifica-se associação do género com o conhecimento dos EAS sobre as características da afasia e sobre a etiologia da afasia, mas não com o conhecimento acerca dos tipos de afasia (Ver Tabela 0.4., em Apêndice 3.1., para mais detalhes). Os participantes do género masculino revelam ter mais conhecimento sobre a existência de dificuldades ao nível da escrita ( $n=19$ ; 61,30%) ( $p=0,026$ ) e de compreensão ( $n=23$ ; 74,20%) ( $p=0,077$ ), demonstrando bom conhecimento. A evidência é fraca para o item “Dificuldade em compreender o que lhe é dito” (Ver Tabela 18.1, em Apêndice 3.1., para mais detalhes) (Gráfico 18).

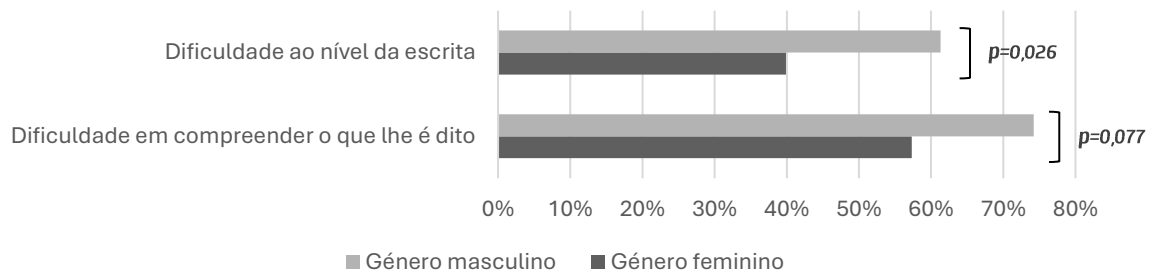


Gráfico 18 – Bom conhecimento por género dos EAS sobre as características que as PCA apresentam.

Todos os participantes de ambos os géneros sabem que as lesões cerebrais são a etiologia da afasia, mas o género masculino tem mais conhecimento acerca dos problemas emocionais não serem a causa da afasia ( $n=22$ ; 71%) ( $p=0,077$ ), sendo a evidência fraca (Ver Tabela 19.1, em Apêndice 3.1., para mais detalhes) (Gráfico 19).

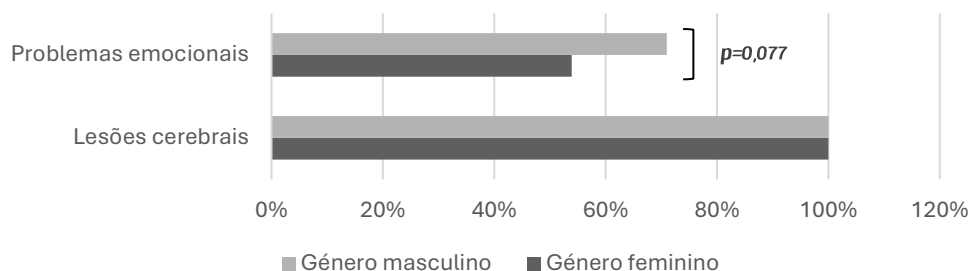


Gráfico 19 – Bom conhecimento por género dos EAS sobre a etiologia da afasia.

Verifica-se que existe associação do género com o conhecimento dos EAS sobre as estratégias comunicativas utilizadas e consideradas importantes utilizar no contacto com PCA. Os indivíduos do género masculino demonstram utilizar com mais frequência a fala ( $n=21$ ; 95,50%) ( $p=0,044$ ). De acordo com as estratégias que foram identificadas como utilizadas, apresentam conhecimento razoável sobre as mesmas (Ver Tabela 0.5, em Apêndice 3.1., para mais detalhes). No geral, ambos os géneros apresentam bom conhecimento sobre as estratégias comunicativas importantes utilizar, designadamente no que respeita ao contacto com PCA (Ver Tabela 20.1, em



Apêndice 3.1., para mais detalhes). O género feminino revelou mais conhecimento sobre pedir ajuda ao TF ser uma estratégia importante (n=169; 94,90%) ( $p=0,039$ ), bem como não ser adequado fingir perceber o que a PCA diz (n=161; 90,40%) ( $p=0,060$ ). Verifica-se que o género masculino apresenta mais conhecimento sobre recorrer à escrita (n=29; 93,50%) ( $p=0,060$ ) e utilizar expressões faciais (n=31; 100%) ( $p=0,051$ ) serem boas estratégias comunicativas. A evidência é fraca (utilizando  $\alpha=0,1$ ) para os itens “Fingi que percebi o que a PCA me dizia”, “Recorri à escrita” e “Utilizei expressões faciais” (Gráfico 20).

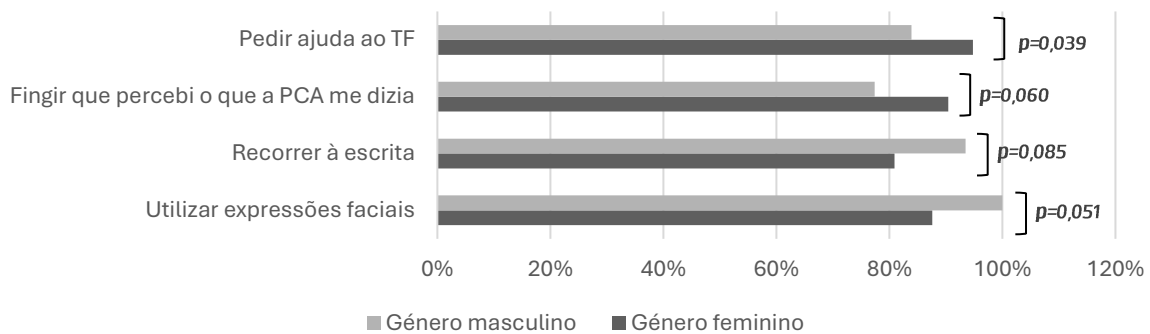


Gráfico 20 – Bom conhecimento por género dos EAS sobre as estratégias comunicativas consideradas importantes utilizar com PCA.

Verifica-se que há associação da área de formação com o conhecimento dos EAS sobre as características da afasia, o conhecimento sobre a etiologia da afasia e o conhecimento sobre os tipos de afasia. Os estudantes de medicina demonstram mais conhecimento sobre as PCA terem dificuldades de compreensão (n=28; 71,80%) ( $p=0,043$ ), mas não ao nível do pensamento ou inteligência (n=35; 89,70%) ( $p=0,015$ ), em engolir alimentos (n=33; 84,60%) ( $p=0,006$ ), apresentarem alterações da voz (n=36; 92,30%) ( $p=0,046$ ) e da saúde mental (n=35; 89,70%) ( $p=0,066$ ), revelando bom conhecimento. De forma geral, também terapia ocupacional e enfermagem revelam bom conhecimento, já fisioterapia apresenta conhecimento razoável. A evidência é fraca (utilizando  $\alpha=0,1$ ) para o item “Alteração ao nível da saúde mental” (Ver Tabela 21.1, em Apêndice 3.2., para mais detalhes) (Gráfico 21).



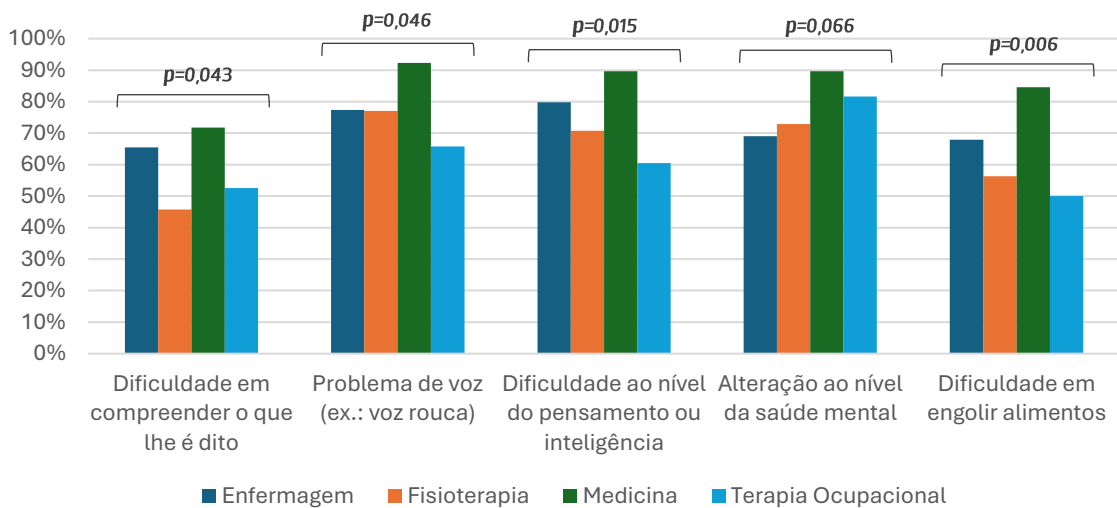


Gráfico 21 – Bom conhecimento por áreas de formação sobre as características que a PCA apresenta.

Os estudantes de terapia ocupacional revelam maior nível de conhecimento sobre os problemas emocionais (n=33; 86,80%) ( $p < 0,001$ ) e os problemas mentais (n=29; 76,30%) ( $p < 0,001$ ) não estarem na origem da afasia, demonstrando conhecimento razoável. Ainda, o curso de medicina (n=24; 61,50%) ( $p < 0,001$ ) apresenta mais conhecimento sobre o facto de os problemas cognitivos não estarem na origem da afasia, mas, no geral, têm baixo nível de conhecimento, o mesmo acontece com enfermagem, pois demonstram incerteza relativamente a aspetos que não são causas possíveis de afasia. Os estudantes de fisioterapia apresentam conhecimento razoável, mas menor que o dos de terapia ocupacional (Ver Tabela 22.1, em Apêndice 3.2., para mais detalhes) (Gráfico 22).

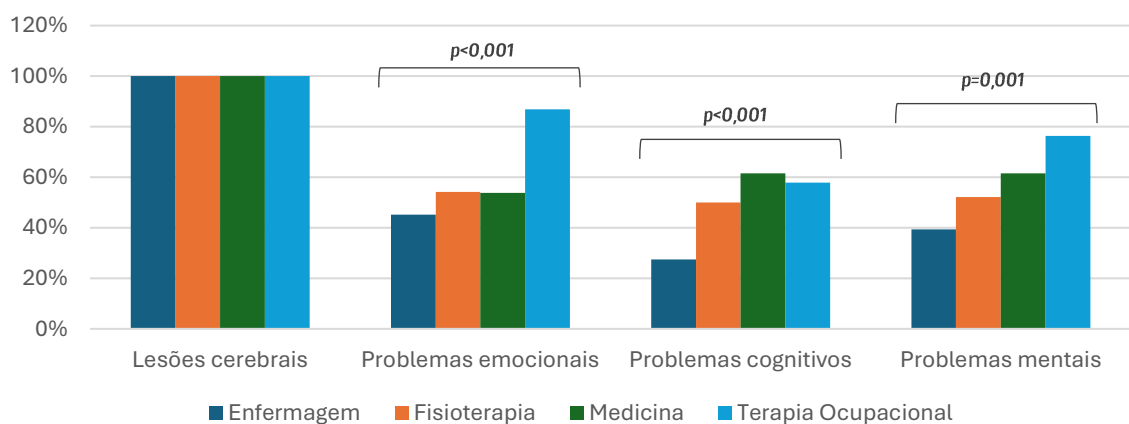


Gráfico 22 – Bom conhecimento por áreas de formação sobre a etiologia da afasia.



Todos as áreas de formação, na globalidade, apresentam baixo conhecimento sobre os tipos de afasia existentes (Ver Tabela 23.1, em Apêndice 3.2., para mais detalhes). Os alunos de medicina ouviram mais falar sobre a afasia de Wernicke (n=37; 94,90%) ( $p=0,001$ ), transcortical motora (n=14; 35,90%) ( $p=0,011$ ), de condução (n=22; 56,40%) ( $p<0,001$ ), transcortical mista (n=12; 30,80%) ( $p=0,024$ ), de Broca (n=38; 97,40%) ( $p<0,001$ ), global (n=31; 79,50%) ( $p<0,001$ ), anômica (n=12; 30,80%) ( $p<0,001$ ) e transcortical sensorial (n=11; 28,20%) ( $p=0,014$ ). Os estudantes de fisioterapia indicaram que a afasia de expressão (n=30; 62,50%) ( $p=0,013$ ), de compreensão (n=27; 56,30%) ( $p=0,004$ ) e sensitiva (n=38; 79,20%) não pertencem à classificação utilizada para as afasias, bem como os de terapia ocupacional selecionaram a afasia motora (n=22; 57,90%) ( $p=0,002$ ) (Gráfico 23).

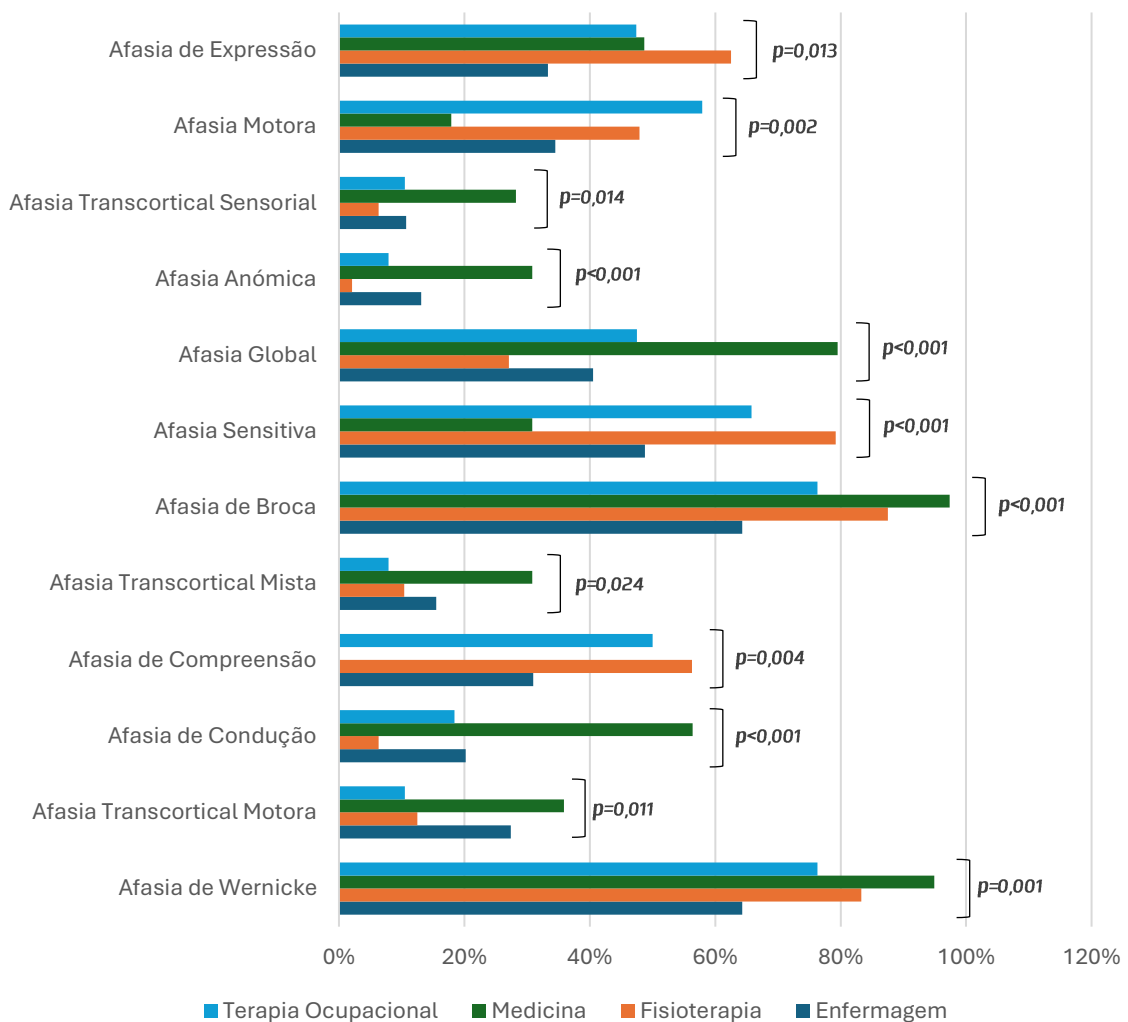


Gráfico 23 - Bom conhecimento por áreas de formação sobre os tipos de afasia.



Existe associação entre a área de formação e o conhecimento dos EAS sobre as estratégias comunicativas utilizadas e consideradas importantes utilizar no contacto com PCA. Os cursos demonstram nível de conhecimento razoável quando analisadas as estratégias comunicativas que utilizaram (Ver Tabela 24.1, em Apêndice 3.2., para mais detalhes). Enfermagem foi o curso que mais utilizou como estratégias o recurso à escrita (n=27; 54,4%) ( $p=0,010$ ), aproximar-se da PCA (n=53; 77,90%) ( $p=0,033$ ) e falar pausadamente (n=61; 89,70%) ( $p=0,099$ ). Já os estudantes de fisioterapia selecionaram mostrar à PCA o que fazer (n=10; 66,70%) ( $p=0,012$ ) e os de terapia ocupacional escolheram pedir ajuda ao TF (n=7; 53,80%) ( $p=0,005$ ) e, como estratégias que pouco utilizaram, falar mais alto (n=12; 100%) ( $p=0,002$ ). A evidência é fraca (utilizando  $\alpha=0,1$ ) para o item “Falei pausadamente” (Gráfico 24).

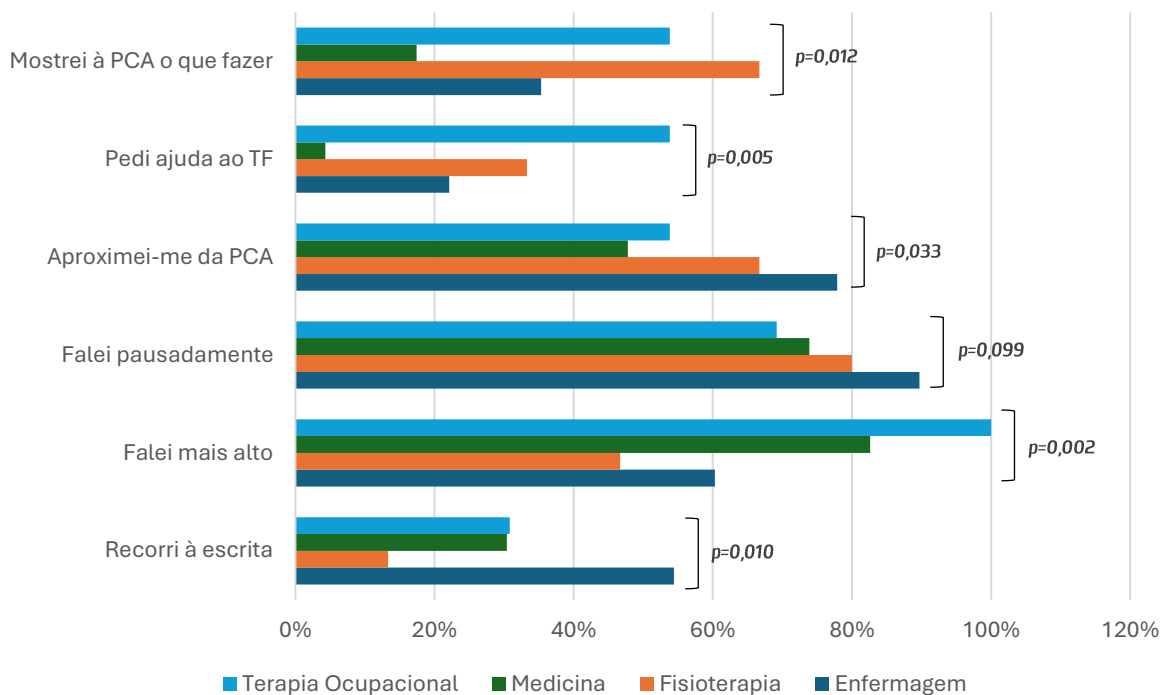


Gráfico 24 – Bom conhecimento por áreas de formação sobre as estratégias comunicativas utilizadas com PCA.

De forma global, todos os cursos apresentam bom conhecimento sobre as estratégias consideradas importantes utilizar no contacto com PCA (Ver Tabela 25.1, em Apêndice 3.2., para mais detalhes). O curso de enfermagem identificou as expressões faciais (n=82; 97,60%) ( $p=0,005$ ), o recurso ao desenho (n=68; 81%) ( $p=0,001$ ) e à escrita (n=61; 72,60%) ( $p=0,026$ ), tocar na PCA (n=55; 65,50%) ( $p=0,005$ ), simplificar a mensagem (n=82; 97,60%) ( $p=0,015$ ), aproximar-se da PCA (n=56; 66,70%) ( $p<0,001$ ) como estratégias relevantes no contacto com PCA. Os alunos



de medicina consideraram pedir esclarecimentos/informações ao cuidador (n=37; 94,90%) (p≈0,068) e os de fisioterapia recorrer à fala (n=39; 81,30%) (p≈0,059) como estratégias adequadas. Os estudantes de terapia ocupacional selecionaram falar mais alto como não sendo uma estratégia importante (n=34; 89,50%) (p<0,001). A evidência é fraca (utilizando  $\alpha \approx 0,1$ ) para os itens "Pedir esclarecimentos ao cuidador" e "Recorrer à fala" (Gráfico 25).

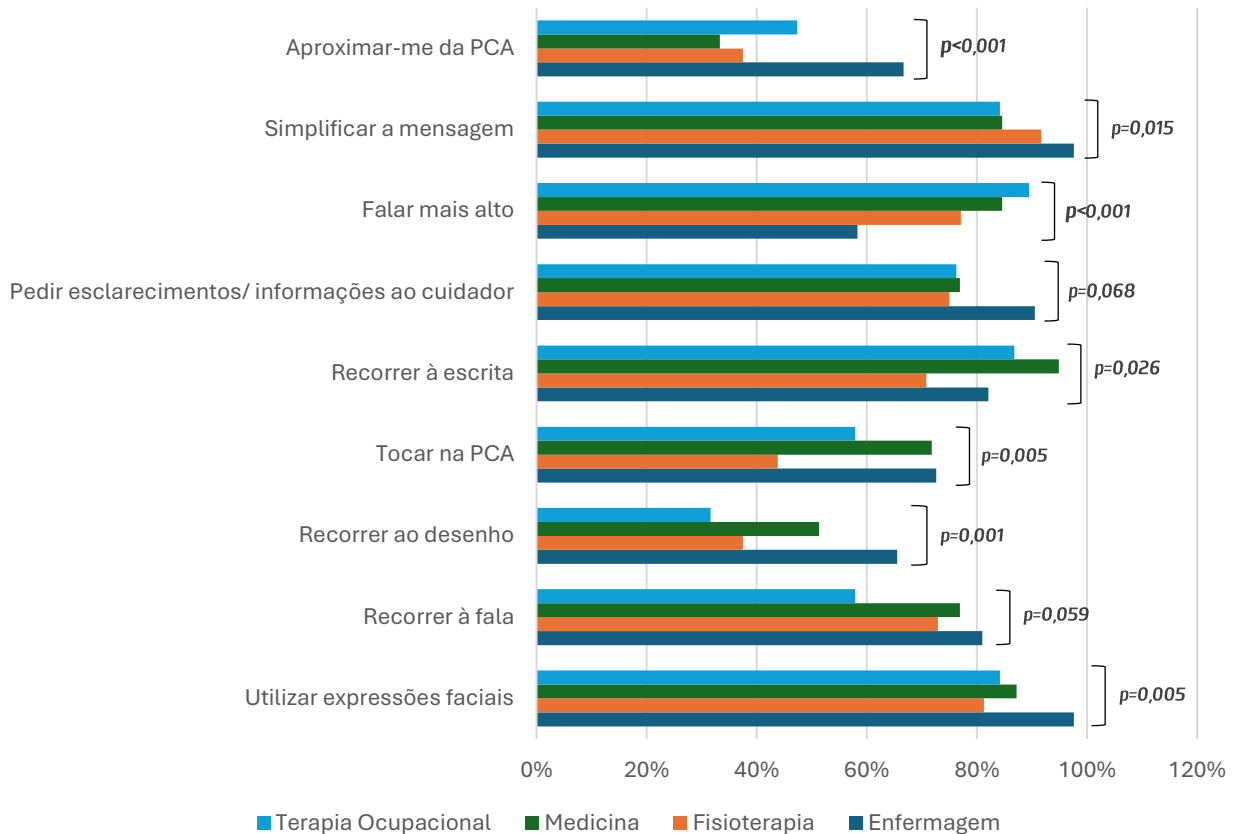


Gráfico 25 - Bom conhecimento por áreas de formação sobre as estratégias comunicativas consideradas importantes utilizar com PCA.



#### 4. Discussão

Os indicadores sociodemográficos mostram que a prevalência de participantes é do género feminino, igualmente ao que acontece em estudos previamente publicados sobre a temática em estudo (Alejanie & Simmons-Mackie, 2021; Code, Papathanasiou *et al.*, 2016; McMEnamin, Faherty *et al.*, 2021; Santos & Patrício, 2014; Vuković, Dušanka *et al.*, 2016). Tal como nos estudos de Aljenaie e Simmons-Mackie, 2021, Code *et al.*, 2016, McMEnamin *et al.* 2021 e Viganò *et al.*, 2022, a percentagem de mulheres respondentes é superior a 70%. Em contraste com os estudos da população em geral, os participantes da presente investigação incluem-se numa camada mais jovem, sendo estudantes universitários da área da saúde com idade média igual a 22,40 anos e PS com média de idades correspondente a 34,57 anos (Aljenaie & Simmons-Mackie, 2021; Code, Papathanasiou *et al.*, 2016; McMEnamin, Faherty *et al.*, 2021; Santos & Patrício, 2014; Vuković, Dušanka *et al.*, 2016).

Na amostra dos EAS verifica-se que o género masculino foi quem mais frequentemente ouviu falar sobre afasia, contrariamente ao que acontece na amostra de PS e ao verificado nos estudos já publicados (Aljenaie & Simmons-Mackie, 2021; Code, Papathanasiou *et al.*, 2016; McMEnamin, Faherty *et al.*, 2021; Santos & Patrício, 2014; Viganò, Gilardone *et al.*, 2022; Vuković, Dušanka *et al.*, 2016).

Assim como observado em Code (2020), verifica-se que há relação da idade dos PS e associação do género com o conhecimento sobre afasia. No presente estudo, também se verifica relação do tempo de exercício da profissão e associação dos diversos grupos de profissionais de saúde e das várias áreas de formação com o conhecimento sobre afasia e sobre as estratégias comunicativas utilizadas e consideradas importantes utilizar.

Nesta investigação, verifica-se que os participantes mais jovens do grupo de PS sabem mais sobre as características e os tipos de afasia existentes, tendo as pessoas com idade superior mais conhecimento sobre a etiologia e estratégias importantes. Nos estudos de Code (2020), Viganò *et al.* (2022) e Henriksson *et al.* (2018), as pessoas mais velhas tendem a ter mais conhecimento sobre afasia. No entanto, assim como na investigação de McMEnamin *et al.* 2021, não se obtiveram diferenças significativas entre os grupos de conhecimento na maioria dos itens no que diz respeito à idade.

Não existem estudos para comparação da relação do tempo de exercício da profissão com o conhecimento. Tal como na relação da idade, verifica-se que os grupos com baixo e alto conhecimento são diferentes em termos de experiência profissional. As pessoas com mais



experiência tendem a ter mais conhecimento sobre a etiologia e estratégias importantes e os com menor experiência profissional sobre as características da afasia e os tipos de afasia existentes. Também se verifica que, para os PS, existem diferenças pouco significativas quanto ao conhecimento dos participantes do género masculino e do género feminino. Nas variáveis em que se verifica associação, o género masculino apresenta mais conhecimento, contrastando com os estudos de Aljenaie & Simmons-Mackie (2021), Code, Papathanasiou *et al.* (2016), Došen & Jakovac (2024), Santos & Patrício (2014) e Vuković, Dušanka *et al.* (2016). De forma geral, o conhecimento dos PS do género masculino sobre as características da afasia é razoável e, apesar de revelarem bom conhecimento sobre o facto de as lesões cerebrais estarem na origem da afasia, revelam baixo conhecimento sobre a etiologia quando consideradas outras possibilidades. Apresentam, ainda, baixo conhecimento sobre os tipos de afasia. Ambos os géneros demonstram que utilizam estratégias de comunicação adequadas, revelando um conhecimento razoável no que diz respeito às estratégias que utilizam e bom conhecimento sobre as estratégias comunicativas que consideram importantes utilizar. No que concerne aos EAS, demonstram conhecimento razoável acerca das características da afasia e das estratégias utilizadas, têm baixo conhecimento sobre os tipos de afasia, mas bom sobre as estratégias que consideram importantes utilizar. Relativamente à etiologia da afasia ambos os géneros apresentam conhecimento razoável, mas o género masculino demonstra saber mais.

Há estudos que estudaram a população em geral (e que incluíram PS) que concluem que os PS são os que revelam maior conhecimento sobre afasia, demonstrando, no entanto, conhecimento básico e escasso (Aljenaie & Simmons-Mackie, 2021; Code, 2020; Code, Papathanasiou *et al.*, 2016; Došen & Jakovac, 2024; McMenamin, Faherty *et al.*, 2021; Palma, 2014; Ramos, 2014; Santos & Patrício, 2014; Viganò, Gilardone *et al.*, 2022). Neste estudo, verifica-se que os PS têm bom conhecimento sobre o facto de as PCA apresentarem dificuldades ao nível da linguagem, da comunicação e em falar, mas razoável sobre as restantes características da afasia. Revelam bom conhecimento sobre as lesões cerebrais serem a causa da afasia, mas a maioria considera, também, que os problemas emocionais, cognitivos e mentais podem estar na origem desta perturbação. No que concerne à classificação da afasia, é visível que sabem da existência da afasia de Wernicke e de Broca, mas têm baixo conhecimento sobre a restante terminologia utilizada de acordo com a classificação de Benson e Ardila. Apesar de, na globalidade, terem bom conhecimento sobre as estratégias consideradas importantes utilizar, apresentam menor consenso nas estratégias que utilizaram quando em contacto com PCA, tendo conhecimento



razoável. Neste sentido, pode dizer-se que apresentam bom conhecimento sobre alguns aspetos, mas, na globalidade, têm conhecimento razoável sobre afasia e que este conhecimento é básico. Code (2020) e Code *et al.* (2016) averiguaram que os participantes do grupo VI dos estatutos socioeconómicos (em que podem estar incluídos estudantes), bem como os estudantes do estudo de Guinan e Carroll (2018) revelaram conhecimento básico sobre afasia. Na presente investigação, encontra-se que os EAS apresentam, na globalidade, bom conhecimento sobre afasia, demonstrando maior fragilidade na sua etiologia, especialmente no que se refere aos problemas emocionais, cognitivos e mentais. Relativamente aos tipos de afasia existentes e às estratégias utilizadas, nomeadamente, o recurso ao desenho e à escrita, mostrar o que fazer, tentar adivinhar o que foi dito e pedir ajuda ao TF, revelam baixo conhecimento.

À semelhança dos participantes dos estudos de Alyahya (2023), Došen e Jakovac (2024) e Henriksson *et al.* (2018), bem como dos PS e EAS da investigação de Santos e Patrício (2014), a maioria dos EAS e dos PS indicaram que as PCA têm dificuldades ao nível da linguagem, de comunicação e em falar. Ambos os grupos demonstram dúvidas no que se refere às PCA poderem ter dificuldades de leitura e de escrita. Verifica-se que os EAS têm mais conhecimento sobre o facto de as PCA poderem revelar dificuldades de compreensão.

Todos os EAS e praticamente todos os PS sabem que as lesões cerebrais são a etiologia da afasia, como alguns dos respondentes em Alyahya (2023), Henriksson *et al.* (2018) e Viganò *et al.* (2022). Ainda assim, em conformidade com as publicações de Došen e Jakovac (2024), Guinan e Carroll (2018) e Santos e Patrício (2014), uma grande quantidade de participantes identifica os problemas emocionais, cognitivos e mentais como causas da afasia, verificando-se que o conhecimento é superior nos EAS.

Relativamente aos tipos de afasia existentes, verifica-se que tanto os PS como os EAS apresentam baixo conhecimento, exceto sobre a afasia de Wernicke e de Broca. Ainda que o conhecimento seja pouco, os EAS mostram ter ligeiramente mais conhecimento no geral. Não existindo publicações para comparar estes resultados, pensa-se que um aspeto que tem influência na diversidade de termos utilizados para caracterizar as afasias poderão ser os locais de trabalho/estágio, visto que a grande maioria dos participantes refere que ouviu falar sobre afasia nestes contextos.

No que concerne às estratégias comunicativas utilizadas, verifica-se um conhecimento similar. No entanto, sobressaem os PS com mais conhecimento sobre terem utilizado estratégias como mostrar à PCA o que fazer, recorrer ao desenho e pedir esclarecimentos/informações ao



cuidador; por outro lado, os EAS demonstram ser quem tem mais conhecimento relativamente à não utilização da estratégia falar pela PCA e à estratégia pedir ajuda ao TF. Tanto os PS como os EAS demonstram bom conhecimento sobre as estratégias comunicativas consideradas importantes utilizar no contacto com PCA, por exemplo os PS sabem que falar mais alto não é uma estratégia facilitadora, tal como os do estudo de Santos e Patrício (2024). Neste estudo publicado, os PS não mostraram consenso quanto à utilização de gestos, de frases simples e de desenhos para auxiliar a comunicação com a PCA, mas na presente investigação percebe-se que tanto os PS como os EAS sabem que o recurso aos gestos e a simplificação da mensagem são estratégias importantes. Identifica-se que os PS sabem melhor que dar o modelo e tocar na PCA são estratégias comunicativas adequadas; já os EAS têm mais conhecimento sobre ser importante aproximar-se da PCA e recorrer ao desenho.

As PCA podem necessitar de permanecer internadas em hospitais, centros de reabilitação e unidades de cuidados continuados para terem acesso a cuidados de saúde de profissionais especializados (American Speech-Language-Hearing Association, s.d.; IPA, 2021; Rijssen, Veldkamp *et al.*, 2019; Simmons-Mackie, Christie *et al.*, 2007). A maioria dos enfermeiros que participou neste estudo (essencialmente enfermeiros de cuidados gerais e alguns enfermeiros de reabilitação) exercem a sua profissão em hospitais, tendo um contacto frequente com PCA. Para conseguirem prestar apoio de qualidade, necessitam de conhecer estratégias comunicativas adequadas e verifica-se que estes são os PS com maior conhecimento sobre as estratégias comunicativas utilizadas no contacto com PCA. Os auxiliares de saúde revelam conhecimento razoável sobre as estratégias que utilizaram e consideram importantes utilizar, sendo desproporcional comparativamente ao conhecimento sobre afasia, possivelmente devido à falta de informação que têm de base sobre esta perturbação da linguagem. Já os médicos demonstram mais conhecimento, genericamente. Têm fragilidade no que se refere à etiologia da afasia não serem os problemas emocionais, cognitivos e mentais e relativamente à classificação de Benson e Ardila para os tipos de afasia, exceto a afasia de Wernicke, de Broca, global e de condução. Demonstram, em média, um conhecimento razoável sobre a maioria das estratégias utilizadas e bom conhecimento sobre as consideradas importantes utilizar.

Uma vez que a lesão causada pelo AVC pode variar em termos de local e extensão, as PCA podem apresentar, também, défices sensoriais e défices motores, ficando com afeção motora no hemisfério oposto ao lado da lesão neurológica (Galleta & Barret, 2014; Pommerehn, Delboni *et al.*, 2016). Neste seguimento, é imprescindível o acompanhamento por parte da fisioterapia para





auxiliar na recuperação motora e da terapia ocupacional na execução de atividades da vida diária. Os resultados deste estudo mostram que, na globalidade, terapia ocupacional revela bom conhecimento sobre a perturbação e sobre as estratégias, sendo que fisioterapia apresenta, essencialmente, conhecimento razoável.

A afasia interfere com a capacidade da PCA comunicar, dificulta as suas relações interpessoais, a reintegração nos seus contextos naturais e a participação em atividades diárias (Patrício & Santos, 2008; Patrício, 2015). Estes comprometimentos podem gerar reações emocionais negativas, originando um quadro depressivo e níveis baixos de satisfação com a vida, afetando integridade psicossocial da PCA (Patrício, 2015). Com este enquadramento, surge a necessidade de acompanhamento em psicologia para auxiliar a PCA a reencontrar estabilidade emocional e satisfação com a sua nova identidade e vida. Por estes motivos, torna-se imprescindível que estes profissionais tenham conhecimento sobre a perturbação e saibam como comunicar com as PCA. Verifica-se que os psicólogos, de forma geral, revelam bom ou razoável conhecimento sobre a afasia e sobre as estratégias utilizadas no contacto com PCA.

Os estudantes de enfermagem e medicina são os que revelam mais conhecimento sobre as características da afasia. Terapia ocupacional e fisioterapia mostram alguma incerteza quanto às PCA terem dificuldades de compreensão e à dificuldade em engolir alimentos não ser característica da afasia. Todos os cursos revelam fraco conhecimento sobre as dificuldades de leitura e de escrita. Relativamente à etiologia da afasia, terapia ocupacional é que parece saber mais, demonstrando bom conhecimento. Enfermagem, fisioterapia e medicina têm bom conhecimento apenas sobre as lesões cerebrais estarem na origem da perturbação, mostrando baixo conhecimento sobre o facto de as restantes opções não o estarem. Focando na tipologia da afasia, todos os alunos têm baixo conhecimento, exceto sobre a afasia de Broca e de Wernicke. Medicina tem o maior nível de conhecimento sobre a afasia global. O curso de enfermagem revela bom conhecimento e é quem mais sabe sobre a maioria das estratégias utilizadas, já fisioterapia demonstra ser o curso com menos conhecimento. Todos os estudantes de terapia ocupacional simplificaram a mensagem, não falaram mais alto e deram tempo para a PCA responder. Focando nas estratégias consideradas importantes, também enfermagem mostra ser o curso com mais conhecimento, identificando que aproximar-se da PCA e pedir esclarecimentos ao cuidador são boas estratégias comunicativas; no entanto, indica que falar alto é uma estratégia adequada. Fisioterapia, medicina e terapia ocupacional revelam também bom conhecimento.



Simmons–Mackie *et al.* (2020) perceberam que, ao longo dos anos, a população mantém pouco conhecimento sobre afasia apesar dos esforços que têm vindo a ser desenvolvidos ao nível da divulgação desta perturbação. Os PS e os EAS desta investigação identificaram o local de trabalho, a formação de base e os estágios curriculares como os locais em que mais ouviram falar sobre esta perturbação e selecionaram como meios de divulgação deste tema a formação de base e formação no local de trabalho e, ainda, os congressos. De facto, existe relevância dos conteúdos lecionados e dos eventos científicos relativos à área em que se estão a formar/exercem para melhor e mais adquirir conhecimento acerca de determinados assuntos.

Há autores que constataram que a integração de PS ou de EAS em programa de treino de parceiros de comunicação potenciou trocas comunicativas mais eficazes, tendo um resultado positivo tanto para a PCA como para os PS/EAS (Cameron, Hudson *et al.*, 2018; Cameron, McPhail *et al.*, 2015; Cameron, McPhail *et al.*, 2019; Doherty & Lay, 2019; Power, Attard *et al.*, 2024; Power, Falkenberg *et al.*, 2020; Rijssen, Ketelaar *et al.*, 2021; Rijssen, Veldkamp *et al.*, 2019; Schrubstike, Lin *et al.*, 2021). Neste sentido, uma solução para diminuir a informação desconhecida sobre a afasia e para potenciar a aquisição de competências comunicativas, poderá ser a participação neste tipo de programas, nomeadamente os PS como formação nos locais de trabalho e os EAS como formação incluída nos planos curriculares. De destacar que existem mais grupos de pessoas com patologia da comunicação, linguagem e fala com que estes profissionais e EAS poderão contactar e que formação na área da comunicação com pessoas com patologia da comunicação poderá ser útil no contacto com todos esses grupos.

## 5. Conclusão

Através da presente investigação, conclui-se que existe diferença entre os grupos com bom conhecimento e com baixo conhecimento sobre afasia e sobre as estratégias (utilizadas/importantes) para comunicar com PCA em termos de idade dos PS e de tempo de exercício da profissão. Verifica-se associação: do género; dos grupos de PS; e das áreas de formação com o conhecimento sobre afasia e sobre as estratégias comunicativas.

Observa-se que, globalmente, o género masculino é quem mais sabe sobre afasia. As pessoas com mais tempo de experiência profissional e a população com mais idade sabe mais sobre a etiologia e as estratégias importantes utilizar, mas os participantes com menor experiência e mais jovens têm mais conhecimento sobre as características e sobre os tipos de afasia.



Percebe-se que os EAS sabem mais sobre afasia do que os PS. Os estudantes de medicina e enfermagem são quem tem mais conhecimento sobre as características da afasia; os de terapia ocupacional sobre a etiologia da afasia e os de enfermagem sobre as estratégias comunicativas, sendo que todos apresentam igualmente pouco conhecimento sobre os tipos de afasia. Em termos de categorias profissionais, verifica-se que os terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e psicólogos têm mais conhecimento sobre as características da afasia e, também, os terapeutas ocupacionais e psicólogos são os que sabem mais sobre a etiologia da perturbação. Todos os profissionais mostram baixo conhecimento sobre os tipos de afasia. Quem revela conhecimento mais baixo sobre o conhecimento sobre afasia são os auxiliares de saúde. Os enfermeiros são os que melhores estratégias utilizaram e os fisioterapeutas quem com menos frequência utilizou estratégias adequadas, mas todos os PS mostraram bom conhecimento sobre as estratégias consideradas importantes utilizar para comunicar com PCA.

Considera-se que é imprescindível investir na formação contínua de PS e de EAS, de modo que os serviços prestados sejam personalizados, ajustados e de qualidade. Neste sentido, o TF tem um papel importante ao nível da promoção da literacia em saúde, sendo responsável por informar e formar a população ao nível do conhecimento e, essencialmente, no treino do uso das estratégias comunicativas.

Como limitações deste estudo, considera-se o tamanho amostral dos estudantes por área de formação e dos grupos de profissionais da população a que se referem. Ainda, com as atualizações do questionário realizadas ao longo dos anos, houve necessidade de recodificação perguntas e de respostas dadas pelos participantes do estudo, o que levou à falha de dados em duas questões.

Considerando os dados obtidos, pode ser interessante realizar um estudo longitudinal acerca da associação entre o conhecimento sobre afasia de PS e EAS em Portugal com a participação em programa de treino de parceiros comunicativos de formação contínua, com recolha de dados em três momentos diferentes (pré integração no programa, após um mês de curso e ao fim de um ano). Também seria relevante realizar uma investigação no sentido de recolher mais dados dos itens que demonstraram ter evidência científica fraca para melhor se perceber qual a sua relação/associação com o conhecimento sobre afasia.



## Referências Bibliográficas

- Aljenaie, K., & Simmons-Mackie, N. (2021). Public awareness of aphasia in Kuwait. *Aphasiology*.
- Almeida, C. (2020). *Literacia em saúde e capacitação dos profissionais de saúde: o modelo de comunicação em saúde ACP*. Lisboa.
- Almeida, C. (20219). *Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática*. In: Lopes C, Almeida CV (Coords.). *Literacia em saúde na prática*. Lisboa: Edições ISPA, 43-52.
- Alyahya, R. (2023). The public awareness and knowledge of aphasia in Saudi Arabia. *Aphasiology*. DOI: 10.1080/02687038.2023.2287262
- Ardila, A. (2010). A proposed reinterpretation and reclassification of aphasic syndromes. *Aphasiology*, 24(3), 363-94.
- American Speech-Language-Hearing Association. Aphasia. (s.d.). ASHA. Disponível em: [https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/aphasia/#collapse\\_4](https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/aphasia/#collapse_4)
- American Speech-Language-Hearing Association. Speech Language Pathologist. (s.d.). ASHA. Disponível em: <https://www.asha.org/students/speech-language-pathologists/>
- Assembleia da República. Diário da República n.º 151/2019, Série I de 2019-08-08, 3-40. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/58-2019-123815982>
- Bueno-Guerra, N., Provencio, M., Tarifa-Rodríguez, A., Navarro, A., Sempere-Iborra, C., Jordi, P., Calis-Ruiz, E., Leciñana, M., Martín-Alonso, M., Rigual, R., Ruiz-Ares, G., Rodríguez-Pardo, J., Virués-Ortega, J., & Fuentes, B. (2024). Impact of post-stroke afasia on functional communication, quality of life, perception of health and depression: a case-control study. *European Journal of Neurology*.
- Cameron, A. (2018). *Communication partner training delivered face-to-face and via telepractice with health professionals, health professional students and people with aphasia*. Australia: The University of Queensland.
- Cameron, A., Hudson, K., Finch, E., Fleming, J., Lethlean, J., & Phail, S. (2018). 'I've got to get something out of it. And so do they': experiences of people with aphasia and university students participating in a communication partner training programme for healthcare professionals. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 00(0), 1-10.
- Cameron, A., McPhail, S., Hudson, K., Fleming, J., Lethlean, J., & Finch, E. (2015). Increasing the confidence and knowledge of occupational therapy and physiotherapy students when



- communicating with people with aphasia: A pre–post intervention study. *Speech, Language and Hearing, 18*(3).
- Cameron, A., McPhail, S., Hudson, K., Fleming, J., Lethlean, J., & Finch, E. (2019). Telepractice communication partner training for health professionals: a random trial. *Journal of Communication Disorders, 81*.
- Campos, C. (2017). A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, 15*(1), 91-10.
- Chapey, R., Duchan, J. F., Elman, R. J., Garcia, L. J., Kagan, A., Lyon, J. G., & Simmons-Mackie, N. (2008). *Life-Participation Approach to Aphasia: A Statement of Values for the Future*. In: Chapey, R. editor. *Language intervention strategies in Aphasia and related Neurogenic Communication Disorders*. (5ª ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health, 279–290.
- Chouliara, N., Cameron, T., Byrne, A., Fisher, R. (2024) Getting the message across; a realist study of the role of communication and information exchange processes in delivering stroke Early Supported Discharge services in England. *PLoS ONE, 19*(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298140>
- Code, C. (2020). The implications of public awareness and knowledge of aphasia around the world. *Annals of Indian Academy of Neurology, 23*(8), 95.
- Code, C., Papathanasiou, I., Rubio-Bruno, S., Cabana, M., Villanueva, M. M., Haaland-Johansen, L., Prizl-Jakovac, T., Leko, A., Zemva, N., Patterson, R., Berry, R., Rochon, E., Leonard, C., & Robert, A. (2016). International Patterns of the Public Awareness of Aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders, 51*(3), 276–284.
- Croteau, C., McMahon-Morin, P., le Dorze, G., & Baril, G. (2020). Impact of aphasia on communication in couples. *International Journal of Language & Communication Disorders, 55*(4), 547–557.
- Davies, K., Howe, T., Small, J., & Hsiung, G. (2024). 'It's all communication': Family members' perspectives on the communication needs for themselves and their relatives with primary progressive afasia. *International Journal of Language & Communication Disorder, 59*, 1946–1965.
- Direção Geral da Saúde. (2017). *Programa nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares*. Lisboa: DGS.



- Doherty, M., & Lay, C. (2019). Development of a Training Program to Increase Student Clinician Competency when Communicating with People with Aphasia. *Journal of Occupational Therapy Education, 3*(2).
- Došen, A., & Jakovac, T. (2024). Aphasia awareness and knowledge in Croatia. *Aphasiology, 38*(6), 979–992. DOI: 10.1080/02687038.2023.2251175
- Galleta, E., & Barrett, A. (2014). Impairment and Functional Interventions for Aphasia: Having it All. Springer: *Curr Phys Med Rehabil Rep, 2*, 114–120.
- Goodglass, & Kaplan. (1972). *The assesment of aphasia and related disorders*. Philadelphia: Lea & Febiger.
- Grobler, C., Casey, S., & Farrel, E. (2022). Making information accessible for people with aphasia in healthcare. *Advances in Clinical Neuroscience & Rehabilitation*. <https://doi.org/10.47795/WKDO3084>
- Guinan, N. & Carroll, C. (2018). An investigation of hospitality industry students' awareness and knowledge of aphasia. *Aphasiology*. DOI: 10.1080/02687038.2018.1466105
- Hallowell, B. (2017). *Aphasia and other acquired Neurogenic Language Disorders: A Guide for Clinical Excellence*. Plural Publishing, Inc.
- Henriksson, I., Hjertén, A., Zackariasson, J., Davidsson, L., Damberg, A., Saldert, C., Ball, M., & Muller, N. (2018). Public awareness of aphasia – results of Swedish sample. *Aphasiology*. DOI: 10.1080/02687038.2018.1444136
- Hill, A., Blevins, R., & Code, c. (2018). Revisiting the public awareness of aphasia in Exeter: 16 years on. *International Journal of Speech-Language Pathology*. DOI: 10.1080/17549507.2018.1485742
- Instituto Português de Afasia. (s.d.). *O que é a afasia?* IPA. Disponível em: <https://ipafasia.pt/afasia/>
- Instituto Português de Afasia. (2021). *A reabilitação na afasia: quais os caminhos para recuperar*. Disponível em: [https://ipafasia.pt/wp-content/uploads/2021/11/1-A-Reabilitação-na-Afasia\\_.pdf](https://ipafasia.pt/wp-content/uploads/2021/11/1-A-Reabilitação-na-Afasia_.pdf)
- Isaksen, J., Beeke, S., Pais, A., Efstratiadou, E., Pauranik, A., Revkin, S., Vandana, V., Valencia, F., Vuksanovic, J., & Jagoe, C. (2023). Communication partner training for healthcare workers engaging with people with aphasia: Enacting Sustainable Development Goal 17 in Austria, Egypt, Greece, India and Serbia. *International Journal of Language & Communication Disorders, 25*, 172–177.



- Jenstad, L., Howea, T., Breaub, G., Abela, J., Colozzoa, P., Halasc, G., Masona, G., Riegerd, C., Simone, L., & Strachan, S. (2024). Communication between healthcare providers and communicatively-vulnerable patients with associated health outcomes: A scoping review of knowledge syntheses. *Patient Education and Counselling*, 119.
- Kagan, A., Simmons-Mackie, N., & Rowland, A. (2007). Counting what counts: a framework for capturing real-life outcomes of aphasia intervention. *Aphasiology*, 17, 258-280.
- Kan, H.K., & Ismail, N. (2021). Competing Values Framework as Decoding Tool: Signature Pedagogy in Teaching Business Communication. *Business and Professional Communication Quarterly*, 84(1) 60-84. DOI: 10.1177/2329490620985909
- Kao, S. K., & Chan, C. T. (2024). Increased risk of depression and associated symptoms in poststroke aphasia. *Scientific Reports*, 14. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-72742-z>
- Magnus, B., Dias, R., (2019). Beber B. Effects of a short educational program about aphasia (SEPA) on the burden and quality of life of family caregivers of people with aphasia. *CoDAS*, 31(4).
- McMenamin, R., Faherty, K., Larkin, M., & Loftus, L. (2021). An investigation of public awareness and knowledge of aphasia in the West of Ireland. *Aphasiology*, 35(11), 1415-1431.
- National Aphasia Association. (2022). 2022 Aphasia Awareness Survey. NAA. Disponível em: <https://www.aphasia.org/2022-aphasia-awareness-survey/>
- Organização Mundial de Saúde, & Direção Geral da Saúde. (2001). *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: OMS, & DGS.
- Palma, T. (2014). *Conhecimento sobre Afasia da População Portuguesa Adulta*. Barcarena: Universidade Atlântica.
- Papathanasiou, I., & Coppens, P. (2017). *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. (2ª ed.) Jones & Bartlett Learning.
- Parr, S., Duchan, J., & Pound, C. (2003). *Aphasia inside out: reflections on communication disability*. London: Open University.
- Patrício, B. (2015). *The impact of communication disability on quality of life of people with aphasia and their caregivers*. Universidade de Aveiro.
- Patrício, B., & Santos, A. (2008). Sintomatologia depressiva em indivíduos com afasia: Proposta de linha de corte do Stroke Aphasic Depression Questionnaire-21. *Cadernos de Saúde*, 2(1), 59-65.



- Patterson, J. P., & Chapey, R. (2010). Assessment of language disorders in adults. In: Chapey, R. editor. *Language intervention strategies in Aphasia and related Neurogenic Communication Disorders*. (5<sup>a</sup> ed.) Philadelphia: *Wolters Kluwer Health*, 64–160.
- Pinheiro, S. (2021). Atenção em saúde: Modelo biomédico e biopsicossocial, uma breve trajetória. São Paulo: *Revista Longeviver*, 9, 33–44.
- Pommerehn, J., Delboni, M., & Fedosse, E. (2016). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e afasia: um estudo da participação social. *CoDAS*, 28(2), 132–140.
- Power, E., Attard, M. C., Lanyon, L. E., & Togher, L. (2024). Efficacy of online communication partner training package for student healthcare professionals. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 59(1), 304–326.
- Power, E., Falkenberg, K., Barnes, S., Elbourn, E., Attard, M., & Togher, L. (2020). A pilot randomized controlled trial comparing online versus face-to-face delivery of an aphasia communication partner training program for student healthcare professionals. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 50(6), 852–866.
- Proetti, S. (2018). As pesquisas qualitativa e quantitativa como métodos de investigação científica: Um estudo comparativo e objetivo. *Revista Lumen*, 2(4), 1–23.
- Prychodco, R. (2020). *Influência dos Modelos Biomédico, Social e Biopsicossocial nas Concepções e Práticas de Intervenção Direcionadas à Inclusão Escolar*. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Ramos, M. (2014). *Conhecimento sobre Afasia da População Portuguesa Adulta*. Universidade Atlântica.
- Ramos, H., & Mazalo, J. (2024). Scientific research methodologies: steps for preparing scientific articles. *Revista Interdisciplinar em Educação e Pesquisa*, 6(2), 137–155.
- Rijssen, M., Ketelaar, M., Vandenborre, D., Oostveen, J., Veldkamp, M., Ewijk, L., Visser-Meily, J., & Gerrits, E. (2021). Evaluating communication partner training in healthcare centres: Understanding the mechanisms of behaviour change. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 56, 1190–1203.
- Rijssen, M., Veldkamp, M., Meilof, L., & Ewijk, L. (2019). Feasibility of a communication program: improving communication between nurses and persons with aphasia in a peripheral hospital. *Aphasiology*, 33(11), 1393–1409.  
<https://doi.org/10.1080/02687038.2018.1546823>
- Romanowski, F., Castro, M., & Neris, N. (2019). *Manual de Tipos de Estudos*. Anápolis.





- Santos, A., & Patrício, B. (2014). Conhecimento dos Portugueses acerca da Afasia. *Revista Portuguesa de Terapia da Fala*, 2.
- Schrubsole, K., Lin, T., Burton, C., Scott, J., & Finch, E. (2021). Delivering an iterative Communication Partner Training programme to multidisciplinary healthcare professionals: A pilot implementation study and process evaluation. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 56(3), 620–636.
- Simmons-Mackie, N., Christie, A., Huijbregts, M., McEwen, S., & Willems, J. (2007). Communicative access and decision making for people with aphasia: Implementing sustainable healthcare systems change. *Aphasiology*, 21(1), 39–66.
- Simmons-Mackie, N., Raymer, A., & Cherney, L. (2016). Communication Partner Training in aphasia: An updated systematic review. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 97(12), 2202–2221. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.03.023>
- Simmons-Mackie, N., Worrall, L., Shiggins, C., Isaksen, J., McMenamin, R., Rose, T., Guo, Y. E., & Wallace, S. J. (2020). Beyond the statistics: a research agenda in aphasia awareness. *Aphasiology*, 34(4), 458–471.
- Society for Health Communication (2017). *Definition of health communication*. <https://www.societyforhealthcommunication.org/health-communication>
- Stadskleiv, K., Batorowicz, B., Sandberg, A., Launonen, K., Murray, J., Neuvonen, K., Oxley, J., Renner, G., Smith, M., Soto, G., Balkom, H., Walter, C., Yang, C. C. & Tetzchner, S. (2022). Aided communication, mind understanding and co-construction of meaning. *Developmental neurorehabilitation*, 25(9), 518–530.
- Stipinovich, A., Tonsing, K., & Dada, S. (2023). Communication strategies to support decision-making by persons with aphasia: A scoping review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 58, 1955–1976.
- Tierney-Hendricks, C., Schliep, M., & Vallila-Rohter, S. (2024). Using an Implementation Framework to Survey Outcome Measurement and Treatment Practices in Aphasia. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 31, 1133–116.
- van Rijssen, M. N., Veldkamp, M., Bryon, E., Remijn, L., Visser-Meily, J. M. A., Gerrits, E., & van Ewijk, L. (2021). How do healthcare professionals experience communication with people with aphasia and what content should communication partner training entail? *Disability and Rehabilitation*, 44(14), 3671–3678. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1878561>



- Viganò, M., Gilardone, G., Cassinelli, D., Fumagalli, F., Scialla, M., Gilardone, M., Dameno, R., Corbo, M., & Monti, A. (2022). The Italian Aphasia Awareness Survey (IAAS): an online questionnaire about the public knowledge of aphasia in Italy, informative findings. *Aphasiology*, *36*(5), 599–617.
- Vuković, M., Dušanka, M., Kovač, A., Vuković, I., & Code. C. (2016). Extending Knowledge of the Public Awareness of Aphasia in the Balkans: Serbia and Montenegro. *Disability and Rehabilitation*.
- World Health Organization. (2019). *Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability*. WHO.
- Worrall, L., & Holland, A. (2003). Special Issue: Quality of life in aphasia. *Aphasiology*, *17*(4), 329–416.



## Apêndices

### Apêndice 1: Instrumentos de recolha de dados

#### Apêndice 1.1. Instrumento de recolha de dados dos profissionais de saúde

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Género:

- Feminino
- Masculino
- Outro: \_\_\_\_\_

3.1 Grau académico:

- 3ºCiclo do Ensino Básico (9ºAno)
- Ensino Secundário (12ºAno)
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

3.2 Profissão:

- Médico
- Enfermeiro
- Terapeuta ocupacional
- Fisioterapeuta
- Psicólogo
- Psicomotricista
- Assistente social
- Auxiliar de saúde

3.2.1 Mencione qual a sua especialidade:

- Cardiologia



- Cirurgia cardíaca
- Medicina física e de reabilitação
- Medicina geral e familiar
- Medicina interna
- Neurologia
- Neurocirurgia
- Psiquiatria
- Outra opção

**3.2.2 Refira qual o título profissional atribuído pela ordem dos enfermeiros:**

- Enfermeiro de cuidados gerais
- Enfermeiro especialista

**3.2.2.1 Se selecionou a opção “enfermeiro especialista”, mencione qual a especialidade:**

- Enfermagem à pessoa em situação crítica
- Enfermagem à pessoa em situação paliativa
- Enfermagem à pessoa em situação crónica
- Enfermagem de saúde comunitária e saúde pública
- Enfermagem de saúde materna e obstétrica
- Enfermagem de saúde infantil e pediátrica
- Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica
- Enfermagem de reabilitação

**3.2.3 Refira qual o título profissional atribuído pela ordem dos psicólogos:**

- Psicólogo
- Psicólogo especialista

**3.2.3.1 Mencione qual a especialidade:**

- Psicologia clínica e da saúde
- Psicologia da educação
- Psicologia do trabalho, social e das organizações

**3.2.3 Mencione qual a sua especialidade:**



- Psicomotricidade clínica
- Psicomotricidade educacional/preventiva
- Gerontopsicomotricidade
- Psicomotricidade em saúde mental
- Psicomotricidade na educação especial

**6. Refira há quanto tempo exerce a sua profissão (em anos):**

-----

**7. Refira qual o seu local de trabalho atual (pode selecionar mais do que uma opção):**

- Agrupamento de Centro de Saúde/Centro de Saúde/Unidades de Saúde
- Casas de Saúde/Lares
- Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT)
- Centro Hospitalar/Hospital
- Centro Social
- Centro de Reabilitação
- Clínica/Laboratórios
- Ensino Superior
- Estabelecimento Prisional
- Misericórdias
- Domicílios
- Outra opção: -----

**8. Já ouviu falar em “afasia”?**

- Sim
- Não tenho a certeza
- Não

(Se respondeu “Não” o questionário termina aqui.)

(Se respondeu “Sim” ou “Não tenho a certeza”, o questionário continua.)

**7. Onde ouviu falar em afasia?**



(Pode assinalar mais do que uma opção.)

- Local de trabalho
- Unidade curricular lecionada na formação base
- Estágio curricular
- Outras formações (fora do âmbito da formação base)
- Campanhas de divulgação
- Familiar/Amigo/Conhecido que tem/teve afasia
- Na televisão
- Na rádio
- Na internet
- Jornais/Revistas
- Artigos científicos
- Outro (especificar) \_\_\_\_\_

7.1 Se selecionou a opção “outras formações (fora do âmbito da formação base)”, mencione qual(ais).

-----

8. Na sua opinião, as pessoas com afasia apresentam:

(Indique o grau de concordância em relação às opções listadas a seguir. Considere: 5 - Concordo totalmente; 4 - Concordo; 3 - Não concordo nem discordo; 2 - Discordo; 1 - Discordo totalmente.)

	5	4	3	2	1
8.1. Dificuldade em falar.					
8.2. Dificuldade ao nível da linguagem, ou seja, em transmitir as suas ideias através das palavras.					
8.3. Dificuldade em compreender o que lhe é dito.					
8.4. Problemas de voz (ex.: voz rouca)					
8.5. Dificuldade ao nível do pensamento ou inteligência.					
8.6. Alterações ao nível da saúde mental (ex.: depressão, esquizofrenia, doença bipolar).					
8.7. Dificuldade ao nível da leitura.					



8.8. Dificuldade ao nível da escrita.					
8.9. Dificuldade ao nível da comunicação.					
8.10. Dificuldade em engolir alimentos.					

### 9.A afasia é causada por:

(Indique o grau de concordância em relação às opções listadas a seguir. Considere: 5 - Concordo totalmente; 4 - Concordo; 3 - Não concordo nem discordo; 2 - Discordo; 1 - Discordo totalmente.)

	5	4	3	2	1
9.1. Lesões cerebrais					
9.2. Problemas emocionais					
9.3. Problemas cognitivos					
9.4. Problemas mentais					

### 10. Com que frequência já ouviu falar dos seguintes tipos de afasia?

(Indique o grau de concordância em relação às opções listadas a seguir. Considere: 5 - Muito frequentemente; 4 - Frequentemente; 3 - Nem muito nem pouco; 2 - Pouco frequentemente; 1 - Nunca.)

	5	4	3	2	1
10.1. Afasia de Wernicke					
10.2. Afasia Transcortical Motora					
10.3. Afasia de Condução					
10.4. Afasia de Compreensão					
10.5. Afasia Transcortical Mista					
10.6. Afasia de Broca					
10.7. Afasia Sensitiva					
10.8. Afasia Global					
10.9. Afasia Anómica					
10.10. Afasia Transcortical Sensorial					
10.11. Afasia Motora					
10.12. Afasia Mista					
10.13. Afasia de Expressão					

### 11. Já teve contacto com pessoas com afasia?

- Sim
- Não tenho a certeza



Não

(Se respondeu “Não”, passe diretamente para a questão 13.)

**12. Refira em que papel contactou com a(s) pessoa(s) com afasia.**

**(Pode assinalar mais do que uma opção.)**

- Estudante em unidades curriculares
- Estagiário
- Local de trabalho
- Cuidador
- Familiar
- Amigo
- Conhecido
- Não sei/Não me lembro
- Outro \_\_\_\_\_

**12.1 Se selecionou a opção “Local de trabalho”, mencione em que unidade(s)/departamento(s)/serviço(s) ou outro/(s) ocorreu/ocorreram esse(s) contacto(s).**

\_\_\_\_\_

**13. Com que frequência utilizou as seguintes estratégias para comunicar com a pessoa com afasia?**

(Indique o grau de concordância em relação às opções listadas a seguir. Considere: 5 – Muito frequentemente; 4 – Frequentemente; 3 – Nem muito nem pouco; 2 – Pouco frequentemente; 1 – Nunca.)

	5	4	3	2	1
13.1. Utilizar expressões faciais.					
13.2. Utilizar gestos naturais.					
13.3. Utilizar a fala.					
13.4. Utilizar o desenho.					
13.5. Tocar na pessoa.					
13.6. Recorrer à escrita.					
13.7. Pedir esclarecimentos/informação ao cuidador.					





13.8. Falar mais alto.					
13.9. Tentar adivinhar o que a pessoa quer dizer.					
13.10. Falar pausadamente.					
13.11. Simplificar o enunciado.					
13.12. Fingir que percebe o que a pessoa com afasia lhe diz.					
13.13. Aproximar-se da pessoa com afasia.					
13.14. Falar pela pessoa.					
13.15. Dar tempo de resposta à pessoa.					
13.16. Pedir ajuda ao TF.					
13.17. Mostrar à pessoa o que fazer.					

**14. Qual considera ser a importância da utilização das estratégias a seguir enumeradas quando comunicamos com uma pessoa com afasia?**

(Indique o grau de concordância em relação às opções listadas a seguir. Considere: 5 – Muito importante; 4 – Importante; 3 – Nem muito nem pouco importante; 2 – Pouco importante; 1 – Nada importante.)

	5	4	3	2	1
14.1. Utilizar expressões faciais.					
14.2. Utilizar gestos naturais.					
14.3. Utilizar a fala.					
14.4. Utilizar o desenho.					
14.5. Tocar na pessoa.					
14.6. Recorrer à escrita.					
14.7. Pedir esclarecimentos/informação ao cuidador.					
14.8. Falar mais alto.					
14.9. Tentar adivinhar o que a pessoa quer dizer.					
14.10. Falar pausadamente.					
14.11. Simplificar o enunciado.					
14.12. Fingir que percebe o que a pessoa com afasia lhe diz.					
14.13. Aproximar-se da pessoa com afasia.					
14.15. Dar tempo de resposta à pessoa.					



14.16. Pedir ajuda ao TF.					
14.17. Mostrar à pessoa o que fazer.					

15. Considerando várias formas de divulgação de informação, qual(ais) considera ser(em) a(s) mais importante(s) para que os estudantes finalistas da sua área saibam mais sobre a afasia?

- Formação de base
- Formação no local de trabalho
- Internet
- Televisão
- Rádio
- Anúncios publicitários na via pública
- Pósteres e/ou panfletos no local de trabalho
- Congressos
- Artigos científicos



## Apêndice 1.2. Instrumento de recolha de dados dos estudantes da área da saúde

1. Idade:

2. Género:

- Feminino
- Masculino
- Outro: \_\_\_\_\_

3. Frequenta o último ano do curso de:

- Enfermagem
- Fisioterapia
- Medicina
- Terapia Ocupacional

4. Já ouviu falar em “afasia”?

- Sim
- Não tenho a certeza
- Não

(Se respondeu “Não” o questionário termina aqui.)

(Se respondeu “Sim” ou “Não tenho a certeza”, o questionário continua.)

5. Onde ouviu falar em afasia?

(Pode assinalar mais do que uma opção.)

- Aulas da licenciatura
- Estágio curricular
- Campanhas de divulgação
- Familiar/Amigo/Conhecido que tem/teve afasia
- Na televisão
- Na rádio
- Na internet
- Jornais/Revistas



- Artigos científicos
- Outro (especificar) \_\_\_\_\_

**6. Na sua opinião, as pessoas com afasia apresentam:**

(Indique o grau de concordância em relação às opções listadas a seguir. Considere: 5 - Concordo totalmente; 4 - Concordo; 3 - Não concordo nem discordo; 2 - Discordo; 1 - Discordo totalmente.)

	5	4	3	2	1
6.1. Dificuldade em falar.					
6.2. Dificuldade ao nível da linguagem, ou seja, em transmitir as suas ideias através das palavras.					
6.3. Dificuldade em compreender o que lhe é dito.					
6.4. Problemas de voz (ex.: voz rouca)					
6.5. Dificuldade ao nível do pensamento ou inteligência.					
6.6. Alterações ao nível da saúde mental (ex.: depressão, esquizofrenia, doença bipolar).					
6.7. Dificuldade ao nível da leitura.					
6.8. Dificuldade ao nível da escrita.					
6.9. Dificuldade ao nível da comunicação.					
6.10. Dificuldade em engolir alimentos.					

**7. A afasia é causada por:**

(Indique o grau de concordância em relação às opções listadas a seguir. Considere: 5 - Concordo totalmente; 4 - Concordo; 3 - Não concordo nem discordo; 2 - Discordo; 1 - Discordo totalmente.)

	5	4	3	2	1
7.1. Lesões cerebrais					
7.2. Problemas emocionais					
7.3. Problemas cognitivos					
7.4. Problemas mentais					

**8. Com que frequência já ouviu falar dos seguintes tipos de afasia?**

(Indique o grau de concordância em relação às opções listadas a seguir. Considere: 5 - Muito frequentemente; 4 - Frequentemente; 3 - Nem muito nem pouco; 2 - Pouco frequentemente; 1 - Nunca.)



	5	4	3	2	1
8.1. Afasia de Wernicke					
8.2. Afasia Transcortical Motora					
8.3. Afasia de Condução					
8.4. Afasia de Compreensão					
8.5. Afasia Transcortical Mista					
8.6. Afasia de Broca					
8.7. Afasia Sensitiva					
8.8. Afasia Global					
8.9. Afasia Anómica					
8.10. Afasia Transcortical Sensorial					
8.11. Afasia Motora					
8.12. Afasia Mista					
8.13. Afasia de Expressão					

**9. Já teve contacto com pessoas com afasia?**

- Sim
- Não tenho a certeza
- Não

(Se respondeu “Não”, passe diretamente para a questão 12.)

**10. Se respondeu “Sim” ou “Não tenho a certeza” à pergunta 9., refira em que papel esse contacto ocorreu.**

**(Pode assinalar mais do que uma opção.)**

- Estudante em unidades curriculares do curso de licenciatura (que não estágio)
- Estagiário
- Cuidador
- Familiar
- Amigo
- Conhecido
- Não sei/Não me lembro
- Outro \_\_\_\_\_



10.1 Caso tenha selecionado as opções "Estudante em unidades curriculares do curso de licenciatura (que não estágio)" ou "Estagiário" e tenha frequentado mais do que uma licenciatura, refira em qual (quais) dos cursos contactou com a pessoa com a afasia:

---

**11. Com que frequência utilizou as seguintes estratégias para comunicar com a pessoa com afasia?**

(Indique o grau de concordância em relação às opções listadas a seguir. Considere: 5 - Muito frequentemente; 4 - Frequentemente; 3 - Nem muito nem pouco; 2 - Pouco frequentemente; 1 - Nunca.)

	5	4	3	2	1
11.1. Utilizar expressões faciais.					
11.2. Utilizar gestos naturais.					
11.3. Utilizar a fala.					
11.4. Utilizar o desenho.					
11.5. Tocar na pessoa.					
11.6. Recorrer à escrita.					
11.7. Pedir esclarecimentos/informação ao cuidador.					
11.8. Falar mais alto.					
11.9. Tentar adivinhar o que a pessoa quer dizer.					
11.10. Falar pausadamente.					
11.11. Simplificar o enunciado.					
11.12. Fingir que percebe o que a pessoa com afasia lhe diz.					
11.13. Aproximar-se da pessoa com afasia.					
11.14. Falar pela pessoa.					
11.15. Dar tempo de resposta à pessoa.					
11.16. Pedir ajuda ao TF.					
11.17. Mostrar à pessoa o que fazer.					

**12. Qual considera ser a importância da utilização das estratégias a seguir enumeradas quando comunicamos com uma pessoa com afasia?**

(Indique o grau de concordância em relação às opções listadas a seguir. Considere: 5 - Muito importante;



4 – Importante; 3 – Nem muito nem pouco importante; 2 – Pouco importante; 1 – Nada importante.)

	5	4	3	2	1
12.1. Utilizar expressões faciais.					
12.2. Utilizar gestos naturais.					
12.3. Utilizar a fala.					
12.4. Utilizar o desenho.					
12.5. Tocar na pessoa.					
12.6. Recorrer à escrita.					
12.7. Pedir esclarecimentos/informação ao cuidador.					
12.8. Falar mais alto.					
12.9. Tentar adivinhar o que a pessoa quer dizer.					
12.10. Falar pausadamente.					
12.11. Simplificar o enunciado.					
12.12. Fingir que percebe o que a pessoa com afasia lhe diz.					
12.13. Aproximar-se da pessoa com afasia.					
12.14. Falar pela pessoa.					
12.15. Dar tempo de resposta à pessoa.					
12.16. Pedir ajuda ao TF.					
12.17. Mostrar à pessoa o que fazer.					

13. Considerando várias formas de divulgação de informação, qual(ais) considera ser(em) a(s) mais importante(s) para que os estudantes finalistas da sua área saibam mais sobre a afasia?

- Formação de base
- Formação complementar
- Internet
- Televisão
- Rádio
- Conhecido
- Anúncios publicitários na via pública
- Pósteres e/ou panfletos na instituição de ensino



- Congressos
- Artigos científicos





## Apêndice 2: Resultados da recolha de dados dos profissionais de saúde

### Apêndice 2.1. Resultados da relação da idade e do exercício da profissão

Tabela 1.1 – Relação da idade dos PS com o conhecimento sobre as características que as PCA apresentam.

	Idade							Estatística de teste	p/2* ou p**
	Grupo de conhecimento	N	Média	Desvio padrão	Mediana	Intervalo interquartis			
Dificuldade em falar	Bom	185	34,71	10,862	32	17	**	0,275	
	Baixo	26	32,88	10,919	31,50	14			
Dificuldade ao nível da linguagem	Bom	197	34,57	10,774	32	17	**	0,464	
	Baixo	14	33,29	12,381	28,50	17			
Dificuldade em compreender o que lhe é dito	Bom	116	33,93	10,388	31	16	-0,815*	0,104	
	Baixo	95	35,17	11,428	33	17			
Problema de voz (ex.: voz rouca)	Bom	138	33,59	9,968	31,50	15	-1,549*	0,031	
	Baixo	73	36,18	12,266	33	20			
Dificuldade ao nível do pensamento ou inteligência	Bom	130	34,07	10,982	31	15	-0,713*	0,119	
	Baixo	81	35,16	10,693	33	17			
Alteração ao nível da saúde mental	Bom	134	33,91	10,346	32	15	-0,986*	0,082	
	Baixo	77	35,49	11,701	32	17			
Dificuldade ao nível da leitura	Bom	100	33,85	10,193	32	16	-0,814*	0,104	
	Baixo	111	35,06	11,442	32	17			
Dificuldade ao nível da escrita	Bom	95	33,40	9,477	32	15	-1,349*	0,045	
	Baixo	116	35,38	11,839	32	18			
Dificuldade ao nível da comunicação	Bom	176	34,73	10,605	32	17	0,716*	0,119	
	Baixo	35	33,29	12,152	30	13			
Dificuldade em engolir alimentos	Bom	122	34,05	11,044	31	15	-0,691*	0,123	
	Baixo	89	35,09	10,634	33	16			

\*Teste t da independência \*\*Mann-Whitney p/2 – teste unilateral

Tabela 1.2 – Relação da idade dos PS com o conhecimento sobre a etiologia da afasia.

	Idade							Estatística de teste	p/2* ou p**
	Grupo de conhecimento	N	Média	Desvio padrão	Mediana	Intervalo interquartis			
Lesões cerebrais	Bom	201	34,52	10,829	32	17	**	0,756	
	Baixo	10	33,80	12,044	33	14			
Problemas emocionais	Bom	98	34,64	10,506	32,50	16	0,192*	0,212	
	Baixo	113	34,35	11,202	31	16			
Problemas cognitivos	Bom	99	35,87	11,342	34	15	1,745*	0,021	
	Baixo	112	33,27	10,311	30	15			
Problemas mentais	Bom	69	35,22	12,017	32	13	0,679*	0,125	
	Baixo	142	34,13	10,276	32	17			



\*Teste t da independência \*\*Mann-Whitney p/2 – teste unilateral

Tabela 1.3 – Relação da idade dos PS com o conhecimento sobre os tipos de afasia existentes, usando teste t para amostras independentes.

	Idade							t	p/2* ou p**
	Grupo de conhecimento	N	Média	Desvio padrão	Mediana	Intervalo interquartis			
Afasia de Wernicke	Bom	119	33,07	9,304	31	14	-2,104*	0,009	
	Baixo	92	36,33	12,403	36	21			
Afasia Transcortical Motora	Bom	55	34,38	10,471	33	11	-0,086*	0,233	
	Baixo	156	34,53	11,026	31,50	17			
Afasia de Condução	Bom	56	33,54	9,987	32	13	-0,806*	0,106	
	Baixo	155	34,83	11,169	32	17			
Afasia de Compreensão	Bom	64	35,20	11,816	30	16	0,630*	0,122	
	Baixo	147	34,18	10,443	32	15			
Afasia Transcortical Mista	Bom	45	32,96	7,980	32	12	-1,310*	0,049	
	Baixo	166	34,90	11,502	32	17			
Afasia de Broca	Bom	118	32,97	9,547	31	14	-2,241*	0,007	
	Baixo	93	36,41	12,108	35	20			
Afasia Sensitiva	Bom	97	35,12	11,458	31	18	0,783*	0,109	
	Baixo	114	33,95	10,343	32	15			
Afasia Global	Bom	101	33,19	9,813	31	14	-1,686*	0,024	
	Baixo	110	35,68	11,656	35	19			
Afasia Anômica	Bom	43	34,84	8,505	33	11	0,236*	0,204	
	Baixo	168	34,40	11,404	30	17			
Afasia Transcortical Sensorial	Bom	39	33,82	8,852	33	10	-0,494*	0,156	
	Baixo	172	34,64	11,282	31	17			
Afasia Motora	Bom	66	33,68	10,633	29	16	-0,736*	0,116	
	Baixo	145	34,86	10,978	33	17			
Afasia Mista	Bom	78	34,21	10,529	31	15	-0,293*	0,193	
	Baixo	133	34,65	11,084	32	17			
Afasia de Expressão	Bom	65	35,42	11,264	33	16	0,827*	0,103	
	Baixo	146	34,08	10,688	32	16			

p/2 – teste unilateral

Tabela 1.4 – Relação da idade dos PS com o conhecimento sobre as estratégias comunicativas utilizadas com PCA.

	Idade							Estatística de teste	p/2* ou p**
	Grupo de conhecimento	N	Média	Desvio padrão	Mediana	Intervalo interquartis			
Utilizei expressões faciais	Bom	183	34,08	9,999	32	15	-0,670*	0,126	
	Baixo	28	35,26	11,853	31,50	16			
Utilizei gestos naturais	Bom	193	34,10	10,544	31,50	16	-0,882*	0,096	



	Baixo	18	35,83	11,015	34,50	13		
Recorri à fala	Bom	178	34,48	10,639	32	15	-0,001*	0,250
	Baixo	33	34,48	10,762	33	16		
Recorri ao desenho	Bom	85	33,85	9,880	32	16	-0,752*	0,113
	Baixo	99	35,02	11,277	32	14		
Toquei na PCA	Bom	93	35,83	11,266	33	19	1,749*	0,021
	Baixo	91	33,10	9,834	30	13		
Recorri à escrita	Bom	93	34,35	10,425	32	17	-0,159*	0,219
	Baixo	91	34,60	10,915	33	15		
Pedi esclarecimentos/ informações ao cuidador	Bom	112	33,73	9,938	31	15	-1,148*	0,064
	Baixo	72	35,64	11,630	33	17		
Falei mais alto	Bom	113	35,04	10,635	33	14	0,895*	0,093
	Baixo	71	33,59	10,667	30	17		
Tentei adivinhar o que a PCA quis dizer	Bom	55	34,56	10,013	35	15	0,071*	0,236
	Baixo	129	34,44	10,937	32	17		
Falei pausadamente	Bom	132	34,84	10,833	32	17	0,736*	0,116
	Baixo	52	33,56	10,183	32	15		
Simplifiquei a mensagem	Bom	150	34,46	10,465	32	17	-0,046*	0,241
	Baixo	34	34,56	11,553	32	13		
Fingi que percebi o que a PCA me dizia	Bom	123	34,57	10,613	32	15	0,164*	0,218
	Baixo	61	34,30	10,785	33	17		
Aproximei-me da PCA	Bom	114	34,99	10,310	32	15	0,834*	0,102
	Baixo	70	33,64	11,186	31	15		
Falei pela PCA	Bom	92	33,38	10,272	30,50	15	-1,403*	0,041
	Baixo	92	35,58	10,945	33	16		
Dei tempo para a PCA responder	Bom	157	34,68	10,604	32	17	**	0,423
	Baixo	27	33,33	10,990	32	13		
Pedi ajuda ao TF	Bom	79	35,08	11,415	32	16	0,660*	0,330
	Baixo	105	34,03	10,053	32	15		
Mostrei à PCA o que fazer	Bom	94	34,65	10,537	32	17	0,222*	0,206
	Baixo	90	34,30	10,806	31,50	15		

**\*Teste t da independência \*\*Mann-Whitney p/2 – teste unilateral**

Tabela 1.5 – Relação da idade dos PS com o conhecimento sobre as estratégias comunicativas consideradas importantes utilizar com PCA.

	Idade							Estatística de teste	p/2* ou p**
	Grupo de conhecimento	N	Média	Desvio padrão	Mediana	Intervalo interquartis			
Utilizar expressões faciais	Bom	183	34,31	10,560	32	16	**	0,583	
	Baixo	28	35,52	11,314	33,50	17			
Utilizar gestos naturais	Bom	193	34,24	10,567	32	16	**	0,452	
	Baixo	18	36,82	11,414	34,50	17			
Recorrer à fala	Bom	178	34,91	10,909	32,50	16	1,313*	0,048	
	Baixo	33	32,21	10,458	29	14			



Recorrer ao desenho	Bom	159	34,38	10,782	32	17	-0,254*	0,200
	Baixo	52	34,83	11,193	33	15		
Tocar na PCA	Bom	105	35,56	11,436	32	17	1,433*	0,039
	Baixo	106	33,42	10,199	31,50	15		
Recorrer à escrita	Bom	148	34,88	11,225	32	17	0,799*	0,106
	Baixo	63	33,57	9,974	32	15		
Pedir esclarecimentos/ informações ao cuidador	Bom	182	34,50	10,598	31,50	17	**	0,698
	Baixo	29	34,35	11,117	34	15		
Falar mais alto	Bom	130	34,52	11,062	32	15	0,059*	0,238
	Baixo	81	34,43	10,595	32	17		
Tentar adivinhar o que a PCA quis dizer	Bom	99	34,17	10,507	31	15	-0,399*	0,173
	Baixo	112	34,77	11,202	32,50	18		
Falar pausadamente	Bom	168	34,75	11,196	32	17	0,691*	0,123
	Baixo	43	33,47	9,480	32	14		
Simplificar a mensagem	Bom	188	34,30	10,486	31	17	**	0,601
	Baixo	23	35,95	12,033	33	11		
Fingir que percebi o que a PCA me dizia	Bom	162	35,28	11,216	33	17	1,933*	0,014
	Baixo	49	31,88	9,216	29	15		
Aproximar-me da PCA	Bom	136	35,10	11,066	32	16	1,108*	0,068
	Baixo	75	33,37	10,456	32	15		
Dar tempo para a PCA responder	Bom	193	34,31	10,467	32	16	**	0,451
	Baixo	18	36,12	12,464	34,50	21		
Pedir ajuda ao TF	Bom	184	34,17	10,680	31,50	16	**	0,180
	Baixo	72	36,44	10,389	37	13		
Mostrar à PCA o que fazer	Bom	139	34,47	10,866	32	17	-0,224*	0,206
	Baixo	72	34,72	10,920	32	14		

\*Teste t da independência \*\*Mann-Whitney p/2 – teste unilateral

Tabela 2.1 – Relação do tempo de profissão com o conhecimento sobre as características que as PCA apresentam.

Tempo de profissão								
	Grupo de conhecimento	N	Média	Desvio padrão	Mediana	Intervalo interquartis	Estatística de teste	p/2* ou p**
Dificuldade em falar	Bom	185	9,23	8,527	7	10	**	0,872
	Baixo	26	9,46	8,728	6,50	13		
Dificuldade ao nível da linguagem	Bom	197	9,49	8,423	7	11	**	0,269
	Baixo	14	7,64	10,035	3,50	9		
Dificuldade em compreender o que lhe é dito	Bom	116	8,53	7,342	7	11	-1,165*	0,062
	Baixo	95	9,93	9,653	7	10		
Problema de voz (ex.: voz rouca)	Bom	138	9,22	8,278	7	11	0,144*	0,222
	Baixo	73	9,04	8,875	6	10		
Dificuldade ao nível do pensamento ou inteligência	Bom	130	9,32	9,038	7	11	0,345*	0,183
	Baixo	81	8,90	7,511	7	8		
Alteração ao nível da saúde mental	Bom	134	9,22	8,623	7	13	0,152*	0,220
	Baixo	77	9,04	8,247	7	8		



Dificuldade ao nível da leitura	Bom	100	8,74	7,458	7	9	-0,685*	0,124
	Baixo	111	9,53	9,303	7	12		
Dificuldade ao nível da escrita	Bom	95	8,39	6,635	7	9	-1,236*	0,055
	Baixo	116	9,78	9,700	7	12		
Dificuldade ao nível da comunicação	Bom	176	9,14	8,213	7	11	-0,049*	0,241
	Baixo	35	9,23	9,783	5	9		
Dificuldade em engolir alimentos	Bom	122	8,86	8,734	6,50	11	-0,600*	0,138
	Baixo	89	9,56	8,121	7	9		

**\*Teste t da independência \*\*Mann-Whitney p/2 – teste unilateral**

Tabela 2.2 – Relação do tempo de profissão com o conhecimento sobre a etiologia da afasia.

Tempo de profissão								
	Grupo de conhecimento	N	Média	Desvio padrão	Mediana	Intervalo interquartis	Estatística de teste	p/2* ou p**
Lesões cerebrais	Bom	201	9,24	8,420	7	11	**	0,825
	Baixo	10	10,30	10,531	6	14		
Problemas emocionais	Bom	98	8,94	7,498	7	11	-0,352*	0,182
	Baixo	113	9,35	9,257	6	19		
Problemas cognitivos	Bom	99	10,09	8,996	7	12	1,512*	0,033
	Baixo	112	8,33	7,922	6	10		
Problemas mentais	Bom	69	10,23	9,632	7	12	1,288*	0,050
	Baixo	142	8,63	7,825	6	10		

**\*Teste t da independência \*\*Mann-Whitney p/2 – teste unilateral**

Tabela 2.3 – Relação do tempo de profissão com o conhecimento sobre os tipos de afasia existentes, usando teste t para amostras independentes.

Tempo de profissão								
	Grupo de conhecimento	N	Média	Desvio padrão	Mediana	Intervalo interquartis	t	p
Afasia de Wernicke	Bom	119	8,24	7,087	7	10	-1,717*	0,022
	Baixo	92	10,34	9,893	7	13		
Afasia Transcortical Motora	Bom	55	9,18	7,252	8	8	0,026*	0,245
	Baixo	156	9,15	8,879	6	11		
Afasia de Condução	Bom	56	8,80	7,796	6	10	-0,383*	0,176
	Baixo	155	9,28	8,719	7	11		
Afasia de Compreensão	Bom	64	8,53	8,962	5	10	-0,684*	0,124
	Baixo	147	9,43	8,261	7	11		
Afasia Transcortical Mista	Bom	45	8,44	6,002	7	8	-0,796*	0,132
	Baixo	166	9,35	9,027	7	11		
Afasia de Broca	Bom	118	8,25	7,196	6,50	10	-1,691*	0,023
	Baixo	93	10,30	9,771	7	12		
Afasia Sensitiva	Bom	97	9,02	8,782	6	10	-0,213*	0,208



	Baixo	114	9,27	8,229	7	10		
Afasia Global	Bom	101	8,74	8,294	7	9	-0,681*	0,124
	Baixo	110	9,54	8,646	7	12		
Afasia Anômica	Bom	43	9,56	6,776	8	8	0,348*	0,182
	Baixo	168	9,05	8,864	6	11		
Afasia Transcortical Sensorial	Bom	39	9,10	7,762	7	8	-0,047*	0,241
	Baixo	172	9,17	8,642	7	11		
Afasia Motora	Bom	66	7,80	8,141	5	9	-1,602*	0,028
	Baixo	145	9,77	8,570	7	12		
Afasia Mista	Bom	78	8,94	8,455	6	10	-0,289*	0,193
	Baixo	133	9,29	8,505	7	11		
Afasia de Expressão	Bom	65	9,08	8,434	7	10	-0,091*	0,232
	Baixo	146	9,19	8,512	7	11		

p/2 – teste unilateral

Tabela 2.4 – Relação do tempo de profissão com o conhecimento sobre as estratégias comunicativas utilizadas com PCA.

Tempo de profissão								
	Grupo de conhecimento	N	Média	Desvio padrão	Mediana	Intervalo interquartis	Estatística de teste	p/2* ou p**
Utilizei expressões faciais	Bom	122	9,50	8,515	7	11	0,338*	0,184
	Baixo	62	9,05	8,649	6	11		
Utilizei gestos naturais	Bom	144	9,19	8,524	7	9	-0,457*	0,163
	Baixo	40	9,90	8,679	6,50	14		
Recorri à fala	Bom	136	9,26	8,675	7	9	-0,227*	0,205
	Baixo	48	9,58	8,228	6,50	13		
Recorri ao desenho	Bom	85	8,99	7,903	7	9	-0,534*	0,149
	Baixo	99	9,66	9,078	7	10		
Toquei na PCA	Bom	93	11,01	9,745	8	12	2,717*	0,002
	Baixo	91	7,65	6,739	5	10		
Recorri à escrita	Bom	93	9,46	8,385	7	10	0,183*	0,214
	Baixo	91	9,23	8,738	7	11		
Pedi esclarecimentos/ informações ao cuidador	Bom	112	8,59	7,603	7	9	-1,429*	0,039
	Baixo	72	10,53	9,759	7	14		
Falei mais alto	Bom	113	10,07	8,628	8	10	1,453*	0,037
	Baixo	71	8,20	8,327	5	10		
Tentei adivinhar o que a PCA quis dizer	Bom	55	9,78	8,353	8	12	0,449*	0,164
	Baixo	129	9,16	8,643	7	9		
Falei pausadamente	Bom	132	9,61	8,770	7	11	0,672*	0,126
	Baixo	52	8,67	7,965	6,50	10		
Simplifiquei a mensagem	Bom	150	9,40	8,382	7	10	0,174*	0,216
	Baixo	34	9,12	9,331	6,50	9		
Fingi que percebi o que a PCA me dizia	Bom	123	9,56	8,261	7	9	0,480*	0,158
	Baixo	61	8,92	9,129	6	11		
Aproximei-me da PCA	Bom	114	9,39	8,008	7	10	0,077*	0,235



	Baixo	70	9,29	9,400	6	11		
Falei pela PCA	Bom	92	8,41	7,766	6,50	10	-1,490*	0,035
	Baixo	92	10,28	9,195	7	12		
Dei tempo para a PCA responder	Bom	157	9,46	8,690	7	11	**	0,892
	Baixo	27	8,70	7,720	6	9		
Pedi ajuda ao TF	Bom	79	9,46	8,526	7	9	0,148*	0,221
	Baixo	105	9,27	8,589	7	12		
Mostrei à PCA o que fazer	Bom	94	8,45	8,175	7	10	0,160*	0,218
	Baixo	90	9,24	8,948	6	11		

**\*Teste t da independência \*\*Mann-Whitney p/2 – teste unilateral**

Tabela 2.5 – Relação do tempo de profissão com o conhecimento sobre as estratégias comunicativas consideradas importantes utilizar com PCA.

Tempo de profissão								
	Grupo de conhecimento	N	Média	Desvio padrão	Mediana	Intervalo interquartis	Estatística de teste	p/2* ou p**
Utilizar expressões faciais	Bom	183	9,21	8,464	7	10	**	0,521
	Baixo	28	10,24	9,130	7	11		
Utilizar gestos naturais	Bom	193	9,20	8,457	7	11	**	0,486
	Baixo	18	10,82	9,455	7	10		
Recorrer à fala	Bom	178	9,31	8,550	7	11	0,607	0,136
	Baixo	33	8,33	8,088	6	10		
Recorrer ao desenho	Bom	159	9,00	8,002	7	9	-0,422	0,169
	Baixo	52	9,63	9,830	6	12		
Tocar na PCA	Bom	105	10,33	9,271	7	13	2,024	0,011
	Baixo	106	7,99	7,452	5,50	10		
Recorrer à escrita	Bom	148	9,21	9,714	7	11	0,139	0,223
	Baixo	63	9,03	7,927	7	11		
Pedir esclarecimentos/ informações ao cuidador	Bom	182	9,47	8,587	7	11	**	0,927
	Baixo	29	8,58	8,363	6	10		
Falar mais alto	Bom	130	9,52	8,726	7	11	0,779	0,109
	Baixo	81	8,58	8,057	5	10		
Tentar adivinhar o que a PCA quis dizer	Bom	99	8,82	8,117	7	10	-0,547	0,146
	Baixo	112	9,46	8,793	7	10		
Falar pausadamente	Bom	168	9,16	8,712	6	11	0,015	0,247
	Baixo	43	9,14	7,536	7	9		
Simplificar a mensagem	Bom	188	9,15	8,365	6,5	11	**	0,173
	Baixo	23	11	9,937	7	8		
Fingir que percebi o que a PCA me dizia	Bom	162	9,77	8,699	7	10	1,931	0,014
	Baixo	49	7,12	7,379	5	6		
Aproximar-me da PCA	Bom	136	9,32	8,287	7	11	0,368	0,179
	Baixo	75	8,87	8,837	7	10		
Dar tempo para a PCA responder	Bom	193	9,07	8,244	7	10	**	0,200
	Baixo	18	12,06	10,963	8,5	20		



Pedir ajuda ao TF	Bom	184	9,16	8,461	7	10	**	0,392
	Baixo	72	10,56	9,106	8	14		
Mostrar à PCA o que fazer	Bom	139	9,01	8,320	6	12	-0,332	0,371
	Baixo	72	9,43	8,801	7	9		

\*Teste t da independência \*\*Mann-Whitney p/2 – teste unilateral

## Apêndice 2.2. Resultados associação do género dos profissionais de saúde

Tabela 6.1. Associação do género dos PS com o conhecimento sobre as características da afasia – detalhada.

	Grupo de conhecimento	Feminino		Masculino		P
		N	(%N)	N	(%N)	
Dificuldade em falar	Baixo	22	12,2%	4	13,3%	0,771
	Bom	159	87,8%	26	86,7%	
Dificuldade ao nível da linguagem	Baixo	13	7,2%	1	3,3%	0,698
	Bom	168	92,8%	29	96,7%	
Dificuldade em compreender o que lhe é dito	Mau	84	46,4%	11	36,7%	0,321
	Bom	97	53,6%	19	63,3%	
Problema de voz (ex.: voz rouca)	Mau	68	37,6%	5	16,7%	0,026
	Bom	113	62,4%	25	83,3%	
Dificuldade ao nível do pensamento ou inteligência	Mau	66	36,5%	15	50,0%	0,158
	Bom	115	63,5%	15	50,0%	
Alteração ao nível da saúde mental	Mau	67	37,0%	10	33,3%	0,698
	Bom	114	63,0%	20	66,7%	
Dificuldade ao nível da leitura	Mau	96	53,0%	15	50,0%	0,758
	Bom	85	47,0%	15	50,0%	
Dificuldade ao nível da escrita	Mau	104	57,5%	12	40,0%	0,075
	Bom	77	42,5%	18	60,0%	
Dificuldade ao nível da comunicação	Mau	31	17,1%	4	13,3%	0,793
	Bom	150	82,9%	26	86,7%	
Dificuldade em engolir alimentos	Mau	81	44,8%	8	26,7%	0,063
	Bom	100	55,2%	22	73,3%	

Tabela 0.1. Associação do género dos OS com o conhecimento sobre a etiologia da afasia – detalhada.

	Nível de conhecimento	Feminino		Masculino		P
		N	(%N)	N	(%N)	
Lesões cerebrais	Mau	7	3,9%	3	10,0%	0,155
	Bom	174	96,1%	27	90,0%	
Problemas emocionais	Mau	101	55,8%	12	40,0%	0,108





	Bom	80	44,2%	18	60,0%	
Problemas cognitivos	Mau	99	54,7%	13	43,3%	0,248
	Bom	82	45,3%	17	56,7%	
Problemas mentais	Mau	125	69,1%	17	56,7%	0,180
	Bom	56	30,9%	13	43,3%	

Tabela 0.2. Associação do género dos PS com o conhecimento sobre os tipos de afasia existentes – detalhada.

	Nível de conhecimento	Feminino		Masculino		p
		N	(%N)	N	(%N)	
Afasia de Wernicke	Baixo	82	45,3%	10	33,3%	0,221
	Bom	99	54,7%	20	66,7%	
Afasia Transcortical Motora	Baixo	131	72,4%	25	83,3%	0,205
	Bom	50	27,6%	5	16,7%	
Afasia de Condução	Baixo	135	74,6%	20	66,7%	0,363
	Bom	46	25,4%	10	33,3%	
Afasia de Compreensão	Baixo	125	69,1%	22	73,3%	0,637
	Bom	56	30,9%	8	26,7%	
Afasia Transcortical Mista	Baixo	143	79,0%	23	76,7%	0,772
	Bom	38	21,0%	7	23,3%	
Afasia de Broca	Baixo	81	44,8%	12	40,0%	0,627
	Bom	100	55,2%	18	60,0%	
Afasia Sensitiva	Baixo	95	52,5%	19	63,3%	0,270
	Bom	86	47,5%	11	36,7%	
Afasia Global	Baixo	94	51,9%	16	53,3%	0,887
	Bom	87	48,1%	14	46,7%	
Afasia Anómica	Baixo	146	80,7%	22	73,3%	0,356
	Bom	35	19,3%	8	26,7%	
Afasia Transcortical Sensorial	Baixo	147	81,2%	25	83,3%	0,782
	Bom	34	18,8%	5	16,7%	
Afasia Motora	Baixo	122	67,4%	23	76,7%	0,311
	Bom	59	32,6%	7	23,3%	
Afasia Mista	Baixo	113	62,4%	20	66,7%	0,656
	Bom	68	37,6%	10	33,3%	
Afasia de Expressão	Baixo	124	68,5%	22	73,3%	0,596
	Bom	57	31,5%	8	26,7%	



Tabela 0.3. Associação do género dos PS com o conhecimento sobre as estratégias utilizadas com PCA – detalhada.

	Nível de conhecimento	Feminino		Masculino		p
		N	(%N)	N	(%N)	
Utilizei expressões faciais	Baixo	50	32,1%	12	42,9%	0,265
	Bom	106	67,9%	16	57,1%	
Utilizei gestos naturais	Baixo	32	20,5%	8	28,6%	0,341
	Bom	124	79,5%	20	71,4%	
Recorri à fala	Baixo	39	25,0%	9	32,1%	0,428
	Bom	117	75,0%	19	67,9%	
Recorri ao desenho	Baixo	87	55,8%	12	42,9%	0,207
	Bom	69	44,2%	16	57,1%	
Toquei na PCA	Baixo	76	48,7%	15	53,6%	0,636
	Bom	80	51,3%	13	46,4%	
Recorri à escrita	Baixo	80	51,3%	11	39,3%	0,242
	Bom	76	48,7%	17	60,7%	
Pedi esclarecimentos/ informações ao cuidador	Baixo	61	39,1%	11	39,3%	0,985
	Bom	95	60,9%	17	60,7%	
Falei mais alto	Baixo	58	37,2%	13	46,4%	0,355
	Bom	98	62,8%	15	53,6%	
Tentei adivinhar o que a PCA quis dizer	Baixo	106	67,9%	23	82,1%	0,131
	Bom	50	32,1%	5	17,9%	
Falei pausadamente	Baixo	46	29,5%	6	21,4%	0,383
	Bom	110	70,5%	22	78,6%	
Simplifiquei a mensagem	Baixo	29	18,6%	5	17,9%	0,927
	Bom	127	81,4%	23	82,1%	
Fingi que percebi o que a PCA me dizia	Baixo	52	33,3%	9	32,1%	0,902
	Bom	104	66,7%	19	67,9%	
Aproximei-me da PCA	Baixo	60	38,5%	10	35,7%	0,783
	Bom	96	61,5%	18	64,3%	
Falei pela PCA	Baixo	79	50,6%	13	46,4%	0,681
	Bom	77	49,4%	15	53,6%	
Dei tempo para a PCA responder	Baixo	23	14,7%	4	14,3%	1,000
	Bom	133	85,3%	24	85,7%	
Pedi ajuda ao TF	Baixo	91	58,3%	14	50,0%	0,412
	Bom	65	41,7%	14	50,0%	
Mostrei à PCA o que fazer	Baixo	81	51,9%	9	32,1%	0,054
	Bom	75	48,1%	19	67,9%	



Tabela 7.1. Associação do género dos PS com o conhecimento sobre as estratégias consideradas importantes utilizar com PCA – detalhada.

	Nível de conhecimento	Feminino		Masculino		p
		N	(%N)	N	(%N)	
Utilizar expressões faciais	Baixo	24	13,3%	4	13,3%	1,000
	Bom	157	86,7%	26	86,7%	
Utilizar gestos naturais	Baixo	17	9,4%	1	3,3%	0,480
	Bom	164	90,6%	29	96,7%	
Recorrer à fala	Baixo	29	16,0%	4	13,3%	1,000
	Bom	152	84,0%	26	86,7%	
Recorrer ao desenho	Baixo	48	26,5%	4	13,3%	0,121
	Bom	133	73,5%	26	86,7%	
Tocar na PCA	Baixo	92	50,8%	14	46,7%	0,673
	Bom	89	49,2%	16	53,3%	
Recorrer à escrita	Baixo	57	31,5%	6	20,0%	0,203
	Bom	124	68,5%	24	80,0%	
Pedir esclarecimentos/ informações ao cuidador	Baixo	26	14,4%	3	10,0%	0,775
	Bom	155	85,6%	27	90,0%	
Falar mais alto	Baixo	68	37,6%	13	43,3%	0,548
	Bom	113	62,4%	17	56,7%	
Tentar adivinhar o que a PCA quis dizer	Baixo	91	50,3%	21	70,0%	0,045
	Bom	90	49,7%	9	30,0%	
Falar pausadamente	Baixo	36	19,9%	7	23,3%	0,665
	Bom	145	80,1%	23	76,7%	
Simplificar a mensagem	Baixo	19	10,5%	4	13,3%	0,750
	Bom	162	89,5%	26	86,7%	
Fingir que percebi o que a PCA me dizia	Baixo	42	23,2%	7	23,3%	0,988
	Bom	139	76,8%	23	76,7%	
Aproximar-me da PCA	Baixo	69	38,1%	6	20,0%	0,055
	Bom	112	61,9%	24	80,0%	
Dar tempo para a PCA responder	Baixo	16	8,8%	2	6,7%	1,000
	Bom	165	91,2%	28	93,3%	
Pedir ajuda ao TF	Baixo	23	12,7%	4	13,3%	1,000
	Bom	158	87,3%	26	86,7%	
Mostrar à PCA o que fazer	Baixo	66	36,5%	6	20,0%	0,078
	Bom	115	63,5%	24	80,0%	



## Apêndice 2.3. Resultados associação da profissão

Tabela 8.1. Associação da profissão com o conhecimento sobre as características da afasia – detalhada.

	Nível de conhecimento	Médico		Enfermeiro		Terapeuta Ocupacional		Fisioterapeuta		Psicólogo		Auxiliar de Saúde		Valor p
		N	(%N)	N	(%N)	N	(%N)	N	(%N)	N	(%N)	N	(%N)	
Dificuldade em falar	Baixo	4	14,3%	9	17,3%	2	9,1%	3	15,0%	4	13,3%	3	5,6%	0,492
	Bom	24	85,7%	43	82,7%	20	90,9%	17	85,0%	26	86,7%	51	94,4%	
Dificuldade ao nível da linguagem	Baixo	2	7,1%	5	9,6%	0	0,0%	3	15,0%	1	3,3%	3	5,6%	0,444
	Bom	26	92,9%	47	90,4%	22	100,0%	17	85,0%	29	96,7%	51	94,4%	
Dificuldade em compreender o que lhe é dito	Baixo	8	28,6%	28	53,8%	7	31,8%	8	40,0%	9	30,0%	34	63,0%	0,006
	Bom	20	71,4%	44	46,2%	15	68,2%	12	60,0%	21	70,0%	20	37,0%	
Problema de voz (ex.: voz rouca)	Baixo	5	17,9%	15	28,8%	4	18,2%	3	15,0%	13	43,3%	30	55,6%	<0,001
	Bom	23	82,1%	37	71,2%	18	81,8%	17	85,0%	17	56,7%	24	44,4%	
Dificuldade ao nível do pensamento ou inteligência	Baixo	9	32,1%	17	32,7%	6	27,3%	3	15,0%	9	30,0%	35	64,8%	<0,001
	Bom	19	67,9%	35	67,3%	16	72,7%	17	85,0%	21	70,0%	19	35,2%	
Alteração ao nível da saúde mental	Baixo	8	28,6%	12	23,1%	7	31,8%	4	20,0%	12	40,0%	32	59,3%	0,001
	Bom	20	71,4%	40	76,9%	15	68,2%	16	80,0%	18	60,0%	22	40,7%	
Dificuldade ao nível da leitura	Baixo	17	60,7%	34	65,4%	10	45,5%	11	55,0%	10	33,3%	29	53,7%	0,108
	Bom	11	39,3%	18	34,6%	12	54,5%	9	45,0%	20	66,7%	25	46,3%	
Dificuldade ao nível da escrita	Baixo	16	57,1%	33	63,5%	12	54,5%	11	55,0%	13	43,3%	30	55,6%	0,674
	Bom	12	42,9%	19	36,5%	10	45,5%	9	45,0%	17	56,7%	24	44,4%	
Dificuldade ao nível da comunicação	Baixo	6	21,4%	9	17,3%	6	27,3%	3	15,0%	3	10,0%	8	14,8%	0,658
	Bom	22	78,6%	43	82,7%	16	72,7%	17	85,0%	27	90,0%	46	85,2%	
Dificuldade em engolir alimentos	Baixo	11	39,3%	18	34,6%	3	13,6%	6	30,0%	17	56,7%	31	57,4%	0,003
	Bom	17	60,7%	34	65,4%	19	86,4%	14	70,0%	13	43,3%	23	42,6%	

Tabela 9.1. Associação da profissão com o conhecimento sobre a etiologia da afasia – detalhada.

	Nível de conhecimento	Médico		Enfermeiro		Terapeuta Ocupacional		Fisioterapeuta		Psicólogo		Auxiliar de Saúde		Valor p
		N	(%N)	N	(%N)	N	(%N)	N	(%N)	N	(%N)	N	(%N)	
Lesões cerebrais	Baixo	0	0,0%	1	1,9%	0	0,0%	2	10,0%	1	3,3%	6	11,1%	0,112
	Bom	28	100,0%	51	98,1%	22	100,0%	18	90,0%	29	96,7%	48	88,9%	
Problemas emocionais	Baixo	17	60,7%	32	61,5%	5	22,7%	10	50,0%	9	30,0%	36	66,7%	<0,001
	Bom	11	39,3%	20	38,5%	17	77,3%	10	50,0%	21	70,0%	18	33,3%	



Problemas cognitivos	Baixo	13	46,4%	34	65,4%	6	27,3%	10	50,0%	9	30,0%	36	66,7%	0,001
	Bom	15	53,6%	18	34,6%	16	72,7%	10	50,0%	21	70,0%	18	33,3%	
Problemas mentais	Baixo	15	53,6%	4	76,9%	10	45,5%	11	55,0%	16	53,3%	4	85,2%	<0,001
	Bom	13	46,4%	12	23,1%	12	54,5%	9	45,0%	14	46,7%	8	14,8%	

Tabela 10.1. Associação da profissão com o conhecimento sobre os tipos de afasia existentes – detalhada.

	Nível de conhecimento	Médico		Enfermeiro		Terapeuta Ocupacional		Fisioterapeuta		Psicólogo		Auxiliar de Saúde		p
		N	(%N)	N	(%N)	N	(%N)	N	(%N)	N	(%N)	N	(%N)	
Afasia de Wernicke	Baixo	5	17,9%	18	34,6%	3	13,6%	8	40,0%	9	30,0%	4	83,3%	<0,001
	Bom	23	82,1%	34	65,4%	19	86,4%	12	60,0%	21	70,0%	9	16,7%	
Afasia Transcortical Motora	Baixo	19	67,9%	3	67,3%	16	72,7%	17	85,0%	2	66,7%	4	83,3%	0,280
	Bom	9	32,1%	17	32,7%	6	27,3%	3	15,0%	10	33,3%	9	16,7%	
Afasia de Condução	Baixo	9	32,1%	37	71,2%	17	77,3%	16	80,0%	2	83,3%	47	87,0%	<0,001
	Bom	19	67,9%	15	28,8%	5	22,7%	4	20,0%	5	16,7%	7	13,0%	
Afasia de Compreensão	Baixo	22	78,6%	41	78,8%	18	81,8%	13	65,0%	17	56,7%	33	61,1%	0,102
	Bom	6	21,4%	11	21,2%	4	18,2%	7	35,0%	13	43,3%	21	38,9%	
Afasia Transcortical Mista	Baixo	16	57,1%	37	71,2%	17	77,3%	19	95,0%	2	80,0%	4	88,9%	0,007
	Bom	12	42,9%	15	28,8%	5	22,7%	1	5,0%	6	20,0%	6	11,1%	
Afasia de Broca	Baixo	7	25,0%	2	44,2%	3	13,6%	6	30,0%	8	26,7%	4	83,3%	<0,001
	Bom	21	75,0%	29	55,8%	19	86,4%	14	70,0%	22	73,3%	9	16,7%	
Afasia Sensitiva	Baixo	21	75,0%	3	63,5%	11	50,0%	7	35,0%	12	40,0%	27	50,0%	0,027
	Bom	7	25,0%	19	36,5%	11	50,0%	13	65,0%	18	60,0%	27	50,0%	
Afasia Global	Baixo	9	32,1%	2	38,5%	10	45,5%	13	65,0%	13	43,3%	4	79,6%	<0,001
	Bom	19	67,9%	32	61,5%	12	54,5%	7	35,0%	17	56,7%	11	20,4%	
Afasia Anômica	Baixo	16	57,1%	41	78,8%	18	81,8%	18	90,0%	21	70,0%	5	92,6%	0,004
	Bom	12	42,9%	11	21,2%	4	18,2%	2	10,0%	9	30,0%	4	7,4%	
Afasia Transcortical Sensorial	Baixo	19	67,9%	41	78,8%	17	77,3%	19	95,0%	2	76,7%	4	88,9%	0,114
	Bom	9	32,1%	11	21,2%	5	22,7%	1	5,0%	7	23,3%	6	11,1%	
Afasia Motora	Baixo	22	78,6%	41	78,8%	17	77,3%	13	65,0%	17	56,7%	32	59,3%	0,112
	Bom	6	21,4%	11	21,2%	5	22,7%	7	35,0%	13	43,3%	22	40,7%	
Afasia Mista	Baixo	23	82,1%	3	75,0%	14	63,6%	8	40,0%	18	60,0%	27	50,0%	0,007
	Bom	5	17,9%	13	25,0%	8	36,4%	12	60,0%	12	40,0%	27	50,0%	
Afasia de Expressão	Baixo	23	82,1%	4	82,7%	17	77,3%	8	40,0%	17	56,7%	3	63,0%	0,002
	Bom	5	17,9%	9	17,3%	5	22,7%	12	60,0%	13	43,3%	2	37,0%	



Tabela 11.1. Associação da profissão com o conhecimento sobre estratégias utilizadas com PCA – detalhada.

	Nível de conhecimento	Médico		Enfermeiro		Terapeuta Ocupacional		Fisioterapeuta		Psicólogo		Auxiliar de Saúde		P
		N	(%N)	N	(%N)	N	(%N)	N	(%N)	N	(%N)	N	(%N)	
Utilizei expressões faciais	Baixo	12	44,4 %	9	18,0 %	6	28,6 %	9	47,4 %	4	25,0 %	2	45,8 %	0,031
	Bom	15	55,6 %	41	82,0 %	15	71,4 %	10	52,6 %	1	75,0 %	2	54,2 %	
Utilizei gestos naturais	Baixo	9	33,3 %	3	6,0 %	4	19,0 %	8	42,1 %	2	12,5 %	14	29,2 %	0,003
	Bom	18	66,7 %	4	94,0 %	17	81,0 %	11	57,9 %	1	87,5 %	3	70,8 %	
Recorri à fala	Baixo	4	14,8 %	7	14,0 %	7	33,3 %	8	42,1 %	7	43,8 %	14	29,2 %	0,042
	Bom	23	85,2 %	4	86,0 %	14	66,7 %	11	57,9 %	9	56,3 %	3	70,8 %	
Recorri ao desenho	Baixo	15	55,6 %	2	40,0 %	16	76,2 %	14	73,7 %	6	37,5 %	2	56,3 %	0,024
	Bom	12	44,4 %	3	60,0 %	5	23,8 %	5	26,3 %	1	62,5 %	21	43,8 %	
Toquei na PCA	Baixo	15	55,6 %	15	30,0 %	12	57,1 %	15	78,9 %	9	56,3 %	2	47,9 %	0,009
	Bom	12	44,4 %	3	70,0 %	9	42,9 %	4	21,1 %	7	43,8 %	2	52,1 %	
Recorri à escrita	Baixo	13	48,1 %	14	28,0 %	13	61,9 %	14	73,7 %	9	56,3 %	2	56,3 %	0,006
	Bom	14	51,9 %	3	72,0 %	8	38,1 %	5	26,3 %	7	43,8 %	21	43,8 %	
Pedi esclarecimentos/informações ao cuidador	Baixo	7	25,9 %	16	32,0 %	7	33,3 %	10	52,6 %	6	37,5 %	2	50,0 %	0,206
	Bom	20	74,1 %	3	68,0 %	14	66,7 %	9	47,4 %	1	62,5 %	2	50,0 %	
Falei mais alto	Baixo	10	37,0 %	2	48,0 %	5	23,8 %	3	15,8 %	4	25,0 %	2	47,9 %	0,051
	Bom	17	63,0 %	2	52,0 %	16	76,2 %	16	84,2 %	1	75,0 %	2	52,1 %	
Tentei adivinhar o que a PCA quis dizer	Baixo	2	81,5 %	3	72,0 %	14	66,7 %	12	63,2 %	8	50,0 %	3	70,8 %	0,376
	Bom	5	18,5 %	14	28,0 %	7	33,3 %	7	36,8 %	8	50,0 %	14	29,2 %	
Falei pausadamente	Baixo	7	25,9 %	7	14,0 %	8	38,1 %	8	42,1 %	6	37,5 %	15	31,3 %	0,118
	Bom	20	74,1 %	4	86,0 %	13	61,9 %	11	57,9 %	1	62,5 %	3	68,8 %	
Simplifiquei a mensagem	Baixo	6	22,2 %	3	6,0 %	4	19,0 %	5	26,3 %	3	18,8 %	13	27,1 %	0,077
	Bom	21	77,8 %	4	94,0 %	17	81,0 %	14	73,7 %	1	81,3 %	3	72,9 %	
Fingi que percebi o que a PCA me dizia	Baixo	9	33,3 %	18	36,0 %	6	28,6 %	9	47,4 %	3	18,8 %	14	29,2 %	0,554
	Bom	18	66,7 %	3	64,0 %	15	71,4 %	10	52,6 %	1	81,3 %	3	70,8 %	
Aproximei-me da PCA	Baixo	15	55,6 %	14	28,0 %	9	42,9 %	11	57,9 %	6	37,5 %	14	29,2 %	0,059
	Bom	12	44,4 %	3	72,0 %	12	57,1 %	8	42,1 %	1	62,5 %	3	70,8 %	
Falei pela PCA	Baixo	12	44,4 %	2	58,0 %	8	38,1 %	7	36,8 %	4	25,0 %	3	62,5 %	0,049
	Bom	15	55,6 %	21	42,0 %	13	61,9 %	12	63,2 %	1	75,0 %	18	37,5 %	
Dei tempo para a PCA responder	Baixo	5	18,5 %	5	10,0 %	4	19,0 %	5	26,3 %	3	18,8 %	5	10,4 %	0,431
	Bom	22	81,5 %	4	90,0 %	17	81,0 %	14	73,7 %	1	81,3 %	4	89,6 %	
Pedi ajuda ao TF	Baixo	19	70,4 %	3	66,0 %	8	38,1 %	9	47,4 %	8	50,0 %	2	56,3 %	0,171



	Bom	8	29,6 %	17	34,0 %	13	61,9 %	10	52,6 %	8	50,0 %	21	43,8 %	
Mostrei à PCA o que fazer	Baixo	16	59,3 %	2	4,0 %	11	52,4 %	10	52,6 %	1	6,25 %	2	4,17%	0,545
	Bom	11	40,7 %	2	5,0 %	10	47,6 %	9	47,4 %	6	37,5 %	2	5,83 %	

Tabela 12.1. Associação da profissão com o conhecimento sobre estratégias consideradas importantes utilizar com PCA – detalhada.

	Nível de conhecimento	Médico		Enfermeiro		Terapeuta Ocupacional		Fisioterapeuta		Psicólogo		Auxiliar de Saúde		p
		N	(%N)	N	(%N)	N	(%N)	N	(%N)	N	(%N)	N	(%N)	
Utilizar expressões faciais	Baixo	4	14,3%	5	9,6%	1	4,5%	4	20,0 %	4	13,3%	10	18,5%	0,543
	Bom	24	85,7 %	47	90,4 %	21	95,5 %	16	80,0 %	6	86,7 %	4	81,5%	
Utilizar gestos naturais	Baixo	3	10,7%	1	1,9%	1	4,5%	2	10,0%	3	10,0 %	8	14,8 %	0,212
	Bom	25	89,3 %	51	98,1%	21	95,5 %	18	90,0 %	27	90,0 %	4	85,2 %	
Recorrer à fala	Baixo	5	17,9%	4	7,7%	4	18,2%	4	20,0 %	7	23,3 %	7	13,0%	0,380
	Bom	23	82,1%	48	92,3 %	18	81,8 %	16	80,0 %	3	76,7 %	47	87,0 %	
Recorrer ao desenho	Baixo	3	10,7%	8	15,4%	9	40,9 %	8	40,0 %	8	26,7 %	16	29,6 %	0,041
	Bom	25	89,3 %	44	84,6 %	13	59,1%	12	60,0 %	2	73,3 %	3	70,4 %	
Tocar na PCA	Baixo	18	64,3 %	13	25,0 %	12	54,5 %	16	80,0 %	15	50,0 %	27	50,0 %	<0,001
	Bom	10	35,7 %	39	75,0 %	10	45,5 %	4	20,0 %	15	50,0 %	27	50,0 %	
Recorrer à escrita	Baixo	5	17,9%	6	11,5%	10	45,5 %	11	55,0 %	10	33,3 %	18	33,3 %	0,002
	Bom	23	82,1%	46	88,5 %	12	54,5 %	9	45,0 %	2	66,7 %	3	66,7 %	
Pedir esclarecimentos/ informações ao cuidador	Baixo	2	7,1%	6	11,5%	2	9,1%	3	15,0%	3	10,0 %	13	24,1%	0,321
	Bom	26	92,9 %	46	88,5 %	20	90,9 %	17	85,0 %	27	90,0 %	41	75,9 %	
Falar mais alto	Baixo	10	35,7 %	19	36,5 %	5	22,7 %	4	20,0 %	12	40,0 %	2	53,7 %	0,058
	Bom	18	64,3 %	33	63,5 %	17	77,3 %	16	80,0 %	18	60,0 %	2	46,3 %	
Tentar adivinhar o que a PCA quis dizer	Baixo	16	57,1%	31	59,6 %	7	31,8%	10	50,0 %	11	36,7 %	3	63,0 %	0,062
	Bom	12	42,9 %	21	40,4 %	15	68,2 %	10	50,0 %	19	63,3 %	2	37,0 %	
Falar pausadamente	Baixo	7	25,0 %	5	9,6%	5	22,7 %	7	35,0 %	8	26,7 %	9	16,7%	0,151
	Bom	21	75,0 %	47	90,4 %	17	77,3 %	13	65,0 %	2	73,3 %	4	83,3 %	
Simplificar a mensagem	Baixo	4	14,3%	1	1,9%	2	9,1%	3	15,0%	4	13,3%	9	16,7%	0,114
	Bom	24	85,7 %	51	98,1%	20	90,9 %	17	85,0 %	2	86,7 %	4	83,3 %	
Fingir que percebi o que a PCA me dizia	Baixo	8	28,6 %	15	28,8 %	4	18,2%	2	10,0%	5	16,7%	13	24,1%	0,490
	Bom	20	71,4%	37	71,2%	18	81,8 %	18	90,0 %	2	83,3 %	41	75,9 %	
Aproximar-me da PCA	Baixo	11	39,3 %	12	23,1%	8	36,4 %	14	70,0 %	11	36,7 %	17	31,5%	0,013



	Bom	17	60,7 %	4 0	76,9 %	14	63,6 %	6	30,0 %	19	63,3 %	37	68,5 %	
Dar tempo para a PCA responder	Baixo	4	14,3%	2	3,8%	2	9,1%	2	10,0%	2	6,7%	6	11,1%	0,606
	Bom	2 4	85,7 %	5 0	96,2 %	2 0	90,9 %	18	90,0 %	2 8	93,3 %	4 8	88,9 %	
Pedir ajuda ao TF	Baixo	4	14,3%	3	5,8%	1	4,5%	2	10,0%	5	16,7%	10	18,5%	0,304
	Bom	2 4	85,7 %	4 9	94,2 %	21	95,5 %	18	90,0 %	2 5	83,3 %	4 4	81,5 %	
Mostrar à PCA o que fazer	Baixo	13	46,4 %	12	23,1%	6	27,3 %	9	45,0 %	18	60,0 %	12	22,2 %	0,002
	Bom	15	53,6 %	4 0	76,9 %	16	72,7 %	11	55,0 %	12	40,0 %	4 2	77,8 %	
<b>*Bom conhecimento **Baixo conhecimento</b>														





## Apêndice 3: Resultados da recolha de dados dos estudantes da área da saúde

### Apêndice 3.1. Associação do género dos estudantes da área da saúde

Tabela 18.1. Associação do género dos EAS com o conhecimento sobre as características da afasia – detalhada.

	Nível de conhecimento	Feminino		Masculino		p
		N	(%N)	N	(%N)	
Dificuldade em falar	Baixo	24	13,5%	3	9,7%	0,773
	Bom	154	86,5%	28	90,3%	
Dificuldade ao nível da linguagem	Baixo	13	7,3%	4	12,9%	0,290
	Bom	165	92,7%	27	87,1%	
Dificuldade em compreender o que lhe é dito	Baixo	76	42,7%	8	25,8%	0,077
	Bom	102	57,3%	23	74,2%	
Problema de voz (ex.: voz rouca)	Baixo	40	22,5%	6	19,4%	0,699
	Bom	138	77,5%	25	80,6%	
Dificuldade ao nível do pensamento ou inteligência	Baixo	41	23,0%	9	29,0%	0,470
	Bom	137	77,0%	22	71,0%	
Alteração ao nível da saúde mental	Baixo	42	23,6%	8	25,8%	0,790
	Bom	136	76,4%	23	74,2%	
Dificuldade ao nível da leitura	Baixo	96	53,9%	13	41,9%	0,217
	Bom	82	46,1%	18	58,1%	
Dificuldade ao nível da escrita	Baixo	107	60,1%	12	38,7%	0,026
	Bom	71	39,9%	19	61,3%	
Dificuldade ao nível da comunicação	Baixo	11	6,2%	2	6,5%	1,000
	Bom	167	93,8%	29	93,5%	
Dificuldade em engolir alimentos	Baixo	64	36,0%	9	29,0%	0,546
	Bom	114	64,0%	22	71,0%	

Tabela 19.1. Associação do género dos EAS com o conhecimento sobre a etiologia da afasia – detalhada.

	Nível de conhecimento	Feminino		Masculino		p
		N	(%N)	N	(%N)	
Lesões cerebrais	Bom	178	100,0%	31	100,0%	-
Problemas emocionais	Baixo	82	46,1%	9	29,0%	0,077
	Bom	96	53,9%	22	71,0%	
Problemas cognitivos	Baixo	99	55,6%	17	54,8%	0,936
	Bom	79	44,4%	14	45,2%	
Problemas mentais	Baixo	86	48,3%	12	38,7%	0,323
	Bom	92	51,7%	19	61,3%	



Tabela 0.4. Associação do género dos EAS com o conhecimento sobre os tipos de afasia existentes – detalhada.

	Nível de conhecimento	Feminino		Masculino		p
		N	(%N)	N	(%N)	
Afasia de Wernicke	Baixo	44	24,7%	5	16,1%	0,297
	Bom	134	75,3%	26	83,9%	
Afasia Transcortical Motora	Baixo	137	77,0%	25	80,6%	0,651
	Bom	41	23,0%	6	19,4%	
Afasia de Condução	Baixo	137	77,0%	23	74,2%	0,737
	Bom	41	23,0%	8	25,8%	
Afasia de Compreensão	Baixo	109	61,2%	18	58,1%	0,739
	Bom	69	38,8%	13	41,9%	
Afasia Transcortical Mista	Baixo	150	84,3%	26	83,9%	1,000
	Bom	28	15,7%	5	16,1%	
Afasia de Broca	Baixo	39	21,9%	7	22,6%	0,934
	Bom	139	78,1%	24	77,4%	
Afasia Sensitiva	Baixo	79	44,4%	14	45,2%	0,936
	Bom	99	55,6%	17	54,8%	
Afasia Global	Baixo	96	53,9%	17	54,8%	0,926
	Bom	82	46,1%	14	45,2%	
Afasia Anómica	Baixo	154	86,5%	28	90,3%	0,773
	Bom	24	13,5%	3	9,7%	
Afasia Transcortical Sensorial	Baixo	152	85,4%	30	96,8%	0,141
	Bom	26	14,6%	1	3,2%	
Afasia Motora	Baixo	109	61,2%	19	61,3%	0,995
	Bom	69	38,8%	12	38,7%	
Afasia Mista	Baixo	105	59,0%	18	58,1%	0,923
	Bom	73	41,0%	13	41,9%	
Afasia de Expressão	Baixo	95	53,4%	19	61,3%	0,414
	Bom	83	46,6%	12	38,7%	



Tabela 0.5. Associação do género dos EAS com o conhecimento sobre as estratégias utilizadas com PCA – detalhada.

	Nível de conhecimento	Feminino		Masculino		P
		N	(%N)	N	(%N)	
Utilizei expressões faciais	Baixo	36	37,1%	8	36,4%	0,948
	Bom	61	62,9%	14	63,6%	
Utilizei gestos naturais	Baixo	17	17,5%	2	9,1%	0,521
	Bom	80	82,5%	20	90,9%	
Recorri à fala	Baixo	23	23,7%	1	4,5%	0,044
	Bom	74	76,3%	21	95,5%	
Recorri ao desenho	Baixo	65	67,0%	16	72,7%	0,604
	Bom	32	33,0%	6	27,3%	
Toquei na PCA	Baixo	46	47,4%	7	31,8%	0,184
	Bom	51	52,6%	15	68,2%	
Recorri à escrita	Baixo	54	55,7%	15	68,2%	0,283
	Bom	43	44,3%	7	31,8%	
Pedi esclarecimentos/ informações ao cuidador	Baixo	47	48,5%	9	40,9%	0,522
	Bom	50	51,5%	13	59,1%	
Falei mais alto	Baixo	30	30,9%	9	40,9%	0,368
	Bom	67	69,1%	13	59,1%	
Tentei adivinhar o que a PCA quis dizer	Baixo	63	64,9%	15	68,2%	0,773
	Bom	34	35,1%	7	31,8%	
Falei pausadamente	Baixo	16	16,5%	4	18,2%	0,763
	Bom	81	83,5%	18	81,8%	
Simplifiquei a mensagem	Baixo	12	12,4%	1	4,5%	0,458
	Bom	85	87,6%	21	95,5%	
Fingi que percebi o que a PCA me dizia	Baixo	21	21,6%	8	36,4%	0,147
	Bom	76	78,4%	14	63,6%	
Aproximei-me da PCA	Baixo	30	30,9%	8	36,4%	0,621
	Bom	67	69,1%	14	63,6%	
Falei pela PCA	Baixo	26	26,8%	7	31,8%	0,635
	Bom	71	73,2%	15	68,2%	
Dei tempo para a PCA responder	Baixo	7	7,2%	2	9,1%	0,671
	Bom	90	92,8%	20	90,9%	
Pedi ajuda ao TF	Baixo	75	77,3%	16	72,7%	0,647
	Bom	22	22,7%	6	27,3%	
Mostrei à PCA o que fazer	Baixo	62	63,9%	12	54,5%	0,413
	Bom	35	36,1%	10	45,5%	



Tabela 20.1. Associação do género dos EAS com o conhecimento sobre as estratégias consideradas importantes utilizar com PCA – detalhada.

	Nível de conhecimento	Feminino		Masculino		p
		N	(%N)	N	(%N)	
Utilizar expressões faciais	Baixo	22	12,4%	0	0,0%	0,051
	Bom	156	87,6%	31	100,0%	
Utilizar gestos naturais	Baixo	40	22,5%	4	12,9%	0,228
	Bom	138	77,5%	27	87,1%	
Recorrer à fala	Baixo	46	25,8%	8	25,8%	0,997
	Bom	132	74,2%	23	74,2%	
Recorrer ao desenho	Baixo	88	49,4%	16	51,6%	0,823
	Bom	90	50,6%	15	48,4%	
Tocar na PCA	Baixo	65	36,5%	12	38,7%	0,815
	Bom	113	63,5%	19	61,3%	
Recorrer à escrita	Baixo	34	19,1%	2	6,5%	0,085
	Bom	144	80,9%	29	93,5%	
Pedir esclarecimentos/ informações ao cuidador	Baixo	34	19,1%	4	12,9%	0,409
	Bom	144	80,9%	27	87,1%	
Falar mais alto	Baixo	49	27,5%	7	22,6%	0,566
	Bom	129	72,5%	24	77,4%	
Tentar adivinhar o que a PCA quis dizer	Baixo	73	41,0%	14	45,2%	0,665
	Bom	105	59,0%	17	54,8%	
Falar pausadamente	Baixo	37	20,8%	4	12,9%	0,308
	Bom	141	79,2%	27	87,1%	
Simplificar a mensagem	Baixo	16	9,0%	2	6,5%	1,000
	Bom	162	91,0%	29	93,5%	
Fingir que percebi o que a PCA me dizia	Baixo	17	9,6%	7	22,6%	0,060
	Bom	161	90,4%	24	77,4%	
Aproximar-me da PCA	Baixo	86	48,3%	18	58,1%	0,316
	Bom	92	51,7%	13	41,9%	
Falar pela PCA	Baixo	37	20,8%	7	22,6%	0,821
	Bom	141	79,2%	24	77,4%	
Dar tempo para a PCA responder	Baixo	3	1,7%	0	0,0%	1,000
	Bom	175	98,3%	31	100,0%	
Pedir ajuda ao TF	Baixo	9	5,1%	5	16,1%	0,039
	Bom	169	94,9%	26	83,9%	
Mostrar à PCA o que fazer	Baixo	91	51,1%	15	48,4%	0,779
	Bom	87	48,9%	16	51,6%	



## Apêndice 3.2. Associação da área de formação

Tabela 21.1. Associação da área de formação com o conhecimento sobre as características da afasia – detalhada.

	Nível de conhecimento	Enfermagem		Fisioterapia		Medicina		Terapia Ocupacional		p
		N	(%N)	N	(%N)	N	(%N)	N	(%N)	
Dificuldade em falar	Baixo	6	7,1%	7	14,6%	9	23,1%	5	13,2%	0,103
	Bom	78	92,9%	41	85,4%	30	76,9%	33	86,8%	
Dificuldade ao nível da linguagem	Baixo	3	3,6%	6	12,5%	4	10,3%	4	10,5%	0,185
	Bom	81	96,4%	42	87,5%	35	89,7%	34	89,5%	
Dificuldade em compreender o que lhe é dito	Baixo	29	34,5%	26	54,2%	11	28,2%	18	47,4%	0,043
	Bom	55	65,5%	22	45,8%	28	71,8%	20	52,6%	
Problema de voz (ex.: voz rouca)	Baixo	19	22,6%	11	22,9%	3	7,7%	13	34,2%	0,046
	Bom	65	77,4%	37	77,1%	36	92,3%	25	65,8%	
Dificuldade ao nível do pensamento ou inteligência	Baixo	17	20,2%	14	29,2%	4	10,3%	15	39,5%	0,015
	Bom	67	79,8%	34	70,8%	35	89,7%	23	60,5%	
Alteração ao nível da saúde mental	Baixo	26	31,0%	13	27,1%	4	10,3%	7	18,4%	0,066
	Bom	58	69,0%	35	72,9%	35	89,7%	31	81,6%	
Dificuldade ao nível da leitura	Baixo	41	48,8%	31	64,6%	21	53,8%	16	42,1%	0,177
	Bom	43	51,2%	17	35,4%	18	46,2%	22	57,9%	
Dificuldade ao nível da escrita	Baixo	48	57,1%	32	66,7%	18	46,2%	21	55,3%	0,290
	Bom	36	42,9%	16	33,3%	21	53,8%	17	44,7%	
Dificuldade ao nível da comunicação	Baixo	4	4,8%	2	4,2%	6	15,4%	1	2,6%	0,114
	Bom	80	95,2%	46	95,8%	33	84,6%	37	97,4%	
Dificuldade em engolir alimentos	Baixo	27	32,1%	21	43,8%	6	15,4%	19	50,0%	0,006
	Bom	57	67,9%	27	56,3%	33	84,6%	19	50,0%	

Tabela 22.1. Associação da área de formação com o conhecimento sobre a etiologia da afasia – detalhada.

	Nível de conhecimento	Enfermagem		Fisioterapia		Medicina		Terapia Ocupacional		p
		N	(%N)	N	(%N)	N	(%N)	N	(%N)	
Lesões cerebrais	Bom	84	100,0%	48	100,0%	39	100,0%	38	100,0%	-
Problemas emocionais	Baixo	46	54,8%	22	45,8%	18	46,2%	5	13,2%	<0,001
	Bom	38	45,2%	26	54,2%	21	53,8%	33	86,8%	
Problemas cognitivos	Baixo	61	72,6%	24	50,0%	15	38,5%	16	42,1%	<0,001
	Bom	23	27,4%	24	50,0%	24	61,5%	22	57,9%	
Problemas mentais	Baixo	51	60,7%	23	47,9%	15	38,5%	9	23,7%	0,001
	Bom	33	39,3%	25	52,1%	24	61,5%	29	76,3%	



Tabela 23.1. Associação da área de formação com o conhecimento sobre os tipos de afasia existentes – detalhada.

	Nível de conhecimento	Enfermagem		Fisioterapia		Medicina		Terapia Ocupacional		p
		N	(%N)	N	(%N)	N	(%N)	N	(%N)	
Afasia de Wernicke	Baixo	30	35,7%	8	16,7%	2	5,1%	9	23,7%	0,001
	Bom	54	64,3%	40	83,3%	37	94,9%	29	76,3%	
Afasia Transcortical Motora	Baixo	61	72,6%	42	87,5%	25	64,1%	34	89,5%	0,011
	Bom	23	27,4%	6	12,5%	14	35,9%	4	10,5%	
Afasia de Condução	Baixo	67	79,8%	45	93,8%	17	43,6%	31	81,6%	<0,001
	Bom	17	20,2%	3	6,3%	22	56,4%	7	18,4%	
Afasia de Compreensão	Baixo	58	69,0%	21	43,8%	29	74,4%	19	50,0%	0,004
	Bom	26	31,0%	27	56,3%	10	25,6%	19	50,0%	
Afasia Transcortical Mista	Baixo	71	84,5%	43	89,6%	27	69,2%	35	92,1%	0,024
	Bom	13	15,5%	5	10,4%	12	30,8%	3	7,9%	
Afasia de Broca	Baixo	30	35,7%	6	12,5%	1	2,6%	9	23,7%	<0,001
	Bom	54	64,3%	42	87,5%	38	97,4%	29	76,3%	
Afasia Sensitiva	Baixo	43	51,2%	10	20,8%	27	69,2%	13	34,2%	<0,001
	Bom	41	48,8%	38	79,2%	12	30,8%	25	65,8%	
Afasia Global	Baixo	50	59,5%	35	72,9%	8	20,5%	20	52,6%	<0,001
	Bom	34	40,5%	13	27,1%	31	79,5%	18	47,4%	
Afasia Anômica	Baixo	73	86,9%	47	97,9%	27	69,2%	35	92,1%	<0,001
	Bom	11	13,1%	1	2,1%	12	30,8%	3	7,9%	
Afasia Transcortical Sensorial	Baixo	75	89,3%	45	93,8%	28	71,8%	34	89,5%	0,014
	Bom	9	10,7%	3	6,3%	11	28,2%	4	10,5%	
Afasia Motora	Baixo	55	65,5%	25	52,1%	32	82,1%	16	42,1%	0,002
	Bom	29	34,5%	23	47,9%	7	17,9%	22	57,9%	
Afasia Mista	Baixo	52	61,9%	26	54,2%	27	69,2%	18	47,4%	0,207
	Bom	32	38,1%	22	45,8%	12	30,8%	20	52,6%	
Afasia de Expressão	Baixo	56	66,7%	18	37,5%	20	51,3%	20	52,6%	0,013
	Bom	28	33,3%	30	62,5%	19	48,7%	18	47,4%	



Tabela 24.1. Associação da área de formação com o conhecimento sobre as estratégias utilizadas com PCA – detalhada.

	Nível de conhecimento	Enfermagem		Fisioterapia		Medicina		Terapia Ocupacional		p
		N	(%N)	N	(%N)	N	(%N)	N	(%N)	
Utilizei expressões faciais	Baixo	23	33,8%	5	33,3%	10	43,5%	6	46,2%	0,738
	Bom	45	66,2%	10	66,7%	13	56,5%	7	53,8%	
Utilizei gestos naturais	Baixo	7	10,3%	3	20,0%	7	30,4%	2	15,4%	0,124
	Bom	61	89,7%	12	80,0%	16	69,6%	11	84,6%	
Recorri à fala	Baixo	13	19,1%	2	13,3%	5	21,7%	4	30,8%	0,704
	Bom	55	80,9%	13	86,7%	18	78,3%	9	69,2%	
Recorri ao desenho	Baixo	45	66,2%	12	80,0%	15	65,2%	9	69,2%	0,775
	Bom	23	33,8%	3	20,0%	8	34,8%	4	30,8%	
Toquei na PCA	Baixo	27	39,7%	5	33,3%	13	56,5%	8	61,5%	0,234
	Bom	41	60,3%	10	66,7%	10	43,5%	5	38,5%	
Recorri à escrita	Baixo	31	45,6%	13	86,7%	16	69,6%	9	69,2%	0,010
	Bom	37	54,4%	2	13,3%	7	30,4%	4	30,8%	
Pedi esclarecimentos/informações ao cuidador	Baixo	32	47,1%	8	53,3%	9	39,1%	7	53,8%	0,787
	Bom	36	52,9%	7	46,7%	14	60,9%	6	46,2%	
Falei mais alto	Baixo	27	39,7%	8	53,3%	4	17,4%	0	0,0%	0,002
	Bom	41	60,3%	7	46,7%	19	82,6%	13	100,0%	
Tentei adivinhar o que a PCA quis dizer	Baixo	47	69,1%	11	73,3%	13	56,5%	7	53,8%	0,493
	Bom	21	30,9%	4	26,7%	10	43,5%	6	46,2%	
Falei pausadamente	Baixo	7	10,3%	3	20,0%	6	26,1%	4	30,8%	0,099
	Bom	61	89,7%	12	80,0%	17	73,9%	9	69,2%	
Simplifiquei a mensagem	Baixo	6	8,8%	2	13,3%	5	21,7%	0	0,0%	0,184
	Bom	62	91,2%	13	86,7%	18	78,3%	13	100,0%	
Fingi que percebi o que a PCA me dizia	Baixo	12	17,6%	7	46,7%	7	30,4%	3	23,1%	0,102
	Bom	56	82,4%	8	53,3%	16	69,6%	10	76,9%	
Aproximei-me da PCA	Baixo	15	22,1%	5	33,3%	12	52,2%	6	46,2%	0,033
	Bom	53	77,9%	10	66,7%	11	47,8%	7	53,8%	
Falei pela PCA	Baixo	21	30,9%	4	26,7%	4	17,4%	4	30,8%	0,673
	Bom	47	69,1%	11	73,3%	19	82,6%	9	69,2%	
Dei tempo para a PCA responder	Baixo	4	5,9%	2	13,3%	3	13,0%	0	0,0%	0,356
	Bom	64	94,1%	13	86,7%	20	87,0%	13	100,0%	
Pedi ajuda ao TF	Baixo	53	77,9%	10	66,7%	22	95,7%	6	46,2%	0,005
	Bom	15	22,1%	5	33,3%	1	4,3%	7	53,8%	
Mostrei à PCA o que fazer	Baixo	44	64,7%	5	33,3%	19	82,6%	6	46,2%	0,012
	Bom	24	35,3%	10	66,7%	4	17,4%	7	53,8%	



Tabela 25.1. Associação da área de formação com o conhecimento sobre as estratégias consideradas importantes utilizar com PCA – detalhada.

	Nível de conhecimento	Enfermagem		Fisioterapia		Medicina		Terapia Ocupacional		p
		N	(%N)	N	(%N)	N	(%N)	N	(%N)	
Utilizar expressões faciais	Baixo	2	2,4%	9	18,8%	5	12,8%	6	15,8%	0,005
	Bom	82	97,6%	39	81,3%	34	87,2%	32	84,2%	
Utilizar gestos naturais	Baixo	17	20,2%	9	18,8%	10	25,6%	8	21,1%	0,878
	Bom	67	79,8%	39	81,3%	29	74,4%	30	78,9%	
Recorrer à fala	Baixo	16	19,0%	13	27,1%	9	23,1%	16	42,1%	0,059
	Bom	68	81,0%	35	72,9%	30	76,9%	22	57,9%	
Recorrer ao desenho	Baixo	29	34,5%	30	62,5%	19	48,7%	26	68,4%	0,001
	Bom	55	65,5%	18	37,5%	20	51,3%	12	31,6%	
Tocar na PCA	Baixo	23	27,4%	27	56,3%	11	28,2%	16	42,1%	0,005
	Bom	61	72,6%	21	43,8%	28	71,8%	22	57,9%	
Recorrer à escrita	Baixo	15	17,9%	14	29,2%	2	5,1%	5	13,2%	0,026
	Bom	69	82,1%	34	70,8%	37	94,9%	33	86,8%	
Pedir esclarecimentos/ informações ao cuidador	Baixo	8	9,5%	12	25,0%	9	23,1%	9	23,7%	0,068
	Bom	76	90,5%	36	75,0%	30	76,9%	29	76,3%	
Falar mais alto	Baixo	35	41,7%	11	22,9%	6	15,4%	4	10,5%	<0,001
	Bom	49	58,3%	37	77,1%	33	84,6%	34	89,5%	
Tentar adivinhar o que a PCA quis dizer	Baixo	37	44,0%	14	29,2%	18	46,2%	18	47,4%	0,249
	Bom	47	56,0%	34	70,8%	21	53,8%	20	52,6%	
Falar pausadamente	Baixo	11	13,1%	10	20,8%	11	28,2%	9	23,7%	0,209
	Bom	73	86,9%	38	79,2%	28	71,8%	29	76,3%	
Simplificar a mensagem	Baixo	2	2,4%	4	8,3%	6	15,4%	6	15,8%	0,015
	Bom	82	97,6%	44	91,7%	33	84,6%	32	84,2%	
Fingir que percebi o que a PCA me dizia	Baixo	13	15,5%	3	6,3%	6	15,4%	2	5,3%	0,218
	Bom	71	84,5%	45	93,8%	33	84,6%	36	94,7%	
Aproximar-me da PCA	Baixo	28	33,3%	30	62,5%	26	66,7%	20	52,6%	<0,001
	Bom	56	66,7%	18	37,5%	13	33,3%	18	47,4%	
Falar pela PCA	Baixo	22	26,2%	5	10,4%	10	25,6%	7	18,4%	0,154
	Bom	62	73,8%	43	89,6%	29	74,4%	31	81,6%	
Dar tempo para a PCA responder	Baixo	2	2,4%	0	0,0%	1	2,6%	0	0,0%	0,681
	Bom	82	97,6%	48	100,0%	38	97,4%	38	100,0%	
Pedir ajuda ao TF	Baixo	6	7,1%	1	2,1%	5	12,8%	2	5,3%	0,272
	Bom	78	92,9%	47	97,9%	34	87,2%	36	94,7%	
Mostrar à PCA o que fazer	Baixo	44	52,4%	19	39,6%	25	64,1%	18	47,4%	0,142
	Bom	40	47,6%	29	60,4%	14	35,9%	20	52,6%	



**P. PORTO**

ESCOLA  
SUPERIOR  
DE SAÚDE



**M**

**MESTRADO**  
TERAPIA DA FALA