

Diana Silva Ângera

Comunicação dos alunos do 3º Ano da Licenciatura de Enfermagem
da Universidade Fernando Pessoa com o Doente Afásico.

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2011

Diana Silva Ângera

Comunicação dos alunos do 3º Ano da Licenciatura de Enfermagem
da Universidade Fernando Pessoa com o Doente Afásico.

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2011

Diana Silva Ângera

Comunicação dos alunos do 3º Ano da Licenciatura de Enfermagem
da Universidade Fernando Pessoa com o Doente Afásico.

(Diana Silva Ângera)

“Projecto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como parte dos
requisitos para obtenção do grau de Licenciatura
em Enfermagem”

RESUMO

O processo comunicacional é frequentemente condicionado por inúmeros factores, sendo a afasia uma limitação ou mesmo uma barreira à comunicação eficaz. Quando se contacta com doentes com afasia é frequente o surgimento de dúvidas e incertezas no que se refere à forma mais adequada de comunicar e às estratégias que mais se adequam a cada doente, de acordo com cada tipo de afasia.

A comunicação com o doente com afasia é um desafio constante, no entanto, quando se alcança o sucesso no processo comunicativo, a “recompensa” é incalculável.

Os objectivos desta investigação foram descrever a forma como os alunos do 3º ano da Licenciatura de Enfermagem na UFP do Porto comunicam com o doente afásico, identificar as estratégias a que recorrem, as dificuldades sentidas nessa mesma comunicação e os conhecimentos que possuem sobre as características dos diferentes tipos de afasia.

Para a realização desta mesma investigação recorreu-se a um estudo descritivo - exploratório, de abordagem quantitativa, tendo sido escolhido como instrumento de colheita de dados o questionário, o qual foi aplicado a uma amostra 29 alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP do Porto.

De acordo com os resultados obtidos, apesar de os alunos possuírem conhecimentos sobre as características presentes em cada tipo de afasia e de identificarem algumas das estratégias de comunicação possíveis de serem utilizadas na comunicação com o doente afásico, estes referiram sentir alguma dificuldade durante o processo comunicacional e revelaram nem sempre se sentirem preparados para cuidar do doente com afasia.

ABSTRACT

The communication process is subject to various factors, and the Aphasia is a limitation to effective communication. When communicating with patients with aphasia, there are doubts and uncertainties regarding the most appropriate way to communicate and the strategies that best suit each patient according to each type of aphasia.

Communication with the patient with aphasia is a constant challenge, however, when success is achieved in the communicative process, the "reward" is incalculable.

The objectives of this research were to describe how the students of 3rd year of Bachelor of Nursing at UFP communicate with the aphasic patients, to identify the strategies they use, their difficulties and the knowledge they have about the characteristics of different types of aphasia.

It is a quantitative, descriptive and exploratory study, and was chosen the questionnaire as instrument of data collection, which was applied to a sample of 29 students.

According to the results, although the students have knowledge about the characteristics presents in each type of aphasia and identifying some possible communication strategies to be used for communication with the aphasic patients, they reported feeling some difficulty during the communication process and revealed not always feel prepared to care for the patient with aphasia.

ABREVIATURAS E SIGLAS

% - Percentagem

Nº - Número

p. – Página

pp. - Páginas

Q - Questionário

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

UFP – Universidade Fernando Pessoa

DEDICATÓRIA

Dedico este Projecto de Graduação a duas pessoas que em todo e qualquer momento da minha vida estiveram do meu lado. Guiaram-me pelos caminhos correctos, no entanto, nem sempre os mais fáceis de percorrer e estiverem do meu lado nos momentos em que fiz as escolhas que me trouxeram ao dia de hoje.

Estas duas pessoas mostraram-me o quão importante é a honestidade e o respeito pelo outro e ensinaram-me a lutar pelos meus sonhos sem nunca desistir.

Caminharam sempre do meu lado, com eles cresci e aprendi tanto. Foram eles que permitiram que me tornasse na pessoa que sou hoje. A eles devo tudo... Um obrigada muito sincero aos dois!

Orgulho-me tanto por poder chamar-vos de Pai e Mãe.

Amo-vos!

Dedico este projecto de graduação à memória de alguém, que apesar de não se encontrar entre nós, marcou a minha vida de forma tão especial. Alguém que foi para mim sempre fonte de força e coragem, alguém que adoraria ter presente nesta fase tão importante da minha vida! Nuno, obrigada por me teres deixado fazer parte da tua vida... Obrigada por cada sorriso, cada momento que partilhámos. Vou recordá-los sempre com muito carinho e saudade. És incomparável e inesquecível!

AGRADECIMENTOS

Não poderia deixar de lembrar todos aqueles que de diferentes formas marcaram a minha vida e o meu percurso académico.

Ao Professor José Manuel dos Santos, pela disponibilidade, compreensão, amizade e entrega com que me orientou e apoiou durante a elaboração do meu projecto e durante todo o meu percurso académico.

A todos os professores que tanto conhecimento me transmitiram e pela disponibilidade com que sempre me receberam.

Ao Sérgio, pela mais profunda, verdadeira e incondicional amizade com que acompanha cada um dos meus dias, por todo o carinho e compreensão com que de forma tão próxima e especial acompanhou o meu crescimento ao longo de todo este percurso. Obrigada por caminhares sempre do meu lado. Sabes o quanto significas para mim.

Aos meus tios, Chico e Paula, às minhas primas, Carolina e Rafaela e à minha avó Cacilda por todo o carinho e por estarem sempre presentes em cada momento da minha vida. Adoro-vos.

Às minhas amigas e companheiras de percurso, Filipa, Ana Cláudia e Ximena por todos os momentos por nós partilhados com tanta intensidade. Obrigada por poder fazer parte das vossas vidas.

A todos os meus colegas de curso, um obrigada por tudo e felicidades académicas.

“ O valor das coisas não está no tempo que elas duram,

mas na intensidade com que acontecem.

Por isso existem momentos inesquecíveis,

coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.”

(Fernando Pessoa)

ÍNDICE

I. Introdução.....	16
II. Fase Conceptual.....	19
1. Problema, Questões e Objectivos de Investigação	19
2. Revisão da Literatura.....	22
2.1. Comunicação.....	22
2.1.1. Tipos de Comunicação	24
2.2. Afasia	28
2.3. Comunicação em Enfermagem	31
2.4. Comunicação do Enfermeiro com o Doente Afásico.....	33
III. Fase Metodológica	35
1. Desenho de Investigação.....	35
1.1. Tipo de estudo.....	36
1.2. População	36
1.3. Amostra e Processo de Amostragem	37
1.4. Meio	37

1.5. Definição de Variáveis.....	38
1.5.1. Variáveis Atributo	38
1.5.2. Variáveis em Estudo	38
1.6. Instrumento de Colheita de Dados.....	38
1.6.1. Pré-teste	39
1.7. Tratamento e Análise dos Dados.....	40
1.8. Considerações éticas de investigação	40
IV. Fase Empírica	43
1. Apresentação e Leitura dos dados.....	43
2. Análise e Discussão dos resultados	51
V. Conclusão	56
VI. Bibliografia.....	58

Anexos

Anexo I – Instrumento de Colheita de Dados

Anexo II – Cronograma de Investigação

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 – Distribuição dos elementos da amostra segundo a idade.....	44
Gráfico nº 2 – Distribuição dos elementos da amostra por género	44
Gráfico nº 3 – Distribuição dos alunos por contacto prévio com doentes afásicos.....	45
Gráfico nº 4 – Distribuição dos alunos de acordo com o papel desempenhado quando contactaram com o doente afásico.....	45
Gráfico nº 5 – Distribuição dos alunos de acordo com a frequência com que sentiram dificuldades na comunicação com o doente afásico.....	46
Gráfico nº 6 – Distribuição dos alunos de acordo com o tipo de dificuldade sentida na comunicação com o doente afásico	46
Gráfico nº 7 – Distribuição dos alunos de acordo com as estratégias por eles utilizadas para comunicar com os doentes afásicos.....	47
Gráfico nº 8 – Distribuição dos alunos da amostra de acordo com a forma como se sente preparados para cuidar de doentes afásicos	50
Gráfico nº 9 – Distribuição dos elementos da amostra de acordo com as atitudes que na opinião deles podem ser adoptadas de forma a aumentar a capacidade de expressão verbal (oral e escrita) do doente afásico	51

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 – Distribuição dos alunos de acordo com os conhecimentos sobre as características presentes na Afasia de Broca	48
Quadro nº 2 - Distribuição dos alunos de acordo com os conhecimentos sobre as características presentes na Afasia de Wernicke	48
Quadro nº 3 - Distribuição dos alunos de acordo com os conhecimentos sobre as características presentes na Afasia de Condução	49
Quadro nº 4 - Distribuição dos alunos de acordo com os conhecimentos sobre as características presentes na Afasia Global.....	49

I. INTRODUÇÃO

O projecto de graduação é realizado no âmbito da Licenciatura em Enfermagem, sendo ele um requisito fundamental na aquisição do grau de licenciado na Universidade Fernando Pessoa.

A problemática em estudo é a “Comunicação dos alunos do 3º Ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa com o Doente Afásico”. A problemática em estudo surgiu do desconforto e dificuldades sentidas pela autora na relação e comunicação com o doente afásico, durante os Ensinos Clínicos previamente realizados.

A comunicação é a base da prestação de cuidados de qualidade. No entanto, esta comunicação sofre uma enorme mudança quando nos referimos aos doentes afásicos.

O doente afásico é confrontado com uma incapacidade de falar com os seus familiares e amigos. Esta incapacidade traz consigo sentimentos de frustração, desespero, medo e por vezes agressividade, o que pode levar a um quadro depressivo.

É fundamental que o enfermeiro possua um leque variado de competências no âmbito da comunicação que o permitam apoiar o doente no processo comunicativo, contribuindo para uma atitude mais positiva e um maior empenho por parte do doente no processo de recuperação.

O enfermeiro que comunica com o doente afásico deve ter uma atitude positiva, calma e gentil e deve transmitir confiança, segurança, disponibilidade e compreensão para com o doente.

Para esta investigação foram levantadas as seguintes questões de investigação:

- Será que existem dificuldades por parte dos alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto na comunicação com o doente afásico?

- Quais são as dificuldades que os alunos 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto têm na comunicação com o doente afásico?
- Que estratégias adoptam os alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto para comunicar com o doente afásico?
- Que conhecimentos têm os alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto sobre as características dos diferentes tipos de afasia?

De acordo com as questões, foram elaborados os seguintes objectivos:

- Saber se os alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto têm dificuldades na comunicação com o doente afásico.
- Identificar as dificuldades dos alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto na comunicação com o doente afásico, caso elas existam.
- Identificar as estratégias utilizadas por parte dos alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto para comunicar com o doente afásico.
- Saber que conhecimentos têm os alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto sobre as características dos diferentes tipos de afasia.

Para este estudo foram definidos objectivos pessoais e académicos que se distinguem dos objectivos de investigação, sendo eles: adquirir mais conhecimentos no âmbito da comunicação com o doente afásico; desenvolver competências no que respeita a comunicação com o doente afásico; desenvolver competências na elaboração de trabalhos de investigação,

tendo sempre em conta a importância da investigação como base sólida da prática de Enfermagem.

Trata-se de um estudo descritivo – exploratório, de abordagem quantitativa, tendo sido escolhido como instrumento de colheita de dados o questionário, o qual foi aplicado a uma amostra de 29 alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto.

Os resultados obtidos deram resposta às questões de investigação inicialmente levantadas. Verificou-se que, na sua maioria, os alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto mostraram possuir conhecimentos sobre as características presentes nos diferentes tipos de afasias e identificaram algumas das estratégias a utilizar de forma a facilitar o processo comunicativo com o doente afásico. No entanto, todos eles referiram sentir algumas dificuldades na comunicação e relacionamento com o doente. Relativamente à forma como se sentem preparados para cuidar destes doentes, a maioria dos alunos revelou nem sempre se sentir preparado para o fazer.

II. FASE CONCEPTUAL

A fase conceptual assume especial importância no desenvolvimento do processo de investigação, sendo necessária uma boa delimitação da problemática em estudo. É nesta fase que se trabalham as ideias de forma a orientar a investigação.

A fase conceptual permite ao investigador compreender de forma mais aprofundada os conhecimentos existentes sobre a problemática em estudo, permitindo estabelecer um quadro teórico que serve de suporte ao processo de investigação.

Faz ainda parte da fase conceptual a formulação do problema de investigação, o qual delimita o domínio de interesse e sobre o qual se pretende possuir mais conhecimento, além dos conhecimentos já existentes sobre o domínio em estudo.

Segundo Fortin (2003, p. 38), na fase conceptual é fundamental “escolher e formular um problema de investigação, rever a literatura pertinente, elaborar um quadro de referência e enunciar o objectivo, as questões de investigação ou as hipóteses”.

1. Problema, Questões e Objectivos de Investigação

A definição do problema de investigação é fundamental para a elaboração de um Projecto de Graduação, visto ser este o ponto de partida de um processo de investigação, o qual tem como objectivo a melhor compreensão e aperfeiçoamento da problemática definida.

Segundo Fortin (2003, p. 374) um problema de investigação é um “enunciado formal do objectivo de uma investigação tomando a forma de uma afirmação que implica a possibilidade de uma investigação empírica que permite encontrar uma resposta.”

De acordo com a mesma autora, o problema de investigação formulado deve espelhar uma situação da actualidade de forma a que lhe seja dada resposta, tendo também em consideração a importância do domínio escolhido para a prática de Enfermagem.

Para a elaboração deste Projecto de Graduação houve um problema de investigação que suscitou maior interesse, sendo ele: **Comunicação dos alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto com o doente afásico.**

A identificação do domínio que se pretende investigar tem por base a experiência e a observação pessoal. Como aluna de Enfermagem e futura profissional de saúde foram vivenciadas em contexto real de ensino clínico variadas situações que levantaram questões às quais era desejável dar resposta, sendo a Comunicação dos alunos de Enfermagem com o doente afásico o tema escolhido.

Na arte que é cuidar é fundamental que se saiba comunicar. Sendo a comunicação um dom atribuído ao Homem é necessário que se reflecta na eficácia dessa mesma comunicação, mais ainda quando se comunica com alguém cuja linguagem se encontra perturbada devido a uma lesão neurológica.

Estes doentes experienciam com muita frequência sentimentos de desespero e frustração, sendo necessário o apoio incondicional dos familiares e dos profissionais de saúde, os quais devem estar habilitados para compreender o doente e fazer com que os seus sentimentos não levem a um quadro de desistência e verdadeiramente depressivo.

De acordo com todos estes pressupostos, pretende saber-se se os alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP – Porto sentem dificuldades na comunicação com o doente afásico; se sentem, quais são essas mesmas dificuldades; que estratégias adoptam para melhorar a sua comunicação.

Segundo Fortin (2003, p. 101), as questões de investigação

“São enunciados interrogativos precisos, escritos no presente, e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis assim como a população estudada. (...) Decorrem directamente do objectivo e especificam os aspectos a estudar”.

Para o presente processo de investigação foram definidas as seguintes questões de investigação:

- Será que existem dificuldades por parte dos alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto na comunicação com o doente afásico?
- Quais são as dificuldades que os alunos 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto têm na comunicação com o doente afásico?
- Que estratégias adoptam os alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto para comunicar com o doente afásico?

Segundo Fortin (2003, p. 40) “O objectivo é um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo.”

De forma a especificar e direccionar a investigação foram definidos os seguintes objectivos:

- Saber se os alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto têm dificuldades na comunicação com o doente afásico.
- Identificar as dificuldades dos alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto na comunicação com o doente afásico, caso elas existam.
- Identificar as estratégias utilizadas por parte dos alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto para comunicar com o doente afásico.

2. Revisão da Literatura

O suporte teórico resulta de um empenho na revisão da literatura existente. Segundo Fortin (2003, p. 74),

“A revisão da literatura é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação. No decurso desta revisão, o investigador aprecia, em cada um dos documentos examinados, os conceitos em estudo, as relações teóricas estabelecidas, os métodos utilizados e os resultados obtidos. A síntese e o resumo destes documentos fornecem ao investigador a matéria essencial à conceptualização da investigação.”

2.1. Comunicação

O termo “comunicar” provém do latim *communicare*, o qual significa colocar em comum, partilhar algo. De acordo com a etimologia da palavra é possível entender que a comunicação é a partilha de informação entre dois indivíduos, sendo necessário compreender e fazer-se compreendido.

Segundo Phaneuf (2005, p. 23),

“A comunicação é um processo de criação e recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não-verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela.”

Segundo Goldhaber (*cit. in* Lemos, 2006, p. 2), “a comunicação é um processo altamente pessoal governado por interpretações únicas das mensagens humanas.”

A comunicação é por isso a base das relações humanas, no entanto existem situações em que a mensagem não é enviada de forma correcta nem compreendida como deveria, como acontece com os doentes afásicos.

De acordo com Rodrigues e Diogo (2000, p. 17), a comunicação “dá às pessoas a oportunidade de cumprir seus papéis sociais, modificando o ambiente e mudando a si mesmas.”

Para que a comunicação seja possível são necessários quatro elementos: o emissor, quem emite ou transmite a mensagem; a mensagem, a qual é composta pelo conteúdo da comunicação; o canal, que corresponde ao veículo da mensagem, como por exemplo o ar, o telefone, o livro, a internet; e por último o receptor, o indivíduo a quem é dirigida a mensagem.

Segundo Pignatari (2002, p. 22), “a informação a ser comunicada deve ter uma fonte e um destino distintos no tempo e no espaço, onde se origina a cadeia que os une e que constitui o canal de comunicação.”

Existem, situações, como a afasia, em que na maioria das vezes a fonte de informação não coincide com o emissor, tendo em conta que parte da informação colhida pelo Enfermeiro tem como emissor o familiar do doente afásico.

De acordo com o Modelo Cibernético, a comunicação é influenciada por diversos factores como o ambiente, a personalidade dos indivíduos, os seus valores, os seus conhecimentos e a sua cultura.

Segundo Phaneuf (2005), os princípios gerais da comunicação são:

- A comunicação encontra-se em toda a parte;
- É impossível não comunicar;
- A comunicação situa-se nos planos cognitivo e afectivo;
- A comunicação pode ser intencional ou acidental;
- No caso de mensagens verbais e não-verbais contraditórias, é o significado da mensagem não-verbal que é retido;
- A comunicação é dificilmente reversível;
- Os primeiros minutos da comunicação são muito importantes: dão tom à relação.

Existem diversos factores que de acordo com as situações podem influenciar negativa ou positivamente o processo de comunicação. É fundamental que o enfermeiro analise cada situação individualmente de forma a adoptar um comportamento que permita aprofundar a comunicação e conseqüentemente beneficiar a relação de ajuda.

Segundo Phaneuf (2005, p. 30-47), esses factores são: “a postura e as atitudes corporais, os gestos, a distância ou proxémica, o contacto visual, a expressão facial, a voz, a respiração, o silêncio, a aparência geral e o toque.”

2.1.1. Tipos de Comunicação

Na sociedade em que vivemos as relações interpessoais baseiam-se em dois níveis de comunicação: o verbal e o não-verbal.

A comunicação verbal é caracterizada pela emissão de informação ou a expressão de sentimentos, ideias ou emoções através de linguagem escrita ou falada. Por sua vez, a comunicação não-verbal caracteriza-se pela não utilização de palavras na relação entre humanos.

Segundo Silva *et al.* (2000, p. 52),

“A comunicação pode ser realizada de forma verbal e/ou não-verbal. A comunicação verbal exterioriza o ser social e a não-verbal o ser psicológico, sendo a sua principal função a demonstração de sentimentos”.

De acordo com os estudos de Mehrabian (*cit. in* Mesquita, 1997, p. 159),

“(…) 55% da comunicação face a face dá-se através do corpo, gesto e expressão facial; 38% é tributável à tonalidade, intensidade e outras características da voz e apenas 7% é realizada através das palavras”.

Comunicação Verbal

A linguagem através da palavra é um “mundo único” que permite a criação de relações humanas profundas e harmoniosas.

De acordo com Mourão *et al.* (www.revistarene.ufc.br),

“A comunicação verbal é realizada através de palavras expressas tanto através da linguagem escrita como falada, devendo ser clara, a fim de que o outro compreenda a mensagem transmitida.”

Segundo Phaneuf (2005, p. 82) “A comunicação verbal é a forma que tomam as nossas trocas quando fazemos intervir a palavra. É um arranjo palavra-símbolo que dá um sentido ao que queremos exprimir.”

Comunicação Não-Verbal

A comunicação não-verbal é parte fundamental do processo de comunicação, podendo complementar a comunicação verbal, atribuindo-lhe um significado mais profundo e verdadeiro, substituí-la ou mesmo contradizê-la.

Segundo Phaneuf (2005, p. 68),

“A comunicação não-verbal é uma troca sem palavras. Ela cobre um largo espectro de expressões corporais e de comportamentos que transcendem, acompanham e suportam as relações verbais entre as pessoas, e contribuem para o seu significado. Sem estar organizada em função de um código preciso, esta linguagem é em si mesma, de maneira intencional ou não intencional, portadora de sentido”.

Não é possível impedir a comunicação não-verbal, visto que todo o comportamento humano possui significado.

Este tipo de comunicação pode ser efectuada através de diferentes condutas não-verbais, sobre as quais ainda não existe um consenso. Existem inúmeras classificações de acordo com

diversos autores como Corraze, Argyle, Davis e Knapp. No entanto, a classificação de Knapp é a mais pormenorizada.

Segundo Knapp (*cit. in* Mesquita, 1997, p. 158) a comunicação não-verbal divide-se em sete áreas:

“ a) movimento corporal ou cinésica; b) características físicas; c) comportamentos tácteis; d) paralinguagem (qualidades vocais e vocalização); e) proxémica; f) artefactos e g) o meio ambiente.”

De acordo com Phaneuf (2005), o comportamento não-verbal tem várias funções como:

- Expressar sensações;
- Regular as trocas;
- Confirmar ou apoiar as palavras;
- Manter a auto-imagem;
- Estabelecer laços significativos com os outros e mantê-los.

A descodificação da comunicação não-verbal está fortemente relacionada com as origens, a cultura e a experiência pessoal, sendo a interpretação dos sinais não-verbais algo muito pessoal o que pode levar a mal-entendidos. Por este motivo considera-se ambígua a comunicação não-verbal.

É fundamental que no processo de comunicação a mensagem verbal não contradiga a mensagem não-verbal. Esta concordância entre os dois tipos de comunicação é conseguida com sinceridade e autenticidade por parte de cada um.

Segundo Royer Mayson (*cit. in* Phaneuf, 2005, p. 92), “a autenticidade adquire-se ao longo de uma lenta maturação”.

Segundo Annick Oger (*cit. in* Phaneuf, 2005, p. 69) “a informação não verbal é superior à informação verbal: o seu impacto é imediato. Quer seja consciente ou inconsciente, intencional ou não intencional, ela não pode ser anulada por palavras”.

Barreiras à Comunicação

É frequente que o processo de comunicação se faça de forma deficitária, devido a barreiras que existem à comunicação. Essas barreiras podem levar mesmo à “não comunicação”.

As barreiras à comunicação podem surgir, segundo Phaneuf (2005) devido a:

- Os limites dos sentidos ou estado de doença na pessoa cuidada;
- O nível de educação dos interlocutores;
- As diferenças culturais:
 - A suspeição em relação aos prestadores de cuidados e aos cuidados;
 - As diferenças nos usos e costumes;
 - O receio de uma quebra de confidencialidade;
 - A percepção do papel da família;
 - A orientação temporal;
- A língua falada;
- Os valores, a religião e a espiritualidade:
 - As prescrições e os interditos;
 - As diferenças na expressão da dor;
 - A concepção de saúde, da doença e da morte;
 - A concepção da higiene e da alimentação;
- A diferença de idade, o desenvolvimento intelectual e o estatuto social:
 - As manifestações de deferência social;
 - O desenvolvimento intelectual da pessoa cuidada;
 - O estatuto social dos interlocutores;
 - Os preconceitos e estereótipos sociais.

2.2. Afasia

O Homem considera a linguagem um bem adquirido a que todos têm direito e que em momento algum vai ser perdido ou simplesmente perturbado. No entanto, a linguagem e consequentemente a capacidade de se relacionar com os outros pode deixar de ser uma garantia como consequência de uma lesão cerebral.

Segundo Kerr (2007, p. 4),

“A afasia pode ser definida como uma perturbação da linguagem adquirida causada por uma lesão neurológica. Esta perturbação afecta a capacidade da pessoa entender o que está a ser dito e expressar os pensamentos em palavras, podendo afectar todas as modalidades da linguagem, como a fala, a compreensão, os gestos, a escrita e o cálculo.”

De acordo com a CIPE (2006, p. 82), a afasia é

“Cognição com características específicas: defeito ou ausência da função da linguagem no aspecto de usar e compreender as palavras; associada a lesão de determinadas áreas do cérebro, por exemplo por traumatismo craniano grave, AVC, hipoxia prolongada ou acidentes cardiovasculares”

As afasias podem ser transitórias ou permanentes. De acordo com Jakubovicz e Cupello (1996, p. 131) as afasias transitórias podem surgir por:

“ Distúrbios vasomotores, (...) o que Charcot descreveu como migraine accompagnée (dores de cabeça com seqüela) (...); episódios vasculares transitórios (espasmos arteriais, embolias, trombozes, edemas, fissuras de má formação vascular, angiomas ou aneurismas) (...); inflamações encefalopáticas infecciosas (...); edemas cerebrais de traumatismos cranianos (...).”

De acordo com Lourenço e Mendes (2008), o Acidente Vascular Cerebral no hemisfério cerebral esquerdo é a causa mais comum de afásica, cerca de 85% dos casos.

Segundo Jakubovicz e Cupello (1996, p. 132) “as afasias transitórias são na realidade comportamentos afasóides, e não uma entidade nosológica em si”.

De acordo com Jakubovicz e Cupello (1996, p. 132) as afasias permanentes “correspondem a: Grandes acidentes cerebrais vasculares (sobretudo as hemorragias e os hematomas intracranianos); os traumatismos e tumores cerebrais.”

Frequentemente, as afasias são acompanhadas por outros défices, visto que na sua maioria as regiões cerebrais têm mais do que uma função. De acordo com Galli *et al.* (2009, p. 402), as manifestações associadas que ocorrem com maior frequência são: “comprometimentos visuais, auditivos, paralisias ou paresias de membros superiores e/ou inferiores, quadros de disartria e/ou apraxia, disfagia, problemas emocionais e sociais”.

Até à data, “nada indica que haja uma perda de intelecto” (Jakubovicz e Cupello, 1996, p. 134), tendo o doente afásico “(...) uma diminuição da capacidade (...) em utilizar todo o seu potencial intelectual”.

Classificação das Afasias

Existem diversas classificações da afasia, de acordo com diferentes autores. Optou-se pela classificação de Ribeiro (2006) sobre a qual a seguir se reflecte.

As afasias podem ser classificadas como afasia de Broca, afasia de Wernicke, afasia global e afasia de condução.

Afasia de Broca

A afasia de Broca é também conhecida por afasia motora, afasia de expressão ou afasia não fluente. Este tipo de afasia é a perturbação mais comum da comunicação e surge quando ocorre uma lesão na área de Broca, a qual se encontra na parte inferior do lobo frontal.

As principais características da afasia de Broca são: discurso pouco fluente/lento; utilização de frases curtas e simples; dificuldade na repetição; dificuldade na nomeação das coisas e em caso mais graves, apraxia, a qual se traduz numa incapacidade de reconhecer os objectos; dificuldade em iniciar a fala; disartria (dificuldade em articular as palavras); uma redução

significativa da linguagem; linguagem agramatical e telegráfica; podendo ainda estes doentes apresentarem agrafia (incapacidade de escrever, tendo o movimento das mãos preservado), todavia são capazes de executar ordens simples. Estes doentes têm conhecimento da sua situação o que pode causar frustração, agressividade e isolamento.

Segundo Parente *et al.* (2007) a afasia de Broca é frequentemente acompanhada por hemiplegia à direita, paralisia facial e hemianestesia.

De acordo com Jakubovicz e Cupello (1996) a recuperação dos problemas articulatórios é normalmente bastante significativa, todavia é difícil a recuperação do agramatismo.

Afasia de Wernicke

A afasia de Wernicke é também conhecida por afasia fluente, afasia sensorial, afasia receptiva e afasia de compreensão e ocorre por lesão no córtex cerebral, ao nível do lobo temporal no hemisfério esquerdo.

Este tipo de afasia caracteriza-se pela incapacidade de o doente compreender as palavras que lhe são comunicadas. Para Bolander (*cit. in* Ribeiro, 2006) existem três tipos de afasia de Wernicke: a afasia auditiva (incapacidade de compreender a linguagem oral); a afasia visual (incapacidade de compreender a linguagem escrita) e a afasia visual e auditiva (incapacidade de compreender a linguagem oral e escrita).

As principais características da afasia de Wernicke são: o discurso fluente (mais rápido que o normal), espontâneo e abundante, todavia com pouco significado; boa articulação; dificuldade na repetição de palavras e anomia (dificuldade em encontrar a palavra pretendida).

Segundo Jakubovicz e Cupello (1996) a recuperação da dificuldade na compreensão é significativa, permitindo a socialização do doente, no entanto permanece na grande maioria dos doentes uma anomia de difícil reeducação.

Afasia Global

A afasia global resulta de uma lesão maciça nas áreas da fala (sensorial e motora). Segundo Rolak (*cit. in* Ribeiro, 2006) a afasia global ocorre por lesões que envolvem tanto a área de Broca como a área de Wernicke, as quais se localizam no hemisfério esquerdo, sendo por isso frequente o surgimento de hemiplegia à direita.

Os doentes com este tipo de afasia apresentam uma grave alteração da compreensão o que os impossibilita de comunicar. É característica nestes doentes a incapacidade de ler e escrever, dificuldade na repetição e dificuldade na designação de objectos.

Afasia de Condução

A afasia de condução é a mais rara de todas as afasias e ocorre por lesão no lobo parietal inferior esquerdo interrompendo a ligação entre a área de Broca e a área de Wernicke.

Os doentes com afasia condutiva mantêm a compreensão preservada e apresentam um discurso fluente, o qual permite a sua comunicação através da fala, no entanto na maioria das vezes o seu conteúdo possui pouco significado. Outras das características da afasia de condução são a dificuldade na repetição, a utilização de palavras erradas no contexto da frase e um recurso frequente a parafasias.

Tendo em conta que a compreensão da linguagem se encontra pouco afectada e o doente tem consciência das suas dificuldades, existe uma tendência do doente a autocorrigir-se.

No que respeita a recuperação, esta é normalmente bastante demorada, no entanto é muito boa. É frequente a permanência da dificuldade na repetição.

2.3. Comunicação em Enfermagem

A comunicação é o pilar do estabelecimento de uma boa relação terapêutica e é ainda a base dos cuidados humanizados e personalizados.

É através da comunicação que o enfermeiro consegue de forma humana estabelecer uma relação calorosa e de ajuda com a pessoa cuidada.

A comunicação assume especial importância na prática de enfermagem, no entanto actualmente as mudanças sócias, económicas e culturais exigem do profissional de saúde um grande domínio técnico-científico o que leva a que a comunicação e por consequência as relações interpessoais sejam colocadas para segundo plano.

O processo comunicativo permite ao enfermeiro compreender quais as principais necessidades do doente e desta forma cuidar da sua dimensão emocional, visto que o bem-estar do doente engloba diversas dimensões como: biológica, psicológica, social, espiritual e emocional.

Segundo Phaneuf (2005, p. 17), a comunicação permite ao enfermeiro

“ (...) conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e a concepção do mundo que entrava ou ao contrário, motiva os seus esforços para se preservar da doença ou para se tomar a cargo e conformar-se com o tratamento.”

De acordo com Sá (*cit. in Oriá, 2004, p. 294*) “o cuidado emocional é a habilidade de perceber o imperceptível.”

Quando a comunicação serve de ferramenta a uma actividade profissional é denominada por comunicação funcional. Segundo Phaneuf (2005, p. 111), “o termo funcional significa que se adapta a uma função definida, que é eficaz num dado sector”.

A comunicação funcional deve preservar determinadas características. De forma a colocar em prática uma comunicação funcional a linguagem deve ser simples, devem ser utilizadas frases curtas, palavras precisas e de fácil compreensão e deve ainda adaptar-se ao nível de formação e ao estado de saúde do doente (Phaneuf, 2005).

Tendo por base a importância da comunicação na prática de Enfermagem é fundamental a formação para o desenvolvimento de competências relacionais o que inclui a área da comunicação.

2.4. Comunicação do Enfermeiro com o Doente Afásico

A perda da capacidade de comunicar (compreender e expressar) a linguagem é uma área fundamental de intervenção por parte do enfermeiro.

É de extrema importância que o enfermeiro acompanhe de perto o doente afásico de maneira a “facilitar a capacidade de compreensão e expressão (...), bem como reduzir a frustração deste, relacionada com a incapacidade de comunicar” (Parente *et al.*, 2007, p. 16).

“Devido à afasia a maneira na qual o afásico entende o mundo ou a maneira de se expressar sofre uma mudança” (www.afasie.nl).

Para comunicar e compreender os doentes afásicos é importante adoptar um leque variado de atitudes.

Parente *et al.* (2007) assume que o enfermeiro deve apoiar o doente e a família na aceitação e recuperação da afasia. O enfermeiro deve por isso utilizar técnicas que aumentem a capacidade de expressão verbal, ensinar ao doente técnicas que ajudem a melhorar o discurso, reconhecer as frustrações de cada doente, identificar junto do doente factores que promovem a compreensão e alertar os familiares para a necessidade de acompanhamento técnico especializado e explicar-lhes o motivo de possíveis reacções do doente para com eles.

De acordo com Parente *et al.* (2007) e a Associação Nacional de Afásicos (www.anafasicos.org), quando se comunica com o doente afásico deve manter-se uma atitude positiva e ter-se presentes alguns cuidados, tais como:

- Recorrer ao toque terapêutico;
- Dar tempo para a pessoa falar e não terminar as suas frases;

- Proporcionar ambiente calmo, pouco ruidoso e com luz suficiente;
- Falar de frente para o doente;
- Manter contacto visual;
- Falar clara e pausadamente, recorrendo a palavras simples e frases curtas, devendo certificar-se de que o doente compreendeu o que lhe foi dito;
- Incentivar o doente a expressar-se calmamente, utilizando também frases curtas e palavras simples;
- Não valorizar os erros e a pronúncia imperfeita do doente;
- Incentivar o doente a utilizar o desenho e a escrita quando a fala não é possível ou mesmo juntamente com a fala;
- É importante que o enfermeiro tranquilize o doente em situações de maior frustração recorrendo ao toque, se for possível, todavia é também essencial que se deixe o doente chorar, avaliando sempre o seu benefício;
- Para que o doente não se sinta incapaz deve ser-lhe dada a possibilidade de tomada de decisão no que respeita por exemplo o seu auto-cuidado.

III. FASE METODOLÓGICA

Segundo Fortin (2003, p. 131) a fase metodológica “consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as actividades conducentes à realização da investigação”.

É na fase metodológica que “o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas” (Fortin, 2003, p. 40).

Segundo a mesma autora as decisões metodológicas são o ponto de partida para a obtenção de resultados de qualidade e uma investigação fiável. Por sua vez, a investigação científica é o fio guia e o pilar da prática de Enfermagem com vista a uma melhoria dos cuidados prestados.

1. Desenho de Investigação

O desenho de investigação diz respeito a um leque de opções tomadas pelo investigador para que as respostas e as conclusões obtidas no final da investigação sejam válidas. Esta etapa permite ainda reduzir (ou se possível eliminar) as fontes de possíveis erros, atribuindo assim uma maior validade às conclusões finais do processo de investigação.

Segundo Fortin (2003, p. 132) “O desenho de investigação é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas”

De forma a dar resposta ao problema de investigação são vários os elementos a definir na elaboração do desenho de investigação, nomeadamente,

“(…) o ou os meios onde o estudo será realizado; a selecção dos sujeitos e o tamanho da amostra; o tipo de estudo; as estratégias utilizadas para controlar as variáveis estranhas; os instrumentos de colheita de dados; o tratamento dos dados” (Fortin, 2003, p. 132).

1.1. Tipo de Estudo

Segundo Fortin (1999, p. 133),

“O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação vise descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade.”

O estudo foi do tipo descritivo – exploratório, uma vez que se pretendeu “ denominar, classificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação” (Fortin, 2003, p. 137-138), mais precisamente explorar e descrever de que forma comunicam os alunos de Enfermagem com os doentes afásicos.

O estudo enquadra-se numa abordagem quantitativa, a qual se baseia na observação de fenómenos e factos objectivos independentes do investigador, os quais podem ser quantificáveis, (Fortin, 2003).

No que diz respeito à dimensão temporal, o estudo foi considerado transversal, uma vez que explora e descreve a forma como consideram, num dado momento (o de aplicação do questionário) que são as características do seu modo de comunicação com o doente afásico.

1.2. População

De acordo com Fortin (2003, p. 373) a população é o “conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação.”

A população deste estudo foi constituída pelos alunos do 3º ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto, no total de 41.

1.3. Amostra e Processo de Amostragem

Segundo Fortin (2003, p. 202),

“A amostra é um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. (...) Deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada.”

No decorrente estudo foi seleccionada a amostra através de uma técnica de amostragem não probabilística, a qual consiste num “procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra” (Fortin, 2003, p. 208).

Optou-se por um processo de amostragem de tipo não probabilístico accidental. De acordo com Fortin (2003, p. 208) este processo selecciona

“(...) sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso (...). Os sujeitos são incluídos no estudo à medida que se apresentam e até a amostra atingir o tamanho desejado.”

Desta forma, a amostra ficou constituída por vinte e nove alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP – Porto, já que eram os que se encontravam em sala de aula no momento escolhido para a recolha de dados.

1.4. Meio

Para Fortin (2003, p. 132) “os estudos conduzidos fora dos laboratórios, tomam o nome de estudos em meio natural, o que significa que eles se efectuam em qualquer parte fora de lugares altamente controlados como são os laboratórios.”

De forma a facilitar a colheita dos dados que possibilitam a descrição e exploração do fenómeno em estudo, optou-se pelo meio natural, sendo o local de colheita de dados a sala de aula da UFP, tendo sido elaborado e enviado o pedido à respectiva instituição.

1.5. Definição de Variáveis

Na perspectiva de Fortin (2003, p. 36) “as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação.”

De acordo com Kerlinger (*cit. in* Fortin, 2003, p. 36) a variável “é um parâmetro ao qual valores numéricos são atribuídos.”

1.5.1. Variáveis atributo

Para o presente projecto de investigação foram determinados dois tipos de variáveis, as variáveis em estudo e as variáveis atributo, as quais correspondem às “características dos sujeitos num estudo. (...) Uma vez colhidos os dados, a informação serve para traçar um perfil das características dos sujeitos da amostra” (Fortin, 2003, p. 37).

Neste estudo as variáveis atributo são: a idade e o género.

1.5.2. Variáveis em estudo

As variáveis em estudo do presente projecto de investigação são: o contacto prévio com doentes afásicos e o papel em que esse contacto foi feito, a existência de dificuldades na comunicação com o doente afásico, o tipo de dificuldades sentidas pelos alunos na comunicação com o doente afásico, as estratégias utilizadas pelos alunos para comunicar com o doente afásico, os conhecimentos dos alunos sobre as características presentes em cada tipo de afasia, a preparação dos alunos para cuidar de doentes que apresentem afasia e as atitudes que os enfermeiros devem adoptar para potenciar a capacidade de expressão verbal (oral e escrita) do doente afásico.

1.6. Instrumento de Colheita de Dados

A colheita de dados assume especial importância quando se realiza um processo de investigação, visto serem os dados colhidos a fonte das conclusões que se pretendem tirar.

Para que as conclusões possuam validade científica é importante que sejam tomadas diversas decisões metodológicas, dentro das quais se encontra o instrumento de colheita de dados.

De acordo com as características do estudo, ou seja, os objectivos da investigação e a informação que se pretende obter e ainda as vantagens e desvantagens do método escolhido, optou-se pela implementação de um questionário, o qual permite a aplicação a um número elevado de sujeitos durante um curto espaço de tempo, é pouco dispendioso, é de fácil aplicação, facilita a comparação dos sujeitos devido à uniformidade do questionário e permite ainda uma maior segurança no que respeita o anonimato, levando a opiniões mais sinceras em determinadas circunstâncias.

O questionário implementado para a elaboração do presente projecto de investigação encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte tem como objectivo caracterizar a amostra e a segunda tem como objectivo a obtenção de respostas que consequentemente dêem resposta às questões levantadas para este estudo.

Para a operacionalização da questão número quatro, que integra a segunda parte do questionário e que avalia os conhecimentos dos alunos relativamente às características presentes nos quatro tipos de afasia, optou-se por considerar “ter poucos conhecimentos” os alunos que acertaram entre zero e três das onze questões relativas a cada tipo de afasia, “ter conhecimentos” os que acertaram entre quatro e oito das onze questões e “ter muitos conhecimentos” os alunos que acertaram entre nove e onze questões.

1.6.1. Pré-teste

O pré-teste consiste na aplicação do questionário a um grupo reduzido de sujeitos que representem a população alvo e permite identificar questões de difícil compreensão ou erros na elaboração das questões, o que consequentemente permite avaliar a validade, precisão e clareza do questionário.

As questões que integram o questionário não devem ser ambíguas nem devem apresentar característica que induzam determinada resposta.

Segundo Fortin (2003, p. 253),

“O pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada (entre 10 a 30 sujeitos), a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas. Esta etapa é de todo indispensável e permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redacção e a ordem das questões.”

De acordo com Lakatos *et al.* (1990, p. 29),

“O pré-teste consiste em testar os instrumentos da pesquisa sobre uma pequena parte da população ou da amostra, antes de ser aplicado definitivamente, a fim de evitar que a pesquisa chegue a um resultado falso.”

Desta forma o pré-teste do questionário foi aplicado a 5 alunos (cerca de 10% da população) que não encontraram dificuldades na interpretação das questões, pelo que não sofreu alterações.

1.7. Tratamento e Análise dos Dados

De acordo com Fortin, a análise dos dados diz respeito a todo um conjunto de métodos estatísticos através dos quais se faz a organização, visualização e interpretação dos dados colhidos através do instrumento de colheita, neste caso o questionário.

Posteriormente à colheita dos dados é necessário que estes sejam organizados e interpretados para que desta forma seja possível tirar conclusões.

Para o processamento dos dados do presente estudo recorreu-se ao programa Microsoft Office Excel 2007.

1.8. Considerações Éticas de Investigação

Qualquer processo de investigação, durante o qual se recorre a indivíduos para realizar a colheita de dados, levanta questões éticas e morais, sendo por isso fundamental a protecção

dos direitos dos indivíduos participantes no estudo de acordo com determinados princípios éticos.

De acordo com Fortin (2003, p. 116),

“A investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações. Cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos foram determinados pelos códigos de ética (...).”

Os princípios éticos descritos por Fortin (2003) são:

- O direito à autodeterminação – este princípio ético tem por base o respeito pelas pessoas e pela sua autonomia e capacidade de decisão, tendo elas o direito de decidir sobre a sua participação na investigação. Desta forma, a participação dos alunos de enfermagem na investigação foi solicitada dando-lhes a possibilidade de deliberar livremente sobre ela.
- O direito à intimidade – este princípio defende a liberdade de escolha do indivíduo no que respeita a extensão da informação a dar no decorrer da investigação, de forma a impedir a invasão da sua intimidade e privacidade. Sendo assim, o estudo pretendia ser o menos invasivo possível e o aluno teve o direito de escolher até que ponto queria partilhar informação que só a si diz respeito.
- O direito ao anonimato e à confidencialidade – este princípio assenta no respeito pela identidade do indivíduo que participa no estudo. Desta forma, ele não deve ser identificado pelo investigador através das suas respostas e os resultados da investigação devem ser apresentados de forma a que nenhum leitor o consiga identificar.
- O direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo – este princípio tem por base o benefício do indivíduo, ou seja a pessoa que participa na investigação não deve sofrer qualquer tipo de desconforto ou prejuízo de ordem fisiológica, psicológica, legal e

económica. De acordo com o pressuposto, o presente processo de investigação nem implicou nem implicará qualquer situação de desconforto ou prejuízo para os alunos que nele participaram.

- O direito a um tratamento justo e equitativo – de acordo com este princípio todos os indivíduos que participam no estudo devem ser informados de igual forma relativamente à natureza, fim, duração e métodos da investigação. Todas estas informações se encontravam disponíveis no momento em que cada aluno respondeu ao questionário, já que fizeram parte da carta de apresentação.

IV. Fase Empírica

A Fase Empírica diz respeito à implementação prática do plano de investigação elaborado na fase anterior. De acordo com Fortin (2003, p. 41), “esta fase inclui a colheita dos dados no terreno, seguida da organização e do tratamento dos dados”.

1. Apresentação e leitura dos dados

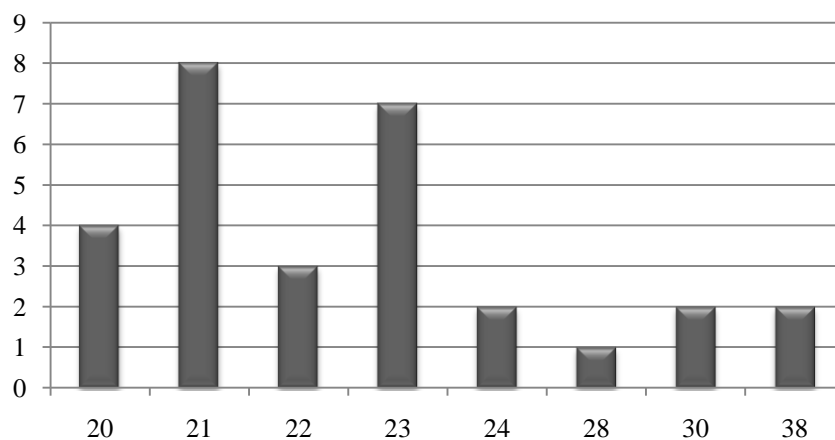
Com esta fase pretende dar-se a conhecer os dados obtidos com os vinte e nove questionários aplicados aos alunos do 3º ano da Licenciatura de Enfermagem. Os resultados apresentados e as respectivas leituras seguem-se de acordo com a ordem pela qual foram colocadas as questões no questionário.

Segundo Fortin (2003), a análise dos dados diz respeito a todo um conjunto de métodos que permitem visualizar de forma clara e posteriormente classificar, descrever e interpretar a informação dada pelos indivíduos que constituíram a amostra e desta forma obter respostas lógicas relativas à problemática sobre a qual incide o presente estudo.

Para a análise dos dados obtidos recorreu-se à estatística descritiva. De acordo com Fortin (2003, p. 277) a estatística descritiva é:

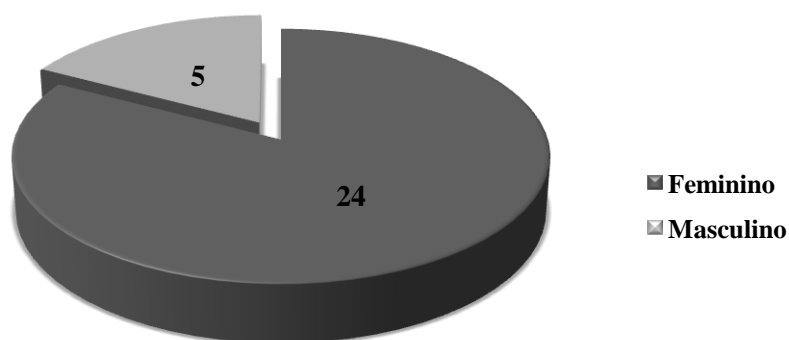
“ A análise dos dados de qualquer estudo que comporte valores numéricos começa pela utilização de estatísticas descritivas que permitem descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos, pela medida das variáveis.”

Gráfico n° 1 – Distribuição dos elementos da amostra segundo a idade



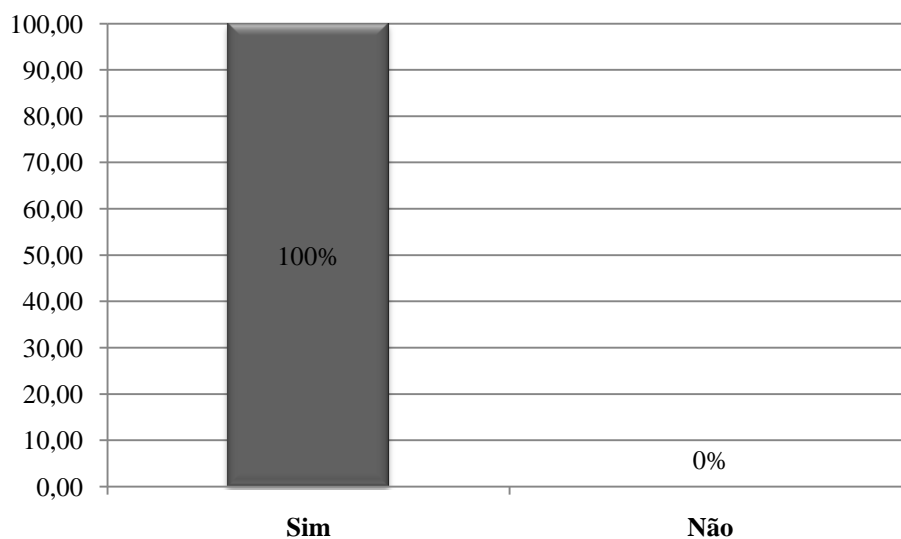
Com base nos resultados do gráfico n° 1, concluiu-se que as idades dos alunos constituintes da amostra estão compreendidas entre os 20 e os 38 anos. Em termos modais, verificou-se que a idade com maior incidência foi os 21 anos, sendo a média de idades de 23,69 anos e o desvio-padrão de 4,75 anos.

Gráfico n° 2 – Distribuição dos elementos da amostra por género



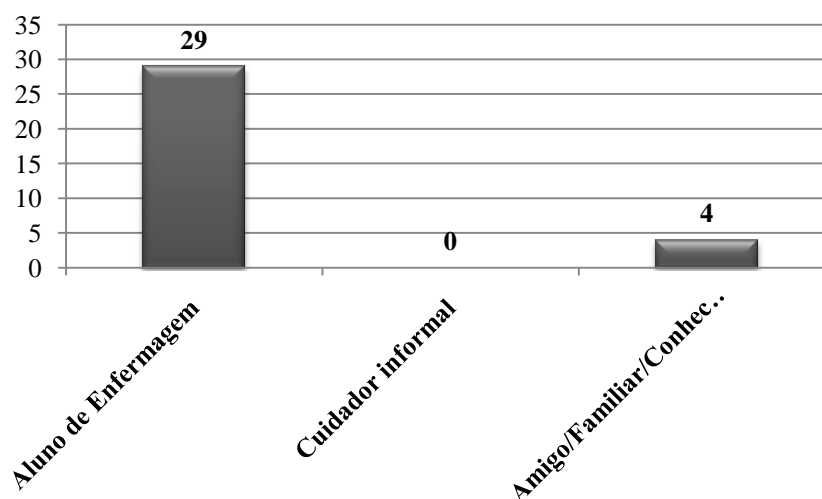
De acordo com o gráfico n° 2, os alunos do 3º ano da Licenciatura de Enfermagem são predominantemente do género feminino (24 alunos correspondente a 82,76%), sendo 5 (17,24%) os alunos do género masculino.

Gráfico n° 3 – Distribuição dos alunos por contacto prévio com doentes afásicos



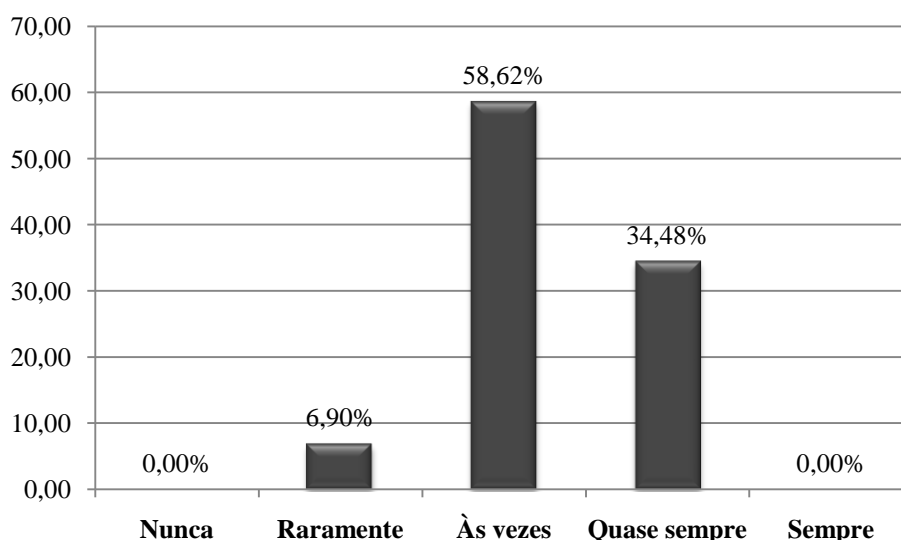
De acordo com os resultados obtidos, verifica-se que todos os alunos constituintes da amostra tiveram contacto prévio com doentes com afasia.

Gráfico n° 4 – Distribuição dos alunos de acordo com o papel desempenhado quando contactaram com o doente afásico



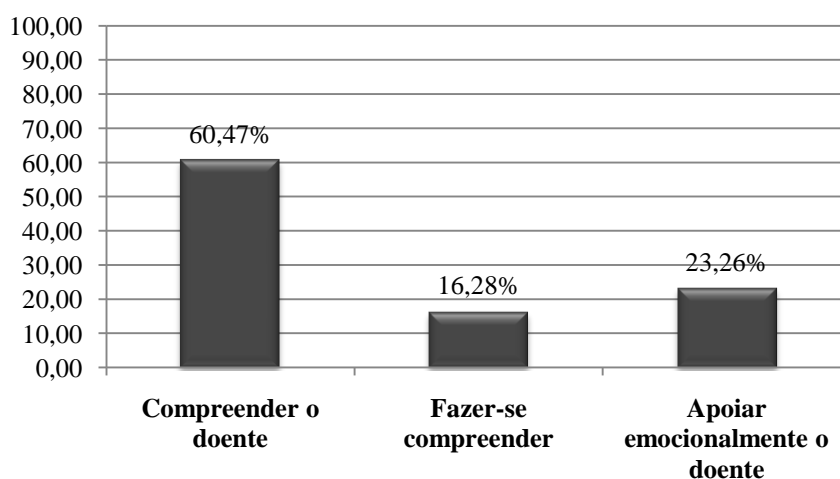
Segundo os resultados obtidos, todos os alunos que constituíram a amostra tiveram contacto prévio com doentes afásicos no papel de alunos de enfermagem, sendo que quatro deles (12,12%) contactaram também com doentes afásicos no papel de amigo/familiar/conhecido (sendo por isso neste contexto o número de casos superior ao número de alunos que responderam ao questionário).

Gráfico nº 5 – Distribuição dos alunos de acordo com a frequência com que sentiram dificuldades na comunicação com o doente afásico



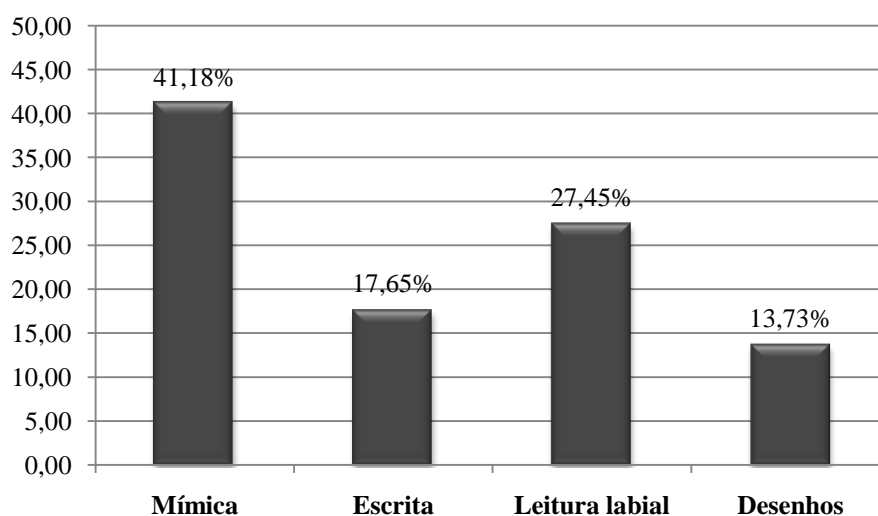
No que diz respeito à dificuldade sentida pelos alunos na comunicação com o doente afásico, verificou-se que nenhum aluno respondeu nunca ter sentido dificuldade na comunicação com o doente afásico, 2 alunos (6,90%) responderam que raramente sentiram dificuldade, 17 alunos (58,62%) responderam que às vezes sentiram dificuldade. No que se refere a quase sempre sentir dificuldade, verifica-se que foram 10 alunos (34,48%) a optar por esta resposta, sendo que nenhum aluno respondeu que sentiu sempre dificuldade no processo comunicativo com o doente afásico.

Gráfico nº 6 – Distribuição dos alunos de acordo com o tipo de dificuldade sentida na comunicação com o doente afásico



Segundo a análise dos resultados obtidos, concluiu-se que 26 (60, 47%) dos alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem que integraram a amostra apresentam dificuldade em compreender o doente afásico; 7 alunos (16,28%) têm dificuldade em fazer-se compreender e 10 alunos (23,26%) apresentam dificuldade em apoiar emocionalmente o doente afásico.

Gráfico nº 7 – Distribuição dos alunos de acordo com as estratégias por eles utilizadas para comunicar com os doentes afásicos



De acordo com os resultados obtidos, concluiu-se que 21 (41,18%) dos alunos constituintes da amostra recorreram à mímica para comunicar com os doentes afásicos, 9 (17,65%) afirmaram ter recorrido à escrita como estratégia de comunicação, 14 (27,45%) recorreram à leitura labial e 7 (13,73%) utilizaram o desenho para comunicar com doentes afásicos.

Tal como foi referido na fase metodológica, e para que melhor se entenda os quadros que se seguem, na operacionalização da questão 4 da Parte II do questionário, a qual avalia os conhecimentos dos alunos relativamente às características presentes nos quatro tipos de afasia, optou-se por considerar “terem poucos conhecimentos” os alunos que tiveram nenhuma ou de uma a três respostas correctas relativas a cada tipo de afasia, “terem conhecimentos” os que responderam correctamente a entre quatro e oito das onze questões e “terem muitos conhecimentos” os alunos que acertadamente responderam a nove ou mais questões.

Quadro nº 1 – Distribuição dos alunos de acordo com os conhecimentos sobre as características presentes na Afasia de Broca

Afasia de Broca	
Poucos conhecimentos (0 a 3 respostas certas)	13,79%
Conhecimentos (4 a 8 respostas certas)	79,31%
Muitos conhecimentos (9 a 11 respostas certas)	6,90%

De acordo com os dados obtidos, 4 (13,79%) dos alunos da amostra em estudo mostraram ter poucos conhecimentos sobre as características da Afasia de Broca, 23 (79,31%) mostraram ter conhecimentos e 2 (6,90%) mostraram ter muitos conhecimentos.

Quadro nº 2 - Distribuição dos alunos de acordo com os conhecimentos sobre as características presentes na Afasia de Wernicke

Afasia de Wernicke	
Poucos conhecimentos (0 a 3 respostas certas)	17,24%
Conhecimentos (4 a 8 respostas certas)	82,76%
Muitos conhecimentos (9 a 11 respostas certas)	0,00%

No que diz respeito às características da Afasia de Wernicke, 5 (17,24%) dos alunos da amostra em estudo mostraram ter poucos conhecimentos e 24 (82,76%) mostraram ter conhecimento. Neste tipo de afasia nenhum aluno revelou ter muitos conhecimentos.

Quadro nº 3 - Distribuição dos alunos de acordo com os conhecimentos sobre as características presentes na Afasia de Condução

Afasia de Condução	
Poucos conhecimentos (0 a 3 respostas certas)	10,34%
Conhecimentos (4 a 8 respostas certas)	79,31%
Muitos conhecimentos (9 a 11 respostas certas)	10,34%

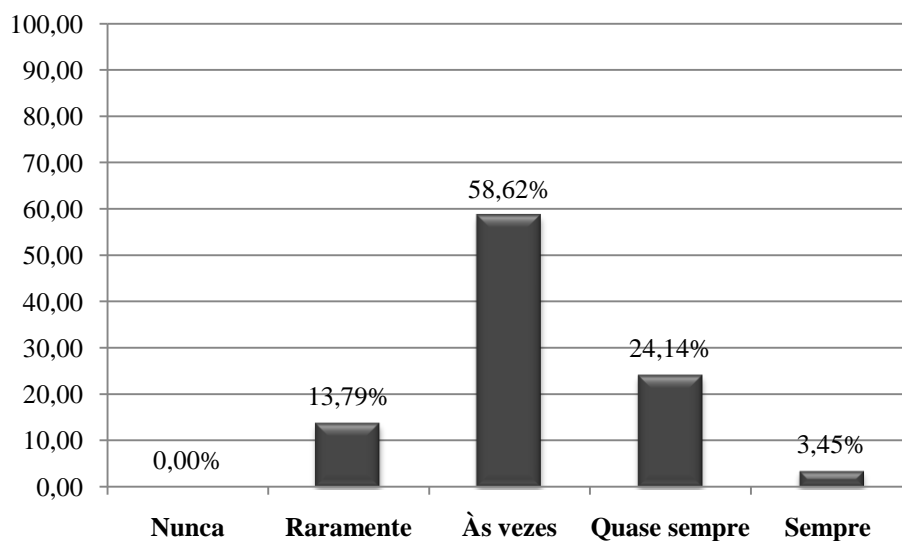
No que se refere às características da Afasia de Condução, 3 (10,34%) dos alunos da amostra em estudo mostraram ter poucos conhecimentos, 23 (79,31%) mostraram ter conhecimento e 3 (10,34%) revelaram ter muitos conhecimentos.

Quadro nº 4 - Distribuição dos alunos de acordo com os conhecimentos sobre as características presentes na Afasia Global

Afasia Global	
Poucos conhecimentos (0 a 3 respostas certas)	10,34%
Conhecimentos (4 a 8 respostas certas)	62,07%
Muitos conhecimentos (9 a 11 respostas certas)	27,59%

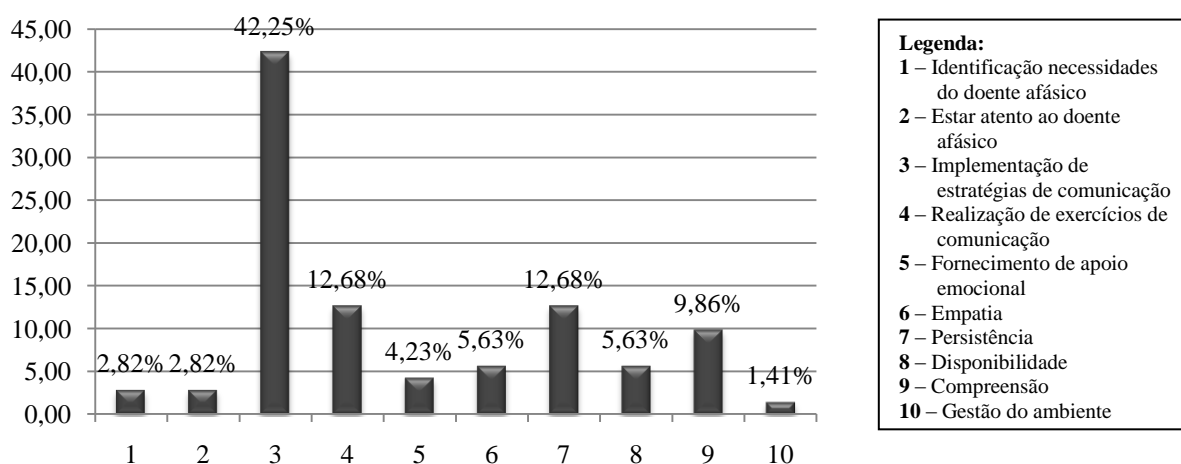
Relativamente aos resultados obtidos face à Afasia Global, concluiu-se que 3 (10,34%) dos alunos revelaram ter poucos conhecimentos, 18 (62,07%) revelaram ter conhecimentos e 8 (27,59%) revelaram ter muitos conhecimentos.

Gráfico nº 8 – Distribuição dos alunos da amostra de acordo com a forma como se sentem preparados para cuidar de doentes afásicos



De acordo com os resultados obtidos através do questionário, nenhum aluno refere não sentir-se preparado para cuidar de doentes com afasia, 4 (13,79%) dos inquiridos dizem que raramente se sentem preparados, 17 (58,62%) só às vezes se sentem preparados para cuidar de doentes afásicos, 7 (24,14%) dos alunos quase sempre se sentem preparados e 1 (3,45%) afirma sentir-se sempre preparado para prestar cuidados a doentes afásicos.

Gráfico nº 9 – Distribuição dos elementos da amostra de acordo com as atitudes que na opinião deles podem ser adoptadas de forma a aumentar a capacidade de expressão verbal (oral e escrita) do doente afásico



De forma a analisar-se os resultados obtidos nesta questão, organizaram-se as respostas dos alunos de acordo com as categorias supramencionadas. Desta forma, 2 (2,82%) dos alunos consideraram ser a identificação das necessidades do doente afásico uma atitude a implementar de forma a melhorar a expressão verbal do doente afásico, 2 (2,82%) consideraram a atenção ao doente. Verificou-se ainda que 30 (42,25%) das respostas se associaram a um leque variado de estratégias de comunicação a implementar, 9 (12,68%) identificaram alguns exercícios de comunicação, 3 (4,23%) sugeriram o fornecimento de apoio emocional, 4 (5,63%) referiram o estabelecimento de uma relação empática, 9 (12,68%) consideraram ser importante a persistência no que diz respeito à estimulação do processo comunicativo, 4 (5,63%) dos alunos consideraram essencial o enfermeiro mostrar uma atitude de disponibilidade para com o doente, 7 (9,86%) destacaram a compreensão como característica essencial do enfermeiro na comunicação com o doente afásico e 1 (1,41%) referiu algumas intervenções no âmbito da gestão do ambiente em torno do doente afásico.

2. Análise e Discussão dos Resultados

Depois de realizada a leitura dos dados obtidos através dos questionários aplicados à amostra de alunos do 3º ano da Licenciatura de Enfermagem da UFP – Porto, é crucial proceder-se a

uma reflexão e interpretação de toda a informação colhida, tendo sempre presente os objectivos definidos para o presente estudo e o contributo dos resultados obtidos na prática dos cuidados de Enfermagem.

De acordo com Fortin (2003, p. 330)

“Os resultados provêm de factos observados no decurso da colheita dos dados; estes factos são analisados e apresentados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o problema de investigação proposto, (...) uma forma corrente de apresentar os resultados consiste em enunciar a questão de investigação ou a hipótese e a seguir apresentar os resultados obtidos com as diversas análises utilizadas.”

A realização do presente estudo foi possibilitada pela participação de vinte e nove alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP do Porto, os quais constituíram a amostra em estudo. As idades dos alunos que responderam ao questionário estão compreendidas entre os 20 e os 38 anos, sendo a idade mais frequente os 21 anos. A amostra foi constituída na sua maioria por elementos do sexo feminino.

Os alunos aos quais foi aplicado o questionário tiveram todos eles contacto com doentes afásicos como alunos de enfermagem, tendo alguns deles tido também a possibilidade de contactar com estes doentes no papel de amigo/familiar/conhecido.

De acordo com a leitura dos resultados, a maioria dos alunos da Licenciatura de Enfermagem que constituíram a amostra revelou sentir dificuldades na comunicação com o doente afásico. Poder-se-á entender este resultado tendo em conta que, apesar da elevada incidência da afasia com sequela de diversas doenças neurológicas, existe ainda falta de informação nesta área, o que dificulta o relacionamento e a prestação de cuidados ao doente afásico, acrescentando ainda a isto a existência de alguns preconceitos sociais no que diz respeito, por exemplo, à recuperação de capacidades cuja perda se associa a lesões do tecido cerebral (Lourenço e Mendes, 2008). Estes factores fazem com que quem contacta com estes doentes se confronte diariamente com dúvidas e incertezas no que respeita o processo comunicativo.

Em relação ao tipo de dificuldades que os alunos sentiram quando contactaram com os doentes afásicos, verificou-se uma maior incidência da dificuldade em conseguir compreender

o doente e de seguida uma dificuldade em dar-lhes o apoio emocional de que tanto necessitam. Apenas uma minoria referiu sentir dificuldade em fazer-se compreender. Segundo Reis, Bandeira e Graveto (2008, p. 64),

“Na comunicação com o doente com afasia, o grau de dificuldade para obter uma comunicação eficaz é mais elevado do que na comunicação com um indivíduo sem alterações da capacidade de comunicação”, o que vai de encontro aos resultados obtidos neste estudo”.

As dificuldades sentidas no relacionamento com o doente afásico surgem frequentemente pelo facto de se considerar afasia apenas como uma afecção da linguagem isoladamente. No entanto, a afasia é também uma alteração profunda no domínio psíquico, social e ocupacional do indivíduo. O doente encontra-se perante um quadro de comunicação verbal ineficaz, problemas de auto-estima, inadaptação à nova situação e incapacidades, dificuldades no relacionamento familiar e isolamento social. Tudo isto leva a sentimentos de desespero e frustração por parte do doente (Lourenço e Mendes, 2008). As dificuldades sentidas pelos alunos podem também dever-se a alguma imaturidade e falta de experiência profissional.

No âmbito das estratégias que podem ser utilizadas para comunicar com o doente afásico, várias foram as que os alunos referiram colocar em prática. A maioria dos alunos afirmou recorrer à mímica e de seguida à leitura labial para facilitar o processo comunicativo, recursos esse que de acordo com aquela que tem sido a experiência do investigador são os correctos em algumas das situações de afasia, e em menor percentagem referiram colocar em prática a escrita e por último os desenhos.

No que diz respeito aos conhecimentos que os alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem têm sobre as características presentes nos quatro tipos de afasia, estes poderiam encontrar-se em três diferentes patamares: poucos conhecimentos, conhecimentos, ou muitos conhecimentos.

Em todos os tipos de afasia os alunos revelaram ter na sua maioria conhecimentos sobre as suas características. Sobre a afasia de Broca, Wernicke e de Condução apenas uma minoria revelou ter muitos conhecimentos e na afasia Global a minoria revelou ter poucos conhecimentos. O défice de conhecimentos de alguns alunos pode dever-se ao facto de não ter

sido leccionada a afasia de forma aprofundada em nenhuma das unidades curriculares da Licenciatura em Enfermagem. Além disso, existem inúmeras classificações dos tipos de afasia, o que dificulta a uniformização da informação sobre as características dos diferentes tipos de afasia.

Quando abordados relativamente à forma como se sentem preparados para cuidar dos doentes com afasia, a maioria dos alunos afirmou sentir-se preparada para o fazer, mas não em todos os contactos com estes doentes. De acordo com as respostas obtidas em algumas das questões colocadas no questionário, pode concluir-se que a falta de preparação do aluno para cuidar de doentes afásicos em determinadas situações deve-se às dificuldades por eles referidas.

Relativamente às atitudes que o enfermeiro pode adoptar de forma a aumentar a capacidade de expressão verbal (oral e escrita) do doente afásico, as respostas dos alunos foram variadas, no entanto, a maioria dos alunos deu especial importância à implementação de estratégias de comunicação como por exemplo “falar pausadamente e articular bem as palavras” (Q6), “falar mais devagar” (Q8), “recorrer à escrita se possível e às imagens” (Q11) e “acompanhar a fala com gestos” (Q25). O incentivo à comunicação e a realização de exercícios de comunicação foram também áreas a que os alunos deram também importância. Os alunos referiram ainda a identificação das necessidades do doente e o apoio emocional ao doente que adoptam uma posição crucial na reabilitação do doente afásico, a empatia, disponibilidade e compreensão para com o doente e ainda a gestão do ambiente em torno do doente.

Apesar das inúmeras estratégias referidas pelos inquiridos, de acordo com a bibliografia consultada, existiam outras que também podiam ser adoptadas, como a postura do profissional, o contacto visual, toque terapêutico, entre outras. Segundo Reis *et al.* (2008), o facto de os inquiridos não referirem algumas das estratégias a utilizar, quando questionados sobre as estratégias de comunicação com o doente afásico, pode dever-se à opção pela sua não utilização, por desconhecimento ou mesmo por esquecimento.

De acordo com a experiência pessoal do investigador como aluno de enfermagem, é frequente a prestação de cuidados ao doente afásico, mesmo sem que lhe seja facultada a informação sobre o tipo de afasia que o doente possui. O facto de não se saber qual o tipo de afasia do doente a quem se está a prestar cuidados impede que se saiba quais as verdadeiras

capacidades e limitações do doente e desta forma impede também que se utilizem estratégias adequadas ao quadro clínico do indivíduo. A utilização inadequada das estratégias de comunicação pode levar ao insucesso do processo comunicativo o que acarreta sentimentos como a frustração, tristeza, decepção, angústia/ansiedade, revolta e impotência (Reis *et al.*, 2008). O insucesso do processo comunicativo e relacional com o doente, pode levar a uma atitude de afastamento, em vez de proximidade, visto que o enfermeiro perspectiva com frequência dificuldades no âmbito da comunicação. Esta atitude de afastamento surge normalmente como um “mecanismo de defesa” perante a dificuldade.

Tal como diz Bolander (*cit. in* Reis *et al.*, 2008) a adopção de estratégias indicadas consoante o tipo de afasia que o doente possui é crucial para uma comunicação eficaz com o doente com afasia.

V. Conclusão

A investigação em Enfermagem é crucial para o contínuo desenvolvimento da profissão. É fundamental reconhecer-se a investigação como alicerce das tomadas de decisão no que respeita à escolha dos cuidados mais adequados para o doente. A investigação permite consolidar o saber e a ciência que fundamentam os cuidados de enfermagem. Além disso, a investigação em Enfermagem procura fomentar um carácter crítico-reflexivo como forma de desenvolvimento da profissão.

Neste sentido, a elaboração do projecto de graduação permitiu a aquisição de competências no âmbito da metodologia científica e fez com que o investigador compreendesse melhor a importância que a investigação possui para a prática de Enfermagem e para a fundamentação dos cuidados prestados. Além disso, este trabalho permitiu ainda uma enorme aquisição de conhecimentos e competências no âmbito da comunicação com o doente com afasia. Desta forma, os objectivos pessoais e académicos foram atingidos com grande esforço e dedicação.

Com o desenvolvimento do projecto, cuja temática é a “Comunicação dos alunos do 3º Ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto com o Doente Afásico”, foi possível tirar algumas conclusões que foram ao encontro das questões de investigação levantadas inicialmente. Os alunos possuem conhecimentos relativamente às características dos diferentes tipos de afasia e identificam algumas das estratégias que podem ser utilizadas para comunicar com os doentes com afasia, no entanto, afirmam sentir dificuldades na comunicação e consequentemente no relacionamento com estes doentes, e nem sempre se sentem preparados para cuidar de doentes com estas características.

Durante a elaboração do projecto foram algumas as dificuldades sentidas. Na fase conceptual, mais especificamente na revisão bibliográfica, foi encontrado um leque variado de classificações dos tipos de afasia, o que dificultou o estudo das características presentes em cada um dos tipos. Ainda na revisão bibliográfica, sentiram-se dificuldades em encontrar bibliografia referente às estratégias de comunicação adequadas a cada um dos tipos de afasia, tendo por isso sido dificultada a especificação das mesmas. A inexperiência do investigador, no que diz respeito à elaboração de trabalhos de investigação, foi também alvo de dificuldades durante a realização do estudo. No entanto, estas dificuldades foram ultrapassadas e esta

experiência foi sem dúvida uma mais-valia e uma enorme fonte de aquisição de conhecimentos e competências.

Propõe-se à coordenação da Licenciatura em Enfermagem uma revisão da forma como é leccionada a afasia e a comunicação com o doente afásico, de forma a fornecer aos alunos competências neste âmbito para que se sintam verdadeiramente capazes de comunicar com estes doentes, e para que as dificuldades sentidas sejam cada vez menores, tendo sempre em conta que a comunicação com os doentes afásicos é um desafio constante e que cada doente é único. Os doentes apresentam necessidades diferentes entre si e por isso requerem também cuidados diferentes.

VI. Bibliografia

Associação Nacional de Afásicos. [Em linha]. Disponível em http://www.anafasicos.org/publicações/desdobreveis/desd_perguntas_respostas.pdf.

[Consultado em 21/02/2011].

Association Internationale Aphasie. [Em linha]. Disponível em <http://www.afasie.nl/aphasia/pdf/9/brochure1.pdf>. [Consultado em 24/02/2011].

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – versão 1.0*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.

Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. Loures, Lusociência.

Galli, J., Oliveira, J., Deliberato, D. (2009). Introdução da comunicação suplementar e alternativa na terapia com afásicos, *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 14 (3), pp. 402-410.

Jakubovicz, R., Cupello, R. (1996). *Introdução à Afasia – Elementos para o diagnóstico e terapia*. Rio de Janeiro, Livraria e Editora Revinter.

Kerr, M. (2007). Afasia: perguntas e respostas, *Revista da Associação Nacional de Afásicos*, nº20, pp.4-5.

Lakatos, E. et alli. (1990). *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo, Atlas.

Lemos, I. (2006). A Comunicação não-verbal: um Estudo de Caso, *UniRevista*, 1(3). [Em linha]. Disponível em http://www.unirevista.unisinos.br/_pdf/UNIrev_Lemos.PDF. Semestral. [Consultado em 22/02/2011].

Lourenço, C., Mendes, R. (2008). Afasia, *Nursing – Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, nº 232, pp. 6-12.

Mesquita, R. (1997). Comunicação não-verbal: Relevância na atuação profissional, *Revista Paulista de Educação Física*, 11 (2), pp. 155-163.

Mourão, C., Albuquerque, A., Silva, A., Oliveira, M., Fernandes, A. (2009). Comunicação em Enfermagem: uma revisão bibliográfica, *Revista da rede de Enfermagem do Nordeste*, 10 (3), pp. 139-145.

Oriá, M., Moraes, L. e Victor, J. (2004). A comunicação como instrumento do Enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado, *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6 (2). [Em linha]. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/R4_comunica.pdf. Trimestral. [Consultado em 21/02/2011].

Parente, A., *et al.* (2007). A comunicação do doente afásico, *Revista Sinais Vitais*, (70/Janeiro), pp. 14-16.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Lusociência.

Pignatari, D. (2002). *Informação, Linguagem e Comunicação*. São Paulo, Ateliè Editorial.

Reis, T., *et al.* (2008). Vivências comunicacionais de Enfermeiros face ao Doente com Afasia, *Revista Investigação em Enfermagem*, nº 17, pp. 64-71.

Ribeiro, J. (2006). Comunicar com o doente Afásico, *Nursing – Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, nº 216, pp. 42-46.

Rodrigues, R., Diogo, M. (2000). *Como cuidar dos Idosos*. Brasil, Papyrus Editora.

Silva, L., Brasil, V., Guimarães, H., Savonitti, B., Silva, M. (2000). Comunicação não-verbal: Reflexões acerca da linguagem corporal, *Revista latino-americana de Enfermagem*, 8 (4), pp. 52-58.

ANEXOS

ANEXO I

Instrumento de Colheita de Dados



Questionário

Diana Silva Ângera, aluna do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem na Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, encontra-se a realizar um estudo de investigação cujo tema é a **“Comunicação dos alunos do 3º Ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa com o Doente Afásico”**, o qual tem como objectivos de investigação:

- Saber se os alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto têm dificuldades na comunicação com o doente afásico.
- Identificar as dificuldades dos alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto na comunicação com o doente afásico, caso elas existam.
- Identificar as estratégias utilizadas por parte dos alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto para comunicar com o doente afásico.
- Saber que conhecimentos têm os alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto sobre as características dos diferentes tipos de afasia.

Neste sentido, venho solicitar a sua colaboração no preenchimento do questionário que se segue. Os dados recolhidos serão anónimos e confidenciais, pelo que não deve identificar-se através do nome ou qualquer outro dado, neste documento.

O tempo de preenchimento do questionário não ultrapassará, em princípio, os 15 minutos.

Antecipadamente, agradece-se a sua colaboração.

A aluna _____

(Diana Silva Ângera)

Parte I

1. **Idade:** _____ anos

2. **Género:** Feminino Masculino

Parte II

1. **Já contactou com doentes afásicos?**

Sim Não

1.1. **Se respondeu “Sim” à questão anterior, diga em que papel:**


Aluno de Enfermagem;

Cuidador Informal;

Amigo/Familiar/Conhecido;

Outro.

2. **Sentiu dificuldade na comunicação com o doente afásico? (Assinale a sua resposta com um círculo)**


Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

2.1. Que tipo de dificuldades sentiu?

- Em compreender o doente;
- Em fazer-se compreender;
- Em apoiar emocionalmente o doente;
- Outro. Qual? _____

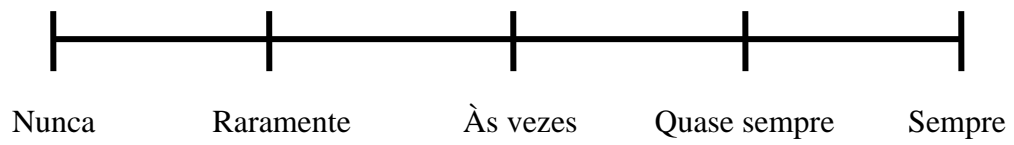
3. Quais as estratégias que utilizou para comunicar com os doentes afásicos?

- Mímica
- Escrita
- Leitura labial
- Desenhos
- Outra (s). Qual/quais? _____

4. Assinale, qual/quais a(s) características que considera estar(em) presente(s) em cada tipo de afasia. (Coloque um S (Sim) ou N (não))

	Tipos de Afasia			
	Afasia de Broca	Afasia de Wernicke	Afasia de Condução	Afasia Global
1. Discurso não fluente				
2. Discurso fluente				
3. Compreensão da linguagem preservada				
4. Dificuldade na compreensão da linguagem				
5. Grave alteração da compreensão da linguagem				
6. Disartria				
7. Boa articulação				
8. É frequentemente acompanhada por hemiplegia à direita				
9. Agramatismo				
10. Parafasias (substituição de uma palavra por outra ou de um som por outro)				
11. Autocorreção				

5. Sente-se preparado para cuidar de doentes que apresentem afasia?



6. Refira três das atitudes que o enfermeiro pode adoptar de forma a aumentar a capacidade de expressão verbal (oral e escrita) do doente afásico?

1. _____;
2. _____;
3. _____.

ANEXO II


Cronograma de Investigação

Cronograma de Investigação de Ângera, D.S. (2010/2011) Comunicação dos alunos do 3ºAno da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa com o Doente Afásico – UFP-FCS Porto

		Cronograma										
Meses		Ano 2010				Ano 2011						
Actividades		Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho
Problema de Investigação		Planeada										
Questões de Investigação		Realizada					Planeada					
Objectivos de Investigação							Planeada					
Revisão Bibliográfica		Planeada	Planeada	Planeada	Planeada	Planeada	Planeada	Planeada				
Decisões Metodológicas							Planeada	Planeada				
Pré-teste									Planeada			
Aplicação do questionário										Planeada		
Tratamento/Análise de Dados										Planeada		
Resultados											Planeada	
Discussão dos Resultados											Planeada	
Conclusão											Planeada	
Entrega do Projecto											Planeada	
Discussão Pública												Planeada

Legenda:

 → Actividade Planeada

 → Actividade Realizada