



**Daniela Filipa
Gomes de Jesus**

**A COMUNICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS
DE SAÚDE COM A PESSOA COM AFASIA**

The communication of the health professionals with
people with aphasia



**Daniela Filipa
Gomes de Jesus**

**A COMUNICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE COM A PESSOA COM AFASIA**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Terapia da Fala, realizada sob a orientação científica da Doutora Maria da Assunção Coelho de Matos, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e coorientação científica da Doutora Ana Rita Vieira Pinheiro, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho à minha família, bem como a todos os meus utentes e ex-utentes com afasia.

O júri

Presidente	Professora Doutora Marisa Lobo Lousada Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro
Arguente	Professora Doutora Inês Tello Rato Milheiras Rodrigues Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Alcoitão
Orientadora	Professora Doutora Maria da Assunção Coelho de Matos Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Aos professores Maria da Assunção Coelho de Matos, Ana Rita Vieira Pinheiro e Pedro Sá Couto.

A todos os estudantes e profissionais de saúde que se disponibilizaram para colaborar neste estudo.

À Dr^a Susana Azevedo Caixinha, dos STiC, pela ajuda na edição do questionário.

Aos meus pais, irmã, namorado e amigos Joana, Cláudia e Cristiano, pela ajuda, paciência e pela motivação ao longo desta jornada.

Palavras-chave Afasia; Comunicação; Parceiros de comunicação; Pessoa com afasia; Barreiras Comunicativas

Resumo A afasia é uma perturbação linguístico-comunicativa decorrente de uma lesão neurológica, prevalente em cerca de 1/3 dos sobreviventes de AVC. A pessoa com afasia (PCA) apresenta habitualmente outras manifestações clínicas, de forma crónica, requerendo cuidados de saúde ao longo da vida. A PCA tem, assim, um contacto frequente com diferentes profissionais de saúde (PS), os quais devem estar devidamente preparados para que a comunicação possa ser estabelecida com sucesso. Apesar de ser reconhecido que as boas práticas na área da saúde exigem competências de comunicação, nem todos os PS parecem estar preparados para a comunicação com a PCA. Com este estudo pretendeu-se identificar as estratégias de comunicação utilizadas com as PCA por PS e estudantes finalistas (EF) formados em instituições de ensino superior portuguesas, assim como explorar os seus conhecimentos, formação e necessidades sobre a temática. Para tal, realizou-se um estudo exploratório, transversal, descritivo, qualitativo e quantitativo. Este implicou a elaboração de um questionário de autopreenchimento, validado por um painel de 7 peritos, o qual foi disponibilizado em formato *online* através de instituições de ensino superior ligadas à saúde, de organizações profissionais de PS e de redes sociais. A anonimização dos dados foi garantida, assim como os princípios éticos em investigação. Participaram neste estudo 197 PS e 26 EF. Os dados recolhidos demonstram que as estratégias de comunicação mais utilizadas são estratégias de carácter visual/ físico (ex.: gestos, imagens, escrita e desenho), para ambos os grupos estudados. O nível de conhecimento é reduzido por ambos os grupos estudados, mas a procura de (in)formação pode ser considerada elevada, ascendendo os 50% em ambos os grupos. Conclui-se assim que os PS/EF, formados em Portugal, parecem carecer de competências que reflitam o conhecimento e uso de estratégias facilitadoras adequadas e eficazes para a comunicação com cada PCA, embora tenham interesse em otimizar este processo. Atendendo ao número crescente de casos de afasia em Portugal, sugere-se que a comunicação com as PCA seja explorada de forma explícita, estruturada e inequívoca nos planos curriculares das várias áreas de saúde.

Keywords

Aphasia; Communication; Communication partners; Person with aphasia; Communication barriers

Abstract

Aphasia is a linguistic-communicative disorder resulting from a neurological injury, prevalent in about 1/3 of stroke survivors. The person with aphasia (PWA) usually presents other chronic clinical manifestations, requiring health care throughout life. Therefore, the PWA has frequent contact with different health professionals (HP), who must be properly prepared so that communication can be successfully established. Although it is recognized that good practices in the health area require communication skills, not all HP seem to be prepared to communicate with the PWA.

This study aimed to identify the communication strategies used with PWA by HP and final year students (FYS) trained in Portuguese higher education institutions, as well as to explore their knowledge, training and needs on the subject.

To this end, an exploratory, cross-sectional, descriptive, qualitative and quantitative study was carried out. This involved the elaboration of a self-administered questionnaire, validated by a panel of 7 experts, which was made available in online format through health-related higher education institutions, professional organizations of HP and social networks. Data anonymization was guaranteed, as well as ethical principles in research.

197 HP and 26 FYS participated in this study. The data collected demonstrate that the most used communication strategies are visual/physical strategies (e.g. gestures, images, writing and drawing). The level of knowledge is low for both groups studied, but the demand for (in)formation can be considered high, rising to 50% in both groups. Thus, it is concluded that the HP/FYS, trained in Portugal, seem to lack skills that reflect the knowledge and use of adequate and effective facilitating strategies for communication with each PWA, although they are interested in optimizing this process. Given the growing number of cases of aphasia in Portugal, it is suggested that communication with the PWA be explored in an explicit, structured and unequivocal way in the curricula of the various health areas.

Abreviaturas e/ou siglas	ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde
	AVC- Acidente (s) Vascular(es) Cerebral(ais)
	CAA- Comunicação Aumentativa e Alternativa
	CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
	EF- Estudante (s) finalista (s)
	EFOA- Estudante (s) finalista (s) de outras áreas profissionais
	FYS- Final Year Students
	HP- Health Professionals
	IVC- Índice de Validade de Conteúdo
	IMR – Imagem Médica e Radioterapia
	OPS- Outro (s) profissional (ais) de saúde
	PCA- Pessoa (s) com afasia
	PC- Parceiro (s) de comunicação
	PS- Profissional (ais) de saúde
	PWA- People With Aphasia
	SCA- Supported Conversation with Adults
	TF- Terapeuta (s) da Fala
	TO – Terapeuta (s) Ocupacionais
	TSDT- Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica
	UC- Unidade (s) Curricular (es)

ÍNDICE

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO II: REVISÃO DA LITERATURA	3
1 Comunicação e afasia	3
1.1 Comunicação: a sua importância	3
1.2 A importância da comunicação na prática clínica	3
1.3 A afasia como perturbação da comunicação.....	5
2 Comunicação com a pessoa com afasia	6
3 Formação de estudantes para a comunicação com a pessoa com afasia	7
4 Barreiras à comunicação com a pessoa com afasia	8
4.1 Barreiras comunicativas sentidas por estudantes e profissionais de saúde	8
4.2 Barreiras comunicativas sentidas pela pessoa com afasia.....	10
5 Estratégias de comunicação utilizadas com a pessoa com afasia: reconhecer e revelar competências	10
6 Objetivos e/ou hipóteses de estudo.....	12
CAPÍTULO III: METODOLOGIA.....	13
Fase 1: Questionário: elaboração e validação	13
1.1 Elaboração do questionário	13
1.2 Validação do questionário	13
Fase 2: Análise exploratória da comunicação dos profissionais de saúde e estudantes finalistas com a pessoa com afasia	14
1 Questões éticas de investigação	14
2 População, amostra e recrutamento dos participantes	15
2.1 População e amostra	15
2.1.1 Critérios de inclusão e exclusão.....	15
2.1.2 Recrutamento dos participantes.....	16
3 Análise dos resultados	16
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	18
1 Caracterização do painel de peritos para validação do questionário e cálculo do Índice de Validade de Conteúdo	18
2 Análise exploratória da comunicação dos profissionais de saúde e estudantes finalistas com a pessoa com afasia	19
2.1 Caracterização dos participantes: formação académica, área profissional e situação profissional.....	19
2.1.1. Instituição de exercício profissional.....	20
2.1.1.1 Profissionais de Saúde	20

2.1.1.2 Estudantes finalistas de profissões de saúde.....	20
2.1.2 Tempo de experiência profissional.....	21
2.1.2.1 Profissionais de saúde.....	21
2.1.2.2 Estudantes finalistas de profissões de saúde.....	21
2.2 Número de Unidades Curriculares na área de comunicação com a pessoa com afasia 21	
2.2.1. Profissionais de Saúde.....	21
2.2.2. Estudantes finalistas de profissões de saúde.....	22
2.3 Conhecimento sobre a afasia.....	23
2.3.1 Profissionais de saúde.....	23
2.3.2 Estudantes finalistas de profissões de saúde.....	25
2.4 Impacto da afasia na intervenção.....	25
2.4.1 Profissionais de saúde.....	25
2.4.2 Estudantes finalistas de profissões de saúde.....	25
2.4.3 Descrição do impacto da afasia na intervenção por profissionais de saúde e estudantes finalistas.....	26
2.5 Estratégias utilizadas pelos estudantes e profissionais de saúde para facilitar a comunicação com a pessoa com afasia.....	26
2.5.1 Estratégias para facilitar a expressão.....	27
2.5.1.1 Profissionais de Saúde.....	27
2.5.1.2 Estudantes finalistas de profissões de saúde.....	27
2.5.2 Estratégias para facilitar a compreensão.....	28
2.5.2.1 Profissionais de saúde.....	28
2.5.2.2 Estudantes finalistas de profissões de saúde.....	29
2.5.3 Estratégias para reconhecer a competência da pessoa com afasia.....	30
2.5.3.1 Profissionais de saúde.....	30
2.5.3.2 Estudantes finalistas de profissões de saúde.....	31
2.6. Confiança na comunicação com a pessoa com afasia.....	31
2.6.1 Profissionais de saúde.....	31
2.6.2. Estudantes finalistas de profissões de saúde.....	32
2.7 Fatores mais relevantes na comunicação com a pessoa com afasia.....	33
2.7.1 Profissionais de saúde.....	33
2.7.2 Estudantes finalistas de profissões de saúde.....	33
2.8. (In) formação acerca da comunicação com a pessoa com afasia.....	34
2.8.1 Profissionais de saúde.....	34
2.8.2. Estudantes finalistas de profissões de saúde.....	35

CAPÍTULO V: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	36
1 Inclusão da comunicação com a pessoa com afasia como temática em unidades curriculares dos cursos de saúde	36
2 Conhecimento acerca da afasia	36
3 Estratégias utilizadas pelos estudantes e profissionais de saúde para facilitar a comunicação com a pessoa com afasia	37
3.1 Estratégias facilitadoras da expressão e da compreensão	37
3.2 Estratégias para reconhecer a competência da pessoa com afasia	38
4 Confiança na comunicação com a pessoa com afasia	39
5 Fatores mais relevantes na comunicação com a pessoa com afasia	40
6 In (formação) acerca da comunicação com a pessoa com afasia.....	41
7 Limitações do estudo	41
CAPÍTULO VI: CONCLUSÕES.....	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
APÊNDICES e ANEXOS	53
Apêndice 1- Tipos de afasia	53
Apêndice 2- Questionário utilizado para recolha dos dados	54
Apêndice 3- Consentimento informado.....	60
Apêndice 4- <i>Email</i> enviado aos peritos na fase de pré teste do questionário	60
Apêndice 5- Tabela enviada aos peritos para validação do questionário.....	61
Apêndice 6- Itens reformulados pelo painel de peritos	63
Apêndice 7- Lista de instituições de ensino superior e organizações/associações contactadas.....	65
Apêndice 8- Conhecimento sobre a afasia (Profissionais de saúde)	67
Apêndice 9- Conhecimento sobre a afasia (estudantes finalistas).....	68
Apêndice 10- Estratégias para facilitar a expressão da pessoa com afasia (Profissionais de Saúde).....	69
Apêndice 11- Estratégias para facilitar a expressão da pessoa com afasia (estudantes finalistas).....	73
Apêndice 12- Estratégias para facilitar a compreensão da pessoa com afasia (Profissionais de saúde).....	76
Apêndice 13- Estratégias para facilitar a compreensão da pessoa com afasia (estudantes finalistas)	80
Apêndice 14- Estratégias utilizadas para reconhecer a competência da pessoa com afasia (Profissionais de saúde).....	84
Apêndice 15- Estratégias para reconhecer a competência da pessoa com afasia (estudantes finalistas)	89
Anexo 1- Parecer da comissão de ética	93

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Instituição de exercício profissional (profissionais de saúde)	20
Figura 2- Instituição de exercício profissional (estudantes finalistas)	21
Figura 3- Número de unidades curriculares sobre a comunicação com a pessoa com afasia (profissionais de saúde)	22
Figura 4- Número de unidades curriculares acerca da comunicação com a pessoa com afasia (estudantes finalistas).....	23
Figura 5- Relação entre conhecimento e confiança na comunicação com a pessoa com afasia (profissionais de saúde)	31
Figura 6- Relação entre conhecimento e confiança na comunicação com a pessoa com afasia (estudantes finalistas).....	32
Figura 7- Fatores mais relevantes na comunicação com a pessoa com afasia (profissionais de saúde).....	33
Figura 8- Fatores mais relevantes na comunicação com a pessoa com afasia (estudantes finalistas)	34
Figura 9- Tipo de informação procurada (profissionais de saúde).....	34
Figura 10- Tipo de informação procurada (estudantes finalistas).....	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Listagem dos TSDT	15
Tabela 2- Critérios de inclusão e exclusão amostral	16
Tabela 3- Caracterização do painel de peritos	18
Tabela 4- Caracterização amostral	19

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO

A afasia é caracterizada por uma perturbação linguístico-comunicativa decorrente de uma lesão nas estruturas encefálicas responsáveis por estas funções (Engelter et al., 2006; Lahiri, Dubey, Ardila, & Ray, 2020; Laska, Hellblom, Murray, Kahan, & Von Arbin, 2001). Na afasia, a fluência do discurso, nomeação, repetição e compreensão estão perturbadas, além da leitura e da escrita (Ardila, 2006; ASHA, n.d.-b; Berko Gleason, 2005). Também a comunicação, que consiste na emissão e receção recíprocas de mensagens, está afetada. Tal como a linguagem, esta é classificada pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Assim, é influenciada por fatores ambientais e pessoais, que constituem barreiras e/ou facilitadores para a participação social (Direção Geral da Saúde & Organização Mundial da Saúde, 2004). A afasia pode surgir secundariamente a várias condições neurológicas, sendo os acidentes vasculares cerebrais (AVC) a sua principal causa. Segundo a literatura, a afasia está presente em cerca de 1/3 dos sobreviventes de AVC (Brady, Kely, Godwin, & Enderby, 2012; Brady, Kely, Godwin, Enderby, & Campbell, 2016).

Ainda que os avanços técnico-científicos possibilitem uma melhor prestação dos cuidados de saúde, Schäffler & Menche (2004) referem que 30% dos sobreviventes de AVC ficam dependentes, necessitando de cuidados de reabilitação. Prevalece assim uma elevada morbilidade, que requer monitorização clínica e cuidados de saúde por diferentes profissionais ao longo da vida (Brady et al., 2012). Este dado é ainda mais importante considerando que, mundialmente, os AVC têm uma elevada incidência e são a terceira causa de incapacidade (Boller, Agrawal, & Romano, 2015; Mathers, Boerma, & Ma Fat, 2009). Em Portugal, em 2019, pelo menos 11 portugueses sofreram um AVC diariamente (SNS, 2019).

Cada vez mais a afasia é identificada como um fator desafiante na prestação dos cuidados de saúde (Carragher et al., 2020). Na avaliação e intervenção com as pessoas com afasia (PCA), estas são muitas vezes consideradas pelos profissionais de saúde (PS) como elementos passivos e dependentes sendo, portanto, evitados (Knight, Worrall, & Rose, 2006; Leal, 2009). Vincent & Coulter (2002) demonstraram a gravidade do exposto, visto que a PCA tem um papel importantíssimo no diagnóstico e identificação de eventos adversos. Só esta sabe quais os seus desejos e necessidades, devendo estes fatores orientar a prática clínica/ terapêutica (Anhang Price et al., 2014; Medicine, 2001). Assim, a sua exclusão deste processo prejudica princípios como a segurança, qualidade e, sobretudo, uma prática centrada no utente (Health & Care,

2016; Organisations., 2007). Assim, os PS deverão estar devidamente apetrechados para facilitar os processos de comunicação com as PCA, promovendo o seu papel ativo/envolvimento em todo este processo. É fundamental considerar que a afasia mascara as competências de quem a apresenta, levando a sentimentos negativos e exigindo que os seus parceiros de comunicação (PC), como poderão ser os PS, estejam devidamente treinados para a sua revelação (Simmons-Mackie, Raymer, Armstrong, Holland, & Cherney, 2010; Kagan, Podolsky, & Sherman, 2011). Estes são, portanto, altamente responsáveis pelo desempenho comunicativo da PCA (Kagan, Black, Duchan, Simmons-Mackie, & Square, 2001; Simmons-Mackie et al., 2010).

Em Portugal, Matos (2012) e Leal (2009) referem que já existe uma mudança no paradigma nacional no que respeita à postura do terapeuta da fala (TF) aquando da intervenção com as PCA. Estes PS são, provavelmente, os que estão mais aptos a lidar com as PCA; contudo, e também no estrangeiro, ainda não dispõem de recursos e instrumentos que lhes permitam uma abordagem de envolvimento e treino dos PC na sua prática clínica (Sekhon, Oates, Kneebone, & Rose, 2019; Valente, 2013).

São escassas as investigações portuguesas relativas à comunicação com a PCA sendo, portanto, vital compreender a importância e conhecimento atribuídos por estes profissionais a esta temática. Pretende-se, assim, com este estudo, realizar uma análise exploratória sobre a forma como os PS e estudantes finalistas (EF) de áreas de saúde comunicam com a PCA no seu contexto clínico. Caracterizar este cenário permitirá desenhar e implementar futuramente planos formativos com estratégias comunicativas para PS, colmatando possíveis lacunas das suas formações de base e potenciando a eficiência e eficácia interventivas com esta população.

CAPÍTULO II: REVISÃO DA LITERATURA

1 Comunicação e afasia

1.1 Comunicação: a sua importância

A comunicação é das competências humanas mais antigas, traduzindo-se essencialmente na receção e emissão de mensagens. É um processo contínuo e automático, dado que estamos constantemente a fazê-lo, de maneiras subtis (Rottermund & Knapik, 2011). Este é um meio de transmissão e receção de ideias, que envolve pelo menos dois intervenientes (emissor e recetor), podendo ser realizada de forma verbal (ex.: vocalizações e símbolos) ou não verbal (ex.: gestos, movimentos faciais e corporais, etc.) (Živanović & Ćirić, 2017; Beukelman & Mirenda, 2013; Woodward-Kron, Van Die, Webb, Pill, & Elder, 2012). Idealmente, estes devem ser usados conjuntamente, pois permitem que a mensagem transmitida se torne mais inteligível (Rottermund & Knapik, 2011).

Na realidade, a comunicação é uma competência relevante para a expressão e reconhecimento de sentimentos e necessidades, sendo fundamental à interação social (ASHA, n.d.-a; Barros, 2016; Francielle & Socha, 2013). É através da comunicação que o indivíduo se revela enquanto pessoa, toma decisões e interage com o mundo (Kagan, 1995; Valente, 2013). A competência descrita é, portanto, ampla e complexa, estando dependente de fatores como o correto funcionamento do sistema neurológico e estomatognático e da predisposição do indivíduo (Rottermund & Knapik, 2011). Assim, entende-se que as PCA enfrentam e representam dificuldades acrescidas neste processo, uma vez que, apesar de possuírem predisposição para a comunicação, encontram entraves ao seu estabelecimento (Carragher et al., 2020; Brady et al., 2012).

1.2 A importância da comunicação na prática clínica

Carragher et al. (2020) referem que, na prática clínica, os PS admitem o diálogo com os familiares/cuidadores dos seus utentes em vez dos próprios, por considerarem que é mais seguro e fiável. A exclusão da PCA do processo clínico/terapêutico está intrinsecamente relacionada com as reduzidas capacidades destes profissionais em comunicar efetivamente com o seu utente (Cameron et al., 2015). Mais ainda, quando o foco da intervenção não são as questões comunicativas (ex.: no caso de fisioterapeutas e enfermeiros) aumentam os níveis de ansiedade e falta de confiança, acompanhados de uma perceção errada sobre o nível de funcionalidade do utente (Burns, Baylor, Morris, & McNalley, 2012; O'Halloran et al., 2011; Rautakoski, 2011; Welsh & Szabo, 2011).

Segundo Clark (2014) é na comunicação que se encontra a chave para uma intervenção efetiva, com todas as PCA. De acordo com Leach, Cornwell, Fleming, & Haines (2010) é imperativo que os PS incluam o utente na gestão dos cuidados de saúde, bem como no processo reabilitativo. Neste seguimento, devem ser reduzidas as barreiras comunicativas encontradas pelas PCA através de ferramentas aumentativas do conhecimento acerca destas problemáticas (Cameron et al., 2016; Živanović & Ćirić, 2017).

Em reabilitação, a comunicação é fundamental para o envolvimento e estabelecimento de objetivos de intervenção, bem como para assegurar a segurança do utente, uma prioridade dos cuidados de saúde atuais (Bartlett et al., 2008; Hiller & Delany, 2018; OMS, 2008). As competências comunicativas empregues em prol do utente têm demonstrado benefícios (Woodward-Kron et al., 2012). O envolvimento mais ativo e consciente dos mesmos no processo clínico/ terapêutico, e a existência de melhorias nas suas condições de saúde permitem igualmente a melhoria da sua satisfação geral com os cuidados prestados, sem qualquer consequência negativa para si. Aliás, os resultados parecem ser, nalguns casos, semelhantes aos de tratamentos farmacológicos (Howick et al., 2018; Rottermund & Knapik, 2011).

Na perspetiva de Batistini, Bianchini, De Oliveira, Grazziano, & Machado (2017) uma comunicação inefetiva é responsável por aproximadamente 70% dos erros na prestação de cuidados de saúde. Contudo, e segundo Davis, Lay-Yee, & Briant (2002), 50% desses eventos poderiam ser evitados. Exemplos desses erros são danos (físicos e psicológicos) para o utente, o uso de mais recursos por períodos mais longos de tempo e o aumento do tempo de internamento, bem como resultados interventivos insatisfatórios. São ainda referidos tratamentos mal realizados ou atrasados e diagnósticos errados (Bartlett et al., 2008; Batistini et al., 2017; Vincent & Coulter, 2002). Davis et al. (2002) destacam a morte em 15% dos casos. Particularmente, Kagan et al. (2001) e Marshall & English (2004) referem que um primeiro encontro de um profissional de saúde com alguém com perturbação da comunicação, como por exemplo a PCA, se for mal sucedido, pode influenciar o resto das interações com o utente e, por conseguinte, toda a intervenção.

Os utentes mais propensos aos erros supracitados consistem naqueles com maior idade e com mais problemas de saúde (Bartlett et al., 2008). Para além destes, as PCA aumentam pelo menos em 3 vezes a probabilidade de ocorrência de erros clínicos relativamente aos restantes, que não tenham dificuldades comunicativas (Hoffman, Yorkston, & Shumway- Cook, 2005; Vincent & Coulter, 2002). Deste modo, há que

assegurar ainda mais a segurança destas pessoas, que se encontram em risco acrescido (Bartlett et al., 2008). Acrescenta-se o facto de as PCA terem níveis mais elevados de insatisfação perante as situações supracitadas. Os estudos de Hoffman et al. (2005), bem como de Carragher et al. (2020) sugerem que 3,43% a 19,34% dos utentes com perturbação da comunicação não estão satisfeitos com os cuidados de saúde prestados.

Face ao exposto, o treino dos PS revela-se fundamental na prevenção destas situações, desagradáveis não só para o utente como para os profissionais que são responsáveis pelo processo de intervenção (Kagan et al., 2001). Estes devem, desde o início, encontrar o(s) melhor(es) meio(s) para estabelecer uma comunicação eficiente com os seus utentes. Desta forma, será possível que estes comecem a cooperar com os PS, potenciando o sucesso da intervenção (Palka & Puchowska-Florek, 2007).

A perceção tida acerca da importância da comunicação em contexto terapêutico pelos PS foi já analisada. Barros (2016) refere que cuidadores formais de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) consideram a comunicação como vantajosa para a compreensão dos objetivos dos utentes e para a intervenção, permitindo também o entendimento e aceitação do seu problema. Outro aspeto, referido em Barros (2016) é que os inquiridos admitem o recurso a um TF assim que surgem dificuldades na comunicação. Este facto pode ter como explicação a sua falta de confiança em determinadas questões, sobre as quais não têm formação (Cameron et al., 2015; Finch et al., 2013). Um estudo com PS, realizado por Carragher et al. (2020) corrobora esta informação. Neste, os inquiridos justificavam o seu não investimento na comunicação com o utente por considerarem que havia PS que poderiam desempenhar um melhor trabalho (nomeadamente TF).

O perfil de comunicação tido pelo PS, durante a prestação de cuidados, tem sido descrito. Marshall & English (2004) e Hiller & Delany (2018) mostram que, na maioria das vezes, a comunicação entre os PS e respetivos utentes é maioritariamente dirigida pelo profissional, tendo este uma participação superior. Durante o estabelecimento desta comunicação, estes referem que procuram ir ao encontro das necessidades e pretensões do utente (Hiller & Delany, 2018).

1.3 A afasia como perturbação da comunicação

A afasia é uma perturbação linguística com consequências na comunicação, adquirida de forma súbita e tendo por base uma lesão neurológica, normalmente localizada no hemisfério cerebral esquerdo (Brady et al., 2016; Hallowell, 2017). Apenas em 30% dos casos de pessoas dexas e 5% de casos de pessoas com lateralidade esquerda é

verificada afeção do hemisfério direito com consequente afasia (Annet, 1975; Teasell MD & MBBS Hussein, 2013).

No total das PCA, uma pequena percentagem (cerca de 24%) recupera completamente, sem consequências funcionais (Laska et al., 2001). Apesar de 21% falecerem, 43% continuam com afasia, cuja recuperação é altamente variável (Laska et al., 2001; Pedersen, Jørgensen, Nakayama, Raaschou, & Olsen, 1995). Quanto à gravidade da afasia, mais de metade dos utentes que apresentam esta condição tem uma afasia moderada/ grave (comprometedora da comunicação no quotidiano, tendo a afasia grave uma recuperação mais limitada), e uma pequena percentagem tem afasia ligeira (Bohra et al., 2015; Darrigand et al., 2011).

Dependendo da localização e extensão da lesão cerebral, assim surgirão diferentes tipos de afasia (descritos em tabela, no apêndice 1), com repercussões diversas na linguagem (e, portanto, na compreensão e/ou expressão do utente) e na comunicação (Ardila, 2006; Hallowell, 2017).

2 Comunicação com a pessoa com afasia

Estima-se que as perturbações de comunicação (afasia e outras) afetem 5 a 10% da população geral. Destes utentes, pelo menos 15% dão entrada nos hospitais (Bartlett et al., 2008).

Carragher et al. (2020) referem que, dos utentes que sofrem AVC, pelo menos 55% têm dificuldades na comunicação com os PS que lhes prestam cuidados. As PCA enfrentam, desde o internamento, dificuldades no processo comunicativo, que exigem modificações no mesmo e, consequentemente, esforços acrescidos dos PC (Valente, 2013). Estas têm, muitas vezes, dificuldade em questionar os PS acerca da sua condição e, portanto, estas tarefas comunicativas acabam por ser delegadas aos seus responsáveis, ou seja, os seus familiares e cuidadores (Cameron, 2018) .

As atividades que envolvem a comunicação verbal não são efetuadas porque não há consciência e conhecimento/suporte para as realizar, pelos seus PC, em ambiente hospitalar (Parr, 2004). Contudo, familiares e cuidadores referem também serem excluídos das resoluções destes profissionais, o que tem como consequência a falta de informação para a tomada de decisões, nomeadamente sobre o pós-internamento (Cruice, Worrall, & Hickson, 2010; Simmons-Mackie et al., 2010). Estas questões fazem com que a afasia seja considerada pelos utentes como um problema que conduz à existência de uma qualidade de vida muito reduzida, afetando o emprego, a socialização

e os papéis sociais (Cruice et al., 2010; Simmons-Mackie et al., 2010). Paralelamente, as PCA vêm as suas competências ocultas e subvalorizadas por este problema (McPhail, Beller, & Haines, 2008; Valente, 2013).

Apesar de, nalguns casos, para além das dificuldades linguístico-comunicativas, também se verificarem alterações motoras e cognitivas (estas últimas difíceis de discernir relativamente às questões linguísticas em termos de afeção), tal não ocorre em todos os utentes, dado que estes critérios não integram a definição de afasia (Hallowell, 2017). Portanto, as PCA devem ser tratadas como competentes, nas quais determinadas capacidades estão afetadas, mas nunca inexistentes (Brady et al., 2016; Drummond, 2006; Kagan et al., 2011). As competências remanescentes devem ser entendidas como mantidas e ser valorizadas, para que utentes e PC não se sintam incompetentes, frustrados ou ansiosos, como é habitual nas conversas que efetuam (Cameron, 2018).

3 Formação de estudantes para a comunicação com a pessoa com afasia

Segundo Teixeira (2004) a comunicação em saúde é negligenciada na formação universitária. Deste modo, os estudantes têm pouca (ou nenhuma) informação sobre comunicação que lhes permita ser utilizada no âmbito da sua prática clínica (Finch et al., 2013). Assim sendo, quando se deparam com estas realidades, na prática profissional, os seus níveis de *stress* e ansiedade aumentam substancialmente (Hill, Davidson, & Theodoros, 2010).

Woodward-Kron et al.(2012) referem que 69% dos profissionais de Fisioterapia nos Estados Unidos da América (EUA) já tiveram formação na área da comunicação, através de palestras. De acordo com Hiller, Guillemin, & Delany (2015) estes PS tendencialmente não utilizam as bases teóricas de comunicação adquiridas, na sua prática clínica. No entanto, Simmons-Mackie et al. (2011) e Cameron et al. (2015) demonstram que este tipo de formação encoraja, frequentemente, o desenvolvimento de métodos e materiais facilitadores da comunicação no seu local de trabalho, que são implementados e surtem efeitos francamente positivos. Os PS e EF que frequentam formações mudam os seus paradigmas acerca da comunicação com a PCA (Cameron et al., 2015). Um estudo com estudantes de Fisioterapia demonstrou que, antes da formação, estes usavam 15% de comunicação não-verbal. Posteriormente, passaram a utilizar mais 50% de comunicação verbal, com estratégias como a clarificação, o aumento do tempo de espera pela resposta, quadros de comunicação e o

desenvolvimento de materiais “*aphasia-friendly*” (facilitadores da compreensão e expressão da PCA) (Cameron et al., 2015; Rose, Worrall, Hickson, & Hoffmann, 2011).

O trabalho de formação em comunicação requer tempo, conhecimento e carece de dados empíricos e objetivos quanto às suas vantagens (Barros, 2016; Parry & Brown, 2009). No entanto, já muitos autores defendem que esta deve ser uma competência obrigatória e transversal a todas as práticas na área da saúde, dada a sua importância na recuperação e bem-estar do utente (Lima, J. T. S., Oliveira, D. S. T., Costa, T. F., Freitas, F. F. Q., Alves & Costa, 2012; Rottermund & Knapik, 2011; Salgueiro, 2014; Tijanic, Duranovic, & Rudic, 2008). Nesta perspetiva, é crescentemente defendida a formação de PS e estudantes nesta área (Cameron et al., 2015; Teixeira, 2004). Assim, entende-se a magnitude que esta temática pode ter no bem-estar dos utentes e no sucesso da intervenção, daí a sua relevância.

4 Barreiras à comunicação com a pessoa com afasia

4.1 Barreiras comunicativas sentidas por estudantes e profissionais de saúde

As barreiras comunicativas são tidas como as dificuldades sentidas no processo comunicativo, bem como todos os fatores que causam um impedimento neste processo (Cameron, 2018). Estas podem ser barreiras ambientais, como a língua, e as influências socioeconómicas e culturais de cada um (Woodward-Kron et al., 2012). Podem também advir de sentimentos como a falta de confiança e experiência do PS, ou da complexidade do tratamento (Baxter, Pfaff, Jack, & Ploeg, 2014; Boaro, Andreolli, Velji, & Baker, 2010; Liaw, Zhou, Lau, Siau, & Chan, 2014; Rice et al., 2010; Nadzam, 2009).

Como já foi referido parcialmente no tópico anterior, na formação académica e prática clínica, PS e estudantes admitem dificuldades no estabelecimento de uma comunicação eficaz com os utentes, nomeadamente os que possuem afasia (Finch et al., 2013; Woodward-Kron et al., 2012).

Ainda na formação, as dificuldades no estabelecimento de uma comunicação efetiva são sentidas pelos estudantes, que colocam esta competência no primeiro lugar de 9 competências importantes para a prática profissional (Woodward-Kron et al., 2012). Finch et al. (2013) referem que, mesmo os estudantes que têm teoria sobre a comunicação na sua formação de base (como os de Terapia da Fala) sentem dificuldades na comunicação com as PCA nos seus estágios clínicos, sobretudo quando nunca tiveram qualquer contacto prévio com estes utentes. Acrescentam ainda que PS como fisioterapeutas e enfermeiros não possuem qualquer preparação teórica neste âmbito, tendo dificuldades acrescidas em lidar com as PCA. Salgueiro (2014) refere que pelo menos 68,2% dos enfermeiros têm dificuldade na comunicação com as PCA,

nomeadamente com afasia de Broca, sendo que esta percentagem aumenta consoante a gravidade da afasia.

Um estudo efetuado por Ângera (2011) corrobora esta informação, pois estudantes de enfermagem e enfermeiros revelaram dificuldades de comunicação com as PCA, sobretudo na compreensão destas, nomeadamente quando comunicam de forma não-verbal. Estas dificuldades associam-se aos preconceitos existentes acerca destes utentes no que respeita à sua recuperação, a existência de uma relação de pouca confiança com a PCA, bem como à imaturidade e inexperiência profissional, que dificultam em muito o processo comunicativo (Salgueiro, 2014). Nesta perspetiva, o aumento do conhecimento destes estudantes sobre a afasia, bem como o seu apetrechamento com competências comunicativas terá um impacto significativo nos cuidados de saúde (Finch et al., 2013; Wilkinson, Sheldrick, O'Halloran, & Davenport, 2013).

Para além destas barreiras, são ainda mencionadas outras, nomeadamente a falta de tempo para a prestação dos cuidados (Carragher et al., 2020; Horton, Lane, & Shiggins, 2016) ou ainda questões como a língua falada pelo utente (Bartlett et al., 2008). Segundo Carragher et al. (2020) os PS admitem que as PCA são um desafio adicional, porque o tempo é escasso e estas requerem mais tempo para comunicar. Outros fatores apontados como prejudiciais para a comunicação são a escassez de informação sobre a afasia e sobre os cuidados a ter com a PCA, a necessidade de melhoria no processo comunicativo com o seu parceiro, bem como a necessidade de ajuda psicológica para lidar com este problema (Le Dorze & Signori, 2009).

Numa visão mais ampla, fora do contexto hospitalar, as PCA estão inseridas num meio familiar e social muito próprio, pelo que as barreiras enfrentadas por estes utentes, bem como pelos seus familiares, cuidadores e amigos são semelhantes e comuns (Le Dorze & Signori, 2009). O facto de existir uma convivência diária com os seus companheiros/cuidadores faz com que ambos experienciem sentimentos como a ansiedade e o *stress*, que prejudicam, em muito, a comunicação (Le Dorze & Signori, 2009). As características psicológicas da PCA (ex.: a sua baixa autoestima, as suas crenças e medos) são igualmente consideradas como barreiras comunicativas significativas (Le Dorze & Signori, 2009).

Existem 6 fatores que podem justificar e condicionar a existência das barreiras já mencionadas. São eles: as oportunidades de participação social dadas à PCA, a existência de estratégias de Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA), a complexidade do processo comunicativo, a clareza da mensagem a transmitir, o tempo

disponível para a conversação e a familiarização e o conhecimento da temática da afasia por parte do interlocutor (Howe, Worrall, & Hickson, 2008).

Horton et al. (2016) referem que algumas destas barreiras seriam solucionadas através, por exemplo, do uso de estratégias e recursos interativos de suporte à comunicação. Adicionalmente, seria importante dar oportunidades para uma participação ativa da PCA, através do treino dos seus interlocutores (Cameron et al., 2016; Woodward-Kron et al., 2012).

4.2 Barreiras comunicativas sentidas pela pessoa com afasia

São várias as barreiras comunicativas encontradas pelas PCA no seu quotidiano, condicionando a sua participação em sociedade (Valente, 2013; Direção Geral da Saúde & Organização Mundial da Saúde, 2004). Estas incluem as barreiras ambientais, que envolvem o ambiente físico, social e atitudinal ao qual o utente pertence (Greig, Harper, Hirst, & Howe, 2008). Assim, podem ser barreiras físicas (ex.: relacionadas com o espaço físico em que a PCA se encontra), ou barreiras relacionadas com outras pessoas e com a sociedade em geral (Howe et al., 2008).

Podem ainda integrar os fatores organizacionais, como a acessibilidade (facilidade de acesso aos serviços, a nível económico e de proximidade), a disponibilidade (ex.: de serviços de saúde e informação) e ainda a aceitabilidade (adequação dos serviços às necessidades, desejos e individualidades da PCA). Estes fatores demonstram-se decisivos na qualidade de vida do utente, influenciando o seu processo comunicativo (Le Dorze & Signori, 2009). Como um exemplo das dificuldades acima mencionadas encontram-se relatos de PCA que se encontram no hospital, ainda em fase aguda, e que não têm acesso a informação sobre o AVC e a afasia, contrariamente às que não têm afasia (Cameron et al., 2016; Knight et al., 2006).

5 Estratégias de comunicação utilizadas com a pessoa com afasia: reconhecer e revelar competências

O reconhecimento e a revelação de competências é fundamental nas PCA, não só para o seu bem-estar como para a eficácia da comunicação dos mesmos e para as mesmas.

Neste sentido, e para colmatar as barreiras comunicativas anteriormente mencionadas, foi criada a abordagem SCA (*Supported Conversation with Adults*), na qual é dado

enfoque ao treino do PC como uma ferramenta fundamental para a PCA, funcionando como uma “rampa” para uma comunicação efetiva e eficaz, que permita tornar a comunicação (que por si mesma exige dependência) num processo mais independente, sobretudo para a PCA (Holland, 1998; Kagan & Gailey, 1993). Nesta abordagem são definidos essencialmente dois tipos de estratégias utilizadas para a comunicação com a PCA: as estratégias de reconhecimento de competências, que incluem a utilização de um tom de voz adulto e numa intensidade adequada e suportes (verbais e não verbais) pelo interlocutor, que mostrem que a PCA sabe o que quer dizer, e estratégias para revelação de competências, nomeadamente a atribuição de responsabilidade (por exemplo de iniciar a conversa) à PCA (Kagan, 1998). Salientam-se ainda estratégias facilitadoras da expressão e da compreensão (Kagan, 1998).

Para a facilitação da compreensão, são enumeradas e treinadas, com os PC, estratégias como o uso de gestos, a escrita de palavras-chave, o desenho ou outros suportes (ex.: imagens) simultaneamente à fala. Como estratégias facilitadoras da expressão são mencionadas as perguntas do tipo Sim/Não, como estratégia complementar, para garantir que a PCA tem uma forma adequada de responder. A formulação de uma pergunta de cada vez e o aumento do tempo de resposta, assim como pedir à pessoa que utilize outros recursos que não a fala para comunicar o que pretende (ex. escrita residual, desenho) são outras estratégias utilizadas. Na SCA são ainda ensinadas e treinadas outro tipo de estratégias mais abrangentes, cujo objetivo é a verificação da informação obtida pelo parceiro de comunicação (Kagan & Gailey, 1993).

Na literatura, são ainda referidas outras estratégias de comunicação com as PCA. Nas conversas com estes utentes, deve ser evitado o uso apenas de questões diretas, nomeadamente do tipo Sim/ Não e recorrendo a questões menos complexas (Cameron, 2018; Dalemans, Van den Heuvel, & Witte, 2009; Kagan et al., 2001; Pound, Duchan, Penman, Hewitt, & Parr, 2007; Ross, Winslow, Marchant, & Brumfitt, 2006). Para além destas estratégias o diálogo com o utente frente-a-frente, o recurso a meios alternativos de comunicação (como a escrita, os gestos ou o desenho), o uso de uma linguagem simplificada, a utilização de comandos verbais para iniciar e terminar as intervenções, o aumento da redundância da informação, a utilização de um débito verbal mais lento, a modelação do tom de voz consoante a mensagem a transmitir e o tempo de resposta adicional à PCA revelam-se fulcrais (Dalemans et al., 2009; Marshall & English, 2004).

O principal objetivo do uso destas estratégias/abordagens é envolver a PCA o mais ativamente possível na comunicação, que deverá ser igualmente o mais natural e genuína possível (Kagan, 1998).

6 Objetivos e/ou hipóteses de estudo

O objetivo geral deste estudo é compreender de que forma os PS e EF comunicam com a PCA em Portugal. Como objetivos específicos, urge saber que estratégias utilizam na comunicação com as PCA, analisar quais os conhecimentos que têm sobre as bases teóricas da comunicação e afasia, se sentem dificuldades na comunicação com as PCA, se consideram relevante e procuram (in)formação em comunicação com as PCA e ainda concluir sobre a confiança sentida na sua própria comunicação com as mesmas.

Espera-se que o presente estudo represente um contributo para a atuação dos PS e EF que intervêm com as PCA, permitindo aferir sobre a necessidade de formação relativa às suas funções no domínio da comunicação com estes utentes.

CAPÍTULO III: METODOLOGIA

Tendo em conta o objetivo da presente investigação, foi realizado um estudo exploratório, de natureza transversal, descritiva e correlativa, com uma abordagem quantitativa e qualitativa (Fortin, 2009).

Fase 1: Questionário: elaboração e validação

1.1 Elaboração do questionário

Elaborou-se um questionário tendo por base uma revisão prévia da literatura sobre a temática (Cameron et al. (2015)). Para tal, foram elaboradas questões fechadas e abertas de modo a explorar o conhecimento de base dos inquiridos sobre: a afasia, as competências comunicativas da PCA, as estratégias por si utilizadas para a comunicação com estes utentes, a importância atribuída à comunicação no sucesso da prática clínica e ainda o nível de formação dos mesmos, dentro e fora da sua formação de base (a licenciatura). Assim, o questionário foi elaborado por 3 dos investigadores (duas terapeutas da fala (TF) e uma fisioterapeuta), considerando 4 domínios ou secções, nomeadamente: 1) informações demográficas, académicas e profissionais; 2) conhecimento, formação e intervenção nas áreas da comunicação e da afasia; 3) estratégias utilizadas na comunicação com a PCA; e 4) a necessidade de (in)formação sobre a comunicação com a PCA (ver apêndices 1 e 2). Importa referir que o mesmo foi precedido de uma folha de rosto com o consentimento informado, na qual foram explicitados os objetivos do estudo, disponibilizada a possibilidade de esclarecer dúvidas e dada garantia do anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos (ver apêndice 3).

1.2 Validação do questionário

Uma vez elaborado o questionário, o mesmo foi revisto pela equipa de investigação no que se refere à análise do conteúdo, formato dos itens e erros técnicos/gramaticais. De seguida, o questionário foi alvo de avaliação por um painel de 7 peritos (3 TF, 2 fisioterapeutas, 1 médico e 1 neuropsicólogo), os quais aceitaram a participação no estudo, após convite por endereço eletrónico (apêndice 4). A seleção dos peritos foi feita por conveniência, sendo considerada a sua formação, o contacto diário com PCA, e o domínio do tema. Para uma maior abrangência do questionário, contactaram-se PS de áreas profissionais distintas.

O recurso ao painel de peritos permitiu a testagem da sua validade de conteúdo, atendendo aos seguintes parâmetros:

- 1) Concordância com as questões e opções de resposta;
- 2) Relevância das questões apresentadas;
- 3) Comentários complementares (sugestões, críticas, entre outros).

Os parâmetros acima referidos foram avaliados de forma individual e independente com recurso a uma tabela destinada ao efeito (apêndice 5). Esta mesma tabela permitiu o cálculo posterior do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), calculado através da fórmula presente no estudo de Alexandre, N., & Coluci (2011), no qual as respostas classificadas com 3 e 4 correspondem, respetivamente a itens claros/relevantes e muito claros/relevantes.

$$IVC = \frac{\text{número de respostas "3" ou "4"}}{\text{número total de respostas}}$$

Assim, em cada item foi avaliado este parâmetro, dividindo as respostas classificadas como “relevantes” e “extremamente relevantes” pelo número total de peritos.

Os valores de IVC recomendados são superiores ou iguais a 90% (Polit & Beck, 2006). Após este processo, o questionário foi novamente enviado aos peritos para outra validação de conteúdo. Este processo compreendeu, assim, 2 revisões distintas, das quais resultou a versão final do questionário.

Fase 2: Análise exploratória da comunicação dos profissionais de saúde e estudantes finalistas com a pessoa com afasia

1 Questões éticas de investigação

Toda a investigação científica exige uma grande responsabilidade ética (Martins, 2008). Este estudo foi submetido e aprovado pela comissão de ética da UICISA (Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, com o parecer número 694/2020, que consta no anexo 1.

De modo a garantir a anonimização dos dados recolhidos, o questionário foi alvo de análise à luz do Regulamento Geral de Proteção de Dados, tendo-se concluído que as respostas às questões, isoladas ou em linha, não permitiam qualquer identificação dos participantes. Esta informação, assim como informação sobre os objetivos do estudo,

armazenamento (plataforma *Lime Survey*, adquirida pela Universidade de Aveiro) e tratamento dos dados, foi disponibilizado aos potenciais participantes, para que os mesmos pudessem decidir e consentir, de forma voluntária e informada, sobre a sua participação ou não. Face ao exposto, foi garantido o cumprimento dos princípios relativos ao direito à autodeterminação, ao anonimato e confidencialidade e à proteção contra o desconforto (Fortin, 1999, 2009).

2 População, amostra e recrutamento dos participantes

2.1 População e amostra

Definiu-se como população alvo todos os PS e EF que tenham realizado formação em Portugal, bem como EF de instituições do ensino superior portuguesas a frequentarem cursos das áreas da saúde, nomeadamente TSDT (ver tabela 1) e ainda médicos, enfermeiros, psicólogos e nutricionistas, que foram também incluídos no estudo por poderem ter contacto com PCA (SNS, 2016).

Tabela 1- Listagem dos TSDT

Técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica (ACSS, 2020)					
Técnicos de análises clínicas e de saúde pública	Técnicos de audiologia	Técnicos de anatomia patológica, citológica e tanatológica	Técnicos de farmácia	Fisioterapeutas	Higienistas orais
Técnicos de radiologia	Técnicos de radioterapia	Técnicos de medicina nuclear	Técnicos de neurofisiologia	Terapeutas ocupacionais (TO)	TF
Ortoprotésicos	Ortoptistas	Médicos dentistas	Técnicos de prótese dentária	Técnicos de saúde ambiental	

2.1.1 Critérios de inclusão e exclusão

Os inquiridos no questionário do presente estudo obedeceram a diversos critérios de inclusão e exclusão, conforme a tabela abaixo (tabela 2).

Tabela 2- Critérios de inclusão e exclusão amostral

Critérios de inclusão			
PS e EF diretamente associados às áreas de saúde/ reabilitação	PS e EF das áreas de saúde portuguesas	Contacto prévio com PCA	Licenciatura em instituições de ensino superior portuguesas
Critérios de exclusão			
PS e EF licenciados em Portugal com formação adicional em instituições de ensino superior estrangeiras.			

2.1.2 Recrutamento dos participantes

De modo a recrutar participantes, foram contactadas diversas instituições de ensino superior assim como organizações profissionais reconhecidas (ver apêndice 7). Além disso, o questionário foi também divulgado em redes sociais. De forma a promover a adesão e a participação de PS e EF em todo o contexto português, o questionário foi disponibilizado em formato digital, exclusivamente na modalidade *online*, atendendo aos fatores anteriormente enunciados, bem como ao facto de a recolha de dados ter sido realizada em plena pandemia de COVID-19 (mais especificamente em estado de emergência, em que o dever cívico de recolhimento era imposto).

3 Análise dos resultados

Posteriormente à recolha de dados, foi efetuada a sua análise, recorrendo a métodos quantitativos e qualitativos, tratando-se, portanto, de uma análise mista. Foi utilizado um método descritivo, bem como uma análise qualitativa, temática, para o tratamento dos dados recolhidos.

A análise quantitativa dos dados recolhidos foi realizada com recurso ao programa *Microsoft Excel* (versão de 2013). Foi realizada uma análise descritiva com recurso a

medidas de tendência central (média e moda para variáveis numéricas e frequências absoluta e relativa para variáveis categóricas) e de variabilidade (desvio padrão).

Nas questões de resposta aberta foi realizada uma análise qualitativa, na qual foram calculadas unidades de registo (respeitantes à quantidade de vezes que cada resposta surgia) e de enumeração (correspondentes a quantos inquiridos deram essa resposta). O tipo de análise efetuada foi uma análise de conteúdo, mais concretamente temática. A análise temática consiste na “contagem de um ou vários temas ou itens de significação, numa unidade de codificação previamente determinada” (Bardin, 2009). Após leitura e análise das respostas dadas por cada participante, estas foram divididas em áreas temáticas de acordo com o(s) tema (s) principal (ais) mencionado (s) em cada resposta, criando-se uma tabela para cada questão aberta. Foram ainda anotadas unidades de registo e de enumeração.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

1 Caracterização do painel de peritos para validação do questionário e cálculo do Índice de Validade de Conteúdo

O painel de peritos foi constituído por 7 PS (6 do género feminino e 1 do género masculino), todos com idade igual ou superior a 29 anos, experiência profissional igual ou superior a 4 anos e com experiência de contacto com PCA igual ou superior a 5 anos e todos com graus académicos de mestrado (dois dos quais doutorandos). A descrição do painel de peritos encontra-se na tabela 3.

Tabela 3-Characterização do painel de peritos

Idade	M±DP
	38,7± 8,9
Grau académico	n (%)
Licenciatura	0 (0)
Mestrado	7 (100)
Doutoramento	0 (0)
Profissão	n (%)
Terapeuta da fala	3 (42,9)
Fisioterapeuta	2 (28,6)
Médico	1 (14,3)
Neuropsicólogo	1 (14,3)
Anos de experiência profissional	M±DP
	16,0± 9,9
Anos de contacto com pessoas com afasia	M±DP
	14,6± 7,8

No que diz respeito ao IVC, as questões que tiveram valores inferiores a 90% foram alvo de reformulação. Algumas questões obtiveram um IVC adequado, contudo foram igualmente alvo de reformulação devido a observações feitas pelos peritos, consideradas pertinentes. Para mais detalhes ver apêndice 6.

Após reformulação, foi efetuada nova ronda de avaliação pelos peritos, tendo-se obtido um IVC igual ou superior a 90% para todos os itens do questionário. A ver final do mesmo consta no apêndice 2.

2 Análise exploratória da comunicação dos profissionais de saúde e estudantes finalistas com a pessoa com afasia

2.1 Caracterização dos participantes: formação académica, área profissional e situação profissional

Participaram neste estudo 197 PS (88,3%) e 26 EF (11,7%), perfazendo um total amostral de 223 inquiridos. Os participantes apresentam uma média etária de 22,63±3,57 anos no caso dos EF e de 29,48±7,43 e 33,9± 10,21 anos no caso dos PS. A maioria dos PS inquiridos apresenta a licenciatura como grau académico mais elevado (n=156;69,5%), seguido de mestrado (n=35;15,7%) doutoramento (n=4;1,3%) e bacharelato (n=3;1,3%). A caracterização detalhada dos participantes encontra-se descrita na tabela 4.

Tabela 4- Caracterização amostral

	Enfermagem	Fisioterapia	Terapia Ocupacional	Terapia da Fala	Outros	Total
Estudantes finalistas						
n (%)	4 (15,4%)	8 (30,8%)	0 (0,0%)	9 (34,6%)	5 (19,2%)	26
Idade (M±DP)	22,75±0,83	22,63±3,57	0	26,11±10,83	23,20±3,48	23,67± 3,60
Género (M)	1	1	0	0	0	2
Género (F)	3	7	0	9	5	24
Profissionais de saúde						
n (%)	52 (26%)	41 (21%)	23 (12%)	58 (29%)	23 (12%)	197
Idade (M±DP)	36,88± 8,61	33,87±10,11	32,78±9,64	29,48±7,43	36,47±10,53	33,9 ±10,21
Género (M)	4	5	1	1	3	14
Género (F)	48	36	22	57	20	183
Formação académica mais elevada (Profissionais de saúde)						
Bacharelato	0	1	0	0	2	3
Licenciatura	44	32	23	43	13	155
Mestrado	8	5	0	14	8	35
Doutoramento	0	3	0	0	1	3
Situação profissional						
Estudante	1	1	0	3	1	5
Tempo inteiro	49	31	21	43	21	165
Tempo parcial		7	1	10	1	19
Outro	2	2	1	2	1	8

2.1.1. Instituição de exercício profissional

2.1.1.1 Profissionais de saúde

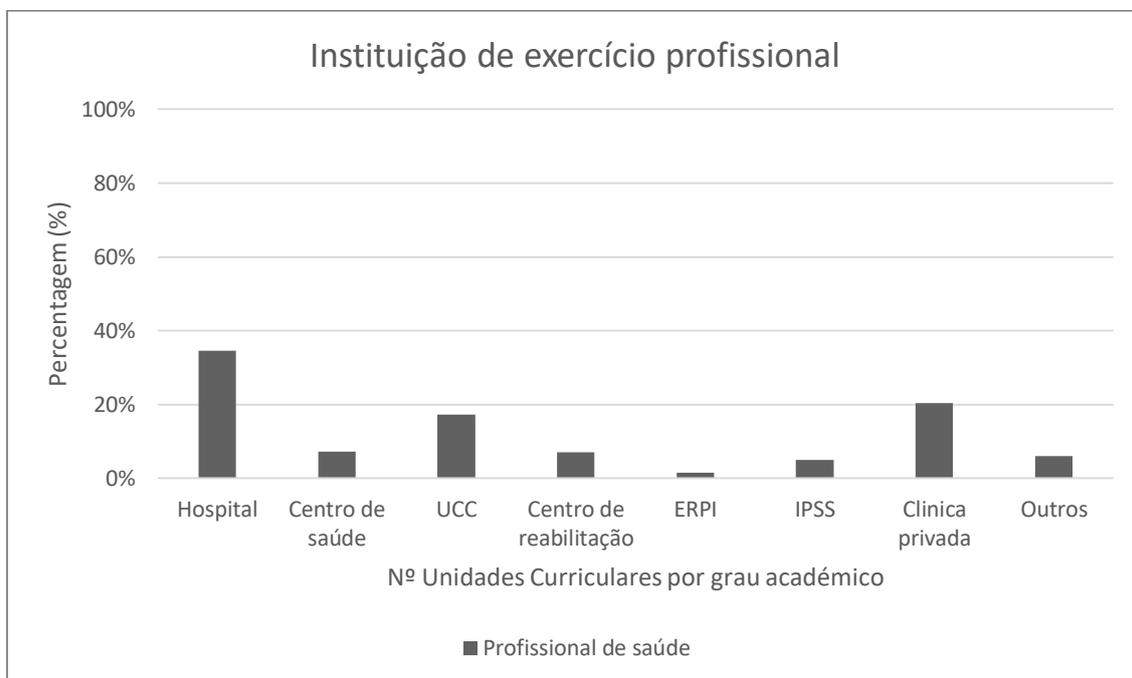


Figura 1- Instituição de exercício profissional (profissionais de saúde)

O hospital representa o contexto maioritário de atuação dos diversos PS abordados (n= 68; 34,52%), seguido da clínica privada (n=40; 20,3%), da Unidade de Cuidados Continuados (n=34;17,3%), do centro de saúde (n= 17; 7,2%,), do centro de reabilitação (n=15; 7,1%), de outros, como associações sem fins lucrativos (n=12; 6,1%), Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) (n=8, 4,9%) e Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI) (n=3; 1,5%).

2.1.1.2 Estudantes finalistas de profissões de saúde

À semelhança dos PS, também o hospital é o contexto maioritário de atuação dos EF (n=13; 50%), seguido de centro de reabilitação (n=5; 19,2%), clínica privada (n=2; 7,7%), outros, como associações sem fins lucrativos (n=1, 3,9%), IPSS (n=1; 3,9%), centro de saúde (n=0; 0%) e ERPI (n=0; 0%).

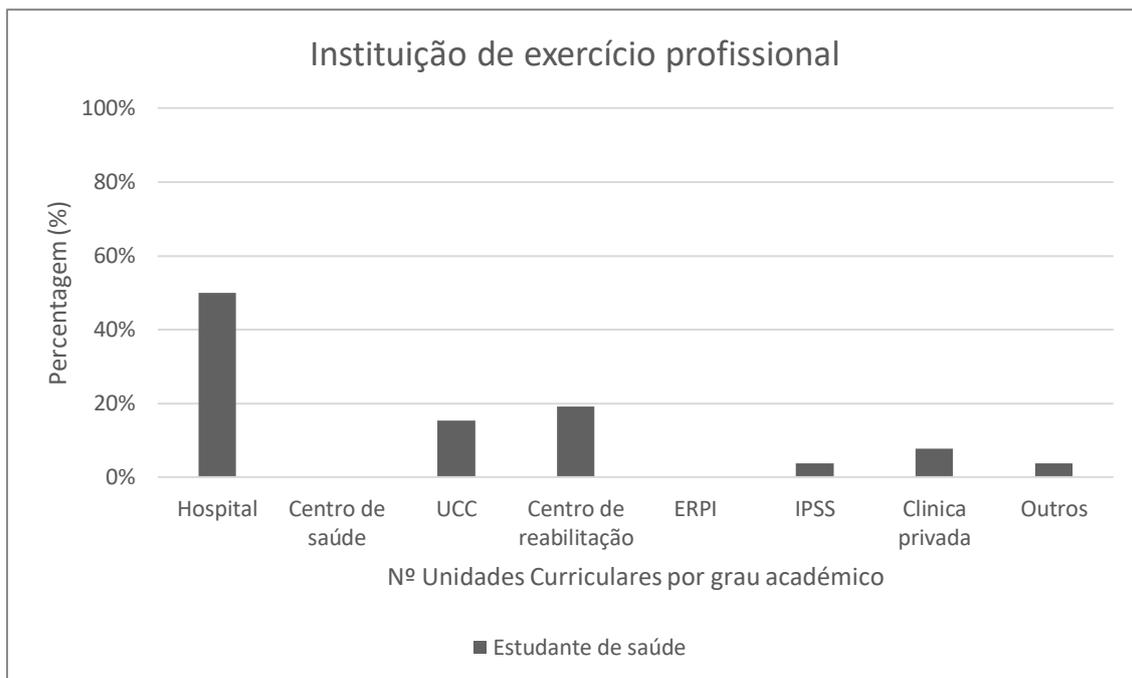


Figura 2- Instituição de exercício profissional (estudantes finalistas)

2.1.2 Tempo de experiência profissional

2.1.2.1 Profissionais de saúde

A maioria dos PS participantes (n=178;90,36%) possui 1 ano ou mais de experiência profissional, seguido de um tempo compreendido entre 3 meses e 1 ano (n=14;7,11%), de experiência superior ou igual a 1 mês (n=4; 2,03%) e, por fim, entre 1 mês e 3 meses (n=1; 0,5%).

2.1.2.2 Estudantes finalistas de profissões de saúde

Quanto aos EF, a maioria (n=15; 57,69%) possui uma experiência clínica, no âmbito de estágios curriculares, compreendida entre 3 meses e 1 ano, seguida de entre 1 mês e 3 meses (n=11;42,3%). Nenhum dos EF respondeu possuir experiência clínica inferior ou igual a 1 mês ou superior ou igual a 1 ano.

2.2 Número de Unidades Curriculares na área de comunicação com a pessoa com afasia

2.2.1. Profissionais de saúde

Relativamente às UC onde foi abordada a temática da comunicação com as PCA (figura 3), a maioria dos PS participantes (n=125;63,45%) respondeu, independentemente do grau acadêmico mais elevado (bacharelato, licenciatura, mestrado ou doutoramento),

que não teve nenhuma UC exclusiva sobre o tema. Contudo, dentro da licenciatura (o grau académico mais mencionado), 49 dos PS (24,9%) responderam que abordaram o tema da comunicação com a PCA em parte de uma UC, sendo que, destes, 14 são enfermeiros, 8 fisioterapeutas, 6 TO, 19 TF e 2 de outras áreas profissionais (ex.: IMR). Por sua vez, 40 PS (20,3%) responderam que abordaram o tema em duas UC (8 enfermeiros, 1 fisioterapeuta, 2 TO, 27 TF e 2 profissionais de outras áreas). Por último, 34 PS (17,3%) responderam que abordaram o tema numa UC (12 enfermeiros, 10 fisioterapeutas, 8 TO, 3 TF e 1 profissional de outra área).

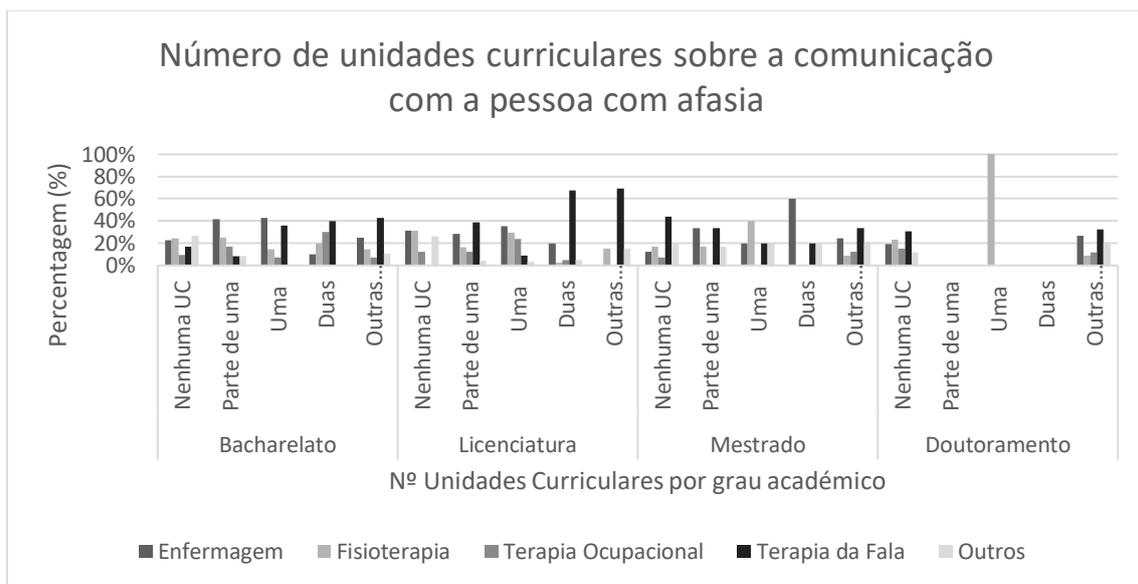


Figura 3- Número de unidades curriculares sobre a comunicação com a pessoa com afasia (profissionais de saúde)

2.2.2. Estudantes finalistas de profissões de saúde

Relativamente aos EF (figura 4), as respostas obtidas foram bastante variáveis. Para o grau académico de licenciatura, estas variaram entre “Nenhuma UC” (n=2), “Duas UC” (n=2), e “Outra” (n=2).

Em seguida, as respostas mais dadas foram de “Uma UC” (n=1) ou “Parte de uma” (n=1).

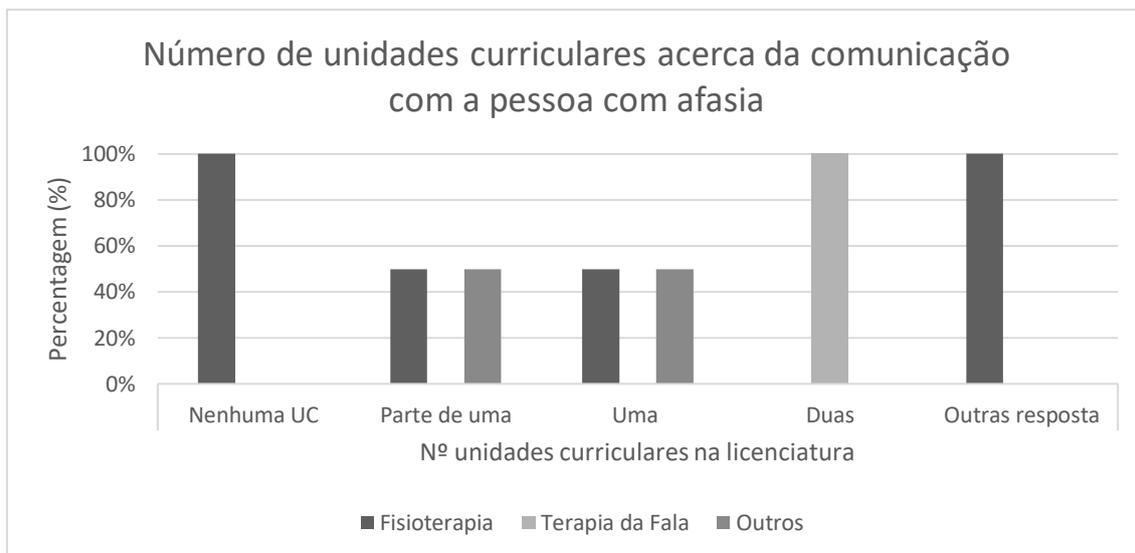


Figura 4- Número de unidades curriculares acerca da comunicação com a pessoa com afasia (estudantes finalistas)

2.3 Conhecimento sobre a afasia

O conhecimento sobre a afasia foi avaliado de forma qualitativa, tendo as respostas sido agrupadas em 6 temas: Perturbação de linguagem; Perturbação de comunicação; Perturbação de fala; Alteração da atividade e/ou participação, Perturbação neurológica e Paralisia facial (tabelas referentes a este tópico nos apêndices 8 e 9).

O tema de “Perturbação da linguagem” foi definido atendendo à utilização explícita deste termo, ou então à referência a alterações da expressão e/ou compreensão. O tema “Perturbação da comunicação” definiu-se igualmente com base na referência a este termo pelos participantes. O tema “Perturbação de fala” foi definido atendendo à referência à componente expressiva da linguagem, e /ou a este termo, de forma explícita. O tema “Alteração da atividade e/ou participação” foi definido pela menção explícita a estas componentes da CIF pelos participantes. O mesmo aconteceu com os temas “Perturbação neurológica” e “Paralisia facial”.

2.3.1 Profissionais de saúde

A maioria dos TF (n=43) e outros PS (n=81) define afasia como uma “Perturbação da linguagem”, seguida de uma “Perturbação de comunicação” (81 outros PS e 28 TF) e, finalmente, como uma “Lesão e/ou disfunção neurológica” (19 outros PS e 21 TF). Um TF e 3 outros PS consideraram a afasia como uma “Alteração da atividade e/ou

participação”. Um PS de outras áreas profissionais definiu afasia como uma “Paralisia facial”.

2.3.2 Estudantes finalistas de profissões de saúde

Os EF de TF consideraram a afasia, primordialmente, como uma “Perturbação de linguagem” (n=9), depois como uma “Disfunção/lesão neurológica” (n=6) ou consequência desta, seguida de uma “Perturbação da comunicação” (n=3). Já os estudantes de outras áreas profissionais consideraram, primordialmente, a afasia como uma “Perturbação da comunicação” (n=8), seguida de uma “Perturbação de linguagem” (n=6); contudo, a afasia também foi associada por estes estudantes a uma “Perturbação de fala” (n=5) e uma “Disfunção/lesão neurológica” (n=1) ou consequência desta.

2.4 Impacto da afasia na intervenção

2.4.1 Profissionais de saúde

Quando inquiridos sobre se a afasia tem impacto na intervenção com a PCA, 17 (8,63%) dos PS responderam “não”, 11 (5,58%) responderam “não sei” e 169 (85,79%) responderam “sim”. Dos que responderam “sim”, a maioria considerou haver “pouco impacto” (n=167; 85,79%; dos quais 47 enfermeiros, 38 fisioterapeutas, 38 PS de outras profissões, 30 TO e 18 TF), seguido de “impacto moderado” (n=17; 8,62%; dos quais 5 enfermeiros, 1 fisioterapeuta, 5 TO e 3TF), e, por último, “muito impacto” (n=11; 5,58%, dos quais 2 enfermeiros, 2 fisioterapeutas, 3 TO, 2 TF e 2 PS de outras profissões).

2.4.2 Estudantes finalistas de profissões de saúde

Perante a mesma questão, 4 (15,38%) EF responderam que não tem impacto ou não responderam e 22 EF (84,61%) responderam que “sim”. Destes, 11 (50,00%) referiram que a afasia tem “impacto moderado” (4 de Fisioterapia, 1 de Terapia da Fala e 6 de outras áreas profissionais), 6 (27,27%) com “muito impacto” (1 de Fisioterapia, 3 de TF e 2 de outras áreas profissionais) e 3 (13,63%) com “pouco impacto” (1 de Fisioterapia e 2 de Terapia da Fala). Dentro da resposta mais mencionada (“Impacto moderado”), a maioria dos EF pertenciam a áreas profissionais como a Terapia Ocupacional, Enfermagem e IMR (n=6), seguido de Fisioterapia (n=4) e Terapia da Fala (n=1). Já na segunda resposta mais mencionada (“Muito impacto”), a maioria dos participantes são de Terapia da Fala (n=3), seguido de EF de outras áreas profissionais (n=2) e de Fisioterapia (n=1). 2 EF (de Fisioterapia) responderam “Não sei” a esta questão.

2.4.3 Descrição do impacto da afasia na intervenção por profissionais de saúde e estudantes finalistas

Aos PS e EF que manifestaram haver impacto da afasia na intervenção, foi-lhes solicitada a explicitação desse mesmo impacto. Foi feita uma análise qualitativa temática, às respostas dadas.

A maioria dos participantes (n=57; 25,56%) respondeu que o impacto residia na “qualidade da intervenção” (ex. plano terapêutico, colaboração e desempenho do utente), seguido da “expressão de dor/necessidades/expectativas e preferências durante a intervenção” (n=48; 21,52%), na “necessidade de adequação da comunicação durante a intervenção” (n=24;10,76%), na “autoaceitação da PCA/frustração da PCA” (n=14; 6,28), na “adaptação de materiais” (n=12; 5,38%), na “disponibilidade de tempo/tempo de intervenção” (n=9;4,04%), nas “atividades e participação da PCA” (n=4; 1,79%), na “qualidade de vida da PCA” (n=3;1,35%) e na “transmissão de informação” (n=3;1,35%). Por fim, também foi mencionado o “impacto na relação terapêutica” (n=2;0,9%) e “a existência de barreiras comunicativas” (n=1;0,45%).

2.5 Estratégias utilizadas pelos estudantes e profissionais de saúde para facilitar a comunicação com a pessoa com afasia

Os participantes deste estudo foram questionados sobre as estratégias utilizadas para facilitar a expressão da PCA, tendo sido realizada uma análise qualitativa temática dos dados obtidos.

De entre as mencionadas, as mesmas foram agrupadas em diferentes categorias: “estratégias físicas”, “estratégias de comunicação verbal”, “estratégias de informação visual” e “mudanças no ambiente”, seguindo as categorias definidas por Cameron et al. (2015). Nesse estudo, a autora agrupa as “estratégias físicas” com base em material e estratégias (como os gestos) que remetem para uma componente física (palpável). Já as “estratégias de comunicação verbal” são diretamente relacionadas com o conteúdo da mensagem a ser transmitida. Estas incluem, assim, estratégias que possam ajudar a PCA a compreender essa mesma mensagem, bem como a envolvê-la na conversa. As “estratégias de informação visual” englobam (como a própria designação) informação visível, dirigida e concebida para a PCA (ex. CAA). As “mudanças no ambiente” envolvem as mudanças efetuadas no contexto, para facilitar a comunicação com as PCA.

2.5.1 Estratégias para facilitar a expressão

2.5.1.1 Profissionais de saúde

As estratégias utilizadas pelos PS para facilitar a expressão da PCA encontram-se na tabela do apêndice 10.

Atendendo ao objeto de conhecimento dos TF, os dados foram analisados agrupando os PS de Terapia da Fala e os outros profissionais de saúde (OPS).

Independentemente da área profissional, as “estratégias de informação visual” foram as mais referidas pelos PS, nomeadamente o “uso de imagens ou símbolos” (20 TF e 27 OPS), a “escrita” (23 TF e 22 OPS), o “desenho” (7 TF e 10 OPS), os “quadros de comunicação” (7 TF e 12 OPS), e os “cartões de comunicação” (2 TF e 6 OPS). As “estratégias de comunicação verbal” foram as segundas estratégias mais referidas pelos PS, nomeadamente “dar tempo para responder” (14 TF e 21 OPS), “questões S/N” (11 TF e 17 OPS), o “uso de questões fechadas” (12 TF e 12 OPS) e a “diminuição do débito verbal” (3 TF e 7 OPS). Foram enumeradas ainda outras estratégias, como “a utilização de palavras-chave”, a “utilização de um discurso curto, claro e conciso”, a “reformulação/clarificação” e ainda a “discussão de assuntos com a PCA” e o “pedido de reformulação da mensagem” pela mesma por ambos os grupos estudados. De seguida, as estratégias mais mencionadas, quer por TF, quer por OPS, foram as “estratégias físicas”, nomeadamente os “gestos” (12 TF e 24 OPS), e o “apontar” (1 TF e 6 OPS). Por fim, as “mudanças no ambiente” foram das estratégias menos mencionadas. Dentro destas, as indicadas pelos participantes foram o “uso de notas/cadernos/pistas visuais” (1 TF), seguidos da “redução do ruído de fundo” (4 OPS). O “reforço positivo” e o “ser paciente” foram mencionados unicamente por TF (1 TF a referir, respetivamente, cada uma das estratégias). Já o “seguimento dos interesses da PCA” foi uma estratégia mencionada por ambos os grupos (3 TF e 3 OPS). Contudo, estas não constavam das estratégias inicialmente referidas no estudo de Cameron et al., 2015.

2.5.1.2 Estudantes finalistas de profissões de saúde

As estratégias mencionadas por estudantes encontram-se sumariadas na tabela do apêndice 11. À semelhança da análise realizada para os PS, os dados foram analisados agrupando os estudantes de Terapia da Fala e os restantes estudantes de outras áreas profissionais.

Conforme as estratégias utilizadas pelos PS, também as estratégias mais utilizadas por EF para facilitar a expressão da PCA, são as “estratégias de informação visual”. Contudo, nestas encontram-se diferenças dependendo da área profissional. Assim,

apenas “o desenho” foi uma estratégia usada por estudantes de Terapia da Fala e de outras áreas profissionais (com 5 estudantes de ambos os grupos a assinalarem esta estratégia). O “uso de imagens/ símbolos”, bem como a “escrita”, e a “utilização de quadros e cartões de comunicação” são estratégias unicamente utilizadas por estudantes de Terapia da Fala (9 no total). Por outro lado, a utilização de “tecnologias de suporte à comunicação”, bem como de “pistas silábicas/fonémicas” foram unicamente referidas por EF de outras áreas profissionais.

Seguidamente, as estratégias mais utilizadas pelos EF são as de “comunicação verbal”, nomeadamente as “questões S/N” (1 estudante de TF e 2 estudantes de outras áreas) e “dar tempo para responder” (2 estudantes de Terapia da Fala e 1 estudante de outras áreas profissionais). A “empatia”, a “diminuição do débito verbal” e a “utilização de questões fechadas” são referidas apenas por estudantes de outras áreas profissionais (6 no total). Já a “utilização de palavras-chave” é uma estratégia referida somente por estudantes de Terapia da Fala (1 estudante).

As “estratégias físicas” (nomeadamente o gesto) são as terceiras mais referidas, por EF de ambos os grupos (por 1 Estudante finalista de outras áreas profissionais- EFOA e 4 estudantes de Terapia da Fala).

Por fim, interessa salientar que, no que concerne às “mudanças ambientais”, apenas a “redução do ruído de fundo” é referida, nomeadamente por estudantes de outras áreas profissionais. Foram ainda acrescentadas 2 estratégias: a “escuta ativa” (por 1 estudante de outras áreas profissionais) e também o “ser paciente”, já referido por TF e agora mencionado por 1 estudante desta área profissional.

2.5.2 Estratégias para facilitar a compreensão

2.5.2.1 Profissionais de saúde

Relativamente às estratégias utilizadas para melhoria da compreensão, as mesmas constam na tabela do apêndice 12.

As “estratégias de informação visual” foram as mais referidas, sendo que as três mais mencionadas, à semelhança das estratégias para facilitar a expressão, foram o “uso de imagens/símbolos” (referido por 39 OPS e 32 TF), seguido da “escrita” (referido por 19 OPS e 15 TF) e do “desenho” (referido por 20 OPS e 9 TF). A utilização de “cartões de comunicação” foi referida por TF e OPS (referido por 1 OPS e 2 TF); contudo os “quadros de comunicação” foram unicamente referidos por TF (n=4). As segundas estratégias mais referidas foram as “estratégias de comunicação verbal”, nomeadamente a “reformulação/clarificação/repetição” (referido por 13 OPS e 7 TF), a

“diminuição do débito verbal” (referido por 29 OPS e 14 TF), a “simplificação da linguagem” (referido por 10 OPS e 9 TF), “dar mais tempo à PCA para responder” (referido por 3 OPS e 4 TF), seguidas do uso de “questões S/N” (referido por 5 OPS e 3 TF) e “questões fechadas” (referido por 1 OPS e 2 TF). Foram ainda referidas a “utilização de palavras-chave” (referido por 4 OPS e 4 TF), o “pedido de reformulação pela PCA” (referido por 4 OPS e 1 TF). As “estratégias físicas” foram as terceiras mais referidas, nomeadamente os “gestos” (referido por 28 OPS e 18 TF) e a “comunicação não verbal” (referido por 11 OPS e 7 TF). Por último, seguiram-se as “estratégias de mudança do ambiente”, nomeadamente o “uso de notas/cadernos/pistas visuais” (5 TF e 3 OPS) e a “diminuição do ruído de fundo” (3 TF e 7 OPS). Também a “adequação da linguagem” foi mencionada, mas apenas por OPS. Concomitantemente, foi referida uma outra estratégia, não enquadrada nas restantes categorias definidas pelo estudo de Cameron (2015), por 2 TF e 6 OPS, que consistiu na “exemplificação da ação pretendida”. Também a “leitura” e a “utilização de recursos didáticos” foram outras mencionadas (1 OPS para cada uma das estratégias referidas) e a “comunicação total” (1 TF), assim como a estratégia de “falar mais alto” (1 TF).

2.5.2.2 Estudantes finalistas de profissões de saúde

As estratégias primordialmente mencionadas para facilitar a compreensão da PCA (presentes no apêndice 13), à semelhança das já mencionadas pelos PS, são as “estratégias de informação visual”, nomeadamente a “escrita”, o “desenho” e as “imagens/símbolos”, referidos por EF de TF e por EFOA, como consta na tabela no apêndice 13. Seguidamente, as “estratégias de comunicação verbal” são as mais referidas, nomeadamente a “utilização de palavras-chave” (referido por 1 EFOA e 2 ETF), a “reformulação/clarificação/repetição” (referido por 2 EFOA e 1 ETF) e a “simplificação da linguagem” (referido por 1 EFOA e 1 ETF). A “diminuição do débito verbal”, bem como a “adoção de um discurso curto, claro e conciso” são outras das estratégias mencionadas, mas apenas por EFOA. As “estratégias físicas”, especificamente os “gestos” (referido por 5 EFOA e 3 ETF) e “comunicação não verbal” (referido por 2 EFOA e 1 ETF) são mencionadas por ambos os grupos de estudantes. O “apontar” foi apenas referido por EFOA (n=2). As “estratégias de mudança do ambiente” são muito pouco referidas por ambos os grupos de estudantes (1 EFOA mencionou a “redução do ruído de fundo”). Também a “exemplificação da ação pretendida” foi, à semelhança dos PS, mencionada (1 EFOA).

2.5.3 Estratégias para reconhecer a competência da pessoa com afasia

2.5.3.1 Profissionais de saúde

As estratégias utilizadas pelos PS para reconhecer a competência das PCA encontram-se na tabela do apêndice 14, seguindo as categorias definidas por Cameron et al. (2015). As estratégias mais referidas pelos PS, de ambas as áreas, foram a “explicação/contextualização da situação” e o “reforço positivo”, duas estratégias referidas por todos os PS não previstas nas categorias definidas por Cameron et al. (2015) (12 TF e 35 OPS citaram a primeira estratégia; 11 TF e 31 OPS a segunda). A “adequação das atividades em função dos interesses e dificuldades da PCA”, bem como a “demonstração de interesse/disponibilidade” foram igualmente referidas (7 TF e 6 OPS referiram a primeira estratégia; 1 TF e 14 OPS a segunda). A “comunicação total”, a “ajuda psicológica” e o “tratamento da PCA como uma pessoa competente” foram outras estratégias acrescentadas por TF (1 TF por estratégia). Independentemente da área profissional, as segundas estratégias mais referidas foram as “estratégias de comunicação verbal”, nomeadamente “dar tempo à PCA para responder” (17 TF e 20 OPS), “empatia” (12 OPS), “discussão de assuntos com a PCA” (2 TF e 13 OPS) e “tomar a responsabilidade na conversação” (2 TF e 9 OPS). As “questões S/N” e “simplificação da linguagem” foram as únicas estratégias mencionadas por OPS (n=3). Já o “pedido para a PCA dizer o mesmo de outra forma” e a “diminuição do débito verbal” foram estratégias unicamente referidas pelos TF (n=3). As “estratégias de informação visual” são as segundas mais referidas por todos os PS, nomeadamente “o uso de imagens/símbolos”, a “escrita”, a “utilização de CAA” e ainda o “uso de quadros de comunicação”; o “desenho” foi mencionado apenas por OPS. As “estratégias físicas”, especificamente os “gestos” são outra das estratégias mencionadas, por todos os PS; o “aceno de cabeça” foi também citado, mas apenas por OPS. Por fim, as “estratégias de mudança do ambiente” foram as menos referidas, sendo o “uso de notas/cadernos” e “pistas visuais” referido por todos os PS; as restantes estratégias (“perguntar a um TF”, “ter a família por perto” e a “adequação da linguagem”) foram mencionadas apenas por OPS.

2.5.3.2 Estudantes finalistas de profissões de saúde

As estratégias mais referidas pelos EF foram estratégias não propostas por Cameron et al. (2015), presentes na tabela do apêndice 15, nomeadamente o “reforço positivo” (4 estudantes de Terapia da Fala e 2 EFOA) e a “explicação/ contextualização da situação” (1 estudante de Terapia da Fala e 3 EFOA). Em seguida, as estratégias mais indicadas foram as “estratégias de comunicação verbal”, especificamente “empatia” (referida por estudantes de Terapia da Fala e EFOA), “dar tempo para responder” (referida por 3 EFOA) e a “utilização de palavras-chave” (referidos apenas por 2 EFOA).

2.6 Confiança na comunicação com a pessoa com afasia

2.6.1 Profissionais de saúde

Quando confrontados com a afirmação “O conhecimento e competências que possuo fazem-me sentir confiante na comunicação com a pessoa com afasia”, a maioria dos PS (n=97; 49,24%) respondeu que concordava com a mesma e 22 (11,17%) concordavam totalmente. Contudo, 68 (34,52%) referiram que discordavam e 10 (5,08%) discordavam totalmente (figura 5) com a mesma.

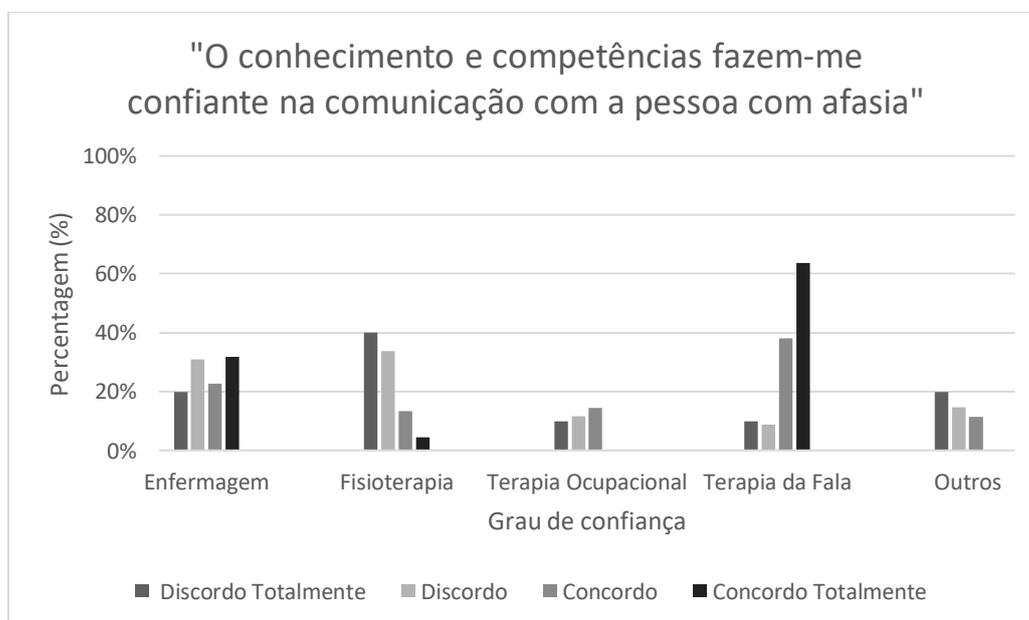


Figura 5- Relação entre conhecimento e confiança na comunicação com a pessoa com afasia (profissionais de saúde)

Os participantes que discordavam desta afirmação, referiram que o principal motivo porque o faziam era o desconhecimento de estratégias/ falta de informação sobre esta temática (n=60; 30,46%), a convicção de que existem outros profissionais de saúde mais capacitados para lidar com estas questões (n=49; 24,87%), o facto da comunicação (n=49; 24,87%) e da afasia (n=33; 16,75%) serem processos complexos.

2.6.2. Estudantes finalistas de profissões de saúde

Dos EF, 2 (7,69%) concordaram totalmente e 12 (46,15%) concordaram que o conhecimento e competências acerca da temática da comunicação com as PCA os fazem sentir-se competentes nesse mesmo processo. Contudo, 12 EF responderam que discordavam desta afirmação, sendo que nenhum discordou totalmente.

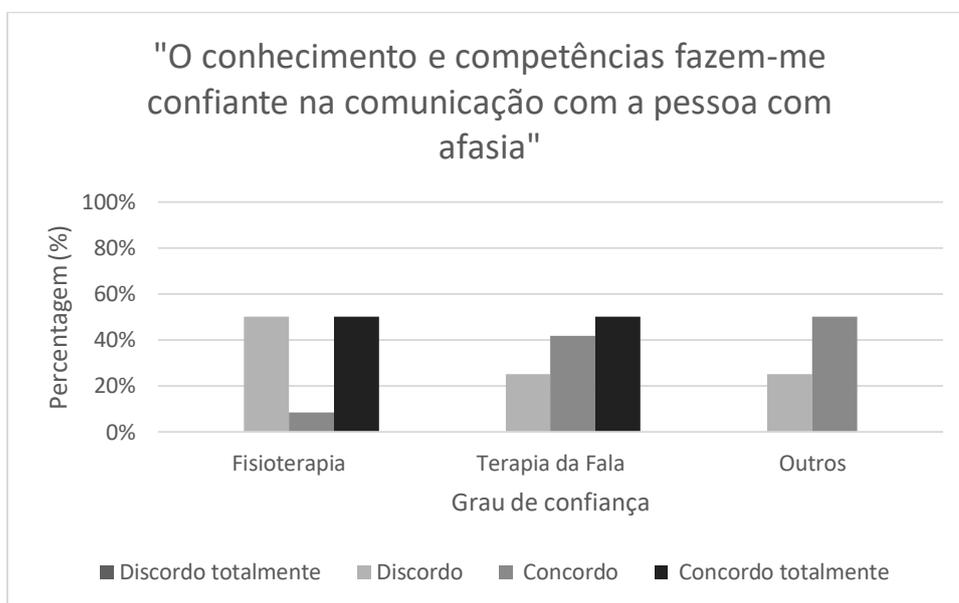


Figura 6- Relação entre conhecimento e confiança na comunicação com a pessoa com afasia (estudantes finalistas)

À semelhança dos PS, o principal motivo pelo qual os EF discordaram desta afirmação deve-se ao desconhecimento de estratégias/ falta de informação sobre esta temática (n=10; 38,46%), convicção de que existem outros PS mais capacitados para lidar com estas questões (n=7; 26,92%), que a comunicação (n=7; 26,92%) e a afasia (n=7; 26,92%) são processos complexos.

2.7 Fatores mais relevantes na comunicação com a pessoa com afasia

2.7.1 Profissionais de saúde

Quando questionados sobre os fatores mais importantes na comunicação com a PCA, os PS referiram “disponibilidade de tempo” (n=168;84,4%), “predisposição dos PS” (n=158, 82,3%), “predisposição do utente” (n=133, 69,3%) e “disponibilidade de recursos materiais” (n=82, 42,7%). Foram ainda referidos “o conhecimento” (n=5; 2,5%), “paciência, altruísmo e solidariedade e empatia” (n=1; 0,5%), “suporte e disponibilidade das famílias” (n=1; 0,5%), contexto (n=1; 0,5%), empatia (n=1; 0,5%) e a falta de interesse e noção do impacto da afasia (n=1; 0,5%) (figura 7).

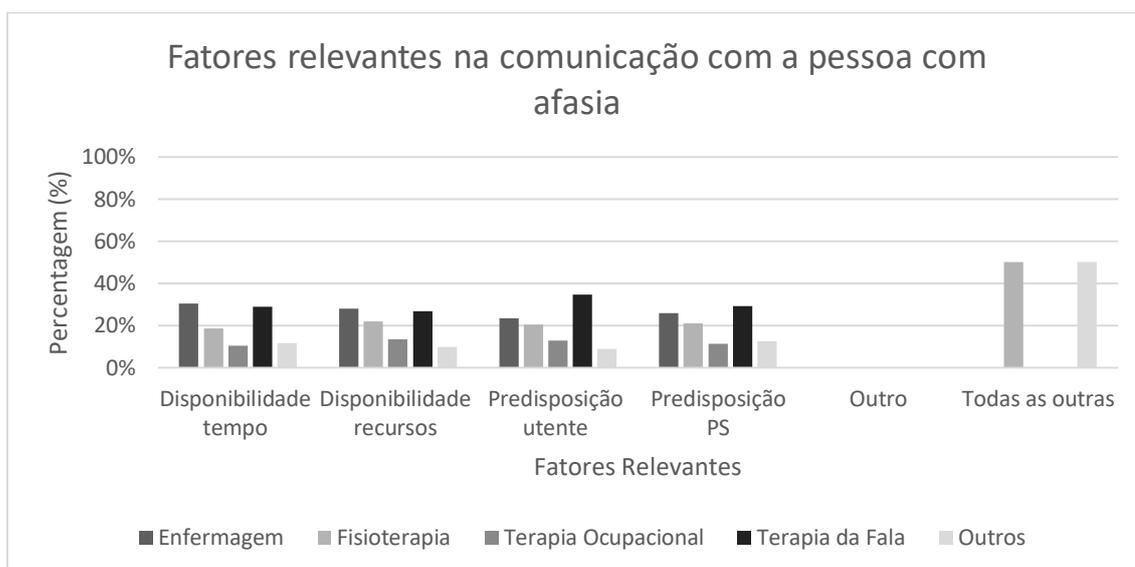


Figura 7- Fatores mais relevantes na comunicação com a pessoa com afasia (profissionais de saúde)

2.7.2 Estudantes finalistas de profissões de saúde

Relativamente aos EF, 21 (80,8%) responderam que o fator mais relevante na comunicação com as PCA é a “predisposição do profissional de saúde”, 17 (65,4%) a “disponibilidade de tempo”, 16 (61,5%) a “predisposição do utente”, 9 (34,6%) a “disponibilidade de recursos materiais”, e, por fim, todos os fatores anteriormente mencionados foram referidos por 2 (7,7%) EF (figura 8).

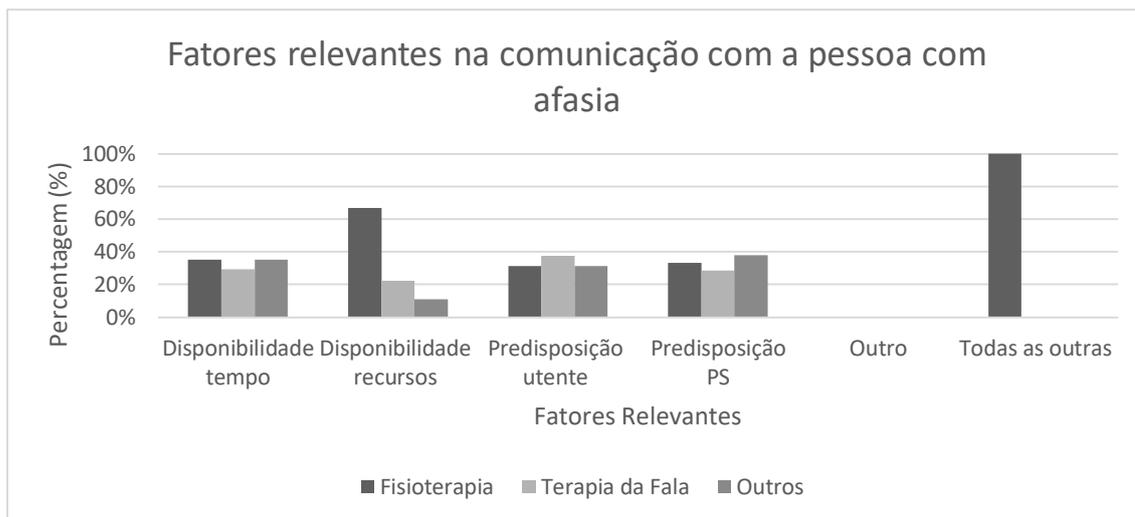


Figura 8- Fatores mais relevantes na comunicação com a pessoa com afasia (estudantes finalistas)

2.8 (In) formação acerca da comunicação com a pessoa com afasia

2.8.1 Profissionais de saúde

Dos PS, 153 (77,7%) responderam que já procuraram informação sobre este tema, nomeadamente através de outros PS (n=128; 64,9%), de artigos científicos (n=120; 60,9%), páginas de *internet* (n=79; 40,1%) e jornais e revistas (n=26; 13,2%). Contudo, apenas 60 (30,5%) responderam que já frequentaram formação específica nesta área, sendo que a modalidade mais referida foram outras, nomeadamente formações internas ou testemunhos de PCA (n=13; 70,6%), as ações de formação (n=36; 18,27%), *workshops* (n= 26; 13,2%), congressos (n=22; 11,17%), jornadas (n=17; 8,6%), seminários (n=17; 8,6%) e pós-graduações (n=7; 3,5%)- ver figura 9.

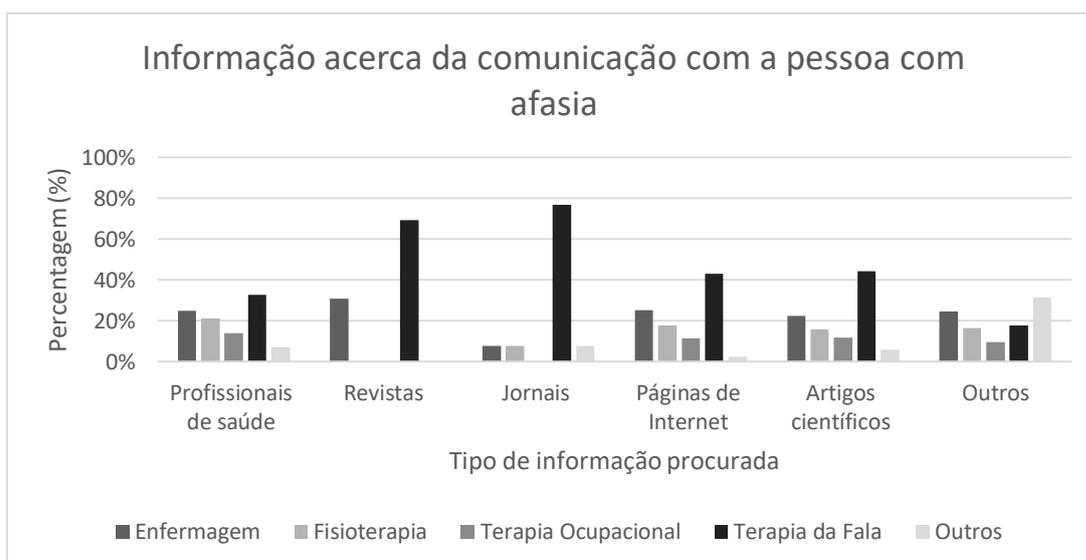


Figura 9- Tipo de informação procurada (profissionais de saúde)

2.8.2. Estudantes finalistas de profissões de saúde

Dos EF, 13 (50%) responderam que já procuraram informação sobre este tema, nomeadamente através da consulta de PS (n=12; 46,2%), artigos científicos (n=12; 46,2%) e outras formas de informação (n=12; 46,2%), páginas de internet (n=5), jornais (n=2; 7,7%) e revistas (n=1; 3,9%). Quando questionados sobre a procura de formação sobre o tema, apenas 7 (26,92%) responderam já o ter feito, nomeadamente através de outras formas de formação (n=19; 73,1%), jornadas (n=5; 19,2%), *workshops* (n=2; 7,9%) ou ações de formação (n=2; 7,7%). Nenhum dos EF respondeu que já frequentou congressos (figura 10).

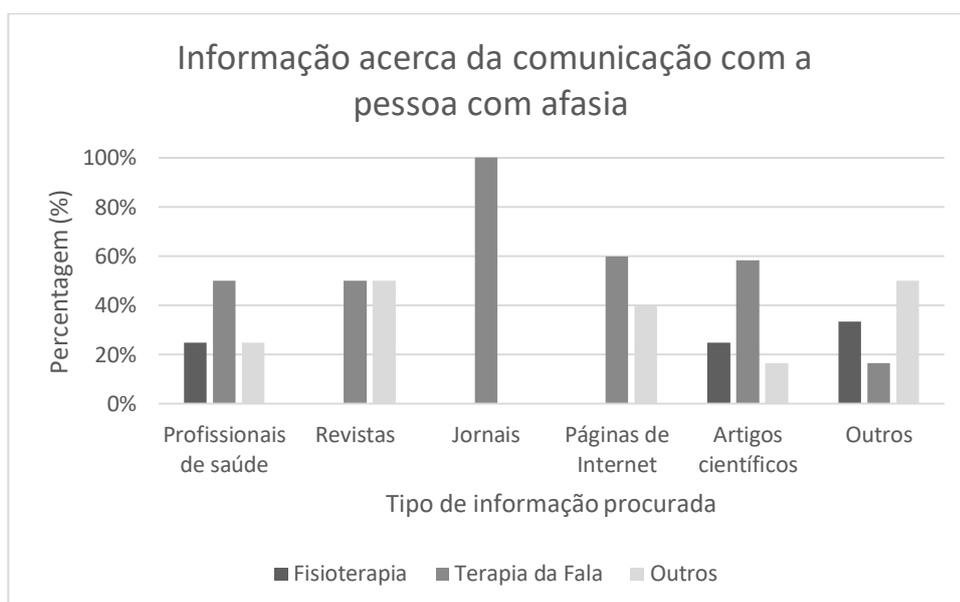


Figura 10- Tipo de informação procurada (estudantes finalistas)

CAPÍTULO V: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1 Inclusão da comunicação com a pessoa com afasia como temática em unidades curriculares dos cursos de saúde

Neste estudo, observou-se que a maioria dos inquiridos abordaram o tema da comunicação com as PCA nas suas formações base, contudo apenas o fizeram parcialmente em algumas UC. Apesar da formação de estudantes acerca de temas como este ser considerado um desafio, vários autores defendem que o tema da afasia deverá ser ministrado na graduação base dos PS. Este conhecimento parece ser essencial para constituir futuros PS socialmente conscientes, melhorar e monitorizar a própria intervenção, e visar a qualidade de vida dos seus utentes (Glista & Pollens, 2007; Jagoe & Roseingrave, 2011; Hersh & Cruice, 2010).

2 Conhecimento acerca da afasia

Os inquiridos neste estudo demonstraram, na sua maioria, possuir um conhecimento adequado mas superficial, sobre a afasia, sendo que nalguns casos esse conhecimento revelou-se desajustado. A maioria dos PS definiu a afasia como uma “perturbação de linguagem” (n=124; 62, 94%) ou como uma “perturbação da comunicação” (n=109; 55,33%). OPS e EFOA que não TF definiram-na ainda como uma “alteração de fala”. Estes dados estão em desacordo com a literatura, no sentido em que a amostra deste estudo revelou estar mais informada sobre este tema do que o esperado. No estudo de Guinan & Carroll (2018), 40% dos inquiridos (PS) referem-se à afasia como uma dificuldade de fala e apenas 13,3% a um problema de linguagem. Contudo, segundo Sherratt (2011), apesar de ter existido um aumento de 400% da abordagem, nomeadamente mediática, deste tema, entre 1999 e 2009, a informação veiculada continua a ser escassa e pouco detalhada (Guinan & Carroll, 2018; Sherratt, 2011). Mesmo as pessoas mais relacionadas com a PCA (nomeadamente familiares e amigos) possuem ainda pouco conhecimento acerca deste tema (Flynn, L., Cumberland, A., & Marshall, 2009).

3 Estratégias utilizadas pelos estudantes e profissionais de saúde para facilitar a comunicação com a pessoa com afasia

3.1 Estratégias facilitadoras da expressão e da compreensão

Quando questionados sobre quais as estratégias de comunicação utilizadas com as PCA, as “estratégias físicas” foram das mais referidas, quer para facilitar a compreensão, quer para facilitar a expressão. Neste âmbito, uma das estratégias mais utilizadas pelos PS e EF foram os “gestos”. Segundo Souza & Arcuri (2014), todos os enfermeiros e técnicos de enfermagem referiram recorrer a esta estratégia para comunicar com utentes no pós-AVC. Também no estudo de Cameron et al. (2015), o gesto é a terceira estratégia mais utilizada, com uma percentagem de 18%. Rose, Mok, & Sekine (2016) salientam também a relevância desta estratégia, e indicam-na não só como um suporte à comunicação, mas também como um objetivo de intervenção em determinados tipos de afasia.

As “estratégias de comunicação verbal” parecem assumir um papel preponderante para os PS e EF, o que poderá acontecer pela tendência de utilização da forma verbal de comunicação, quase de forma inconsciente, pelo ser humano (Rottermund & Knapik, 2011).

O recurso à “escrita” foi igualmente uma das estratégias mais mencionadas pelos PS e EF (21,52% dos PS e EF referiram-na como facilitadora da expressão, e 17,94% como facilitadora da compreensão) o que também se verificou no estudo de Souza & Arcuri (2014). Neste, a totalidade dos enfermeiros envolvidos utilizaram papel e caneta para comunicarem com os seus utentes. Também no estudo de Dalemans et al. (2009) esta estratégia é referida como sendo utilizada comumente em entrevistas com as PCA.

A “utilização de CAA/comunicação suportada” parece ser uma estratégia frequentemente utilizada, mas em menor escala relativamente às restantes, com cerca de 14% dos participantes a mencionar o “uso de cartões e tabelas de comunicação”. Hickey, Bourgeois, & Oslwang (2004), Horton et al. (2016) e Kagan et al. (2001) referem que este tipo de comunicação capacita as PCA e os seus PC na construção de uma comunicação efetiva.

A “espera estruturada” é também uma das estratégias mencionadas (quer para a expressão da PCA quer para a compreensão). Este facto está em acordo com estudos já efetuados, que indicam esta estratégia como uma das mais básicas para a comunicação com estes utentes (Dalemans et al., 2009; Hemsley, Werninck, & Worrall, 2013).

No que concerne às estratégias relacionadas com “mudanças ambientais”, estas revelaram ser pouco utilizadas por parte dos PS e EF incluídos neste estudo. Este facto parece estar em acordo com a literatura disponível, que refere que as PCA, contrariamente aos seus PC, valorizam todos os componentes da CIF, inclusive os fatores ambientais, referidos por cerca de 22% dos utentes (Wallace et al., 2016). Kagan (1998) e Kagan et al. (2001) argumentam que as mudanças ocorridas no contexto (que começa nos PC) têm impacto direto nas PCA sendo importante ocorrer uma mudança de paradigma nesse sentido, através de abordagens como a SCA, onde as mudanças no PC assumem um papel preponderante para a revelação das competências e necessidades destes utentes. Esta modificação terá impacto a diferentes níveis, entre os quais na participação da PCA, na sua qualidade de vida e no sucesso interventivo (Kagan et al., 2001).

Interessa ainda referir que a maioria das estratégias mencionadas como facilitadoras da expressão foram também citadas como facilitadoras da compreensão. Outro dado curioso é que “falar alto” foi uma estratégia referida por TF, mas que é desadequada à comunicação com a PCA, uma vez que o aumento de intensidade vocal não favorece os processos de descodificação (AVC, 2020). A referência a estratégias inadequadas ou mesmo a não discriminação das mesmas em função dos objetivos podem ser reflexo da falta de conhecimento acerca das estratégias específicas a utilizar para comunicar com estes utentes, bem como desconhecimento acerca da própria afasia, o que reflete a necessidade de maior formação a este nível.

Na generalidade, as estratégias utilizadas por EF e PS, mesmo sendo da área de TF, são as mesmas comparativamente às restantes áreas profissionais. Muitas vezes o ensino é essencialmente teórico, pelo que um maior contacto direto com as PCA poderia favorecer uma melhor compreensão das estratégias a utilizar de forma mais adequada.

3.2 Estratégias para reconhecer a competência da pessoa com afasia

O “reforço positivo” foi das estratégias mais mencionadas por PS e EF deste estudo como algo facilitador do reconhecimento da competência das PCA. No estudo de Rose, Mok, & Sekine (2016) é dada relevância a este aspeto; contudo, esta estratégia não tem como propósito o reconhecimento da competência das PCA, dado que não consta das estratégias propostas por Kagan (1998). Como já referido, as estratégias propostas na SCA centram-se sobretudo na inclusão das PCA na conversação, e não no reforço positivo sempre que esta consegue comunicar eficazmente (Kagan, 1998).

Concomitantemente, a “espera estruturada” foi outra das estratégias mais referidas. Esta é uma estratégia comumente usada por PS, com uma taxa de utilização na ordem

dos 25% (Cameron et al., 2015; Dalemans et al., 2009). Contudo, uma vez mais esta é uma estratégia que não permite reconhecer competências, sendo, portanto, desadequada a este objetivo.

Outra das estratégias mais citadas trata-se da “atribuição de responsabilidade à PCA”, nomeadamente no ato de conversação (através de aspetos como a definição do tema de conversa ou a iniciação desta). Num estudo efetuado por Galliers et al. (2012) algumas PCA têm um papel ativo no desenvolvimento de uma tecnologia para outras PCA. No final da conceção da mesma, estas referem sentir-se muito mais confiantes.

A “empatia” é outra das estratégias mais referidas. De facto, esta é essencial, sendo também entendida como um dos alicerces principais no processo interventivo, uma vez que permite compreender e prever as emoções, sentimentos e pensamentos do outro (Hailpern, Danilevsky, Harris, Karahlios, & Dell, 2011). Liechity & Heinzekehr (2007) acrescentam que a empatia é uma necessidade constante para estes utentes, bem como para a sua integração na vida social.

A “contextualização e consciencialização para a sua situação clínica” é referida por 46 dos inquiridos, o que parece não estar de acordo com a literatura. Apesar da sua importância para o sucesso interventivo, muitas das PCA não são informadas acerca da sua condição nem da intervenção que realizam. Rose et al. (2009) avançam que apenas 34% das PCA admitem já ter recebido informação acerca da afasia e do AVC.

À semelhança das estratégias facilitadoras da expressão e compreensão, pode verificar-se que muitas das estratégias mencionadas pelos participantes como reveladoras de competências não estão adequadas a este objetivo. Este facto pode ser, igualmente, consequência da falta de informação acerca deste tema. Na generalidade, as estratégias utilizadas por EF e PS, mesmo sendo de TF, são as mesmas.

4 Confiança na comunicação com a pessoa com afasia

No presente estudo, cerca de 50% dos PS e EF referiram que concordam com a relação entre conhecimento e confiança no ato da comunicação com as PCA. De facto, a confiança na comunicação com a PCA está intrinsecamente relacionada com o grau de conhecimento sobre esta temática, bem como pelo treino obtido para a comunicação com estes utentes (Cameron et al., 2015; Kagan et al., 2001). Segundo Cameron et al. (2015), os níveis de confiança na comunicação com PCA antes e depois da existência

de formação é bastante diferente. Depois da capacitação dos PS, estes ficam mais disponíveis para a comunicação com as PCA, implementam mais estratégias para facilitar a mesma e, acima de tudo, mudam o seu paradigma, passando a utilizar outro tipo de estratégias não tão usuais, nomeadamente as que envolvem mudanças no ambiente (Cameron et al., 2015).

5 Fatores mais relevantes na comunicação com a pessoa com afasia

Segundo os PS inquiridos, o fator mencionado como mais relevante na comunicação com a PCA foi a “disponibilidade de tempo” (n=162; 82,23%), o que vai ao encontro da literatura. Segundo Sekhon, J. K., Douglas, J., & Rose (2015), esta é definida como uma barreira chave da comunicação, assim como a disponibilidade de profissionais e competências para intervir com as PCA. A atribuição de uma relevância tão elevada por parte dos PS poderá dever-se ao facto das sessões de intervenção terem uma duração e/ou frequência reduzida.

No caso dos EF, a “predisposição do PS” dominou as respostas obtidas. Atendendo à bidirecionalidade da comunicação, bem como à responsabilidade dos PS na integração do utente no processo interventivo, será fácil de compreender a importância atribuída por estes participantes a este fator (Rottermund & Knapik, 2011). Carragher et al. (2020) acrescentam que quem está em contacto clínico com a PCA admite que é possível “desbloquear” a mensagem do utente (ainda que seja por vezes difícil), ou seja, reconhece a sua predisposição para a comunicação como fator determinante para a mesma.

Outro fator mais mencionado, por PS e EF, foi a “predisposição do utente”. A relevância atribuída a este fator pelos participantes deste estudo está de acordo com a literatura, que refere que a afasia é uma perturbação que, pelas dificuldades comunicativas que acarreta, leva a que os utentes tendencialmente não se envolvam tanto na intervenção e conversação com o PS com os demais (Prior, Miller, Campbell, Linegar, & Peterson, 2020). Por este motivo, e atendendo à dualidade do processo interventivo, será compreensível a relevância deste fator (Rose et al., 2009).

6 In (formação) acerca da comunicação com a pessoa com afasia

Neste estudo, mais de 50% dos PS e EF já procuraram formação e informação sobre a comunicação com a PCA. Em termos de informação, os EF e PS procuram-na essencialmente através de outros PS, seguido de artigos científicos e páginas de Internet. Quanto à formação, apenas 30% dos PS e 27% dos EF participantes neste estudo referem ter frequentado formação sobre a temática da comunicação com a PCA. Relativamente aos EF, este é um dado preocupante, uma vez que é essencial o treino dos mesmos para a comunicação com estes utentes. Back et. al (2007), Bowyer et. al (2010), Egnew et al. (2004) e Tulskey (2005) referem que, instituições de ensino superior que treinam os seus estudantes para a comunicação com estes utentes, demonstram eficácia deste mesmo treino. Importa realçar que os estudantes, em geral (incluindo os de TF), possuem ansiedade e pouca confiança no momento da comunicação com as PCA (Jagoe & Roseingrave, 2011; Finch et al., 2013). Após formação/treino, estes revelam ser capazes de utilizar mais estratégias e introduzir novas ideias na conversação, tornando-as mais eficazes (Saldert, Forsgren, & Hartelius, 2016; Jagoe & Roseingrave, 2011; Wilkinson et al., 2013). Segundo Rahman, Noorbaya, & Haris (2020) a aprendizagem dos EF é influenciada por fatores internos e externos (nomeadamente o ensino). Este deve permitir desenvolver ferramentas para que estes se sintam o mais confiantes possível na interação com o seu utente, o que apenas se consegue através de formação teórica e prática (Rahman et al., 2020).

Saldert, Forsgren, & Hartelius (2016) acrescentam ainda as consequências que a ausência de formação e informação acarretam para a própria intervenção. Uma vez que a comunicação com os utentes fica comprometida, estes não conseguem expressar as suas necessidades (Williams, Davis, Parker, & Weiss, 2002). Além disso, poderão não cumprir as orientações dadas, por não compreenderem o que lhes é transmitido (Williams et al., 2002; Ziviani, J., Lennox, N., Allison, H., Lyons, M., & Del Mar, 2004). Por outro lado, põe-se em causa também a prática centrada no utente, que pressupõe a sua valorização desde a delimitação do plano de intervenção até à sua implementação (Health & Care, 2016).

7 Limitações do estudo

Este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente a obtenção de uma amostra reduzida, se analisada por área profissional. A adesão a este questionário foi reduzida, pelo que se tornou difícil a generalização de muitas das conclusões encontradas. A fraca

colaboração na divulgação do questionário foi outra das limitações, e está relacionada com a dificuldade de obtenção de respostas das organizações/instituições contactadas (algumas rejeitaram a divulgação do estudo por ser externo à instituição). Em adição, fatores como a extensão do questionário, bem como o facto de alguns dos PS (nomeadamente TF) ainda não trabalharem diretamente com pessoas com afasia na sua prática clínica, poderão ter contribuído para uma baixa elegibilidade de profissionais de saúde. O número de PS, nomeadamente de áreas como a Medicina, TO, IMR e outros cursos de TSDT foi menor do que o desejável, pelo que inviabilizou a retirada de conclusões mais aprofundadas sobre as diversas questões abordadas. Paralelamente, o número de TF que responderam ao questionário ficou abaixo do expectável, o que também limitou a comparação deste grupo profissional com os demais.

O facto de o questionário ser apresentado na modalidade *online* levanta (apesar das vantagens desta modalidade) algumas desvantagens, nomeadamente a impossibilidade de esclarecimento imediato de dúvidas inerentes ao seu preenchimento (o que pode levar à sua desistência neste processo), bem como a dificuldade em incentivar os participantes na resposta ao mesmo.

A existência de informação escassa ou mesmo inexistente sobre este tema, para o contexto português, é outra desvantagem, uma vez que para a discussão dos resultados não foram utilizados dados referentes à realidade portuguesa.

CAPÍTULO VI: CONCLUSÕES

O presente estudo permitiu obter uma visão global sobre as estratégias, conhecimento e a in (formação) tidos por PS e EF sobre a comunicação com a PCA.

Foi também possível concluir que os participantes deste estudo utilizam tendencialmente as mesmas estratégias (nomeadamente gestos, imagens/ símbolos, redução do débito verbal, a utilização de um discurso claro e conciso e a escrita/ desenho) para diversas finalidades distintas (a de melhoria da compreensão, expressão e o reconhecimento de competências), o que poderá indicar ausência de conhecimento ou existência de conhecimento pouco aprofundado acerca deste tema.

O mesmo acontece ainda relativamente ao conhecimento sobre a afasia. Os resultados obtidos foram relativamente satisfatórios, sendo a afasia considerada maioritariamente como uma perturbação da componente linguística e comunicativa dos indivíduos que a apresentam. Contudo, alguns PS manifestaram um conhecimento pouco adequado do assunto.

Em termos de formação na área, foi possível concluir que a maioria dos PS e EF possuem como formação de base pelo menos parte de uma UC sobre este tema; contudo é transversal a PS e EF a necessidade explícita de mais formação. Esta lacuna apenas poderá ser superada, no caso dos estudantes, através de mais estágios curriculares que permitam a avaliação e intervenção junto de utentes com esta perturbação, ou a prática com simulação recorrendo a utentes atores. No caso de PS e EF, com mais formações de cariz prático e/ou teórico-prático, igualmente com recurso à simulação, e o desenvolvimento de *workshops* onde participem PCA.

Face aos dados obtidos, denota-se igualmente a necessidade premente de maior informação sobre a área da comunicação com a PCA na licenciatura, mas também nos restantes níveis de ensino/aprendizagem em áreas de saúde. Assim, sugere-se maior abertura por parte das escolas de ensino superior na disponibilização de maior (in) formação sobre o tema, ministrada pelos profissionais mais habilitados para o efeito, nomeadamente TF, que deverão ter um papel mais ativo na divulgação e esclarecimento desta perturbação. Atendendo ao envelhecimento da população portuguesa e ao número crescente de casos de afasia em Portugal, também na população jovem/ adulta, é imperativo que este tema seja ministrado na formação de base de PS, devendo os mesmos ser reequacionados.

Como trabalhos futuros, considera-se relevante a obtenção de mais dados junto de estudantes de profissões de saúde (uma vez que se foram escassos os estudantes participantes neste estudo).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2020). Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica. Retrieved from <http://www.acss.min-saude.pt/2016/07/22/tecn-diag-e-terapeutica/>
- Alexandre, N., & Coluci, M. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>
- Ângera, D. (2011). *Comunicação dos alunos do 3º Ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa com o Doente Afásico*. Universidade Fernando Pessoa.
- Anhang Price, R., Elliott, M., Zaslavsky, A., Hays, R., Lehrman, W., Rybowski, R., ... Cleary, P. (2014). Examining the Role of Patient Experience Surveys in Measuring Health Care Quality. *Medical Care Research and Review*, 71(5), 522–554. <https://doi.org/10.1177/1077558714541480>
- Annet, M. (1975). Hand preference and the laterality of cerebral speech. *Cortex* 1975, 11, 305–328.
- Ardila, A. (2006). *Las Afasias*. Florida International University.
- ASHA. (n.d.-a). Definition of Communication and appropriate targets. Retrieved March 17, 2020, from [JC/Definition-of-Communication-and-Appropriate-Targets/](http://www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Spoken-Language-Disorders/Language-In--Brief/)
- ASHA. (n.d.-b). Language in Brief. Retrieved May 3, 2020, from <https://www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Spoken-Language-Disorders/Language-In--Brief/>
- AVC, A. (2020). O que é afasia? Retrieved from <https://www.acaoavc.org.br/pacientes-e-familiares/vida-apos-avc/limitacao-cognitiva-pos-avc/o-que-e-afasia>
- Back, A., Arnold, R., Baile, W., Frye-Edwards, K., Alexander, S., & Barley, G., Gooley, T., & Tulskey, J. (2007). Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Archives of Internal Medicine*, 167, 453–460.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo* (Edições 70). Lisboa.
- Barros, C. (2016). *Os profissionais Cuidadores de Pessoas com Afasia em Unidades de Cuidados Continuados*. Instituto Politécnico de Leiria.
- Bartlett, G., Blais, R., Tamblyn, R., Clermont, R., & MacGibbon, B. (2008). Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care settings. *Canadian Medical Association Journal*, 1555–1562.
- Batistini, H., Bianchini, C., De Oliveira, I. C., Grazziano, E. da S., & Machado, R. (2017). The importance of health professionals communication for patient safety: narrative review. *Nurse Care*, 4(2), 382–383. Retrieved from <https://medcraveonline.com/NCOAJ/NCOAJ-04-00102.pdf>
- Baxter, P. E., Pfaff, K. A., Jack, S. M., & Ploeg, J. (2014). Exploring new graduate nurse confidence in interprofessional collaboration: A mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.01.001>

- Berko Gleason, J. (2005). *The development of language* (6th editio). Pearson Education.
- Beukelman, D., & Mirenda, P. (2013). *Augmentative and Alternative Communication: Supporting Children & Adults with Complex Communication Needs* (4th Editio). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing. Retrieved from <https://www.asha.org/NJC/Definition-of-Communication-and-Appropriate-Targets/>
- Boaro, C., Andreolli, A., Velji, K., & Baker, R. (2010). Using SBAR to improve communication in interprofessional rehabilitation teams. *Journal of Interprofessional Care*, 24, 11–114. <https://doi.org/10.3109/13561820902881601>
- Bohra, V., Khwaja, G. A., Jain, S., Duggal, A., Ghuge, V. V., & Srivastava, A. (2015). Clinicoanatomical correlation in stroke related aphasia. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 18, 424–429. <https://doi.org/10.4103/0972-2327.165469>
- Boller, F., Agrawal, K., & Romano, A. (2015). Sexual function after strokes. *Handb Clin Neurol*, 130, 289–295.
- Bowyer, M., Hanson, J., Pimentel, E., Flanagan, A., Rawn, L., & Rizzo, A., Ritter, M., & Lopreiato, J. (2010). Teaching breaking bad news using mixed reality simulation. *Journal of Surgical Research*, 159, 462–467.
- Brady, M., Kely, H., Godwin, J., & Enderby, P. (2012). Speech and language therapy for aphasia following stroke (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000425.pub3>.
- Brady, M., Kely, H., Godwin, J., Enderby, P., & Campbell, P. (2016). Speech and language therapy for aphasia following stroke (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000425.pub4>
- Burns, M. I., Baylor, C. R., Morris, M. A., & McNalley, T. E. (2012). Training healthcare providers in patient–provider communication: what speech-language pathology and medical education can learn from one another. *Aphasiology*, 26(5), 673–688.
- Cameron, A., Mc Phail, S. M., Hudson, K., Fleming, J., Lethlean, J., & Finch, E. (2016). A pre–post intervention study investigating the confidence and knowledge of health professionals communicating with people with aphasia in a metropolitan hospital. *Aphasiology*, 31(3), 359–374.
- 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, 148–155. <https://doi.org/10.1179/2050572814Y.0000000062>
- Cameron, Ashley. (2018). *Communication partner training delivered face-to-face and via telepractice with health professionals, health professional students and people with aphasia*. University of Queensland. Retrieved from https://espace.library.uq.edu.au/data/UQ_120355d/s4149208_final_thesis.pdf?dsi_version=06ef2189082dbeeb10402dd59d782996&Expires=1585573048&Key-Pair-Id=APKAJKNB4MJBjNC6NLQ&Signature=f6WBsTe3VwyCEBaj6Kn82zdNEi0IKSkNiGVePAD41FUjOLTwEded9icNQxrQzDEfEUtr5OQpS
- Carragher, M., Steel, G., O’Halloran, R., Torabi, T., Johnson, H., Taylor, N. F., & Rose, M. (2020). Aphasia disrupts usual care: the stroke team’s perceptions of delivering healthcare to patients with aphasia. *Disability and Rehabilitation*.

<https://doi.org/10.1080/09638288.2020.172264>

- Clark, P. G. (2014). Narrative in interprofessional education and practice: Implications for professional identity, provider–patient communication and teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, 28(1), 34–39. <https://doi.org/10.3109/13561820.2013853652>
- Cruice, M., Worrall, L., & Hickson, L. (2010). Health-related quality of life in people with aphasia: Implications for fluency disorders quality of life research. *Journal of Fluency Disorders*, 35, 173–189.
- Dalemans, R., Van den Heuvel, W. J., & Witte, L. (2009). Facilitating the participation of people with aphasia in research: a description of strategies. *Clinical Rehabilitation*, 23, 948–959. <https://doi.org/10.1177/0269215509337197>
- Darrigand, B., Dutheil, S., Michelet, V., Rereau, S., Rousseaux, M., & Mazaux, J.-M. (2011). Communication impairment and activity limitation in stroke patients with severe aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 33(13–14), 1169–1178.
- Davis, P., Lay-Yee, R., & Briant, R. (2002). Adverse events in New Zealand public hospitals. I: occurrence and impact. *New Zealand Med*, 115–271.
- Direção Geral da Saúde, & Organização Mundial da Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Lisboa. Retrieved from <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/documentos-para-download/classificacao-internacional-de-funcionalidade-incapacidade-e-saude-cif.aspx>
- Drummond, S. S. (2006). *Neurogenic communication disorders: Aphasia and cognitive communication disorders*. (I. Springfield, Ed.). Charles c. Thomas, Publisher, LTD.
- Egnew, T., Mauksch, L., Greer, T., & Farber, S. (2004). Integrating communication training into a required family medicine clerkship. *Academic Medicine*, 79, 737–743.
- Engelter, S., Gostynski, M., Papa, A., Frei, M., Born, C., & Ajdacic-Gross, V. (2006). Epidemiology of aphasia attributable to first ischemic stroke: incidence, severity, fluency, etiology, and thrombolysis. *Stroke* 2006, 37, 1379–1384.
- Finch, E., Fleming, J., Hudson, K., Brown, K., McPhail, S., & Cameron, A. (2013). The confidence of speech-language pathology students regarding communicating with people with aphasia: An observational study. *BMC Medical Education*, 13, 1–8. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-92>
- Flynn, L., Cumberland, A., & Marshall, J. (2009). Public knowledge about aphasia: A survey with comparative data. *Aphasiology*, 393–401. <https://doi.org/10.1080/02687030701828942>
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação - Da concepção à realização*. (Lusociência, Ed.). Loures.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. (Lusodidacta, Ed.). Loures.
- Francielle, F., & Socha, K. (2013). Compreensão e encaminhamentos da afasia pelo profissional docente.
- Galliers, J., Wilson, S., Roper, A., Cocks, N., Marshall, J., Muscroft, S., & Pring, T. (2012). Words are not enough: empowering people with aphasia in the design

- process. *Proceedings of the 12th Participatory Design Conference on Research Papers*, 1.
- Glista, S. O., & Pollens, R. D. (2007). Educating clinicians for meaningful, relevant, and purposeful aphasia group therapy. *Topics in Language Disorders*, 27(4), 351–371. Retrieved from <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10805-011-9140-5.pdf>
- Greig, C.-A., Harper, R., Hirst, T., & Howe, T. (2008). Barriers and Facilitators to Mobile Phone Use for People with Aphasia. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 15(4), 307–324. <https://doi.org/10.1310/tsr1504-307>
- Guinan, N., & Carroll, C. (2018). An investigation of hospitality industry students' awareness and knowledge of aphasia Nicole Guinan and Clare Carroll. *Aphasiology*.
- Hailpern, J., Danilevsky, M., Harris, A., Karahlios, K., & Dell, G. (2011). ACES: promoting empathy towards aphasia through language distortion emulation software. *Hailpern, J., Danilevsky, M., Harris, A., Karahlios, K., Dell, G., & Hengst, J. (2011). ACES. Proceedings of the 2011 Annual Conference on Human Factors in Computing Systems - CHI '11.*
- Hallowell, B. (2017). *Aphasia and other language acquired neurogenic disorders: a guide for clinical excellence*. San Diego: Plural Publishing.
- Health, A. C. on S. and Q. in, & Care. (2016). *Patient-clinician communication in hospitals*.
- Hemsley, B., Werninck, M., & Worrall, L. (2013). "That really shouldn't have happened": People with aphasia and their spouses narrate adverse events in hospital. *Aphasiology*, 27(6), 706–722.
- Hickey, E., Bourgeois, M., & Oslwang, L. (2004). Effects of training volunteers to converse with nursing home residents with aphasia. *Aphasiology*, 625–637. <https://doi.org/10.1080/02687030444000093>
- Hill, A., Davidson, B., & Theodoros, D. (2010). A review of standardized patients in clinical education: implications for speech-language pathology programs. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 12, 259–270.
- Hiller, A., & Delany, C. (2018). Communication in physiotherapy: challenging established theoretical approaches, 28.
- Hiller, A., Guillemin, M., & Delany, C. (2015). Exploring healthcare models in private physiotherapy practice. *Patient Education and Counselling*, 7. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.07.029>
- Hoffman, J. M., Yorkston, K. M., & Shumway-Cook, A. (2005). Effect of communication disability on satisfaction with health care: a survey of Medicare beneficiaries. *American Journal of Speech and Language Pathology*, 14, 221–228.
- Holland, A. (1998). Why can't clinicians talk to aphasic adults? Comments on supported conversation for adults with aphasia: Methods and resources for training conversational partners. *Aphasiology*, 12(9), 844–847. <https://doi.org/10.1080/02687039808249578>
- Horton, S., Lane, K., & Shiggins, C. (2016). Supporting communication for people with aphasia in stroke rehabilitation: transfer of training in a multidisciplinary stroke team.

Aphasiology, 30(5), 629–656. <https://doi.org/10.1080/02687038.2014.100819>

- Howe, T., Worrall, L., & Hickson, L. (2008). Interviews with people with aphasia: Environmental factors that influence their community participation. *Aphasiology*, 22(10), 1092–1120.
- Jago, C., & Roseingrave, R. (2011). “If This is What I’m ‘Meant to be’...”: The Journeys of Students Participating in a Conversation Partner Scheme for People with Aphasia. *Journal Academic of Ethics*, 9, 127–148. <https://doi.org/10.1007/s10805-011-9140-5>
- Kagan, A. (1995). Revealing the competence of aphasic adults through conversation: a challenge to health professionals. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 2, 15–18.
- Kagan, A., & Gailey, G. F. (1993). Functional is not enough: Training conversation partners for aphasic adults. In *Aphasia Treatment: Worldperspectives* (pp. 199–225). San Diego: CA: Singular.
- Kagan, A. (1998). Supported conversation for adults with aphasia: methods and resources for training conversation partners. *Aphasiology*, 12(9), 816–830. <https://doi.org/10.1080/02687039808249575>
- Kagan, A., Black, S., Duchan, J., Simmons-Mackie, N., & Square, P. (2001). Training Volunteers as Conversation Partners Using “Supported Conversation for Adults With Aphasia” (SCA): A Controlled Trial. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 44, 624–638. <https://doi.org/10.1092-4388/01/4403-0624>
- Kagan, A., Podolsky, L., & Sherman, C. (2011). *Increasing life participation via ‘Supported Conversation for Adults with Aphasia’ (SCA)*.
- Knight, K., Worrall, L., & Rose, T. (2006). The provision of health information to stroke patients within an acute hospital setting: what actually happens and how do patients feel about it? *Topics in Stroke Rehabilitation*, 13, 78–97.
- Lahiri, D., Dubey, S., Ardila, A., & Ray, B. (2020). Factors affecting vascular aphasia severity. *Aphasiology*, (1–9). <https://doi.org/OI: 10.1080/02687038.2020.1712587>
- Laska, A., Hellblom, A., Murray, V., Kahan, T., & Von Arbin, M. (2001). Aphasia in acute stroke and relation to outcome. *J Intern Med*, 249, 413–422. <https://doi.org/10.1159/000329835>
- Le Dorze, G., & Signori, H. (2009). Needs, barriers and facilitators experienced by spouses of people with aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 32(13), 1073–1087. <https://doi.org/10.1031/09638280903374121>
- Leach, A., Cornwell, P., Fleming, J., & Haines, T. (2010). Patient centered goal-setting in a subacute rehabilitation setting. *Disability and Rehabilitation*, 32, 159–172.
- Leal, A. (2009). *Avaliação da Afasia pelos Terapeutas da Fala de Portugal*. Universidade de Aveiro.
- Liaw, S. Y., Zhou, W. T., Lau, T. C., Siau, C., & Chan, S. W. (2014). An interprofessional communication training using simulation to enhance safe care for deteriorating patient. *Nurse Education Today*, 34(2), 259–264. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.02.019>
- Liechty, J., & Heinzekehr, J. B. (2007). Caring for Those Without Words: A Perspective on Aphasia. *The Journal of Neuroscience Nursing*, 39(5), 316.

- Lima, J. T. S., Oliveira, D. S. T., Costa, T. F., Freitas, F. F. Q., Alves, S. R. P. e, & Costa, K. N. F. M. (2012). Therapeutic and nontherapeutic communication between Nurses and hospitalized elderly citizens. *Journal of Nursing UFPE OnLine*, 6(7), 1566–1575.
- Marshall, R., & English, L. (2004). Functional Strategies to Enhance Auditory Comprehension of Persons with Aphasia for Neurological Physical Therapists. *Journal of Neurological Physical Therapy*, 28(3), 138–144.
- Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12. Retrieved from http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23998/1/2008_12_2_62-66.pdf
- Mathers, C., Boerma, T., & Ma Fat, D. (2009). Global and regional causes of death. *Br Med Bull*, 92, 7–32.
- Matos, M. (2012). *Níveis de Actividade e Participação de Pessoas com Afasia: Desenvolvimento de Instrumentos de Avaliação Portugueses*. Universidade de Aveiro.
- McPhail, S., Beller, E., & Haines, T. (2008). Two perspectives of proxy reporting of health-related quality of life using the Euroqol-5d, an investigation of agreement. *Medical Care*, 46, 1140–1148.
- Medicine, I. of. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington DC: Author.
- Nadzam, D. M. (2009). Nurses`role in commucation and patient safety. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(3), 184–188. <https://doi.org/10.1097/01.NCQ.0000356905.87452.62>
- O`Halloran, R., Worrall, L., & Hickson, L. (2011). Environmental factors that influence communication between patients and their healthcare providers in acute hospital stroke units: an observational study. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 46, 30–47.
- OMS. (2008). Patient safety workshop. Learning from error. OMS.
- Organisations., I. A. of P. (2007). *What is patient-centred health care? A review of definitions and principles* (2nd editio). London: International Alliance of Patients' Organisations.
- Palka, T., & Puchowska-Florek, M. (2007). Choroby po udarze – rehabilitacja ruchowa i zaburzenia mowy, „Choroby Serca i Naczyń”, 4(2).
- Parr, S. (2004). *Living with severe aphasia: The experience of communication impairment after stroke*. Brighton: Pavilion Press.
- Parry, R., & Brown, K. (2009). Teaching and learning communication skills in physiotherapy: What is done and what should be done? *Physiotherapy* 95, 294–301. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2009.05.003>
- Pedersen, P. M., Jørgensen, H. S., Nakayama, H., Raaschou, H. O., & Olsen, T. S. (1995). Aphasia in acute stroke: Incidence, determinants, and recovery. *Annals of Neurology*, 38, 569–666. <https://doi.org/10.1002/ana.v38:4>
- Polit, D., & Beck, C. (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recomendations. *Research Nursing Health*, 29, 489–

- Pound, C., Duchan, J., Penman, T., Hewitt, A., & Parr, S. (2007). Communication access to organisations: Inclusionary practices for people with aphasia. *Aphasiology*, 21(1), 23–38. <https://doi.org/10.1080/02687030600798212>
- Prior, S., Miller, A., Campbell, S., Linegar, K., & Peterson, G. (2020). The Challenges of Including Patients With Aphasia in Qualitative Research for Health Service Redesign: Qualitative Interview Study. *Journal of Participatory Medicine*, 12(1). <https://doi.org/10.2196/12336>
- Rahman, F., Noorbaya, S., & Haris, F. (2020). Health Communication Model Based on Character Education to Improve University Student Achievement in Midwifery. *ICIET*.
- Rautakoski, P. (2011). Training total communication. *Aphasiology*, 25, 344–365.
- Rice, K., Kwarenstein, M., Conn, L. G., Kenaszchuk, C., Russell, A., & Reeves, S. (2010). An intervention to improve interprofessional collaboration and communications: A comparative qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, 24(4), 350–361. <https://doi.org/10.3109/13561820903550713>
- Rose, M., Mok, Z., & Sekine, K. (2016). Communicative effectiveness on pantomime gesture in people with aphasia. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 00(0), 1–11.
- Rose, T. A., Worrall, L., Hickson, L. M., & Hoffmann, T. C. (2011). Aphasia friendly written health information: content and design characteristics. *Journal of Speech and Pathology*, 13(4), 335–347. <https://doi.org/10.3109/17549507.2011.560396>
- Rose, T., Worrall, L., McKenna, K., Hickson, L., & Hoffmann, T. (2009). Do people with aphasia receive written stroke and aphasia information? *Aphasiology*, 23(3), 364–392. <https://doi.org/10.1080/02687030802568108>
- Ross, A., Winslow, I., Marchant, P., & Brumfitt, S. (2006). Evaluation of communication, life participation and psychological well-being in chronic aphasia: The influence of group intervention. *Aphasiology*, 20(5), 427–448. <https://doi.org/10.1080/02687030500532786>
- Rottermund, J., & Knapik, A. (2011). Verbal and non verbal communication in therapeutic process. *ResearchGate*. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/282947527_Verbal_and_non-verbal_communication_in_therapeutic_process/link/5623ff7f08ae93a5c92cb4d2/download
- Saldert, C., Forsgren, E., & Hartelius, L. (2016). Teaching medical students about communication in speech-language disorders: Effects of a lecture and a workshop. *International Journal of Speech-Language Pathology*.
- Salgueiro, J. (2014). *Dificuldades dos enfermeiros na comunicação com doentes afásicos*. Universidade do Porto.
- Schäffler, A., & Menche, N. (2004). *Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem: Manual para Enfermeiros e Outros Profissionais de Saúde*. (E. Lusociência, Ed.). Loures.
- Sekhon, J. K., Douglas, J., & Rose, M. L. (2015). Current Australian speech-language pathology practice in addressing psychological well-being in people with aphasia

- after stroke. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 17(3), 252–262.
- Sekhon, J., Oates, J., Kneebone, I., & Rose, M. (2019). Counselling training for speech–language therapists working with people affected by post-stroke aphasia: a systematic review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 0(0), 1–26.
- Sherratt, S. (2011). Written media coverage of aphasia: A review. *Aphasiology*, 1132–1152. <https://doi.org/10.1080/02687038.2011.577285>
- Simmons-Mackie, N., Kagan, A., O’Neill, C. C., Huljbrechts, M., McEwen, S., & Willems, J. (2011). Communicative access and decision making for people with aphasia: implementing sustainable healthcare systems change. *Aphasiology*, 21, 39–66.
- Simmons-Mackie, N., Raymer, A., Armstrong, E., Holland, A., & Cherney, L. (2010). Communication Partner Training in Aphasia: A Systematic Review. *Arch Physical Medicine Rehabilitation*, 91. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.08.026>
- SNS. (2016). Profissionais de Saúde. Retrieved from <https://diretiva.min-saude.pt/profissionais-de-saude/>
- SNS. (2019). Dia Mundial do AVC. Retrieved April 22, 2020, from <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/10/28/dia-mundial-do-avc-3/>
- Souza, R., & Arcuri, E. (2014). Estratégias de comunicação da Equipe de Enfermagem na afasia decorrente de acidente vascular encefálico. *Revista Escola Enfermagem USP*, 48(2), 292–298. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342014000020001>
- Teasell MD, R., & MBBS Hussein, N. (2013). *Clinical Consequences of Stroke* (16 edition).
- Teixeira, J. (2004). Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde- utentes. *Scielo*, 616–620.
- Tijanac, M., Duranovic, D., & Rudic, R. (2008). *Zdravstvena nega i savremeno sestrinstvo*. Beograd: Naučna KMD.
- Tulsky, J. (2005). Interventions to enhance communication among patients, providers, and families. *Journal of Palliative Medicine*, 8, 95–102.
- Valente, P. (2013). *Melhoria da comunicação entre a pessoa com afasia e o seu parceiro privilegiado de comunicação: análise dos efeitos de um programa de formação*. Universidade Católica Portuguesa. Retrieved from [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14697/1/tese melhoria da conversa PCA - PC \(Paula Valente 2014\).pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14697/1/tese%20melhoria%20da%20conversa%20PCA%20-%20PC%20(Paula%20Valente%202014).pdf)
- Vincent, C. A., & Coulter, A. (2002). Patient safety:What about the patient? *Qual Saf Health Care*, 11, 76–80.
- Wallace, S., Worrall, L., Rose, T., Le Dorze, G., Cruice, M., & Isaksen, J. (2016). Which outcomes are most important to people with aphasia and their families? an international nominal group technique study framed within the ICFWhich outcomes are most important to people with aphasia and their families? an international nominal group te. *Disability and Rehabilitation*.
- Welsh, J. D., & Szabo, G. B. (2011). Teaching nursing assistant students about aphasia and communication. *Seminars in Speech Language*, 32(3): 243–255. *Wilkinson L.*, 32(3), 243–255.

- Wilkinson, L., Sheldrick, T., O'Halloran, R., & Davenport, R. (2013). Addressing the challenges of clinical education: conversation partner training for speech-language pathology students. *Journal of Clinical Practice in Speech-Language Pathology*, 15(3), 120–124.
- Williams, M., Davis, T., Parker, R., & Weiss, B. (2002). The role of health literacy in patient-physician communication. *Family Medicine*, 34(5), 383–389.
- Woodward-Kron, R., Van Die, D., Webb, G., Pill, J., & Elder, C. (2012). Perspectives from physiotherapy supervisors on student-patient communication. *International Journal of Medical Education*, 3, 166–174. <https://doi.org/10.5516/ijme-502f.6e18>
- Živanović, D., & Ćirić, Z. (2017). Therapeutic Communication in Healthcare. *Journal Healthcare & Nursing S*, 1(2).
- Ziviani, J., Lennox, N., Allison, H., Lyons, M., & Del Mar, C. (2004). Meeting in the middle: improving communication in primary health care consultations with people with an intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29, 211–225.

APÊNDICES e ANEXOS

Apêndice 1- Tipos de afasia

Tipos de afasia	Compreensão	Nomeação	Repetição	Fluência
Wernicke	Alterada	Alterada	Alterada	Preservada
Broca	Preservada	Alterada	Alterada	Alterada
Condução	Preservada	Alterada	Alterada	Preservada
Extrassílvica motora	Preservada	Preservada	Alterada	Alterada
Extrassílvica sensorial	Alterada	Preservada	Alterada	Preservada
Extrassílvica mista	Preservada	Preservada	Alterada	Alterada
Anômica	Preservada	Alterada	Preservada	Preservada
Global	Alterada	Alterada	Alterada	Alterada

Apêndice 2- Questionário utilizado para recolha dos dados

Questionário “ A comunicação dos profissionais de saúde com a pessoa com afasia”

I- Informações demográficas, académicas e profissionais

1- Informações demográficas

1.1) Qual é o seu género: Masculino ____ Feminino _____

1.2) Que idade tem: _____

1.3) Qual é a sua área profissional: Enfermagem ____ Fisioterapia ____ Medicina ____ Imagem Médica e Radioterapia ____ Terapia Ocupacional ____ Terapia da Fala ____

Outro: _____

2- Formação académica

2.1) Assinale a sua habilitação académica mais elevada e o ano de conclusão (se aplicável):

Estudante _____

Licenciatura ____ Ano de conclusão: _____

Mestrado ____ Ano de conclusão: _____

Doutoramento ____ Ano de conclusão: _____

Caso seja estudante, avance para a questão 3.1

2.1.1) No seu plano curricular de Licenciatura (se aplicável), quantas Unidades Curriculares (UCs) abordaram a área da comunicação com a pessoa com afasia?

Nenhuma: _____

Parte de uma unidade: _____

Uma: _____

Duas: _____

Outra: _____

2.1.2) No seu plano curricular de Mestrado (se aplicável), quantas Unidades Curriculares (UCs) abordaram a área da comunicação com a pessoa com afasia?

Nenhuma: _____

Parte de uma unidade: _____

Uma: _____

Duas: _____

Outra: _____

2.1.3) No seu plano curricular de Doutoramento (se aplicável), quantas Unidades Curriculares (UCs) abordaram a área da comunicação com a pessoa com afasia?

Nenhuma: _____

Parte de uma unidade: _____

Uma: _____

Duas: _____

Outra: _____

3- Situação profissional

3.1) Selecione a opção que melhor representa a sua situação profissional atual:

- Estudante _____
- Trabalhador (a) a tempo inteiro _____
- Trabalhador (a) a tempo parcial _____
- Outro (a) _____

3.2) Caso seja profissional de saúde, assinale o tipo de instituição onde exerce maioritariamente a sua atividade profissional e onde tem/teve contacto clínico com pessoas com afasia / Caso seja estudante, assinale o tipo de instituição onde tem/teve maior contacto clínico com pessoas com afasia:

- Hospital _____
- Centro de saúde _____
- Unidade de Cuidados Continuados (UCC) _____
- Centro de Reabilitação _____
- Estrutura Residencial para Idosos (ERPI) _____
- Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) _____
- Clínica privada _____
- Outro (s): ___ Qual(is) _____

(caso seja estudante, avance para a questão 3.4)

3.3) Caso seja profissional de saúde, assinale o tempo de experiência profissional

- Menos de 1 mês _____
- Mais de 1 mês e menos de 3 meses _____

- Mais de 3 meses e menos de 1 ano _____
- Mais de 1 ano ___ Quantos? _____

3.4) Caso seja estudante de uma profissão de saúde, selecione o seu tempo de experiência clínico no âmbito de UCs de Educação/ Ensino Clínico

- Menos de 1 mês _____
- Mais de 1 mês e menos de 3 meses _____
- Mais de 3 meses e menos de 1 ano _____

II- Conhecimento, formação e intervenção nas áreas de comunicação e afasia

1- Descreva sucintamente o que entende por afasia

2- Considera que a comunicação está afetada na pessoa com afasia?

Sim ___ Não ___

Se respondeu sim, de que modo? _____

3- Com que frequência tem contacto clínico com as pessoas com afasia?

- Várias vezes por semana;
- 1x/semana
- 1x/mês
- 1x/trimestre
- 1x/semestre
- 1x/ano
- Não sei.

4 - Além do contacto clínico, já estabeleceu contacto com pessoas com afasia noutro contexto?

Sim ___ Não ___ Não sei ___

Se respondeu Sim, em que contexto? _____

5- Quais são para si os fatores mais relevantes no estabelecimento da comunicação com a pessoa com afasia?

- Disponibilidade de tempo _____
- Predisposição do utente _____
- Predisposição do profissional de saúde _____

- Disponibilidade de recursos materiais _____ Quais? _____
- Outro (s) _____ Qual (is) _____

6- Considera que a afasia e as perturbações da comunicação decorrentes desta, têm impacto no trabalho que tem de desempenhar com quem a apresenta?

Sim _____ Não _____ Não sei _____

Se respondeu sim, de que forma? _____

Se respondeu sim, classifique também o nível deste impacto:

- 0- Sem impacto
- 1- Com pouco impacto
- 2- Com impacto moderado
- 3- Com muito impacto

7- Considera que a pessoa com afasia sabe o que pretende comunicar?

- Sempre _____
- Frequentemente _____
- Às vezes _____
- Raramente _____
- Nunca _____

8- A quem recorre para obter informações sobre a pessoa com afasia e/ou quando surgem dificuldades na comunicação com a mesma?

- Ao próprio utente _____
- A familiares/cuidadores _____
- A colegas profissionais de saúde _____ Qual (ais) _____
- A ninguém _____
- Outro (s) _____ Qual (is) _____

Se assinalou a opção “ao próprio utente” responda com que frequência o faz:

- Sempre _____
- Frequentemente _____
- Às vezes _____
- Raramente _____
- Nunca _____

III- Estratégias utilizadas na comunicação com a pessoa com afasia

1- Que estratégias utiliza para facilitar a expressão da pessoa com afasia (para garantir que a pessoa é capaz de responder às perguntas feitas e/ou iniciar um tema de conversa)?

2- Que estratégias utiliza para facilitar a compreensão da pessoa com afasia (para garantir que a pessoa com afasia compreende a informação que lhe é transmitida)?

3- Que estratégias utiliza para fazer a pessoa com afasia sentir-se competente (para lhe mostrar que sabe o que é ter afasia, quais as dificuldades sentidas e que sabe que ele/ ela tem algo para comunicar)?

IV- Necessidade de (in) formação na comunicação com a pessoa com afasia

1 – Atendendo à frase: “O conhecimento e competências que possuo fazem-me sentir confiante na comunicação com a pessoa com afasia”, assinale o seu grau de concordância com a mesma:

- 0- Discordo totalmente
- 1- Discordo
- 2- Concordo
- 3- Concordo totalmente

Se respondeu discordo totalmente ou discordo, por que razão o considera?

- A afasia é muito complexa;
- A comunicação é um processo muito complexo;
- Por desconhecimento de estratégias/ falta de informação sobre esta temática;
- Há profissionais mais competentes que eu para lidar com essas questões (ex: terapeutas da fala)
- Outra (s): _____ Qual (is): _____

2- Já procurou (in) formação sobre a área da comunicação com a pessoa com afasia?
Sim ___ Não ___ Não sei ___

Se respondeu sim, onde procurou esse tipo de (in) formação? (pode seleccionar mais do que uma opção)

- Profissionais de saúde com quem trabalha _____
- Revistas _____
- Jornais _____
- Páginas de Internet _____
- Artigos científicos _____
- Outros _____ Quais? _____

3- Que tipo de (in) formação procurou?

4- Sente necessidade de mais (in) formação sobre comunicação com a pessoa com afasia?

S____ N____

Se respondeu sim, de que sente mais necessidade?

- Mais formação académica
- Mais formação prática
- Acesso a estudos recentes sobre estes temas realizados em Portugal
- Acesso a estudos recentes sobre estes temas realizados internacionalmente
- Websites com informação fidedigna
- Artigos científicos
- Livros sobre o tema
- Outras: _____

4- Já frequentou formação sobre a área da comunicação com a pessoa com afasia?

Sim___ Não___ Não Sei___

5- Se respondeu sim, que tipo de formação? (pode selecionar mais do que uma opção)

- Pós graduação: _____
- Seminário: _____
- Congressos: _____
- Jornadas: _____
- Workshops: _____
- Ações de formação: _____
- Outra. Qual? _____

Apêndice 3- Consentimento informado

A comunicação dos profissionais de saúde com a pessoa com afasia

Este estudo destina-se a profissionais de saúde e estudantes finalistas de profissões de saúde que:

- tenham como língua materna a Língua Portuguesa;
- tenham realizado a sua formação base em Instituições de Ensino Superior portuguesas;
- tenham tido contacto clínico com pessoas com afasia.

Assim, **CASO NÃO CUMPRAM TODOS OS CRITÉRIOS referidos acima, por favor clique em "Seguinte", escolha a opção "NÃO CUMPRO OS CRITÉRIOS referidos acima para participar no estudo" e volte a clicar em "Seguinte". O seu questionário deve terminar aí, sendo que agradecemos desde já a sua disponibilidade.**

O presente estudo intitulado "A comunicação dos profissionais de saúde com a pessoa com afasia" insere-se no âmbito da Dissertação de Mestrado em Terapia da Fala pela Universidade de Aveiro da estudante Daniela Filipa Gomes de Jesus. De referir que o projeto foi aprovado pela Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC), com o parecer Nº 694/07-2020. Também se salienta a aprovação do mesmo por parte da SPORL-CCP

O principal objetivo deste projeto é realizar uma análise exploratória e comparativa sobre a forma como os profissionais de saúde e estudantes finalistas das áreas da saúde comunicam com a pessoa com afasia no contexto clínico português. De modo a concretizar este objetivo será realizada, pela investigadora Daniela Filipa Gomes de Jesus, a recolha de dados demográficos (género, idade, área profissional), académicos (habilitações académicas e número de unidades curriculares que abordaram a área da comunicação com a pessoa com afasia) e profissionais (situação profissional), assim como dados sobre o conhecimento, formação e intervenção nas áreas de comunicação e afasia.

A responsabilidade do tratamento dos dados é da investigadora Daniela Filipa Gomes de Jesus. Os dados serão recolhidos e alojados numa plataforma informática da Universidade de Aveiro após o que serão codificados e processados. Não obstante o facto de os dados não substanciarem informação pessoal (por não permitirem a identificação do respondente, isoladamente ou aquando do cruzamento dos dados em linha), e desse modo serem considerados absolutamente anónimos, é observado e cumprido o disposto no Regulamento Geral de Proteção de Dados.

Caso tenha dúvidas, pode esclarecer as suas questões enviando e-mail para daniela.f@ua.pt e cc para maria.matos@ua.pt, com assunto "Esclarecimento de dúvidas". O participante pode ainda, caso entenda, apresentar reclamação junto da Autoridade Nacional de Proteção de Dados (www.cnpd.pt).

A duração prevista para o preenchimento do inquérito é de cerca de 15 minutos.

There are 41 questions in this survey.

Consentimento informado

1

Das seguintes opções, seleccione aquela com a qual concorda:

*

Escolha uma das seguintes respostas

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- CONCORDO em participar no estudo. Confirmando que compreendi a informação dada, que tive a oportunidade de me esclarecer, que a minha participação é voluntária e que sou livre de desistir em qualquer altura, sem qualquer repercussão. Confirmando que possuo os critérios acima referidos para poder participar no estudo.
- NÃO CONCORDO em participar no estudo. Mediante a informação que me foi apresentada, pretendo que a minha colaboração termine aqui, não dando seguimento ao preenchimento do questionário. Confirmando que possuo os critérios referidos acima para poder participar no estudo.
- NÃO CUMPRO OS CRITÉRIOS referidos acima para participar no estudo.

Apêndice 4- Email enviado aos peritos na fase de pré teste do questionário

Participação no projeto de mestrado "A comunicação dos profissionais de saúde com a pessoa com afasia"

Reencaminhou esta mensagem a seg, 10/08/2020 21:16

DJ Daniela Jesus
dom, 09/08/2020 14:32
Para: britolargo@gmail.com; paulvalent@gmail.com; Carolina Oliveira <carolina.if.oliveira@gmail.com>; analacruz@gmail.com; rodrigues.veronicasp@gmail.com; anafverreira@gmail.com; silviacqueiros@gmail.com
Cc: Maria Matos; Ana Pinheiro

Boa tarde a todos!

O meu nome é Daniela Jesus, e sou aluna do mestrado em terapia da fala, da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Venho por este meio questionar o vosso interesse na participação do meu projeto de mestrado, orientado pelas professoras doutoras Assunção Matos e Ana Rita Pinheiro, intitulado "A comunicação dos profissionais de saúde com a pessoa com afasia". Esta participação iria consistir na vossa integração num painel de peritos para validação de um questionário, para a obtenção de dados que permitam compreender como é realizada a comunicação dos profissionais de saúde com a pessoa com afasia.

Desde já agradeço pela vossa atenção e disponibilidade, aguardando pela vossa resposta.

Com os melhores cumprimentos,
Daniela Jesus

[Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Reencaminhar](#)

Apêndice 5- Tabela enviada aos peritos para validação do questionário

	Item	Concordância		Validade				Observações
		Concordo	Não concordo	Irrelevante	Pouco relevante	Relevante	Extremamente relevante	
I) Informações demográficas, acadêmicas e profissionais	1.1.							
	1.2							
	1.3							
	2							
	2.1							
	2.1.1							
	2.1.2							
	2.1.3							
	2.2							

	2.3							
	3.1							
	3.2							
	3.3.							
	3.4							
II) Conhecimento, formação e intervenção nas áreas de comunicação e afasia	1							
	2							
	3							
	4							
	5							
	6							
	7							
	8							
III) Estratégias utilizadas na comunicação com a pessoa com afasia (assinale quais utiliza)	1							
	2							
	3							
IV) Confiança na comunicação com a pessoa com afasia	1							
	2							
	3							
	4							
	5							

Apêndice 6- Itens reformulados pelo painel de peritos

Item inicial	Sugestões dos peritos	Item final
Indique a instituição onde obteve o grau académico mais elevado	Perito 1: Não interessa a instituição onde se obtém o grau; Perito 2: Acho que a instituição de formação não interessa nem se concluiu ou não o grau...senão não podia responder ao questionário; Perito 3: Exceto no caso de ser um objetivo de análise do seu estudo, não vejo a pertinência de se questionar a instituição de ensino.	O item foi retirado
Assinale o tempo de experiência profissional	Perito 1: Prever uma alínea para os estudantes (não aplicável) ou ano de formação se estudante.	Indique o ano de conclusão da sua habilitação académica mais elevada. Se for estudante, assinale 0 e avance para a pergunta seguinte.
Já contactou ou contacta com pessoas com afasia? (Sim ou Não)	Perito 4: Sugiro opção "não sei"	Já contactou ou contacta com pessoas com afasia? (Sim, Não ou Não sei)
(Se sim, com quantos casos já teve contacto? - 1 a 3; - 3 a 10; - Mais de 10.	Perito 1: (para os terapeutas da fala que responderem a isto estas perguntas vão ser pouco discriminatórias dado que todos terão contacto com > 10 e são eles próprios TFs. Por outro lado se diriges a profissionais que trabalham com doentes neurológicos a subdivisão de 1ª3, 3ª10 > 10 são números muito baixos. Eu diria que esse intervalo poderia ser descrito por semana nesses casos. Em profissionais que não trabalhem com doentes neurológicos consigo compreender estes números.	Com que frequência tem contacto clínico com a pessoa com afasia? -1x/ano; -1x/semestre; -1x/trimestre; -1x/mês; - Várias vezes por semana; -1x/semana; -Não sei; -Outro.
Costuma incluir a pessoa com afasia no processo de decisão terapêutica?	Perito 1: A forma como está formulada a questão induz a que a pessoa responda Sempre para não ficar mal vista. Talvez devesse reformular: De que forma acha que o doente com a afasia é capaz de estar incluído no processo de decisão terapêutica?; Perito 2: O que é o processo de decisão terapêutica? Perito 3: Nem todos os profissionais que mencionada inicialmente no questionário, estabelecem processos terapêuticos com os seus utentes. A forma como apresenta esta questão pode limitar o número de resposta que irá obter. Perito 4: A mesma questão da 13	O item foi retirado.
A quem recorre para tomar decisões acerca do processo terapêutico da pessoa com afasia?	Perito 1: "A quem habitualmente recorre"; Perito 2: O que é o processo terapêutico? Perito 3: Ver observ anterior	O item foi retirado.
Estratégias utilizadas com a pessoa com afasia (assinale quais utiliza)	Perito 1: há um pormenor que provavelmente que trabalha com doentes neurológicos vai questionar que será a diferença entre ter um doente com afasia/disfasia motora ou sensitiva ou mista) são doentes completamente diferentes.; Perito 2: A tendência vai ser por uma questão de desejabilidade social selecionar tudo. Sugiro um número limite de opções ou responder por ordem de importância;	Foram eliminadas as opções de resposta e esta foi convertida em 3 questões abertas: - Que estratégias utiliza para facilitar a expressão da pessoa com afasia (para garantir que a pessoa com afasia é capaz de responder às questões feitas e/ou iniciar um tema de conversa)? -Que estratégias utiliza para facilitar a compreensão da pessoa com afasia (para garantir que a pessoa com afasia compreende a informação que lhe é transmitida)?;

	Perito 3: Todas as opções estão corretas, o que significa que se o profissional tiver experiência com PA, irá selecionar todas as opções. Sugiro a reformulação do set de opções	- Que estratégias utiliza para fazer a pessoa com afasia sentir-se competente (para lhe mostrar que sabe o que é ter afasia, quais as dificuldades sentidas e que sabe que ele/ela tem algo a comunicar)?
Considera que a pessoa com afasia está apta a tomar decisões sobre o seu processo clínico/terapêutico?	Perito 4: Qual o objetivo desta questão?	O item foi retirado.

Apêndice 7- Lista de instituições de ensino superior e organizações/associações contactadas

Faculdades:

- Universidade Fernando Pessoa;
- Universidade da Beira Interior (faculdade de ciências da saúde);
- Escola Nacional de saúde pública (Universidade Nova de Lisboa);
- Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro;
- Instituto Superior do Alto Ave (ISAVE);
- Escola Superior de tecnologia de saúde de Lisboa;
- Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha;
- Universidade de Lisboa;
- Escola Superior de Saúde do Alcoitão;
- Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto;
- Faculdade de Medicina de Lisboa;
- Escola Superior de Saúde do Algarve;
- CESPU- Instituto Universitário de Ciências da Saúde;
- CESPU- Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa;
- CESPU- Escola Superior do Vale do Ave;
- Escola Superior de Enfermagem do Porto;
- Escola Superior de enfermagem de Lisboa;
- Escola Superior de Enfermagem- Universidade do Minho;
- Escola Superior de Enfermagem São Francisco das Misericórdias;
- Universidade de Trás os Montes e Alto Douro- Escola Superior de Saúde;
- Escola Superior de Saúde do instituto politécnico da Guarda;
- Universidade Católica do Porto- Instituto de Ciências da Saúde;
- Escola Superior de Saúde de Viseu;
- Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;
- Escola Superior de Saúde de Leiria;
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra;
- Escola Superior de Saúde de Coimbra;
- Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja;
- Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra;
- Escola Superior de Saúde de Santa Maria;
- Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal;
- Escola Superior de Saúde Atlântica;
- Escola Superior de Saúde Egas Moniz;
- Escola Superior de Saúde Dr Lopes Dias;
- Escola Superior Jean Piaget em Silves;
- Escola Superior Jean Piaget em VN Gaia;
- Escola Superior Jean Piaget em Viseu;
- Instituto Superior da Lusofonia;
- Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS);
- Universidade da Madeira;
- Universidade dos Açores – Ciclo Básico de Medicina.

Associações/ Organizações

- Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala (APTF);
- Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala (SPTF);
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas;
- Associação Portuguesa de Enfermeiros;
- Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais;
- Associação Portuguesa dos técnicos de Radiologia, Radioterapia e Medicina Nuclear;
- Sociedade Portuguesa de Medicina Física e Reabilitação;

- Associação Portuguesa de Medicina geral e familiar;
- Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia e de Cirurgia de Cabeça e pescoço;
- Sociedade Portuguesa do AVC;
- Sociedade Portuguesa de Neurologia;
- Sociedade Portuguesa de Medicina Interna;
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação;
- Instituto Português da Afasia (IPA).

Apêndice 8- Conhecimento sobre a afasia (Profissionais de saúde)

Descreva sucintamente o que entende por afasia					
	Frequência absoluta de unidades de enumeração		Frequência absoluta de unidades de registo		Unidades de registo (exemplos)
	OPS	TF	OPS	TF	
Perturbação de linguagem	OPS	TF	OPS	TF	"Perturbação da linguagem, caracterizada por défices na compreensão e/ou expressão." (5) - OPS "Perturbação adquirida da linguagem" (19) - TF
	81	43	91	73	
Perturbação de comunicação	OPS	TF	OPS	TF	"Distúrbio da comunicação, dificuldade na compreensão e articulação, pode afetar igualmente a leitura e escrita" (47) - OPS "Perturbação da comunicação após um AVC" (6) - TF
	81	28	88	50	
Disfunção/lesão neurológica	OPS	TF	OPS	TF	Disfunção neurológica que afeta a linguagem impedindo a compreensão de palavras, símbolos auditivos e/ou visuais. A produção de palavras ou discurso inteligível embora o autor compreenda a informação e os conceitos!" (33) - OPS "Perturbação da comunicação; Lesão neurológica" (16) - TF
	19	21	27	41	
Alteração na atividade e/ou participação	OPS	TF	OPS	TF	" A afasia é uma perturbação da comunicação que surge de forma subita por lesão cerebral adquirida nas áreas neurológicas de processamento da linguagem. Podem estar afetadas todas as modalidades linguísticas com consequências diversas ao nível de vários domínios da vida da pessoa, afetando a sua participação social, retoma de papéis e atividades, relacionamentos, etc..." (95)- OPS "A afasia é uma perturbação da comunicação que afeta a PCA em vários domínios: linguístico (alterações de fala, compreensão oral, leitura e escrita); social e participativo, assim como emocional. A afasia não afeta só a PCA, mas também todos aqueles que vivem e convivem com ela (familiares, cuidadores, amigos) (...)." (93) - TF
	3	1	3	2	
Perturbação de fala	OPS	TF	OPS	TF	"Dificuldade de expressão, não falar" (26) - OPS
	40	0	40	0	
Paralisia facial	OPS	TF	OPS	TF	"Paralisia facial que leva a incapacidade de produzir a fala corretamente" (110) - OPS
	1	0	1	0	

Legenda: OPS- Outros profissionais de saúde; TF- Terapeutas da fala

Apêndice 9- Conhecimento sobre a afasia (estudantes finalistas)

Descreva sucintamente o que entende por afasia					
	Frequência absoluta de enumeração		Frequência absoluta de registo		Unidades de registo (exemplos)
Perturbação de linguagem	EF	ETF	EF	ETF	“Perturbação da linguagem que poderá afetar a expressão e a compreensão de material verbal, com base neurológica” (149) - EF “Afasia é uma perturbação da linguagem que como tal pode afetar a expressão e/ou a compreensão dependendo da área cerebral afetada (...)” (15) - ETF
	6	9	9	12	
Perturbação de comunicação	EF	ETF	EF	ETF	“Distúrbio na capacidade de comunicar” (67)- EF “Alteração da comunicação devido a uma lesão neurológica. Pode levar a alterações ao nível da nomeação, compreensão, repetição, leitura e/ou escrita.” (31) - ETF
	8	3	11	4	
Disfunção/lesão neurológica	EF	ETF	EF	ETF	“a afasia trata-se de uma consequência de lesão do sistema nervoso central, nomeadamente nos centros da fala, compreensão e formação de palavras” (76) - EF “Perturbação da linguagem decorrente de lesão neurológica, com implicações linguísticas e comunicativas.” (114)- ETF
	1	6	1	12	
Alteração na atividade e/ou participação	EF	ETF	EF	ETF	“Perturbação da linguagem e da comunicação no adulto que afeta a sua atividade e participação” (89) – ETF
	0	1	0	2	
Perturbação de fala	EF	ETF	EF	ETF	“Dificuldade de articular palavras” (132) - EF
Paralisia facial	EF	ETF	EF	ETF	
	0	0	0	0	

Legenda: EF: estudantes finalistas; ETF: estudantes finalistas de Terapia da Fala

Apêndice 10- Estratégias para facilitar a expressão da pessoa com afasia (Profissionais de saúde)

Estratégias utilizadas para facilitar a expressão da pessoa com afasia (profissionais de saúde)						
		Frequência absoluta de unidades de enumeração		Frequência absoluta de unidades de registo		Unidades de registo (exemplos)
		OPS	TF	OPS	TF	
Estratégias físicas	Gestos	OPS	TF	OPS	TF	“Desenho, escrita” (80)- OPS “Dou-lhe tempo. Faço perguntas de resposta fechada. Tento inteirar-me do tema atempadamente. Peço para explicar de qualquer forma: desenho, gestos, etc.” (8)- TF
		24	12	35	24	
	Apontar	OPS	TF	OPS	TF	“Pedir para repetir; Acalmar a pessoa; Pedir para escrever; Pedir para apontar” (83)- OPS “Eacrita em papel, imagens, pergunta de resposta fechada (sim/não), desenho, apontar” (78)- TF
		6	1	9	1	
	Aceno de cabeça	OPS	TF	OPS	TF	
		0	0	0	0	
	Língua gestual	OPS	TF	OPS	TF	“linguagem gestual ou escrita” (45)-OPS
		3	0	3	0	
	Comunicação não verbal	OPS	TF	OPS	TF	“Abordar a pessoa com simpatia e com calma. Utilizar linguagem não verbal.” (56)- OPS “Comunicação não verbal, escrita, caa” (219)- TF
		12	3	17	4	
Estratégias de comunicação verbal	Questões S/N	OPS	TF	OPS	TF	“Perguntas simples. Perguntas de resposta sim/não. Tabelas comunicativas. Tempo de latência. (13)- OPS “Dar opções. Perguntas sim e não. Escrita quando possível” (6)- TF
		17	11	31	23	
	Questões fechadas	OPS	TF	OPS	TF	“Cartões com imagens; falar pausadamente e com perguntas diretas e fechadas.” (28)- OPS “Respostas sim/não; questões fechadas; pistas fonémicas/semânticas; escrita; espera estruturada; validar a informação por escrito/desenho - multimodalidade comunicativa” (27)- TF
		12	12	7	7	
	Estabelecer/ definir o discurso	OPS	TF	OPS	TF	
		0	0	0	0	
	Questões abertas	OPS	TF	OPS	TF	
		0	0	0	0	
	Simplificar a linguagem	OPS	TF	OPS	TF	“linguagem simples, explicar tudo o que vou fazer” (94)- OPS “Utilização de suporte visual (imagem e escrita), dupla escolha, questões simples, frases curtas, velocidade menor do discurso, pista silábica e fonémica” (62)- TF
		6	3	7	5	

Dar tempo para responder	OPS	TF	OPS	TF	“Dar tempo para o utente” (30)- OPS “Dar-lhe tempo para responder” (19)- TF
	21	14	26	28	
Diminuir o débito verbal	OPS	TF	OPS	TF	“Falando pausadamente, dando hipóteses de resposta, perguntas simples” (92)- OPS “Cartões com imagens;falar pausadamente e com perguntas diretas e fechadas.” (29)- TF
	7	3	9	6	
Palavras- chave	OPS	TF	OPS	TF	“Frases e ordens simples; Recurso a imagens/palavras” (147)- OPS “Fornecer papel e caneta; Dar tempo de resposta; Fornecer palavras chave” (7)- TF
	1	1	3	2	
Discurso curto, claro e conciso	OPS	TF	OPS	TF	“Fala pausada, reforço positivo, articulação clara e simples” (171)- TF
	0	1	0	2	
Verificar se compreendeu	OPS	TF	OPS	TF	“Confirmar sempre o que a pessoa quer/necessita; Tabela de comunicação, caso o utente utilize” (105)- OPS “Respostas sim/não; questões fechadas; pistas fonémicas/semânticas; escrita; espera estruturada; validar a informação por escrito/desenho - multimodalidade comunicativa” (27)- TF
	2	2	2	3	
Reformular/clarificar/repetir	OPS	TF	OPS	TF	“Pedir para repetir” (155)- OPS
	5	0	5	0	
Verificar tentativas	OPS	TF	OPS	TF	
	0	0	0	0	
Negociação da próxima visita	OPS	TF	OPS	TF	
	0	0	0	0	
Não utilizar questões diretas	OPS	TF	OPS	TF	
	0	0	0	0	
Pedir à PCA para dizer o mesmo de outra forma	OPS	TF	OPS	TF	“Procuro proporcionar ambiente calmo, sem pressionar o utente e ajudá-lo a explicar o pretendido de outras formas/ com outras palavras” (35)- OPS
	1	0	1	0	
Discutir assuntos com a PCA	OPS	TF	OPS	TF	
	0	0	0	0	

	Tomar responsabilidade	OPS 0	TF 0	OPS 0	TF 0		
	Empatia	OPS 9	TF 0	OPS 13	TF 0	“Abordar a pessoa com simpatia e com calma. Utilizar linguagem não verbal.” (56)- OPS	
Informação visual	Quadros de comunicação	OPS 12	TF 7	OPS 19	TF 12	“Tabelas de comunicação alternativas, se necessário” (169)- OPS “Perguntas simples. Perguntas de resposta sim/não. Tabelas comunicativas. Tempo de latência.” (13)-TF	
		OPS 6	TF 2	OPS 10	TF 3	“Cartões de comunicação; Escrita; Manter ambiente calmo e que não aumente stress do utente” (181)- OPS “Cartões com imagens;falar pausadamente e com perguntas diretas e fechadas.” (29)- TF	
	Uso de Imagens ou símbolos	OPS 27	TF 20	OPS 50	TF 38	“Explicar sucintamente; Usar imagens; Exemplificar” (188)- OPS “Imagens; Palavras; Símbolos” (5)- TF	
		OPS 10	TF 7	OPS 21	TF 14	“Desenho, escrita, imagens catálogos para doentes afásicos” (121)- OPS “Uso do desenho, escrita, símbolos” (161)- TF	
	Escrever	OPS 22	TF 23	OPS 43	TF 44	“Escrever” (125)- OPS “Falar mais devagar, usar mais palavras de conteúdo, simplificar o discurso, usar gestos, escrever palavras, fazer desenhos, pesquisar imagens relacionadas com o tópico, repetir as questões de forma mais simples.” (157)- TF	
		OPS 3	TF 3	OPS 7	TF 5	“Seguir os interesses do paciente, dar tempo, sistema de comunicação aumentativa, escrita quando aplicável...” (153)- OPS “Comunicação não verbal, escrita, caa” (219)- TF	
	Material <i>aphasia friendly</i>	OPS 0	TF 2	OPS 0	TF 2	“Fornecer os materiais que lhe permitem ser mais eficaz do ponto de vista comunicativo, modelo, fornecer feedback do que está a ser compreendido, contacto ocular” (89)- TF	
		OPS 0	TF 2	OPS 0	TF 4	“Fazer perguntas de Sim e não que a pessoa me possa responder com gestos, utilizar o meu telemóvel como forma da pessoas escrever, pedir a pessoa que aponte para aquilo de que necessita” (50)- TF	
			OPS	TF	OPS	TF	“Pista silábica responsive naming incitação” (41)- TF

	Pistas auditivas/ silábicas/fonémicas	0	13	0	18	"Dar pistas visuais e auditivas" (48)- TF
Mudanças no ambiente	Perguntar a um TF	OPS	TF	OPS	TF	
		0	0	0	0	
	Uso de notas/cadernos/pistas visuais	OPS	TF	OPS	TF	"Dar pistas visuais e auditivas" (48)- TF
		0	1	0	2	
	Ter a família por perto	OPS	TF	OPS	TF	"Dou várias opções de resposta de forma a facilitar com resposta curta de sim e não. Se conseguir escrever facilito essa opção. Utilizo imagens para poder apontar quando não consigo mesmo perceber. Falo com um familiar ou outro profissional que conheça melhor o doente e saiba o que me quer dizer" (220)- OPS
		1	0	1	0	
	Reduzir o ruído de fundo	OPS	TF	OPS	TF	"ambiente calmo e sereno, articular devagar as palavras e de forma audível. Aguardar, dar tempo de resposta." (191)- OPS
		4	0	4	0	
Dar informação clara	OPS	TF	OPS	TF		
	0	0	0	0		
Adequação da linguagem	OPS	TF	OPS	TF		
	0	0	0	0		
Outras estratégias	Reforço positivo	OPS	TF	OPS	TF	"Fala pausada, reforço positivo, articulação clara e simples" (171)- TF
		0	1	0	2	
	Ser paciente	OPS	TF	OPS	TF	"Paciência, disponibilidade do tempo, pistas na fala, gestos, perguntas fechadas (de sim ou não) - dependendo do tipo e gravidade da afasia" (121)- TF
		0	1	0	2	
	Seguir os interesses da PCA	OPS	TF	OPS	TF	"temas familiares" (115)- OPS "Seguir os interesses do paciente, dar tempo, sistema de comunicação aumentativa, escrita quando aplicável..." (153)- TF
		3	3	3	5	

Legenda: OPS- Outros profissionais de saúde; TF- Terapeutas da fala

Apêndice 11- Estratégias para facilitar a expressão da pessoa com afasia (estudantes finalistas)

Estratégias utilizadas para facilitar a expressão da pessoa com afasia						
		Frequência absoluta de unidades de enumeração		Frequência absoluta de unidades de registo		Unidades de registo (exemplos)
Estratégias físicas	Gestos	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Peço para fazer gestos" (132) - EFOA "Escrita de palavras-chave, gestos" (212) - ETF
		1	4	2	3	
	Apontar	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Gestos, desenhos, apontar para objetos" (49) - EFOA
		1	0	1	0	
	Aceno de cabeça	0	0	0	0	
	Língua gestual	0	0	0	0	
Comunicação não verbal	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Respostas curtas, usar sinais com as mãos, ter atenção a expressões faciais" (192) - EFOA	
	1	0	2	0		
Estratégias de comunicação verbal	Questões S/N	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Fazer perguntas que necessitem de respostas curtas, praticamente só de "sim ou não"." (67) - EFOA "Colocar questões fechadas e simples (resposta sim ou não), oferecer material que suporte a comunicação da pessoa com afasia (papel e lápis, p.e.)" (149) - ETF
		2	1	3	1	
	Questões fechadas	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Colocar questões fechadas e simples (resposta sim ou não), oferecer material que suporte a comunicação da pessoa com afasia (papel e lápis, p.e.)" (149) - EFOA
		3	0	4	0	
	Estabelecer/ definir o discurso	0	0	0	0	
	Questões abertas	0	0	0	0	
	Simplificar a linguagem	0	0	0	0	
	Dar tempo para responder	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Aumento tempo entre pergunta e resposta. Pistas silábicas, fonémicas e/ou visuais. Opção múltipla. Questões de resposta sim/não; Interpretação do contexto" (114)- EFOA "Ser paciente e dar tempo para que a pessoa com afasia lhe responda; Não falar pela pessoa e sim falar com a pessoa; Utilizar a escrita como recurso; Utilizar sinónimos; Fazer perguntas simples com respostas de "Sim" e "Não"; Repetir." (208) - ETF
		1	2	1	2	
	Diminuir o débito verbal	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Conversar devagar e com calma, usar palavras usadas pelo próprio utente e dentro do seu contexto que ouve no dia-a-dia. Demonstrar a tarefa pretendida." (137) - EFOA
2		0	2	0		
Palavras-chave	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Escrita de palavras-chave, gestos" (212) - ETF	

		0	1	0	2	
	Discurso curto, claro e conciso	0	0	0	0	
	Verificar se compreendeu	0	0	0	0	
	Reformular/clarificar	0	0	0	0	
	Verificar tentativas	0	0	0	0	
	Negociação da próxima visita	0	0	0	0	
	Não utilizar questões diretas	0	0	0	0	
	Pedir à PCA para dizer o mesmo de outra forma	0	0	0	0	
	Discutir assuntos com a PCA	0	0	0	0	
	Tomar responsabilidade	0	0	0	0	
	Empatia	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Mostrar disponibilidade e empatia" (112) - EFOA
		1	0	1	0	
Informação visual	Quadros de comunicação	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Tabelas de comunicação e o gesto, assim como o desenho" (140) - ETF
		0	1	0	1	
	Cartões de comunicação	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Quando não é possível a expressão pela via da fala, verifico se é possível através da escrita, desenhos, cartões" (31) - ETF
		0	1	0	3	
	Uso de Imagens ou símbolos	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Escrita Imagens" (165) - ETF
		0	4	0	5	
	Desenhar	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Gestos, desenhos, apontar para objetos" (49) - EFOA "Quando não é possível a expressão pela via da fala, verifico se é possível através da escrita, desenhos, cartões" (31) - ETF
		5	5	6	10	
	Escrever	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"- imagens – desenhos - escrita- espera estruturada..." (15) - ETF
		0	3	0	3	

	CAA	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Colocar questões fechadas e simples (resposta sim ou não), oferecer material que suporte a comunicação da pessoa com afasia (papel e lápis, p.e.)" (149) - EFOA
		1	0	1	0	
	Material <i>aphasia friendly</i>	EFOA	ETF	EFOA	ETF	
		0	0	0	0	
Tecnologia de suporte à comunicação	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Utilizar esquemas ou imagens ou recorrer a tablets ou outros dispositivos eletrônicos para comunicar" (96) - EFOA	
		2	0	3	0	
	Pistas auditivas/silábicas/fonêmicas	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Aumento tempo entre pergunta e resposta; Pistas silábicas, fonêmicas e/ou visuais; Opção múltipla; questões de resposta sim/não; Interpretação do contexto" (114) – EFOA
		1	0	2	0	
Mudanças no ambiente	Perguntar a um TF	0	0	0	0	
	Uso de notas/cadernos/pistas visuais	0	0	0	0	
	Ter a família por perto	0	0	0	0	
	Reduzir o ruído de fundo	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Procuro proporcionar ambiente calmo, sem pressionar o utente e ajudá-lo a explicar o pretendido de outras formas/ com outras palavras" (35) – EFOA
		1	0	1	0	
		Dar informação clara	0	0	0	0
	Adequação da linguagem	0	0	0	0	
Outras estratégias	Escuta ativa	EF	ETF	EF	ETF	"Escuta ativa; Centrar-me no paciente e focar a minha atenção no mesmo, não estando distraída com outros." (74) – EFOA
		1	0	1	0	
	Ser paciente	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Ser paciente e dar tempo para que a pessoa com afasia lhe responda (...)" (208) - ETF
		0	1	0	1	

Legenda: EFOA- Estudantes finalistas de outras áreas profissionais; ETF- Estudantes de Terapia da Fala

Apêndice 12- Estratégias para facilitar a compreensão da pessoa com afasia (Profissionais de saúde)

Estratégias utilizadas para facilitar a compreensão da pessoa com afasia						
		Frequência absoluta de unidades de enumeração		Frequência absoluta de unidades de registo		Unidades de registo (exemplos)
Estratégias físicas	Gestos	OPS	TF	OPS	TF	"Gestos, objetos, repetição ou utilização de palavras-chave. Depende de caso para caso." (25) - OPS "Fornecer objetos/imagens; Papeis com as palavras sim ou não; Gestos (sim/não)" (7)- TF
		28	18	57	37	
	Apontar	OPS	TF	OPS	TF	"Exemplificar, usar imagens, apontar" (102) - OPS "Perguntar se compreendeu, efetuar gestos, apontar para o que é pretendido, recorrer a imagens ou tabelas de comunicação. Dar tempo para o utente processar a informação e dar resposta. Falar calmamente e com frases simples." (195) - TF
		1	1	2	2	
	Aceno de cabeça	OPS	TF	OPS	TF	
		0	0	0	0	
	Língua gestual	OPS	TF	OPS	TF	"Linguagem gestual" (163) - OPS
		2	0	3	0	
	Comunicação não verbal	OPS	TF	OPS	TF	"Simplificar as frases (comandos verbais mais simples e concretos); Utilizar comunicação não verbal (ex. gestos,)" (181) - OPS "Utilizar apoio visual (gestos, escrever num papel caso a pessoa consiga ler e compreender o que leu, tabelas de comunicação com imagens ou letras, falar de forma calma e pausadamente, manter o contacto ocular, perguntar se compreendeu" (72)
		11	7	25	12	
Estratégias de comunicação verbal	Questões S/N	OPS	TF	OPS	TF	"solicito resposta sim ou não definindo os gestos para cada resposta" (45) - OPS "Imagens; Questões de resposta s/n" (147) - TF
		5	3	9	6	
	Questões fechadas	OPS	TF	OPS	TF	"Perguntas curtas, sinais não verbais, expressões, material de apoio" (192) - OPS "tempo de resposta aumentado, suporte visual (imagem e escrita), dupla escolha, questões simples, frases curtas, associações de objetos" (62) - TF
		1	2	2	4	
	Estabelecer/ definir o discurso	OPS	TF	OPS	TF	
		0	0	0	0	
	Questões abertas	OPS	TF	OPS	TF	
		0	0	0	0	

Simplificar a linguagem	OPS	TF	OPS	TF	"Informação simples e concreta e pedindo sempre que possível um feedback por parte do utente." (164) - OPS "utilizar linguagem simples e clara; recorrer à escrita e a imagens para referenciar o que se está a falar; fornecer hipóteses de resposta" (17) - TF
	10	9	22	18	
Dar tempo para responder	OPS	TF	OPS	TF	"Tempo de resposta aumentado, suporte visual (imagem e escrita), dupla escolha, questões simples, frases curtas, associações de objetos" (62) - OPS "Perguntar se compreendeu, efetuar gestos, apontar para o que é pretendido, recorrer a imagens ou tabelas de comunicação. Dar tempo para o utente processar a informação e dar resposta. Falar calmamente e com frases simples (195) - TF
	3	4	8	8	
Diminuir o débito verbal	OPS	TF	OPS	TF	"Falar devagar e, muitas vezes, exemplificar" (189) - OPS "Perguntas curtas e simples; Utilização de símbolos, caso seja necessário. Fala pausada." (13) – TF
	29	14	57	27	
Palavras- chave	OPS	TF	OPS	TF	"Usar gestos, usar palavras-chave que poderão ser entendidas facilmente" (184) - OPS "Fazer perguntas simples, usar vocabulário simples, destacar palavras-chave, recorrer à escrita para salvaguardar a comunicação." (23) - TF
	4	4	8	7	
Discurso curto, claro e conciso	OPS	TF	OPS	TF	"Dar informações/indicações curtas e diretas, evitar discursos muito longos e, caso seja possível, mostrar objetos que possam facilitar a compreensão." (176) "Frases curtas e simples. Repetição. Perguntas." (8) - TF
	1	8	2	16	
Verificar se compreendeu	OPS	TF	OPS	TF	"Perguntar se percebeu, se me fiz entender? E utilizar linguagem não verbal." (56) - OPS "Frases curtas, perguntas fechadas, confirmar respostas" (193)- TF
	15	4	25	8	
Reformular/clarificar/repetir	OPS	TF	OPS	TF	"Falo calmamente e repito as vezes que forem necessárias, ou repito a informação de outra forma." (213) -OPS "Imagens; Palavras; Símbolos; Reformulação" (5) - TF
	13	7	25	15	
Verificar tentativas	OPS	TF	OPS	TF	
	0		0		
Negociação da próxima visita	OPS	TF	OPS	TF	
	0	0	0	0	
Não utilizar questões diretas	OPS	TF	OPS	TF	
	0	0	0	0	
Pedir à PCA para dizer o mesmo de outra forma	OPS	TF	OPS	TF	"Falar pausadamente, dizer o mesmo com outras palavras." (216) - OPS "Explicar de várias formas. Usar imagens ou objetos." (6) - TF

		4	1	8	2	
	Discutir assuntos com a PCA	OPS	TF	OPS	TF	
		0	0	0	0	
	Tomar responsabilidade	OPS	TF	OPS	TF	
		0	0	0	0	
	Empatia	OPS	TF	OPS	TF	
		0	0	0	0	
Informação visual	Quadros de comunicação	OPS	TF	OPS	TF	"Utilizar apoio visual (gestos, escrever num papel caso a pessoa consiga ler e compreender o que leu, tabelas de comunicação com imagens ou letras, falar de forma calma e pausadamente, manter o contacto ocular, perguntar se compreendeu" (72) – TF
		0	4	0	8	
	Cartões de comunicação	OPS	TF	OPS	TF	"Cartões com imagens, gestos, simular a ação (role play)" (129) - OPS "Fornecer objetos/imagens; Papeis com as palavras sim ou não; Gestos (sim/não)" (7) – TF
		1	2	3	4	
	Uso de Imagens ou símbolos	OPS	TF	OPS	TF	"Recurso a gestos, imagens, símbolos" (126) – OPS "Imagens; Palavras; Símbolos; Reformulação" (5) – TF
		39	32	77	60	
	Desenhar	OPS	TF	OPS	TF	"Desenhos e gestos" (63) - OPS "Associação do gesto natural, falar pausadamente e de forma clara, recorrer ao desenho ou imagens, repetir a mensagem." (148) - TF
		20	9	13	18	
	Escrever	OPS	TF	OPS	TF	"Escrevo num papel o que é para fazer ou demonstro o que terá que fazer" (53) - OPS "Imagens, escrita" (150) - TF
		19	15	27	31	
	CAA	OPS	TF	OPS	TF	"Esperar pela anuência do interlocutor; utilizar métodos alternativos de comunicação gráfica, etc." (70) - OPS "Utilização de imagens e objetos, quadros de comunicação aumentativa e/ou alternativa..." (90) – TF
		3	2	4	4	
Material <i>aphasia friendly</i>	OPS	TF	OPS	TF	"Pistas auditivas (Dar ênfase nas palavras de conteúdo); Pistas visuais; Pistas cinestésicas; Discurso claro e simples; Escrita Aphasia Friendly" (214)	
	0	2	0	4		
Tecnologia de suporte à comunicação	OPS	TF	OPS	TF		
	0	0	0	0		

	Pistas auditivas/ silábicas/fonémicas	OPS 4	TF 2	OPS 6	TF 3	“Falar atempadamente e explicar várias vezes se necessário. Expressões faciais consoante a entoação das minhas palavras e bem ditado.” (172) - OPS “Pistas auditivas (Dar ênfase nas palavras de conteúdo); Pistas visuais; Pistas cinestésicas; Discurso claro e simples; Escrita Aphasia Friendly” (214) - TF
Mudanças no ambiente	Perguntar a um TF	OPS 0	TF 0	OPS 0	TF 0	
	Uso de notas/cadernos/pistas visuais	OPS 3	TF 5	OPS 6	TF 8	“Uso quadro de comunicação do próprio, forneço pistas visuais, demonstro o que pretendo” (199) - OPS “Uso de pistas visuais, simplificação de discurso, uso de gestos e expressão facial.” (152) - TF
	Ter a família por perto	OPS 1	TF 0	OPS 1	TF 0	“Tento perceber o nível de compreensão do doente, normalmente com o acompanhante.” (88) – OPS
	Reduzir o ruído de fundo	OPS 7	TF 3	OPS 14	TF 6	“Falar pausadamente e com voz clara, reduzir barulho de fundo, fazendo perguntas “teste” cuja resposta só pode ser uma, por exemplo “isto é amarelo?” e apontar para algo amarelo” (50) - OPS “Usar papel e caneta/lápis como apoio à fala; falar devagar e com clareza; transmitir uma ideia de cada vez; usar frases curtas; usar estímulos visuais, como imagens, revistas, fotografias, objetos e mapas; minimizar distratores (por exemplo, o ruído de fundo de televisão, rádio ou outros); usar expressões faciais e corporais, para complementar a mensagem falada (por exemplo, gestos adequados ao contexto).” (43) - TF
	Dar informação clara	OPS 0	TF 0	OPS 0	TF 0	
	Adequação da linguagem	OPS 0	TF 1	OPS 0	TF 2	“Adequação da linguagem e meio de comunicação” (87) - TF
Outras estratégias	Exemplificar/ demonstrar a ação pretendida	OPS 6	TF 2	OPS 10	TF 4	“Cartões com imagens, gestos, simular a ação (role play)” (129) - OPS “Uso de gestos; questões se sim e não para validar informação, tal como uso de escrita e desenho para o efeito; demonstração; modelagem” (27) - TF
	Recursos didáticos	OPS 1	TF 0	OPS 1	TF 0	“Recursos didáticos utilizados no serviço” (142) - OPS
	Comunicação total	OPS	TF	OPS	TF	

		1	0	0	3	“Utilizar comunicação total, ser mais visual possível, simplificar a informação em frases simples, fala com um ritmo discursivo lento, falar de forma clara e objetiva...” (153) – TF
	Leitura	OPS	TF	OPS	TF	“Se tiver a leitura e escrita mantida, utilizo as mesmas” (135) - OPS
		1	0	2	0	
		OPS	TF	OPS	TF	
	Falar mais alto	0	1	0	3	“Gestos, símbolos, falar mais lentamente e mais alto” (39) - TF

Legenda: OPS- Outros profissionais de saúde; TF- Terapeutas da fala

Apêndice 13- Estratégias para facilitar a compreensão da pessoa com afasia (estudantes finalistas)

Estratégias utilizadas para facilitar a compreensão da pessoa com afasia						
		Frequência absoluta de unidades de enumeração		Frequência absoluta de unidades de registo		Unidades de registo (exemplos)
Estratégias físicas	Gestos	EFOA	ETF	EFOA	ETF	“Escrita de palavras-chave, gestos, desenhos” (212) - EFOA “Imagens; Escrita” (165) - ETF
		5	3	11	6	
	Apontar	EFOA	ETF	EFOA	ETF	“Gestos, desenhos, apontar para objetos” (49) - EFOA
		2	0	4	0	
	Aceno de cabeça	EFOA	ETF	EFOA	ETF	
		0	0	0	0	
	Língua gestual	EF	ETF	EFOA	ETF	
		0	0	0	0	
	Comunicação não verbal	EF	ETF	EFOA	ETF	“Procurar confirmar que esta percebeu a informação transmitida utilizando outros meios de comunicação como a escrita ou gestos” (96) - EFOA “Gesto, desenho, tabelas de comunicação, expressão facial” (140) - ETF
		2	1	3	2	

Estratégias de comunicação verbal	Questões S/N	EFOA	ETF	EFOA	ETF	
		0	0	0	0	
Questões fechadas	Questões fechadas	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Perguntas curtas, sinais não verbais, expressões, material de apoio" (192) - EFOA
		1	0	2	0	
Estabelecer/ definir o discurso	Estabelecer/ definir o discurso	EFOA	ETF	EFOA	ETF	
		0	0	0	0	
Questões abertas	Questões abertas	EFOA	ETF	EFOA	ETF	
		0	0	0	0	
Simplificar a linguagem	Simplificar a linguagem	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Procuo proporcionar ambiente calmo, sem pressionar o utente e explicar o pretendido com recurso a outros termos, palavras mais simples, gestos e/ou imagens" (35) - EFOA "encurtamento do enunciado; Simplificação da mensagem; Dar ênfase às palavras-chave; Falar calma e pausadamente; Aumento tempo entre pergunta e resposta" (114) - ETF
		1	1	2	2	
Dar tempo para responder	Dar tempo para responder	EFOA	ETF	EFOA	ETF	
		0	0	0	0	
Diminuir o débito verbal	Diminuir o débito verbal	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Falar calmamente. Entender o nível de ensino da pessoa e expressões que costuma usar." (203) - EFOA
		4	0	7	0	
Palavras- chave	Palavras- chave	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Encurtamento do enunciado; Simplificação da mensagem; Dar ênfase às palavras-chave. Falar calma e pausadamente. Aumento tempo entre pergunta e resposta" (114) - EFOA "Escrever palavras-chave sobre o que pretendo transmitir num papel; fazer desenhos; apresentar imagens; apresentar mapas; uso de gestos." (207) - ETF
		1	2	3	4	
Discurso curto, claro e conciso	Discurso curto, claro e conciso	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Utilização de um discurso simples e verbalização lenta." (2) - EFOA
		2	0	5	0	
Verificar se compreendeu	Verificar se compreendeu	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Tento fazer validação das coisas já ditas" (132) - EFOA
		3	0	3	0	
Reformular/clarificar/repetir	Reformular/clarificar/repetir	EFOA	ETF	EFOA	ETF	

		2	1	3	2	"Pergunto se percebeu e digo para realizar o que lhe pedi. Peço para que repita o que eu disse." (215) - EFOA "Repetir, contextualizando" (208) - ETF
	Verificar tentativas	EFOA	ETF	EFOA	ETF	
		0	0	0	0	
	Negociação da próxima visita	EFOA	ETF	EFOA	ETF	
		0	0	0	0	
	Não utilizar questões diretas	EFOA	ETF	EFOA	ETF	
		0	0	0	0	
	Pedir à PCA para dizer o mesmo de outra forma	EFOA	ETF	EFOA	ETF	
		0	0	0	0	
	Discutir assuntos com a PCA	EFOA	ETF	EFOA	ETF	
		0	0	0	0	
	Tomar responsabilidade	EFOA	ETF	EFOA	ETF	
		0	0	0	0	
	Empatia	EFOA	ETF	EF	ETF	
		0	0	0	0	
Informação visual	Quadros de comunicação	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Gesto, desenho, tabelas de comunicação, expressão facial" (140) - ETF
		0	1	0	2	
	Cartões de comunicação	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Desenhos, escrita ou cartões para ajuda visual" (31) - EFOA
		1	0	1	0	
	Uso de Imagens ou símbolos	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Mostrar imagens" (211) - EFOA "Imagens; Escrita" (165) - ETF
		3	2	6	4	
	Desenhar	EFOA	ETF	EFOA	ETF	

		2	5	8	4	“Escrever palavras-chave sobre o que pretendo transmitir num papel; fazer desenhos; apresentar imagens; apresentar mapas; uso de gestos.” (207) - EFOA “Escrita de palavras-chave, gestos, desenhos” (212) - ETF
	Escrever	EFOA 3	ETF 3	EFOA 7	ETF 5	“Escrita, imagens” (210) - EFOA “Desenhos, escrita ou cartões para ajuda visual” (31)- ETF
	CAA	EFOA 0	ETF 0	EFOA 0	ETF 0	
	Material <i>aphasia friendly</i>	EFOA 0	ETF 0	EFOA 0	ETF 0	
	Tecnologia de suporte à comunicação	EFOA 0	ETF 0	EFOA 0	ETF 0	
	Pistas auditivas/silábicas/fonémicas	EFOA 0	ETF 0	EFOA 0	ETF 0	
Mudanças no ambiente	Perguntar a um TF	EFOA 0	ETF 0	EFOA 0	ETF 0	
	Uso de notas/cadernos/pistas visuais	EFOA 0	ETF 0	EFOA 0	ETF 0	
	Ter a família por perto	EF 0	ETF 0	EF 0	ETF 0	
	Reduzir o ruído de fundo	EFOA 1	ETF 0	EFOA 1	ETF 0	“Procuro proporcionar ambiente calmo, sem pressionar o utente e explicar o pretendido com recurso a outros termos, palavras mais simples, gestos e/ou imagens” (35)- EF
	Dar informação clara	EFOA 0	ETF 0	EFOA 0	ETF 0	
	Adequação da linguagem	EFOA 0	ETF 0	EFOA 0	ETF 0	

Outras estratégias	Exemplificar/ demonstrar a ação pretendida	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Pedir para demonstrar a tarefa pedida" (137) - EFOA
		1	0	2	0	

Legenda: EFOA- Estudantes finalistas de outras áreas profissionais; ETF- Estudantes de Terapia da Fala

Apêndice 14- Estratégias utilizadas para reconhecer a competência da pessoa com afasia (Profissionais de saúde)

Estratégias utilizadas para reconhecer a competência da pessoa com afasia						
		Frequência absoluta de unidades de enumeração		Frequência absoluta de unidades de registo		Unidades de registo exemplificativas (exemplos)
Estratégias físicas	Gestos	OPS	TF	OPS	TF	"mais à base de gestos" (76)- OPS "Reforço positivo. Gestos. Expressões faciais" (7)- TF
		5	2	8	3	
	Apontar	OPS	TF	OPS	TF	
		0	0	0	0	
	Aceno de cabeça	OPS	TF	OPS	TF	"(...)Transmitindo sempre empatia, disponibilidade e recorrendo a linguagem corporal." (25)-OPS
		3	0	4	0	
	Língua gestual	OPS	TF	OPS	TF	
		0	0	0	0	
	Comunicação não verbal	OPS	TF	OPS	TF	"MOTIVO PELA POSITIVA, AGRADEÇO, FAÇO UM "FIXE" COM A MÃO" (107)- OPS "Reforço positivo Gestos Expressões faciais" (7)- TF
		5	3	10	5	
Estratégias de comunicação verbal	Questões S/N	OPS	TF	OPS	TF	
		1	0	2	0	

Questões fechadas	OPS	TF	OPS	TF	
	0	0	0	0	
Estabelecer/ definir o discurso	OPS	TF	OPS	TF	
	0	0	0	0	
Questões abertas	OPS	TF	OPS	TF	
	0	0	0	0	
Simplificar a linguagem	OPS	TF	OPS	TF	"Usando linguagem simples, perguntas simples, exemplificando o que quero, elogiando quando é bem sucedido (a)" (93)- OPS
	2	0	4	0	
Dar tempo para responder	OPS	TF	OPS	TF	"no tempo de resposta e na confirmação que foi correto" (115)- OPS "Olhar a pessoa nos olhos. Esperar algum tempo para o paciente dar uma resposta. Fornecer tabelas comunicativas." (13)- TF
	20	17	30	28	
Diminuir o débito verbal	OPS	TF	OPS	TF	"Dar tempo à pessoa para responder, falar de forma calma e pausadamente, utilizar as diferentes estratégias referidas anteriormente. Caso não consigamos perceber o que o paciente nos está a querer comunicar, dizer lhe que vamos falar com o seu familiar para tentar perceber o que ele nos estava a querer dizer, e na sessão seguinte, iniciar por aí. Isto demonstra ao paciente que estamos interessados no que tem para nos dizer. Também referir ao paciente que somos nós que não estamos a compreender, e que o problema não é ele." (72)- TF
	0	1	0	3	
Palavras- chave	OPS	TF	OPS	TF	
	0	0	0	0	
Discurso curto, claro e conciso	OPS	TF	OPS	TF	"Comunicar de forma clara, dar reforço positivo" (177)- OPS
	2	0	2	0	
Verificar se compreendeu	OPS	TF	OPS	TF	
	0	0	0	0	
Reformular/clarificar/ repetir	OPS	TF	OPS	TF	"Repetir com ela" (63)- OPS "Explico o problema, repito a informação. Peço que eles expliquem abro espaço para duvidas" (5)- TF
	3	4	3	6	
Verificar tentativas	OPS	TF	OPS	TF	
	0	0	0	0	
Negociação da próxima visita	OPS	TF	OPS	TF	

		0	0	0	0	
	Não utilizar questões diretas	OPS	TF	OPS	TF	
		0	0	0	0	
	Pedir à PCA para dizer o mesmo de outra forma	OPS	TF	OPS	TF	"Dar tempo para a pessoa comunicar o que pretende, ouvi-la, ser sincero quando não compreendo." (22)- TF
		0	1	0	2	
	Discutir assuntos com a PCA	OPS	TF	OPS	TF	"Falando com a pessoa, mostrando disponibilidade para ela" (40)- OPS "Conversar sobre as suas competências" (11)- TF
		13	2	15	3	
	Tomar responsabilidade	OPS	TF	OPS	TF	"Solicitação com frequência da participação do utente" (37)- OPS "Quando a comunicação está a ser difícil assumir a responsabilidade (...)" (93)- TF
		9	2	9	4	
	Empatia	OPS	TF	OPS	TF	"Empatia." (118)- OPS
		12	0	20	0	
Informação visual	Quadros de comunicação	OPS	TF	OPS	TF	"Tabelas de comunicação alternativas, se necessário" (169)- OPS "Olhar a pessoa nos olhos. Esperar algum tempo para o paciente dar uma resposta. Fornecer tabelas comunicativas." (13)- TF
		4	1	6	2	
	Cartões de comunicação	OPS	TF	OPS	TF	
		0	0	0	0	
	Uso de imagens ou símbolos	OPS	TF	OPS	TF	"Validação, imagens, desenho" (47)- OPS "Imagens" (159)- TF
		5	2	9	3	
	Desenhar	OPS	TF	OPS	TF	"Validação, imagens, desenho" (47)- OPS
		3	0	4	0	
	Escrever	OPS	TF	OPS	TF	"Escrever" (125)- OPS "Escrita. Caderno de comunicação," (16)- TF
		7	4	11	7	
	CAA	OPS	TF	OPS	TF	"Tentando explicar-lhe o que ele está a sentir e utilizando estratégias para que a comunicação seja funcional." (218)- OPS "InCentivar a usar outro tipo de formas comunicativas," (41)- TF
		4	5	9	5	
	Material <i>aphasia friendly</i>	OPS	TF	OPS	TF	
		0	0	0	0	

	Tecnologia de suporte à comunicação	OPS	TF	OPS	TF	
		0	0	0	0	
	Pistas auditivas	OPS	TF	OPS	TF	
		0	0	0	0	
Mudanças no ambiente	Perguntar a um TF	OPS	TF	OPS	TF	"Demonstrar interesse quando nos tenta comunicar algo, se não entender o que pretende comunicar pedir ajuda a outro colega" (131)- OPS
		1	0	2	0	
	Uso de notas/cadernos/pistas visuais	OPS	TF	OPS	TF	"Insistir até saber o que ele quer comunicar, seja por gestos, objetos ou palavras, para que ele não sinta que não se quer saber do que ele diz" (183)- OPS
		1	1	1	2	
	Ter a família por perto	OPS	TF	OPS	TF	"dar tempo à pessoa para responder, falar de forma calma e pausadamente, utilizar as diferentes estratégias referidas anteriormente. Caso não consigamos perceber o que o paciente nos está a querer comunicar, dizer lhe que vamos falar com o seu familiar para tentar perceber o que ele nos estava a querer dizer, e na sessão seguinte, iniciar por aí. Isto demonstra ao paciente que estamos interessados no que tem para nos dizer. Também referir ao paciente que somos nós que não estamos a compreender, e que o problema não é ele." (72)- OPS
		3	0	5	0	
	Reduzir o ruído de fundo	OPS	TF	OPS	TF	
		0	0	0	0	
	Dar informação clara	OPS	TF	OPS	TF	
		0	0	0	0	
Adequação da linguagem	OPS	TF	OPS	TF		
	0	0	0	0		
Adequação do ambiente	OPS	TF	OPS	TF	"adaptar o ambiente e envolver em todas as atividades que tenha capacidade para desempenhar" (104)- OPS	
	1	0	3	0		
Outras	Explicação /contextualização da situação	OPS	TF	OPS	TF	"Falar sobre o assunto, mostrar vídeos, recorrer a outras pessoas com afasia, em algumas sessões em que isso seja possível." (218)- OPS "Explicar o quadro clínico, o que é um AVC, a Afasia, reforçar sempre positivo todos os pequenos progressos..." (90)- TF
		35	12	43	19	
	Acalmar a PCA	OPS	TF	OPS	TF	"Tentar acalmar" (55)- OPS
		8	0	13	0	

	Reforço positivo	OPS	TF	OPS	TF	"Reforço positivo, estratégias de comunicação" (42)- OPS "Reforço positivo" (8)- TF
		31	11	41	19	
	Testemunhos de PCA	OPS	TF	OPS	TF	"informação gráfica: desenhos, fotografias, vídeos, imagens" (69)- OPS "Vídeos de outros pacientes e história da minha própria vivência como familiar de um afásico" (18)- TF
		1	2	2	3	
	Adequação das atividades em função da PCA (interesses e dificuldades)	OPS	TF	OPS	TF	"Arranjar ferramentas de acordo com a sua dificuldade" (60)-OPS "Mostrar o que sabe através de atividades do gosto do paciente." (64)- TF
		6	7	10	9	
	Comunicação total	OPS	TF	OPS	TF	"Uso de comunicação total e intervenção do psicólogo caso seja necessário" (153)- TF
		0	1	0	2	
	Toque	OPS	TF	OPS	TF	"Disponibilizar atenção; Toque" (163)- OPS
		1	0	1	0	
	Ajuda psicológica	OPS	TF	OPS	TF	"Uso de comunicação total e intervenção do psicólogo caso seja necessário" (153)- TF
		0	1	0	1	
	Mostrar interesse/disponibilidade	OPS	TF	OPS	TF	"Mostrar que estou a tentar perceber o que diz" (82)- OPS "Dar atenção e valorizar a sua comunicação" (19)- TF
		14	1	16	2	
	Tratar a PCA como um adulto competente	OPS	TF	OPS	TF	"Tratar o utente sempre como o adulto competente que é e nunca infantilizar o trabalho desenvolvido." (85)- TF
		0	4	0	5	

Legenda: OPS- Outros profissionais de saúde: TF- Terapeutas da fala

Apêndice 15- Estratégias para reconhecer a competência da pessoa com afasia (estudantes finalistas)

Estratégias utilizadas para reconhecer a competência da pessoa com afasia							
		Frequência absoluta de unidades de enumeração		Frequência absoluta de unidades de registo		Unidades de registo exemplificativas (exemplos)	
		EFOA	ETF	EFOA	ETF		
Estratégias físicas	Gestos	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Escrita de palavras chave, gestos" (212)- ETF	
		0	1	0	2		
	Apontar	EFOA	ETF	EFOA	ETF		
		0	0	0	0		
	Aceno de cabeça	EFOA	ETF	EFOA	ETF		
		0	0	0	0		
	Língua gestual	EFOA	ETF	EFOA	ETF		
		0	0	0	0		
	Comunicação não verbal	EFOA	ETF	EFOA	ETF		
		0	0	0	0		
	Estratégias de comunicação verbal	Questões S/N	EFOA	ETF	EFOA		ETF
			0	0	0		0
Questões fechadas		EFOA	ETF	EF AO	ETF		
		0	0	0	0		
Estabelecer/ definir o discurso		EFOA	ETF	EFOA	ETF		
		0	0	0	0		
Questões abertas		EFOA	ETF	EFOA	ETF		
		0	0	0	0		
Simplificar a linguagem		EFOA	ETF	EFOA	ETF		
		0	0	0	0		
Dar tempo para responder		EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Mostrar empatia; Respeitar o tempo que a pessoa toma a exprimir-se; Transmitir calma" (2)- EFOA	

		3	0	3	0	
Diminuir o débito verbal	EF	ETF	EFOA	ETF		
	0	0	0	0		
Palavras- chave	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Escrita de palavras chave, gestos" (212)- ETF	
	2	0	4	0		
Discurso curto, claro e conciso	EFOA	ETF	EFOA	ETF		
	0	0	0	0		
Verificar se compreendeu	EFOA	ETF	EFOA	ETF		
	0	0	0	0		
Reformular/clarificar/ repetir	EFOA	ETF	EFOA	ETF		
	0	0	0	0		
Verificar tentativas	EFOA	ETF	EFOA	ETF		
	0	0	0	0		
Negociação da próxima visita	EFOA	ETF	EF	ETF		
	0	0	0	0		
Não utilizar questões diretas	EFOA	ETF	EFOA	ETF		
	0	0	0	0		
Pedir à PCA para dizer o mesmo de outra forma	EFOA	ETF	EFOA	ETF		
	0	0	0	0		
Discutir assuntos com a PCA	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Dar feedback positivo, "puxar" pela Pca de modo a demonstrar a sua importância, arranjar um emprego para a Pca" (208)- EFOA	
	1	0	1	0		
Tomar responsabilidade	EFOA	ETF	EFOA	ETF		
	1	0	0	0		
Empatia	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Tento gerar empatia e tentar fazer com que a pessoa se sinta compreendida e apoiada" (215)- EFOA	

		3	2	5	3	"Explicar a situação e demonstrar compreensão e empatia"(21) - ETF	
Informação visual	Quadros de comunicação	EFOA	ETF	EFOA	ETF		
		0	0	0	0		
	Cartões de comunicação	EF	ETF	EFOA	ETF		
		0	0	0	0		
	Uso de imagens ou símbolos	EFOA	ETF	EFOA	ETF		
		0	0	0	0		
	Desenhar	EFOA	ETF	EFOA	ETF		
		0	0	0	0		
	Escrever	EFOA	ETF	EFOA	ETF		
		0	0	0	0		
	CAA	EFOA	ETF	EFOA	ETF		"Dar autonomia Meios para comunicar" (165)- EFOA
		1	0	1	0		
	Material <i>aphasia friendly</i>	EFOA	ETF	EFOA	ETF		
		0	0	0	0		
Tecnologia de suporte à comunicação	EFOA	ETF	EFOA	ETF			
	0	0	0	0			
Pistas auditivas	EFOA	ETF	EFOA	ETF			
	0	0	0	0			
Mudanças no ambiente	Perguntar a um TF	EF	ETF	EF	ETF	"Procuro ajuda da terapeuta da fala neta situacao para auxiliar a encontrar estratégias para comunicar com o individuo" (96)- EFOA	
		1	0	2	0		
	Uso de notas/cadernos/pistas visuais	EFOA	ETF	EFOA	ETF		
		0	0	0	0		
	Ter a família por perto	EFOA	ETF	EFOA	ETF		
		0	0	0	0		

	Reduzir o ruído de fundo	EFOA	ETF	EFOA	ETF	
		0	0	0	0	
	Dar informação clara	EFOA	ETF	EFOA	ETF	
		0	0	0	0	
	Adequação da linguagem	EFOA	ETF	EFOA	ETF	
		0	0	0	0	
	Adequação do ambiente	EFOA	ETF	EFOA	ETF	
		0	0	0	0	
Outras	Explicação /contextualização da situação	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Mencionar que é normal haver essas dificuldades e dizer não existe problema em não conseguir dizer" (73)- EFOA "Explicar a situação e demonstrar compreensão e empatia" (114)- ETF
		3	1	5	2	
	Acalmar a PCA	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Acalmar a pessoa. Demonstrar estratégias para comunicar indicadas pelas terapeuta da fala da instituição. Criar uma rotina no plano de tratamento do utente." (203)-EF
		1	0	1	0	
	Reforço positivo	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Incentivo, dizendo que está a correr bem e que é aquilo que se pretende" (67)- EF "Reforço, motivação," (140)- ETF
		2	4	2	6	
	Demonstrar interesse/ disponibilidade	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Falar abertamente do assunto, reconhecer os problemas que se sente e fazer-se sentir compreendido e apoiado." (137)- EF "Falar com a pessoa e dizer-lhe que eu sei que ela quer comunicar alguma coisa e deixar a pessoa completamente à vontade para utilizar o que quiser e que estratégias quiser para comunicar. Mostrar que estamos interessados no que a pessoa quer transmitir, que temos tempo para ela e fazer a pessoa sentir-se importante e respeitada." (15)- ETF
		2	1	2	1	
	Ser paciente	EFOA	ETF	EFOA	ETF	"Ser paciente, saber respeitar" (49)- EFOA
		1	0	2	0	

Legenda: EFOA- Estudantes finalistas de outras áreas profissionais: ETF- Estudantes de Terapia da Fala

Anexo 1- Parecer da comissão de ética

COMISSAO DE ETICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Parecer Nº 694/07-2020

Título do Projecto: A comunicação dos profissionais de saúde com a pessoa com afasia

Identificação dos Proponentes

Nome(s): Daniela Filipa Gomes de Jesus (Mestrado em Terapia da Fala), M^a Assunção Coelho Matos (orientadora), Ana Rita Vieira Pinheiro (coorientadora)

Filiação Institucional: Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro - ESSUA

Investigador Responsável: M^a Assunção Coelho Matos

Relator: Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves

Parecer

O estudo a desenvolver insere-se na problemática das perturbações da comunicação com pessoas com afasia, decorrentes de Acidente Vascular Cerebral, encontrando-se a sua pertinência devidamente fundamentada pela importância que assumem na prática centrada no utente e implicações na segurança e qualidade dos cuidados de saúde.

Trata-se de um estudo definido pelas proponentes como "exploratório, de natureza transversal, descritiva e correlativa, com uma abordagem mista (quantitativa e qualitativa)", tendo como objetivo geral realizar uma análise exploratória e comparativa sobre a forma como os profissionais de saúde e estudantes finalistas das áreas da saúde comunicam com a pessoa com afasia no contexto clínico português.

A população é constituída por estudantes finalistas das áreas da saúde, com exclusão dos que estejam em formação em instituições de ensino superior estrangeiras, e por profissionais de saúde diretamente associados às áreas de saúde/reabilitação e com contato com pessoas com afasia. Será acedida através das Escolas de Saúde e Associações representativas dos diferentes profissionais e das redes sociais.

A recolha de dados é através de questionário apresentado online recolhendo alguns dados pessoais relativos à caracterização sociodemográfica dos participantes e sobre a problemática em estudo. Novembro de 2020 é a data prevista para o início da recolha de dados, sendo portanto posterior à pronúncia desta Comissão.

A voluntariedade dos participantes é assegurada através de Declaração de Consentimento Informado, a qual apresenta devidamente a descrição do estudo e identifica as estratégias para garantir a confidencialidade, anonimização e segurança de dados recolhidos.

Não se identificaram conflito de interesses, nem contrapartidas financeiras, sendo esperados benefícios deste estudo para a formação dos participantes e eficácia e eficiência das intervenções junto de pessoas com afasia.

O Termo de Responsabilidade está devidamente assinado pela investigadora principal.

Nos pressupostos anteriores, havendo cumprimento de todos os requisitos éticos específicos para o estudo, sou de parecer favorável à sua realização tal como apresentado.

O relator: 

Data: 09/09/2020 O Presidente da Comissão de Ética: 