

## LITERACIA EM SAÚDE: CONHECIMENTO SOBRE AFASIA DA POPULAÇÃO PORTUGUESA ADULTA

Catarina Ramos, Universidade Atlântica, cramos@uatlantica.pt

Paula Vital, Universidade Atlântica/St Casa da Misericórdia de Lisboa, pvital@uatlantica.pt

**RESUMO:** Em Portugal a principal causa de morbilidade é o acidente vascular cerebral (AVC), sendo que cerca de 50% dos sobreviventes de AVC ficam com restrições ao nível da comunicação, com uma grande incidência de afasia. A funcionalidade comunicativa da pessoa com afasia (PcA) irá ser influenciada quer pela incapacidade resultante da lesão da estrutura cerebral, nomeadamente ao nível das funções mentais da linguagem, quer pelos fatores ambientais dos vários contextos onde a pessoa interage. A Organização Mundial de Saúde (2011) defendeu que é vital melhorar o conhecimento da população sobre a deficiência de forma a desenvolver uma sociedade inclusiva. **Objetivo:** Averiguar o conhecimento e as principais fontes de informação sobre afasia da população portuguesa adulta. **Metodologia:** Estudo exploratório-descritivo e transversal cuja amostra, não probabilística por conveniência, é constituída por 193 indivíduos, 68,4% do género feminino e 31,6% do género masculino com uma média de idades de 41 anos (DP=15,06). Para a recolha dos dados foi aplicado o questionário de autopreenchimento “Conhecimento sobre afasia” de Vital e Ramos (2013). **Resultados:** Os inquiridos já ouviram falar mais de outras condições de saúde (>93%) com menor incidência que a afasia (26,9%), no entanto, 58,5% afirma conhecer alguém que não comunicava/falava após ter sofrido um AVC. As principais fontes de informação sobre afasia são os média (38,4%), o facto de ser familiar/amigo de uma PcA (17,3%) e trabalhar com PcA (11,5%). **Conclusão:** O estudo realça um necessário investimento em literacia em saúde na área da afasia.

### Introdução

Literacia em saúde (LS) corresponde a comunicar informação de saúde de forma clara e a entender corretamente informação de saúde de modo a ser possível a ação, a interação e a tomada de decisão de forma esclarecida, consciente, autónoma e benéfica para a pessoa e para a comunidade. Neste sentido a LS é relevante e transversal a todos os aspetos e atores do contínuo dos cuidados, desde o bem-estar e saúde à promoção da saúde, à deteção e prevenção da doença, ao diagnóstico e tomada de decisão, ao tratamento, ao autocuidado e à prestação de cuidados.

A LS foi definida por Ratzan e Parker (2000) como “o grau em que os indivíduos podem obter, processar e compreender a informação básica de saúde e os serviços de que necessitam para tomar decisões de saúde adequados.” (Selden *et al.*, 2000). Esta definição foi mais tarde adotada pelo *Healthy People 2010* (2008) e pelo Institute of Medicine (IOM) em

2004 no relatório *Health Literacy: A Prescription to End Confusion* (2008). Berkman *et al.* (2011) realçam que o conceito de LS representa uma variedade de habilidades necessárias para ser possível funcionar de forma eficaz no contexto dos cuidados de saúde e agir adequadamente em informação dos cuidados de saúde e que incluem a literacia de impressão (capacidade de ler e compreender texto e localizar e interpretar informações em documentos), a matemática (capacidade de usar informação quantitativa) e a literacia oral (capacidade de falar e ouvir de forma eficaz). Nutbeam (2000) e Milne *et al.* (2010) (citados por Berkman *et al.*, 2011) incluem na definição de LS, um conhecimento de trabalho (*working knowledge*) dos processos da doença, a capacidade de usar a tecnologia, a capacidade funcionar em rede e interagir com os outros socialmente, a motivação para a ação política em relação às questões de saúde assim como a autoeficácia. Rothman *et al.* (2006, citados por Berkman *et al.*, 2011) referem a numeracia - capacidade para compreender e usar os números na vida do dia-a-dia, como uma componente importante da literacia em saúde. O desenvolvimento de competências em LS é um processo ao longo da vida, sendo a LS um fator determinante de saúde, os níveis limitados de LS, estão associados com elevados custos no sistema de saúde (Kickbusch *et al.*, 2013).

A LS é uma responsabilidade partilhada entre as pessoas/doentes (ou alguém no fim da receção da comunicação em saúde) e os prestadores (ou alguém no final dando a comunicação em saúde), em que ambos devem comunicar por formas que o outro possa compreender (Osborne, 2013). As pessoas têm dificuldades em compreender a informação de saúde por diferentes razões que podem incluir a literacia (em geral), a idade, a deficiência, a linguagem, a cultura e as emoções (Osborne, 2013). A literatura aponta para que os grupos com menor LS sejam pessoas com problemas de saúde crónicos, imigrantes, pessoas com mais baixo rendimento, residentes em zonas rurais e pessoas acima dos 65 anos.

O envelhecimento da população e o conseqüente aumento da esperança média de vida, os avanços da medicina, bem como as alterações dos estilos de vida dos indivíduos são fatores que podem estar na base do crescimento do número de doenças crónicas que influenciam a condição de saúde da pessoa. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011) refere que um bilhão de pessoas em todo o mundo apresenta algum tipo de deficiência e destas cerca de 200 milhões vive com limitações consideráveis ao nível da funcionalidade. Em Portugal, os acidentes vasculares cerebrais (AVC) são das principais causas de mortalidade e morbidade, sendo a sua incidência mais elevada que em outros países da Europa e do mundo (Direcção Geral de Saúde, 2006). O Ministério da Saúde (2014), na apresentação dos seus programas nacionais de saúde prioritários, refere que as doenças cardiovasculares continuam a ser a principal causa de mortalidade na população portuguesa, apesar da tendência de decréscimo nos últimos anos, no entanto, têm um importante impacto económico decorrente da incapacidade provocada, gerando crescentes custos relacionados com o seu tratamento. Estudos apontam para que cerca de 50% dos sobreviventes de AVC fiquem com alterações a nível da comunicação, entre elas, uma grande incidência de afasias (Associação Nacional de Afásicos, s.d.).

Entende-se por comunicação “o processo pelo qual é trocada informação entre um emissor e um recetor com o objetivo de atingirem compreensão mútua... [neste processo] referimo-nos a o quê se comunica – pensamentos e sentimentos e a como se comunica – verbal e/ou não verbal.” (Vital, 2011, p.381). No entanto, para que a comunicação seja efetiva é necessário considerar: (1) o domínio do código utilizado para a transmissão da mensagem e a integridade das competências comunicativas, linguísticas e motoras dos intervenientes para a operacionalização desse código (Ramos, 2011); (2) a existência de um objetivo, ou seja, tem de haver algo a partilhar, para além da intenção e motivação para o fazer; (3) a definição de papéis e de regras e um equilíbrio entre custo-benefício inerente ao processo de dar e receber

para que a ação de um não se sobreponha à reação do outro (Vital, 1999) e (4) o contexto onde ocorre a interação, uma vez que é esse próprio contexto que irá vincular o conteúdo da mensagem e permitir a participação real de todos os envolvidos (Ramos & Vital, 2012).

Nesta perspectiva em que a funcionalidade comunicativa do indivíduo resulta da interação entre as suas características e competências e as características e competências do meio, e de acordo com o quadro conceptual proposto pela OMS (2001, versão portuguesa, 2004), podemos definir afasia como uma alteração das funções de compreensão e expressão da linguagem oral, escrita, não-verbal e do cálculo devido a lesão da estrutura cerebral que poderá ou não limitar a participação comunicativa da pessoa na realização das suas atividades diárias dependendo de se o meio se comporta como barreira ou facilitador ao envolvimento na situação de vida.

A pessoa com afasia (PcA) devido ao compromisso ao nível da atividade de comunicar resultante quer da alteração da sua competência linguística quer motora, pode assumir um papel passivo como comunicador e embora exista algo a comunicar, a intenção e/ou motivação para o fazer podem decrescer. A alteração motora, que se manifesta em consequência da localização da lesão cerebral, pode comprometer o uso da fala e/ou do gesto e/ou escrita como forma de comunicação e diminuir o número de contextos onde a pessoa tem a oportunidade de o realizar. Por outro lado, o meio assume frequentemente um papel de barreira, seja esta física ou atitudinal, não permitindo à PcA desenvolver uma identidade de comunicador competente, capaz de influenciar o meio e originar mudança numa aprendizagem comunicativa significativa conjunta.

Uma das principais barreiras que restringe a participação da PcA é a atitudinal, ou seja, as “consequências observáveis dos costumes, práticas, ideologias, valores, normas, crenças [que] influenciam o comportamento individual e a vida social em todos os níveis” (OMS, 2004, p. 168). As barreiras atitudinais podem resultar da falta de conhecimento do que é viver

com deficiência e com restrições ao nível da comunicação. A educação das pessoas acerca da natureza e do impacto da afasia, promovendo a compreensão das barreiras com que as PcA se deparam pode tornar-se facilitador (Howe, Worrall & Hickson, 2004). Para Ramos (2013) a intervenção com a PcA deve ser realizada através de uma abordagem multidimensional centrada quer na incapacidade comunicativa e linguística da própria pessoa, quer na mudança de atitudes, incluindo a comunicativa, dos familiares, dos prestadores de cuidados e da sociedade de forma a potencializar um crescimento comunicativo conjunto, e parafraseando Guerreiro (2002) cultivando uma cultura inclusiva, ou seja, uma cultura para todos.

A OMS, na sua recomendação 7 do Relatório Mundial sobre a Deficiência, propõe aumentar a consciência e a compreensão sobre a deficiência, salientando “*Collecting information on knowledge, beliefs and attitudes about disability can help identify gaps in public understanding that can be bridged through education and public information.*” (OMS, 2011, p.267). Vários estudos têm sido realizados de forma a averiguar o conhecimento sobre afasia da população (quadro 1) e os seus resultados mostram que os participantes das várias investigações: (1) ouviram falar de afasia entre 8,3% e 50,67% (Santos & Patrício, 2014; McCann, Tunnicliffe, & Anderson, 2013; Whitaker & Marshall, 2011; Simmons-Mackie *et al.*, 2002; Code *et al.*, 2001); (2) ouviram falar mais de outra condição de saúde (Doença de Parkinson) com menor incidência do que de afasia (McCann *et al.*, 2013; Flynn, Cumberland, & Marshall, 2008) (3) os que ouviram falar de afasia são mais frequentemente mulheres (Simmons-Mackie *et al.*, 2002; Code *et al.*; 2001) (4) os que ouviram falar de afasia apresentam uma idade superior (média igual ou superior a 46 anos) (Simmons-Mackie *et al.*, 2002; Code *et al.*; 2001) (5) tiveram conhecimento da afasia através dos media; do trabalho e/ou formação ou por serem familiares, amigos ou conhecerem PcA (Santos & Patrício, 2014; McCann *et al.*, 2013; Whitaker & Marshall, 2011; Simmons-Mackie *et al.*, 2002; Code *et al.*; 2001).

Quadro 1 - Estudos realizados sobre o conhecimento da afasia da população.

<b>Autores (data)</b>	<b>Amostra</b>	<b>Resultados</b>	<b>Fonte(s) de Informação</b>
Code <i>et al.</i> (2001)	N=929 Inglaterra EUA Australia	13,7% ouviram falar de afasia - média de idades dos participantes que ouviram falar de afasia é superior (46) à daqueles que não ouviram (41,3) - mulheres ouviram falar mais de afasia, com diferenças significativas na Austrália (p=0,003)	36% média 30% trabalho 10% familiar/amigo PcA
Simmons-Mackie <i>et al.</i> (2002)	N=926 Inglaterra EUA Austrália	13,6% ouviram falar de afasia - média de idades dos participantes que ouviram falar de afasia é superior (46,5) à daqueles que não ouviram (39,7) - mulheres (16,25%) ouviram falar mais de afasia do que os homens (9,8%)	38,7% média 24% trabalho 17,8% familiar/amigo PcA 19,4% outras fontes
Whitaker & Marshall (2011)	N=223 EUA	50,67% ouviram falar de afasia	39,8% trabalho 22,1% conheciam alguém com afasia 16,8% média
McCann <i>et al.</i> (2013)	N=300 (100 da área da saúde) Nova Zelândia	30% ouviram falar de afasia - ouviram falar de Parkinson (96%) e AVC (99,3%) - 68% dos profissionais da área da saúde ouviram falar de afasia	70% trabalho ou formação 10% média 10% familiar/amigo PcA 10% outras fontes
Santos & Patrício (2014)	N=120 (7 profissionais de saúde) Portugal	8,3% ouviram falar de afasia - 57,1% dos profissionais de saúde ouviram falar de afasia	60% trabalho 30% internet 20% televisão

A OMS (2011) sugere que o envolvimento dos média é fundamental para o sucesso das campanhas de sensibilização e para assegurar a divulgação de histórias positivas sobre as pessoas com deficiência e as suas famílias. Guerreiro (2013) reforça esta ideia quando sugere a sensibilização dos média, entre outros, como um dos motores para o desenvolvimento de um processo inclusivo. Os estudos levados a cabo a nível internacional mostram que a palavra afasia surge com menos frequência nos média quando comparada com outras condições de saúde ou alterações da comunicação com igual ou menor prevalência (Sherrat, 2011; Elman, Olgar & Elman, 2000) e quando é referida limita-se frequentemente à utilização da palavra sem a sua definição ou informação adicional (Sherrat, 2011).

A falta de conhecimento da população sobre afasia pode ter como consequências: (1) a alteração das relações interpessoais, com a consequente limitação da participação ativa da pessoa na sua vida familiar, comunitária, laboral, cívica e social (Matos, 2012; Northcott &

Hilari, 2011; Cruice, Worrall e Hickson, 2006); (2) a alteração da saúde mental da PcA, uma vez que são as pessoas com afasia que estão mais em risco de perder os amigos dentro do grupo de pessoas que tiveram um AVC, existindo um maior risco de depressão (Northcott & Hilari, 2011); (3) a falta de financiamento para a investigação, serviços e programas de reabilitação de apoio à PcA e seus cuidadores (Simmons-Mackie *et al.*, 2002; Elman *et al.*, 2000); (4) a restrição ao acesso participado aos cuidados de saúde e a diminuição da qualidade dos serviços prestados à PcA e seus cuidadores (O'Halloran, Hickson & Worrall, 2008; Parr, Pound & Hewit, 2006; Simmons-Mackie *et al.*, 2002) e (5) o não desenvolvimento de uma cultura comunicacional “*aphasia-friendly*”.

Constatada a necessidade e a importância do conhecimento sobre a afasia, seja da PcA, seja dos familiares, cuidadores e da população em geral, a partir da experiência clínica das autoras e da revisão da literatura considerou-se como objetivos deste estudo: averiguar o conhecimento e as principais fontes de informação sobre afasia da população portuguesa adulta.

### **Metodologia**

O presente estudo é exploratório-descritivo e transversal. A amostra não probabilística por conveniência com técnica de amostragem por redes foi constituída respeitando as variáveis de: 1) inclusão - ter idade igual ou superior a 18 anos, nacionalidade portuguesa e residência em Portugal; 2) exclusão - ser terapeuta da fala, ser estudante de terapia da fala ou ser uma pessoa que tem afasia; 3) controlo - ter contacto com pessoas que têm afasia e zona de residência em meio rural/urbano. A amostra foi recolhida entre março e abril de 2014. Foram entregues 199 questionários, dos quais foram recolhidos 198, sendo a taxa de adesão ao estudo de 99,5%. No entanto, foram excluídos cinco questionários por não se encontrarem preenchidos na totalidade.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes (n=193).

	F (%)	M (SD)	Mín.-Máx.	Moda
Idade				
]18; 20[	4 (2,1)			
[20; 30[	49 (25,4)			
[30; 40[	41 (21,2)			
[40; 50[	42 (21,8)	41 (15,06)	18-85	23
[50; 60[	37 (19,2)			
[60; 70[	11 (5,7)			
[70; 80[	8 (4,1)			
[80; 90[	1 (0,5)			
Género				
Masculino	61(31,6)			
Feminino	132 (68,4)			
Habilitações Literárias (concluídas)				
1ºCiclo do ensino básico	14 (7,3)			
2ºCiclo do ensino básico	6 (3,1)			
3ºCiclo do ensino básico	24 (12,4)			
Ensino Secundário/Curso Profissional	101 (52,3)			
Bacharelato	4 (2,1)			
Licenciatura	40 (20,7)			
Mestrado	3 (1,6)			
Doutoramento	1 (0,5)			
Zona de Residência				
Zona urbana	140 (72,5)			
Zona rural	53 (27,5)			
Atividade Profissional				
Exerce uma profissão	152 (78,8)			
Desempregado <sup>a</sup>	12 (46,2)			
Reformado <sup>a</sup>	14 (53,8)			
Exercício de funções na área da saúde	23 (13,5)			
Profissional de saúde	16 (8,3)			
Outros profissionais	7 (3,6)			

<sup>a</sup> n=26<sup>b</sup> n=16

Dos 193 inquiridos, como mostra a tabela 1, 68,4% são do género feminino e 31,6% do género masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 85 anos, sendo a média de idade de 41 anos (DP=15,06). A maioria dos participantes é residente no distrito de Lisboa (66,8%) e em zona urbana (72,5%). No que se refere às habilitações literárias, 52,3% da amostra possui o ensino secundário ou curso profissional e 34,7% o ensino superior, no entanto, 9,8% dos participantes ainda são estudantes. Quanto ao exercício profissional, 78,8% dos inquiridos encontram-se a desenvolver uma atividade profissional, salientando-se que 13,3% da amostra exerce ou já exerceu funções na área da saúde, sendo 8,3% como profissional de saúde.

Para a recolha dos dados foi utilizado o questionário de autopreenchimento "Conhecimento sobre Afasia" de Vital & Ramos (2013) (Parte I e II). A parte I permite recolher os dados sociodemográficos dos participantes e a parte II o seu conhecimento sobre várias condições de saúde incluindo a afasia e no caso de ter ouvido falar de afasia, quais as fontes de informação desse conhecimento. O pré-teste do instrumento foi realizado por quatro Terapeutas da Fala com experiência na área e 12 alunos finalistas da licenciatura em Terapia da Fala.

### **Resultados**

Os resultados obtidos mostram que 99,5% da nossa amostra já ouviu falar de AVC e 58,5% conhece ou conheceu alguém que não comunicava após ter sofrido um. Constata-se que acima de 93% dos participantes do nosso estudo já ouviram falar mais de outras condições de saúde (doença de Alzheimer 100%; AVC 99,5%; diabetes 99%; doença de Parkinson 95,9%; esclerose múltipla 95,3; gaguez 93,8%) do que de afasia (26,9%). Importa ainda referir que existem outras condições de saúde das quais os participantes ouviram falar menos (alexia e agrafia 24,9%; disartria 14%) do que de afasia (26,9%).

A tabela 2 sistematiza a análise das características sociodemográficas dos participantes (n=52) que ouviram falar de afasia. A média de idades destes participantes é de 40 anos (DP=16) encontrando-se estes principalmente nas faixas etárias dos 20 aos 30 anos (34,6%) e dos 50 aos 60 anos (23,1%). Comparativamente a média de idades dos participantes que não ouviram falar de afasia (n=141) é de 41 anos (DP=14,7) tendo estes maioritariamente entre 30 e 50 anos ([30; 40[ anos = 23,4%; [40; 50[ anos =25,5%). Dos inquiridos que ouviram falar de afasia 63,3% são do género feminino, correspondendo a 25% da amostra total de participantes deste género (n=132), e 33,5% são do género masculino, correspondendo a 31,14% da amostra total de participantes deste género (n=61). Os participantes residem na sua maioria

em zona urbana (76,9%), correspondendo a 28,57% dos participantes que residem nesta zona na amostra total (n=140), e 23,1% reside em zona rural, correspondendo a 22,64% do total de participantes que vive nesta zona (n=53). Salienta-se ainda que 43,5% (n=23) dos profissionais que exercem funções na área da saúde ouviram falar de afasia, sendo que dos 16 profissionais de saúde 50% ouviram falar desta patologia.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica dos participantes que ouviram falar de afasia (n=52).

	F (%)	M (SD)	Min.-Máx.	Moda
Idade		40 (16)	19-79	49
Género				
Masculino	19 (33,5)			
Feminino	33 (63,5)			
Profissionais na área da saúde <sup>a</sup>	10 (43,5)			
Profissionais de saúde <sup>b</sup>	8 (50)			
Outros profissionais na área da saúde <sup>c</sup>	2 (28,6)			

<sup>a</sup> n=23

<sup>b</sup> n=16

<sup>c</sup> n=7

As fontes de informação sobre esta condição de saúde, tabela 3, são os média (40%), o ser familiar ou amigo de uma PcA (18%), a formação (18%) ou trabalhar com PcA (12%). Apenas um participante (2%) refere ter ouvido falar de afasia através de uma campanha de sensibilização.

Tabela 3 - Fontes de informação dos participantes sobre afasia (n=50).

	F (%)
Média	20 (40)
Conversação	10 (20)
Familiar/ amigo pessoa com afasia	9 (18)
Formação	9 (18)
Trabalhar com pessoa com afasia	6 (12)
Livro	5 (10)
Campanha de sensibilização	1 (2)

## Discussão

A população portuguesa, participante no nosso estudo (n=193), revela ter ouvido falar mais de afasia (26,9%) que o encontrado por outras investigações internacionais (Simmons-

Mackie *et al.*, 2002; Code *et al.*, 2001), podendo esta realidade ser explicada pelo facto de Portugal ter uma elevada incidência de AVC (DGS, 2006) e de afasias (ANA, s.d.). No estudo de Santos & Patrício (2014) os resultados obtidos para a mesma população foram inferiores aos por nós verificados, sendo que apenas 8,3% dos participantes tinham ouvido falar de afasia, no entanto, na nossa amostra existiam familiares e amigos de PcA (18%), mais profissionais de saúde (8,3%) e outros profissionais da área da saúde (3,6%), o que poderá explicar a diferença. Estes aspetos ao nível das características dos participantes que constituem a amostra podem também justificar o facto dos nossos resultados serem inferiores aos de McCann *et al.* (2013) e Whitaker & Marshall (2011). Independentemente do atrás considerado podemos afirmar que o conhecimento da população portuguesa sobre a existência desta condição de saúde – afasia, ainda é baixo (26,9%) quando comparado com outras condições de saúde com igual ou inferior prevalência (>93,8%), à semelhança do descrito por McCann *et al.* (2013) e Flynn *et al.* (2008). Esta circunstância tem consequências na participação ativa da PcA no desempenhar dos papéis (familiar, amigo, trabalhador) que são esperados de si e por si em sociedade. Esta realidade poderá, tal como o salientado por Northcott e Hilari (2011), ter impacto ao nível da saúde mental da PcA desencadeando outras condições de saúde, que terão que ser consideradas, impactando o contexto familiar, social e profissional.

A média de idade dos participantes no nosso estudo que ouviram falar de afasia (40 anos; DP=16) é inferior à daqueles que não ouviram (41 anos, DP=14,7), contrariamente ao descrito por Simmons-Mackie *et al.* (2002) e Code *et al.* (2001), talvez por 49,2% da nossa amostra apresentar entre 18 e 40 anos. Outro resultado por nós encontrado que é dispar dos descritos por estes autores refere-se ao género dos participantes que ouviram falar de afasia. Na nossa amostra, e se fizermos a correspondência para o total de participantes por género, 31,14% são do género masculino e 25% do género feminino.

Queremos salientar que dos 23 profissionais que exercem funções na área da saúde apenas 10 (43,5%) ouviram falar de afasia e dos 16 profissionais de saúde apenas 50% afirmam ter conhecimento desta condição de saúde, sendo que 12% (n=6) dos participantes refere como fonte de informação o facto de trabalhar com PcA. Esta realidade, de desconhecimento da afasia por parte de profissionais que trabalham na área da saúde, poderá ter impacto no acesso aos cuidados de saúde por parte das PcA como mostram os estudos de O'Halloran *et al.* (2008) e Parr *et al.* (2006) e põe em causa a responsabilidade partilhada, defendida por Osborne (2013), entre quem dá e recebe a informação em saúde uma vez que a comunicação pode não ser efetiva, pondo em risco os princípios éticos que devem ser respeitados num processo de tomada de decisão. Por outro lado, apenas 18% (n=9) da nossa amostra refere ter ouvido falar de afasia através da formação, e salvaguardando que estes podem não ser profissionais que prestam cuidados, podemos concluir que uma mudança quer ao nível da formação de base quer ao longo da vida deverá ser concretizada.

Importa ainda refletir no facto de 99,5% da amostra já ter ouvido falar de AVC e de 58,5% conhecer ou ter conhecido alguém que não comunicava após ter sofrido um, mas apenas 26,9% ter ouvido falar de afasia. Estes resultados mostram que os participantes do nosso estudo podem não conseguir associar as dificuldades comunicativas após o AVC dos seus conhecidos ao termo afasia ou por esta apresentar compromissos diferentes ao nível integridade funcional das funções do corpo (compreensão/expressão da linguagem oral/escrita/não verbal) tornando-se difícil de reconhecer ou por os média, fonte de informação privilegiada para a nossa amostra (40%), não serem claros quando falam desta patologia, tal como o defendido por Sherrat (2011) e Elman *et al.* (2000). Não podíamos deixar de realçar neste contexto, que sendo as alterações de linguagem um dos principais sintomas para o diagnóstico de AVC que esta não se reflita no número de pessoas que já ouviram falar de afasia. Assim podemos extrapolar que na informação fornecida à população

sobre AVC não é dado um nome às alterações de linguagem ou que ouvir falar, neste caso de AVC, não significa que se tenha real conhecimento da condição de saúde. Ambas as situações mostram que as medidas de promoção de literacia em saúde deverão ser repensadas, uma vez que não se encontra assegurado que os indivíduos tenham obtido, processado ou compreendido a informação (Ratzan e Parker, 2000, citados por Selden *et al.*, 2000). É importante salvaguardar que existem outras patologias associadas à comunicação que podem ter como etiologia o AVC, como é o caso da alexia e agrafia (24,9% ouviram falar) e da disartria (14% ouviram falar) com impacto significativo na qualidade de vida das pessoas e em que o processo de literacia em saúde fica comprometido uma vez que os participantes pouco ouviram falar.

Os nossos resultados sobre as principais fontes de informação sobre afasia – os média (40%), ser familiar ou amigo de uma PcA (18%), a formação (18%) e trabalhar com pessoas com afasia (12%), são semelhantes aos encontrados por outros autores (Santos & Patrício, 2014; McCann *et al.*, 2013; Whitaker & Marshall, 2011; Simmons-Mackie *et al.*, 2002; Code *et al.*, 2001), no entanto, para a nossa amostra o trabalho surge como uma fonte de informação menos frequente que nos outros estudos e os média como uma fonte mais frequente. Isto revela o importante papel dos média no desenvolvimento da literacia em saúde, de acordo com referido por Guerreiro (2013) e OMS (2011).

### **Conclusão**

Os níveis reduzidos de literacia em saúde têm vindo a ser identificados e reconhecidos como um problema de saúde pública associados a custos elevados no sistema de saúde. Ao reconhecimento crescente do problema corresponde a necessidade de encontrar soluções no sentido de identificar e implementar intervenções efetivas na área da literacia em saúde. No entanto, a identificação das melhores soluções depende da compreensão do problema de

forma precisa e abrangente, das causas para uma literacia em saúde limitada e de como e porquê isso contribui para fracos resultados em saúde. No caso do conhecimento sobre a afasia, da população em geral, a necessidade da promoção da LS mostra-se significativamente mais premente pois cada cidadão poderá vir a encontrar-se na situação de PcA ou de cuidador de PcA, sendo a afasia em si uma condição que põe em causa de forma transitória ou permanente competências de linguagem e de numeracia fundamentais no processo de LS.

O desenvolvimento de competências de literacia em saúde é um processo de aprendizagem ao longo da vida, sendo uma forma importante de capital social, de empoderamento e também de construção de resiliência no indivíduo e na comunidade.

### Agradecimentos

Agradecemos às Terapeutas da Fala Ana Filipa Cunha, Mara Ramos, Joana Heleno e Tânia Palma pela colaboração na recolha de dados.

### Referências Bibliográficas

- Associação Nacional de Afásicos - ANA (s.d.). Perguntas e Respostas sobre Afasia. Disponível em [http://www.anafasicos.org/publicacoes/desdobraveis/desd\\_perguntas\\_respostas.pdf](http://www.anafasicos.org/publicacoes/desdobraveis/desd_perguntas_respostas.pdf), último acesso em 15 de maio de 2013.
- Berkman N.D., Sheridan S.L., Donahue K.E., et al. (2011). Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2011 Mar. (Evidence Reports/Technology Assessments, No. 199.). Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK82423/>. Último acesso a 01 de março de 2015.
- Code, C.; Simmons-Mackie, N.; Armstrong, E.; Stiegler, L.; Armstrong, J.; Bushby, E.; Carew-Price, P.; Curtis, H.; Haynes, P.; McLeod, E.; Muhleisen, V.; Neate, J.; Nikolas, A.; Rolfe, D.; Rubly, C.; Simpson, R. & Webber, A. (2001). The public awareness of aphasia: An international survey. *The International Journal of Language and Communication Disorders*, 36, 1-5.
- Cruice, M.; Worrall, L. e Hickson, L. (2006). Quantifying aphasic people's social lives in the context of non-aphasic peers. *Aphasiology*, 20 (12), 1210-1225. DOI: 10.1080/02687030600790136.
- Direcção Geral de Saúde (2006). Actualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. Circular Normativa nº 03/DSPCS. Disponível em [http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/9B01E25D-D16C-422C-B3E0-140D1B591198\\_/0/circular\\_normativadgs03dspcs060206.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/9B01E25D-D16C-422C-B3E0-140D1B591198_/0/circular_normativadgs03dspcs060206.pdf), último acesso a 15 de maio de 2013.
- Elman, R; Ogar, J. & Elman, S. (2000). Aphasia: Awareness, advocacy, and activism. *Aphasiology*, 14 (5/6), 455-459.

- Flynn, L.; Cumberland, A. & Marshall, J. (2008). Public knowledge about aphasia: A survey with comparative data. *Aphasiology*, 23, 393-401. DOI: 10.1080/02687030701828942.
- Guerreiro, A.D. (2002). Para uma comunicação mais inclusiva. *Análise Psicológica*, 3 (XX), 367-371. Disponível em <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/323>.
- Guerreiro, A.D. (2013). Especificidades Educomunicacionais Inclusivas num Desenvolvimento Humano mais Universal in Martins, M. L. & Veríssimo, J. (Org.). Atas do 8º Congresso SOPCOM: Comunicação Global, Cultura e Tecnologia. Lisboa: Escola Superior de Comunicação Social-Instituto Politécnico de Lisboa, 17-19 de outubro de 2013, pp. 70-76. Disponível em [http://www.sopcom.pt/sub/pag/atas\\_de\\_congressos\\_sopcom](http://www.sopcom.pt/sub/pag/atas_de_congressos_sopcom).
- Howe, T.J., Worra Il L.E., Hickson, L.M. (2004). "What is an aphasia-friendly environment?" *Aphasiology*, 18(11), 1015-1037. DOI: 10.1080/02687030444000499.
- IOM (2008). Institute of Medicine. Health literacy: a prescription to end confusion - executive summary. [2008 November 26]. Disponível em <http://www.nap.edu/catalog/10883.html>.
- Kickbusch, I., Pelican, J., Apfel, F., Tsouros, A. (2013). Health Literacy. The solid facts. World Health Organization: WHO Regional Office for Europe. Disponível em <http://www.euro.who.int/pubrequest>.
- Matos, A. (2012). Níveis de Actividade e Participação das Pessoas com Afasia: Desenvolvimento de Instrumentos de Avaliação Portugueses. Tese de Doutoramento. Universidade de Aveiro - Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Aveiro. 428 pp. Disponível em [http://sweet.ua.pt/lmtj/lmtj/Matos2007\\_2012/Matos2012.pdf](http://sweet.ua.pt/lmtj/lmtj/Matos2007_2012/Matos2012.pdf).
- McCann, C., Tunnicliffe K. & Anderson, R. (2013). Public awareness of aphasia in New Zealand. *Aphasiology*, 27(5), 568-580. DOI: 10.1080/02687038.2012.740553.
- Ministério da Saúde (2014). Programas Nacionais Prioritários. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/programas+nacionais/programas+prioritarios.htm>, último acesso a 01 de maio de 2015.
- Northcott, S. & Hilari, K. (2011). Why do people lose their friends after a stroke? *International Journal of Language Communication Disorders*, 46(5), 524-534. DOI: 10.1111/j.1460-6984.2011.00079.x.
- O'Halloran, R.; Hickson, L. & Worrall, L. (2008). Environmental factors that influence communication between people with communication disability and their healthcare providers in hospital: a review of the literature within the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) framework. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 1-32. DOI: 10.1080/13682820701861832.
- Organização Mundial de Saúde (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Tradução para Português Europeu de Leitão, A. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (2011). *World Report on Disability*. Disponível em [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/en/](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/), último acesso a 15 de maio de 2013.
- Osborne, H. (2013). *Health Literacy From A To Z: Practical Ways to Communicate Your Health Message*. 2nd edition. EUA: Jones & Bartlett Learning. ISBN-13: 978-1449600532
- Parr, S.; Pound, C. & Hewitt, A. (2006). Communication access to health and social services. *Topics in Language Disorders*, 26 (3), 189-198.
- Ramos, C. & Vital, A.P. (2012). (Re)Construção Comunicativa e Aprendizagem: Uma Realidade Social in Mata, L., Peixoto, F., Morgado, J. Silva, J.C., Monteiro, V. (Org.). Actas do 12º Colóquio Internacional de Psicologia da Educação: Educação, Aprendizagem e Desenvolvimento: Olhares Contemporâneos através da Investigação e da Prática. Lisboa: ISPA, 21 a 23 de junho de 2012, pp.168-183.
- Ramos, C. (2011). Afasia sem Fronteiras. In Guerreiro, A.D. (org), *Comunicar e Interagir – Um novo paradigma para o direito à participação social das pessoas com deficiência* (207-228). Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas. ISBN: 9789898512042.
- Ramos, C. (2013). *A Participação da Pessoa com Afasia: Uma Abordagem Multidimensional*. Trabalho submetido para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do Título de Especialista em Terapia da Fala, Instituto Politécnico do Porto, Porto, Portugal. pp.13. Disponível em [http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/3306/1/PTE\\_CatarinaRamos\\_2013.pdf](http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/3306/1/PTE_CatarinaRamos_2013.pdf).

- Santos, A.R. & Patrício, B. (2014). Conhecimento dos Portugueses acerca da afasia. *Revista Portuguesa de Terapia da Fala*, 2, 22-32. ISSN: 2183-1297.
- Selden C.R., Zorn M., Ratzan S., Parker R.M. (2000). *Health Literacy: January 1990-1999*. NLM Publication # CBM2000-1. Bethesda, MD: National Library of Medicine. Disponível em [www.nlm.nih.gov/archive/20061214/pubs/cbm/hliteracy.pdf](http://www.nlm.nih.gov/archive/20061214/pubs/cbm/hliteracy.pdf), último acesso a 01 de março de 2015.
- Sherrat, S. (2011). Written media coverage of aphasia: A review. *Aphasiology*, 25 (10), 1132-1152. DOI: 10.1080/02687038.2011.577285.
- Simmons-Mackie, N.; Code, C.; Armstrong, E.; Stiegler, L. & Elman (2002). What is aphasia? Results of an international survey. *Aphasiology*, 16(8), 837-848. DOI: 10.1080/02687030244000185.
- USDHHS (2008). US Department of Health and Human Services. 11: Health Communication, Healthy People 2010: Objectives for Improving Health. 2nd edition. [2008 July 19]. Disponível em <http://www.healthypeople.gov/Document/pdf/uih/2010uih.pdf>.
- Vital, A.P. (1999). Comunicação Médico-Utente. A importância da comunicação e satisfação com a consulta médica para a população utente em geral. Dissertação de Mestrado na especialidade de Psicologia da Saúde. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Vital, A.P. (2011). Parceiros de comunicação: ética e humanização. In Guerreiro, A.D. (org), *Comunicar e Interagir – Um novo paradigma para o direito à participação social das pessoas com deficiência* (379-401). Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas. ISBN: 9789898512042.
- Whitaker, A.M. & Marshall, R.C. (2011). *Knowledge of Aphasia: Results of a Survey*. Clinical Aphasiology Conference: Clinical Aphasiology Conference. Disponível em <http://aphasiology.pitt.edu/archive/00002262/01/74-103-1-RV-Whitaker.pdf>, último acesso a 30 junho 2013.