

Dicionário de acrónimos

Acrónimo	Significado
ACA	Avaliação das Competências dos Alunos
ACE-R	Addenbrooke Cognition Examination - Revised
ADLs	Activities of Daily Living
ASHA	American Speech-Language-Hearing Association
AVD	Atividades da Vida Diária
DP	Desvio Padrão
ESSA	Escola Superior de Saúde do Alcoitão
GDS	Geriatric Depression Scale
GR	Gestão de Recursos
HVOT	Hooper Visual Organization Test
INE	Instituto Nacional de Estatística
MASA	Mann Assessment of Swallowing Ability
MCS	Modelo <i>Continuum de Supervisão</i>
MMSE	Mini-Mental State Examination
OMS	Organização Mundial de Saúde
RCSLT	Royal College of Speech Language Therapists
SC	Supervisão Clínica
SCML	Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
SLP	Speech-Language Pathologist
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TF	Terapia da Fala

Resumo

As alterações que decorrem do processo de envelhecimento biológico vão influenciando as capacidades do indivíduo ao longo da sua existência assim como a sua interação com o meio envolvente. A perda de autonomia, a incapacidade para a execução das atividades da vida diária (AVD) ou a solidão, constituem muitas vezes fatores preditivos da institucionalização.

É consensual que a institucionalização potencializa a inatividade afetando o desempenho funcional em múltiplos domínios e, em particular, nos aspetos relativos à comunicação.

Este estudo teve como objetivo caracterizar uma amostra de idosos institucionalizados, intervir em áreas relacionadas com a cognição, aplicar um modelo de supervisão clínica (SC) e de gestão de recursos (GR) e avaliar os resultados obtidos em cada área. Foram avaliados 19 residentes em lares de idosos, utilizando as versões portuguesas dos testes *The Mann Assessment of Swallowing Ability (MASA)* e *Addenbrooke Cognitive Examination (ACE-R)*. Os indivíduos foram sujeitos à aplicação de um plano de intervenção. Este plano contou com a participação de alunos do 3º ano de licenciatura em Terapia da Fala (TF), da Escola Superior de Saúde do Alcoitão (ESSA), que integraram o estudo da aplicação do modelo de SC.

Os conceitos de gestão de uma organização e as ferramentas utilizadas para avaliar o desempenho foram enquadrados na prática clínica do Terapeuta da Fala. Para a sua concretização, no âmbito deste estudo, foi avaliada a satisfação de utentes, cuidadores e dirigentes.

Os resultados obtidos permitiram verificar alterações positivas no processo de alimentação dos utentes, bem como de memória, linguagem e fluência verbal. O modelo de SC implementado potenciou o processo de ensino/aprendizagem dos alunos envolvidos. Os conceitos de GR aplicados permitiram explorar as funções do Terapeuta da Fala na área da gestão e os instrumentos que se podem utilizar para avaliar o impacto da intervenção.

Palavras-chave: envelhecimento, institucionalização, cognição, comunicação, deglutição, Terapeuta da Fala, supervisão clínica, gestão de recursos.

Abstract

The changes resulting from the biological ageing process will influence the individual's capabilities throughout his existence as well as his interaction with the environment. The loss of autonomy, the inability to perform activities of daily living (ADLs) or loneliness are often factors that are predictive of institutionalization.

It is generally agreed that inactivity enhanced by institutionalization affects, as a whole, the functional performance of the elderly, namely the communication.

This study aimed to characterize the institutionalized elderly people, at the communication and swallowing profile, apply a model of Clinical Supervision (CS) and assess the results obtained in each area. Nineteen residents in nursing homes were assessed using the Portuguese versions of the The Mann Assessment of Swallowing Ability (MASA) and Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE-R) tests. The individuals were subjected to the implementation of an intervention plan. This plan included the participation of students in the 3rd year degree in Speech-Language Therapy (SLT), from The Health School in Higher Education at Alcoitão, who integrated a process of CS so as to implement a supervision model and assess the results.

The management concepts of an organization and the tools used to assess the performance was framed in clinical practice of the Speech-Language Pathologist (SLP). For its implementation, in this study, was assessed the satisfaction of users, caregivers and managers.

The results obtained showed positive changes in the feeding process of residents who participated in the present study as well as in memory, language, and verbal fluency. The CS model implemented enhanced the teaching/learning process of the students involved. The Resource Management concepts (RM) used allowed exploring the functions of the SLP as a manager and also the tools that can be used to assess the impact of the intervention.

Key Words: elderly, institutionalization, cognition, communication, swallowing, speech-language pathologist, clinical supervision, resource management

Índice Geral

Índice de Quadros	7
Introdução.....	8
PARTE 1. Supervisão Clínica em Terapia da Fala.....	10
1.1 Enquadramento teórico	11
1.1.1 Aprendizagem	11
1.1.2 Supervisão Clínica e modelo <i>Continuum de Supervisão</i>	11
1.1.3. Supervisor.....	13
1.2 Metodologia	14
1.2.1 Tipo de estudo. Objetivos.....	14
1.2.2 Caracterização da amostra	14
1.2.3 Descrição dos instrumentos.....	14
1.2.4 Procedimentos	15
1.3 Análise e discussão dos resultados.....	17
PARTE 2. Organização e gestão em Terapia da Fala.....	18
2.1 Enquadramento teórico	19
2.1.1 Terapia da Fala e gestão	19
2.1.2 A Terapia da Fala na estrutura organizacional de um lar de idosos.....	23
2.1.2.1 Definições e conceitos.....	23
2.1.2.2 Posição na estrutura organizacional	23
2.1.2.3 Aspetos a gerir no serviço de Terapia da Fala em lares de idosos	23
2.2 Metodologia	26
2.2.1 Tipo de estudo. Objetivos.....	26
2.2.2 Caracterização da amostra.....	26
2.2.3 Descrição dos instrumentos.....	26
2.2.4 Procedimentos	27
2.3 Análise e discussão dos resultados.....	28

2.3.1 Utentes.....	28
2.3.2 Cuidadores.....	29
2.3.3 Dirigentes	30
PARTE 3. <i>Working with institutionalized elderly: the role of speech-language pathologist</i> (artigo científico)	31
Conclusões.....	41
Limitações do estudo	43
Referências bibliográficas.....	44
Referências eletrônicas	44
Apêndices	46
Apêndice I – Esquema representativo do Modelo de Supervisão <i>Continuum de Supervisão</i>	47
Apêndice II – Calendarização do acompanhamento em Supervisão Clínica.....	48
Apêndice III – “Avaliação das Competências dos Alunos” – Guia descritivo	49
Apêndice IV – “Avaliação das Competências dos Alunos” – Folha de registo.....	50
Apêndice V – Organograma da estrutura organizacional de um lar de idosos; Funções da gestão...51	
Apêndice VI – Formulário de encaminhamento para Terapia da Fala	52
Apêndice VII – “Avaliação da satisfação da intervenção do Terapeuta da Fala em contexto de lar de idosos”	53

Índice de Quadros

Quadro 1 - Resultados médios da avaliação do desempenho das alunas (intermédia e final)	17
Quadro 2 – Valores médios e de desvio padrão das respostas apresentadas pelos utentes.....	28
Quadro 3 - Valores médios e de desvio padrão das respostas apresentados pelos cuidadores	29
Quadro 4 - Valores médios e de desvio padrão das respostas apresentados pelos dirigentes.....	30

Introdução

Na Europa, tal como noutras regiões do Mundo, tem-se assistido a um processo de envelhecimento demográfico progressivo. Em 1971, as pessoas com 65 e mais anos representavam 15% da população e em 2007 cerca de 20%. Projeta-se que esta percentagem aumente para 35% em 2050 (Christersen, Doblhammer, Rau & Vaupel, 2009).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2003, 2010) os dados referentes às percentagens para Portugal situavam-se em 8% em 1960, em 17%, em 2007 e estimam-se 32% para 2050.

Atualmente, a população com mais de 65 anos de idade residente em Portugal é de 2,023 milhões de pessoas, representando 19% da população total (INE, 2011). Os dados referidos pelo INE (2003) caracterizam a situação verificada em Portugal pela forte queda do índice de fecundidade e aumento da esperança de vida, situação que conduziu à passagem de um modelo demográfico de natalidade e mortalidade elevadas, para um modelo em que ambas apresentam níveis bastante reduzidos provocando um aumento do número dos mais idosos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011) caracteriza o processo de envelhecimento como uma realidade biológica com uma dinâmica própria em grande parte fora do controlo do ser humano. Para Ramos (2005), o envelhecimento para ser bem sucedido pressupõe três condições: ter saúde (ausência de doença ou de incapacidades impostas por esta), ser independente nas AVD (conservação de elevados padrões de funcionamento físico e cognitivo mantendo assim o indivíduo ativo, competente e produtivo) e compromisso com a vida (indivíduo ativo e envolvido nas tarefas produtivas e com os outros). A ausência de uma destas condições promove situações de desequilíbrio ou perturbações no decorrer do processo normal de envelhecimento que podem levar a alterações no bem-estar, na qualidade de vida e nas condições de saúde.

A perda de capacidade para viver com autonomia derivada da incapacidade para a execução das AVD, a solidão e a existência de quadro clínicos que necessitam de acompanhamento permanente, dita na maioria das situações, a necessidade de recurso a serviços e equipamentos que têm como finalidade a prestação de cuidados de saúde e sociais a pessoas de idade avançada.

Em Portugal, a Constituição de 1976 alterou a forma de encarar as respostas sociais, assistindo-se, desde então a um investimento do Estado na criação de equipamentos tais como centros de dia, residências assistidas, serviços de apoio domiciliário e lares de idosos (Marques, 2011).

Pelo que significam e contextualizam, os lares de idosos, independentemente dos seus recursos humanos e materiais e dos cuidados que prestam, condicionam a autonomia, a vivência

e as interações sociais. Vários autores referem que a institucionalização promove a inatividade física e a diminuição da atividade mental conduzindo, muitas vezes ao declínio cognitivo e a situações de maior dependência, onde se incluem os aspetos da comunicação e da alimentação, dado estes serem fundamentais na auto-determinação (Tappen, Roach, Applegate & Stowell, 2000). De acordo com as boas práticas para instituições de apoio permanente a idosos, estas devem promover ações preventivas e de reabilitação, envolvendo a equipa multi e transdisciplinar, proporcionando aos idosos níveis de maior integração social e otimização da capacidade funcional (Soares, 2010).

A necessidade de uma caracterização dos idosos institucionalizados, ao nível da alimentação e da comunicação e da aplicação de um plano de intervenção e avaliação de resultados estiveram na base do presente estudo, o qual uma vez integrado no âmbito do Mestrado em TF, área de SC e GR, decorreu com a participação de alunos da licenciatura. Estes alunos foram integrados num processo de SC através da implementação do modelo *Continuum de Supervisão* (MCS) e avaliação de resultados. No âmbito da GR, o estudo enquadrou os conceitos de gestão na prática clínica em TF e utilizou ferramentas de gestão (controle da qualidade dos serviços prestados) nomeadamente a avaliação da satisfação dos utentes, dos cuidadores e dos dirigentes relativamente à intervenção realizada.

Para a elaboração deste relatório foi ainda escrito um artigo científico intitulado *Working with institutionalized elderly: the role of speech-language pathologist*, de acordo com as normas do *Journal of Communication Disorders*, editado pela editora Elsevier.

O presente relatório integra três partes. A Parte 1 denominada “Supervisão Clínica em Terapia da Fala”, a Parte 2 designada “Organização e gestão em Terapia da Fala” e a Parte 3 na qual é apresentado o artigo científico acima referido.

Seguidamente são apresentadas as conclusões e as limitações do estudo.

PARTE 1

Supervisão Clínica em Terapia da Fala

PARTE 1

Supervisão Clínica em Terapia da Fala

1.1 Enquadramento teórico

1.1.1 Aprendizagem

Todas as atividades pressupõem um período de aprendizagem. Para Watts (1990) existem duas definições para este conceito. Por um lado consiste na aquisição de conhecimento através de instrução, e por outro, constitui a mudança de comportamento resultante da experiência. Se, na primeira definição, o professor/supervisor assume o papel principal remetendo o aluno para uma posição passiva de receção de informação, na segunda definição, a atenção está centrada no aluno/supervinado e nos aspetos relacionados com a sua performance. Neste caso, o professor é o responsável pela exposição do mesmo a momentos de aprendizagem e vivência de experiências, acompanhando e orientando-o para a competência no exercício posterior de funções.

No entanto, embora cada professor/supervisor adote diversos estilos de ensino, cada aluno desempenha o seu papel de uma forma distinta, adotando diferentes estilos de aprendizagem motivados pelas suas características intrínsecas.

Para Katz & Heimann (1991, citados por McAllister, Lincoln, Leod & Maloney, 1997) o estilo de aprendizagem é a preferência ou a estratégia habitual usada por um indivíduo para processar a informação e consequentemente resolver “problemas”.

Para facilitar a análise e a investigação dos estilos humanos de aprendizagem, Kolb (1986, citado por McAllister *et al.*, 1997) propôs quatro estilos distintos: assimilador (com base em conceitos abstratos e observação reflexiva); divergente (através de experiências concretas e observação reflexiva); convergente (com base na conceptualização abstrata de acontecimentos e experimentação ativa); e acomodado (através da experiência concreta e experimentação ativa), (McAllister *et al.*, 1997).

A preferência por um determinado estilo de aprendizagem caracteriza o supervinado, tornando-se necessário o conhecimento destes aspetos por parte do supervisor para a adaptação de métodos e abordagens durante o processo ensino/aprendizagem.

1.1.2 Supervisão Clínica e Modelo *Continuum de Supervisão*

No âmbito da TF, a SC - atividade distinta da prática clínica – constitui uma componente essencial na educação dos alunos e no crescimento profissional dos Terapeutas da Fala (American Speech-Language-Hearing Association (ASHA), 2008).

Em 1988, Anderson (ASHA, 2008) caracteriza a SC como uma variedade de padrões de comportamento cuja adequação depende das necessidades, competências, expectativas e

filosofias do supervisor e do supervisionado e das características específicas do contexto. A SC apresenta como principais objetivos o crescimento profissional e o desenvolvimento do supervisionado e supervisor, que poderá resultar num melhor serviço prestado aos utentes (Anderson, 1988, citado por ASHA, 2008).

Em 2008, um conjunto de membros da ASHA complementaram a definição construída por Anderson (1988, citado por ASHA, 2008), acrescentando que o crescimento e desenvolvimento profissional do supervisionado e do supervisor são reforçados quando a SC ou educação clínica envolve autoanálise e autoavaliação. Os autores referem ainda que a SC eficaz promove a aquisição de capacidades como o raciocínio crítico e a resolução de problemas por parte do supervisionado.

Muitos foram os modelos de SC descritos ao longo do tempo. No entanto, este trabalho incidirá apenas num deles que esteve na base de todo o processo deste estudo.

Anderson (1988, citado por ASHA, 2008) propõe o MCS, que se inclui nos Modelos Desenvolvimentais, cuja principal temática é a evolução do aluno, enquanto supervisionado, não excluindo todos os fatores inerentes ao indivíduo que podem intervir na sua prestação. Este modelo tem como objetivo o desenvolvimento de profissionais independentes capacitados para a auto-supervisão e descreve mudanças ao longo do período de aprendizagem na “quantidade” e tipo de envolvimento tanto do supervisor como do supervisionado. À medida que a participação do supervisionado aumenta, o nível de envolvimento do supervisor diminui. Anderson (1988, citado por ASHA, 2008) refere três estádios de desenvolvimento ao longo deste modelo: avaliação e *feedback*, transição e auto-supervisão.

Inicialmente (avaliação e *feedback*), o supervisionado assume um papel passivo, requerendo orientação muito significativa por parte do supervisor, uma vez que inicia a aprendizagem prática, o contacto com os utentes, e todos os aspetos a eles inerentes (principalmente no caso dos alunos principiantes).

Ao longo do período de aprendizagem, o supervisionado desenvolve competências e conhecimentos que lhe permitem a criação de autonomia (estádio de transição), alcançando um papel cada vez mais ativo e significativo (Anderson, 1988, citado por McAllister *et al.*, 1997).

No estádio de auto-supervisão, a maior independência do supervisionado permite ao supervisor assumir uma posição de assistente, com uma intervenção bastante mais reduzida na prestação de serviços do supervisionado. O supervisor orienta o supervisionado para a independência, abandonando o estádio de passividade e dependência inicial (McAllister *et al.*, 1997).

O autor do modelo refere que, tanto o tempo como a experiência são fatores determinantes no processo de transição do supervisionado ao longo do MCS, o que pressupõe diferentes estilos de supervisão de acordo com as necessidades de cada supervisionado (Anderson, 1988, citado por McAllister *et al.*, 1997) (Apêndice I).

1.1.3 Supervisor

Apesar de todos os Terapeutas da Fala terem sido alvo de supervisão durante o seu período de formação, nem todos possuem competências formais para a função de supervisor.

A necessidade de formação e conhecimento para o desempenho nesta área assume especial importância pela simultaneidade de funções que muitas vezes o Terapeuta da Fala assume – terapeuta, supervisor, modelo, colega, professor, avaliador, administrador-*manager*, conselheiro e investigador (McAllister *et al.*, 1997).

Enquanto supervisor, o Terapeuta da Fala é responsável por um conjunto de aspetos inerentes à função e cujo desconhecimento pode ser prejudicial para o processo de aprendizagem do supervisionado. Assim, deve preparar-se e preparar a experiência de supervisão (conhecendo as linhas orientadoras da SC – *guidelines* - e tudo o que estas pressupõem); estabelecer uma relação supervisor-supervisionado, promovendo a comunicação interpessoal; desenvolver capacidades para o raciocínio crítico e a resolução de problemas, competência clínica para avaliação e para a intervenção (no supervisionado); promover conferências e momentos de discussão e reflexão periódicos; promover o crescimento profissional e pessoal do supervisionado; analisar o tipo de educação, género, cultura, raça, idade, experiência do supervisionado, adaptando posteriormente tipos de comunicação e abordagens; otimizar a construção, manutenção e atualização da documentação referente à prática clínica e à supervisão; conhecer os requisitos éticos, regulamentares e legais da SC e conhecer os princípios da orientação/ensino/aprendizagem – *mentoring* (ASHA, 2008).

No modelo de SC acima referido, o supervisor assume ainda funções de orientador clínico implicando o aluno num processo de aprendizagem constante, através da sua presença, formulação de questões e resolução de eventuais problemas.

Nas suas funções como observador, o supervisor é o responsável pelo desenvolvimento de competências e avaliação das mesmas, transmissão de *feedback* e ainda resolução de situações críticas (ASHA, 2008).

Para além de todos os aspetos acima referidos, segundo ASHA (2010), não é permitido ao supervisor delegar a responsabilidade de decisões e gestão clínicas no supervisionado. No entanto, este deve integrar o processo clínico, podendo fazer recomendações e tomadas de decisão, com análise e aprovação prévias do supervisor. Para além disso, o supervisor deve informar o indivíduo e a família sobre o processo de supervisão em que o aluno se encontra, pedindo autorização para que este integre o processo de intervenção.

As atividades clínicas realizadas pelo aluno devem estar orientadas para o exercício específico da profissão, contribuindo de forma significativa para a sua formação, e garantindo a confidencialidade das informações e registos relativos ao paciente (ASHA, 2010).

1.2 Metodologia

O processo de SC é influenciado por cada um dos intervenientes, havendo necessidade de preparação, estruturação e organização prévias como garantia de sucesso. A aprendizagem e “crescimento” profissionais do supervisionado e do supervisor estão também dependentes deste processo.

1.2.1 Tipo de estudo. Objetivos

As características do presente estudo integram-no nos estudos transversais, cujos objetivos são:

1. Elaborar uma revisão bibliográfica sobre os conceitos inerentes à SC;
2. Implementar o MCS;
3. Construir e adaptar linguisticamente um instrumento para avaliação do impacto do MCS na formação dos alunos;
4. Avaliar os resultados obtidos através da aplicação do instrumento “Avaliação das Competências dos Alunos (ACA)”.

1.2.2 Caracterização da amostra

O grupo de participantes é composto por cinco alunos do 3º ano de licenciatura em TF, da ESSA. Os alunos voluntariaram-se para a colaboração neste projeto, desenvolvendo simultaneamente o trabalho de campo solicitado pela Unidade Curricular denominada “Modelos de intervenção em Terapia da Fala”.

1.2.3 Descrição dos instrumentos

A intervenção terapêutica realizada pelos alunos foi sujeita a uma observação direta e ao seu registo sistematizado, que se constituiu como principal instrumento utilizado ao longo do período de SC. O acompanhamento por parte do supervisor incluiu a utilização de documentos escritos e dos meios tecnológicos disponíveis – *emails*, videoconferências, redes sociais (calendarização - Apêndice II).

Para a avaliação do desempenho dos alunos, foi utilizado um instrumento designado ACA, construído com base na aprendizagem realizada na Unidade Curricular “Supervisão Clínica” (1º e 2º Semestres) e na literatura (McAllister *et al.*, 1997; ASHA, 2008) e adaptado ao período de SC em causa e às suas características (ou seja, os momentos de avaliação possíveis e a população que foi alvo de intervenção).

O documento contempla a avaliação de sete competências consideradas necessárias para a prática clínica em TF – a avaliação; o planeamento da intervenção; a intervenção; o raciocínio clínico; a comunicação; a educação pessoal e aprendizagem ao longo da vida e o planeamento,

manutenção e prestação de serviços. Cada uma das competências designadas possui indicadores comportamentais, avaliados através de uma escala de 1 a 5, com as seguintes correspondências: 1 – Nada Satisfeito; 2 – Pouco Satisfeito; 3 – Satisfeito; 4 – Muito Satisfeito; 5 – Totalmente Satisfeito e que são preenchidos por ambos intervenientes, supervisor e aluno (auto-avaliação), em dois momentos de avaliação (intermédio – 6^a/7^a semana e final – última semana). Dado que cada um dos itens foi adaptado ao período de aprendizagem durante o presente estudo, não é contemplada nesta escala a hipótese de resposta “Não aplicável”.

A escala utilizada é do tipo *Lickert* que apesar de ser uma escala de carácter qualitativa, pode em alguns casos ser utilizada para análises quantitativas (Carmo & Ferreira, 1997). O valor final é o resultado da média de todos os valores registados em cada item que será registado numa “régua qualitativa”. Este documento de avaliação inclui um guia descritivo (Apêndice III) e a folha de registo (Apêndice IV).

1.2.4 Procedimentos

Para a realização do presente estudo foi proposta a cinco alunos do 3º ano da licenciatura em TF, a integração neste processo, com a criação de dois grupos distribuídos pelas instituições participantes – Lar A e Lar B.

Os conhecimentos teóricos sobre conceitos como a aprendizagem, a SC, a educação clínica, as funções do supervisor, etc., adquiridos pelo supervisor, foram adaptados ao processo de SC do estudo e às suas características, implementando o MCS. Todo o programa terapêutico elaborado pelos alunos foi observado e orientado pelo supervisor.

A implementação do MCS permitiu envolver os alunos num processo constante de ensino/aprendizagem. A sua aplicação decorreu tal como é descrito em seguida:

1º Estadio – Avaliação e feedback - A primeira abordagem nos lares de idosos decorreu com uma reunião presencial com o supervisor, os alunos e os respetivos diretores.

A recolha dos dados de caracterização e a avaliação dos utentes foram acompanhadas pelo supervisor, para esclarecimento de dúvidas e auxílio na correta realização das provas. O plano de intervenção terapêutico foi construído e discutido pelos alunos e supervisor, bem como a estrutura e organização dos planos de sessão, formulação de exercícios e adequação dos mesmos aos objetivos propostos e aos utentes.

Durante a realização das sessões iniciais houve necessidade de intervenção direta do supervisor na demonstração de alguns comportamentos e atitudes na interação com os utentes. O supervisor informou periodicamente os dirigentes de ambos os lares sobre o trabalho realizado.

Na fase inicial, o supervisor teve necessidade de participar de uma forma muito significativa na organização e implementação da intervenção, dada a in experiência dos alunos.

2º Estadio – Transição - A aquisição de conhecimentos específicos da área da gerontologia e o crescente contacto com os utentes, permitiram que a organização das sessões, estruturação dos exercícios e atividades, construção de materiais, bem como o tempo de intervenção se tornasse cada vez mais adequado ao contexto, com menor necessidade de intervenção por parte do supervisor. O maior conhecimento das características, das necessidades e do desempenho dos utentes tornaram necessária e possível a adequação constante dos comportamentos e atitudes dos alunos, bem como de meios de motivação dos utentes. O desempenho dos alunos foi analisado pelos próprios e pelo supervisor. Durante a 7ª semana do período de aprendizagem, os alunos foram avaliados (avaliação intermédia), englobando a análise do supervisor e a autoavaliação dos alunos. Para a concretização da avaliação foi aplicada o ACA (instrumento já descrito).

3º Estadio – Auto-supervisão – Os conhecimentos e a experiência adquirida pelos alunos ao longo do período de aprendizagem permitiram a criação de autonomia no planeamento, estruturação e implementação das sessões de intervenção de uma forma adequada, com as atividades e os exercícios direcionados para os objetivos propostos e para os utentes. Nesta fase, o esclarecimento dos utentes, cuidadores e dirigentes, sobre os aspetos da intervenção foi também realizada pelos alunos. Os alunos analisaram e auto-criticaram o seu desempenho e formularam hipóteses de alteração quando pertinente. Na última semana de aplicação do MCS, foi realizada a avaliação final que, tal como a avaliação intermédia incluiu a análise do supervisor e a autoavaliação dos alunos, através da utilização do mesmo instrumento.

Apesar do crescente de autonomia por parte dos alunos, o supervisor esteve presente em todas as sessões realizadas e registou de forma sistemática os aspetos relacionados com o desempenho dos alunos e o contexto. O supervisor analisou todos os documentos e materiais produzidos e utilizados ao longo da intervenção, dando *feedback* e sugestões (sempre que oportuno).

Ao longo do período de aprendizagem, existiram momentos de reflexão e análise, *in situ*, e através dos meios tecnológicos disponíveis – *emails*, videoconferências, redes sociais, o que facilitou a transmissão de informação permitindo uma maior aproximação entre o supervisor e os alunos, com momentos de análise e *feedback* mais frequentes.

Dada a inexistência de instrumentos de avaliação das competências dos alunos validados para o Português Europeu e o período de tempo disponível para a realização do estudo, o ACA foi concebido a partir da tradução e adaptação linguística de *guidelines* e procedimentos descritos em outros estudos (McAllister *et al.*, 1997; ASHA, 2008). Não sendo objetivo deste estudo a validação de instrumentos, o ACA pretende apenas responder a uma das componentes de um processo de SC – a avaliação - especificamente adaptada ao contexto de intervenção em causa.

1.3 Análise e discussão dos resultados

A avaliação do desempenho do aluno é uma componente fundamental em qualquer processo de SC.

Neste caso, os dois momentos de avaliação (intermédia e final) permitiram a ambas as partes - supervisor e alunos - a análise da aprendizagem e aquisição de conhecimentos, bem como a perceção das necessidades de acompanhamento e orientação.

O Quadro 1 apresenta o valor médio obtido em cada momento de avaliação, comparando os resultados obtidos através da autoavaliação dos alunos e da avaliação do supervisor.

Quadro 1 – Resultados médios da avaliação do desempenho dos alunos (intermédia e final)

	Avaliação Intermédia		Avaliação Final	
	Autoavaliação	Supervisor	Autoavaliação	Supervisor
Aluno A	3,18	3,13	3,86	4,13
Aluno B	3,51	3,86	4,52	4,78
Aluno C	3,73	3,17	3,74	4,21
Aluno D	3,62	3,04	3,74	3,84
Aluno E	3,68	3,56	4,59	4,56

Os resultados da avaliação intermédia apresentam valores médios bastante aproximados entre a perceção dos alunos e a análise do supervisor, embora seja possível observar algumas discrepâncias como nos casos das alunas C e D.

O “crescimento” profissional dos alunos foi bastante visível ao longo do período de aprendizagem.

Tal como é descrito pelo MCS, o alcance de um nível autónomo, por parte dos alunos, conduziu a uma diminuição da participação direta por parte do supervisor que assumiu uma posição de observador, com necessidade de intervenção apenas nas situações mais complexas (ASHA, 2008).

O momento de avaliação final constituiu o término do período de aprendizagem. Nesta fase, os alunos tinham já percorrido todos os estadios descritos pelo MCS.

Os valores médios da avaliação final, indicados no Quadro 1 evidenciam a evolução de desempenho apresentado pelos alunos. Embora os alunos B e E se destaquem pelos resultados mais elevados, todos os alunos apresentaram uma evolução muito positiva na sua prática clínica tal como é indicado pelos resultados apresentados.

A avaliação do desempenho dos alunos permitiu a análise da evolução das suas competências e ainda da concretização dos objectivos do modelo aplicado.

PARTE 2

Organização e gestão em Terapia da Fala

PARTE 2

Organização e gestão em Terapia da Fala

2.1 Enquadramento teórico

2.1.1 Terapia da Fala e gestão

Sob o ponto de vista da gestão, um lar de idosos constitui uma organização – unidade social que agrega duas ou mais pessoas trabalhando juntas de um modo estruturado para alcançar um objetivo específico ou um conjunto de objetivos (Carvalho, 2009). Teixeira (2011) caracteriza uma organização como um sistema (perspetiva sistémica), inserido num sistema maior, que recebe *inputs* e emite *outputs*.

Qualquer organização está sujeita a um sistema de gestão (mais ou menos estruturado) o qual, segundo Carvalho (2009) consiste numa atividade racional através da qual são coordenados recursos humanos, materiais e financeiros com vista ao alcance dos objetivos, promovendo a eficácia (“fazendo as coisas certas”) e a eficiência (“fazendo as coisas de forma certa”).

A responsabilidade da gestão está a cargo da pessoa que através do trabalho dos outros, consegue realizar ações – o gestor. Ao gestor são atribuídas quatro funções principais: *planear* (definir os objetivos e estabelecer estratégias para os atingir; desenvolver planos que integram e coordenam as atividades), *organizar* (determinar as tarefas a realizar, quem as realiza, atribuir a tarefa à pessoa adequada), *dirigir* (motivar os colaboradores para a realização de tarefas, seleccionar os meios de comunicação mais adequados e resolver eventuais problemas) e *controlar* (monitorizar a performance do momento comparando-a com o padrão, e agir, se necessário), (Robbins & Coulter, 2005).

De acordo com a hierarquia, na estrutura de uma organização existem três níveis de gestão, desde a pessoa que tem a seu cargo a responsabilidade da organização como um todo (nível institucional – componente estratégica), ao coordenador de departamento (nível intermédio – componente tática) até ao supervisor, responsável pela gestão do seu serviço (nível operacional – componente técnica, na qual se insere a maioria dos Terapeutas da Fala).

Analizando detalhadamente cada uma das funções do gestor:

Planear - É nesta área que são definidos aspetos técnicos e organizacionais como a missão, a visão, os valores e os objetivos, que devem ser conhecidos pelos colaboradores para que todos sejam conhecedores dos ideais que os dirigem. No entanto, cada um dos serviços que integra a instituição deve apresentar as suas próprias definições, que se caracterizam pelos aspetos seguidamente apresentados.

Missão - A missão de uma organização/serviço consiste numa breve declaração escrita que traduz os ideais e orientações globais para o futuro. É o suporte da identidade específica da

organização e das motivações que fundamentam a sua existência. Traduz-se numa filosofia básica da atuação da organização, sendo o ponto de partida para a definição dos objetivos a ela subordinados. Deve ser simples e breve, flexível e distintiva (ASHA, 2004; Carvalho, 2009).

Relativamente à TF num lar de idosos, a ASHA (2011) indica como missão a promoção da compreensão/análise dos efeitos do envelhecimento normal e patológico na cognição, linguagem, fala, audição e deglutição.

Jotz, Carrara-de Angelis e Barros (2010) definem mais detalhadamente a missão do Terapeuta da Fala num lar de idosos. Para os autores esta missão enquadra a intervenção na cognição, na comunicação e na deglutição e nos aspetos relacionados com a prevenção, a orientação e a reabilitação, sempre com o objetivo de promover maior autonomia e minimizar os efeitos da institucionalização no declínio cognitivo. Para além da intervenção nas alterações já existentes, nomeadamente afasias, disartrias e disfagias, a prevenção das alterações da memória, da atenção, da orientação e das funções comunicativas, assim como das doenças decorrentes das perturbações graves da deglutição é uma das áreas fundamentais da prestação de cuidados pelo Terapeuta da Fala (RCSLT, 2006).

Visão – É constituída por um conjunto de intenções e aspirações para o futuro de uma organização/serviço e deve servir de inspiração a todos os membros, de forma a tirarem o máximo partido das suas capacidades e alcançarem níveis mais elevados de excelência profissional. A visão está estreitamente associada aos valores (Carvalho, 2009) e constitui um conceito importante para uma organização, dado que oferece uma imagem do estadio futuro que esta pretende alcançar. É a imagem do objetivo que se aspira (Martin & Henderson, 2004).

Valores - Martin e Henderson (2004) descrevem os valores como crenças profundamente enraizadas sobre aquilo que é certo ou errado, e sobre o que é ou não importante. Os valores são influenciados pela envolvente, pelas pessoas que trabalham na organização e pelos seus serviços. Assim, consideram-se quatro diferentes níveis de valores: valores sociais (relacionados com a sociedade, cultura), valores organizacionais (garantia de equidade nos serviços prestados, alcance de elevados padrões e melhoria dos padrões de desempenho), valores de grupo/equipa (relacionados com o código de ética e prática dos profissionais) e valores individuais (fatores intrínsecos), que se influenciam entre si (Martin & Henderson, 2004).

Para o serviço de TF de um lar de idosos podem ser considerados os seguintes valores: aperfeiçoar a comunicação humana; reduzir o impacto da institucionalização nas alterações da cognição, da comunicação e da deglutição; manter a continuidade da relação interpessoal entre o indivíduo e seus cuidadores; estabelecer e procurar alcançar os mais elevados padrões de qualidade de cuidados e agir de acordo com os princípios éticos e deontológicos na intervenção terapêutica (ASHA, 2002; Domigues & Lemos, 2010; RCSLT, 2010; Jotz *et al.*; 2010).

Objetivos - Segundo a ASHA (2004), os objetivos baseiam-se nos resultados que a organização pretende atingir num determinado período, devendo ser desafiantes, realistas, calendarizados e expressos em termos mensuráveis; estes suportam/conduzem ao alcance da missão e da visão.

Para que os objetivos sejam eficazes e eficientes devem respeitar uma hierarquia (segundo a prioridade), consistência (coerência), mensurabilidade (análise comparativo entre o desejado e o atingido), calendarização (reportados ao tempo), devendo ainda corresponder a desafios atingíveis/realistas (Teixeira, 2011).

Teixeira (2011) refere três tipos de objetivos: económicos, de serviço e pessoais. No entanto, cada um destes será posteriormente organizado segundo três níveis: estratégicos (longo prazo), intermédios ou táticos (médio prazo) e operacionais (curto prazo).

Se o serviço de TF representar em si mesmo uma organização (por exemplo uma clínica de prestação de serviços de TF, de carácter privado), haverá necessidade de construção de todos estes níveis de objetivos. Por outro lado, se se considerar a TF apenas como um serviço dentro da organização, os objetivos integrar-se-ão no nível operacional, dirigindo-se às ações, garantindo coerência e calendarização (por exemplo, o serviço de TF de um hospital público).

Segundo o RCSLT (2010), o objetivo da intervenção da TF num lar de idosos é reduzir o impacto das alterações da comunicação e da deglutição na pessoa e nos seus cuidadores, aconselhando, tratando e apoiando. Deve ainda colaborar com a equipa multi e transdisciplinar.

Organizar - É nesta área que o gestor organiza e estrutura a sua organização, criando hierarquias, atribuindo funções, centralizando ou descentralizando o poder, e garantindo que as funções são exercidas pela pessoa certa (Teixeira, 2011).

O gestor estabelece relações entre as pessoas e entre estas e os recursos, com vista ao alcance dos objetivos. Segundo a ASHA (2004), o gestor-Terapeuta da Fala estrutura o seu serviço de acordo com os recursos humanos e materiais existentes, garantindo a correta execução de funções e a relação equilibrada entre as tarefas, materiais e os resultados pretendidos.

Dirigir - A direção pode ser definida como o processo de determinar ou influenciar o comportamento dos outros, os subordinados. O gestor torna-se responsável por ações como a motivação dos colaboradores, desenvolvendo ações que satisfaçam as necessidades e desejos dos subordinados. Existem muitas teorias sobre a motivação. A Teoria das Necessidades explicada por Maslow (Teixeira, 2011) descreve que a satisfação das necessidades motiva as pessoas ou influencia o seu comportamento. A insatisfação de uma necessidade básica, geralmente compromete e influencia outras necessidades e, consequentemente, outros comportamentos do indivíduo. Maslow refere também que um gestor que pretende motivar os seus colaboradores

deve considerar a satisfação das suas necessidades aos diversos níveis, de acordo com cada situação e com cada indivíduo em causa (Teixeira, 2011).

Associado ao conceito de influência dos outros, aparece o conceito de liderança, através do qual o gestor/líder influencia o seu grupo de trabalho no sentido de prossecução dos objetivos. Embora estejam descritos diferentes tipos de líderes – autocrático, participativo e democrático – todos devem apresentar uma característica em comum – capacidade de resolução de conflitos.

Como gestor, o Terapeuta da Fala assume muitas vezes o papel de líder, motivando não apenas os pacientes para o alcance dos objetivos descritos no Plano de Intervenção Terapêutica, mas também os colegas de equipa, assim como os alunos/supervisados, durante o seu período de aprendizagem. Nesta última situação, o Terapeuta da Fala é o responsável pela gestão do período de aprendizagem do aluno, gerindo a sua aquisição e evolução de conhecimentos.

Controlar – O controlo é o processo que permite comparar o desempenho atual e os *standards* previamente definidos com vista à execução de medidas corretivas eventualmente necessárias (Teixeira, 2011). Como gestor, o Terapeuta da Fala tem a seu cargo a análise e comparação entre o desempenho obtido e o previamente definido assim como, a aplicação de medidas corretivas (caso seja necessário). Desta função fazem parte a definição de padrões, a avaliação de desempenho e as ações corretivas. É ainda necessária a realização sistemática de análises de desempenho, para conhecimento de eventuais desvios e aplicação de minimizações, não comprometendo os objetivos (Teixeira, 2011).

Esta análise dá resposta à procura constante de qualidade dos seus produtos/serviços. Embora existam várias definições do conceito, todas referem que a qualidade se atinge com a satisfação do utente, e que para isso é necessário conhecer quais as suas necessidades. O serviço precisa de estar adequado relativamente ao objetivo a que se propõe, de acordo com os requisitos previamente estabelecidos, ser capaz de satisfazer as necessidades implícitas e explícitas do utente e de forma adequada obter um grau de conformidade entre os aspetos e características relevantes do serviço e os aspetos das necessidades do utente (Martin & Henderson, 2004).

Com base em quatro dimensões: a estrutura (o equipamento, o meio físico); o processo (procedimentos e intervenções); a avaliação de resultados e o impacto (efeitos dos cuidados na comunidade) é possível monitorizar a qualidade (Martin & Henderson, 2004; Carvalho 2009).

Geralmente num serviço de saúde (tal como na TF) as pessoas vêem qualidade na forma como são tratadas, na satisfação das suas expectativas e nos resultados obtidos, monitorizados, por exemplo, através de inquéritos aos utentes e famílias.

2.1.2 A Terapia da Fala na estrutura organizacional de um lar de idosos

2.1.2.1 Definições e conceitos

Segundo o Decreto/Lei nº 564/99, de 21 de Dezembro, a intervenção da TF consiste no desenvolvimento de atividades no âmbito da prevenção, avaliação e tratamento das perturbações da comunicação humana, englobando não só todas as funções associadas à compreensão e expressão da linguagem oral e escrita, mas também outras formas de comunicação não-verbal.

No entanto, as funções exercidas pelo Terapeuta da Fala são bastante mais abrangentes, uma vez que este profissional intervém em todas as situações de patologia da fala, da voz e da linguagem oral e escrita e da deglutição, qualquer que seja a etiologia, na criança, no adolescente, no adulto e no idoso. É um profissional a quem compete a **prevenção**, a **avaliação**, o **tratamento** e o **estudo científico** da comunicação humana e das perturbações associadas. Neste contexto, a comunicação engloba todas as funções associadas à compreensão e à expressão da linguagem oral e escrita, assim como todas as formas apropriadas de comunicação não-verbal (ASHA, 2011; RCSLT, 2012)

2.1.2.2 Posição na estrutura organizacional

Todas as organizações possuem uma estrutura interna, que dispõe os serviços, as pessoas e as suas funções, de acordo com uma hierarquia.

A figura 1 (Apêndice V) propõe um organograma da estrutura organizacional de um lar de idosos.

Analisando a estrutura organizacional proposta, e de acordo com os diferentes níveis de gestão e suas funções, assume-se que a gestão estratégica é da inteira responsabilidade dos órgãos diretivos, uma vez que estes representam a gestão de topo, elaborando objetivos de longo prazo que afetam toda a organização, baseando a sua intervenção na estratégia e políticas de gestão (Lawson, Rotem & Bates, 1996, citados por Pilling & Slattery, 2004).

A direção técnica situa-se ao nível da gestão tática, com a definição de objetivos de médio prazo.

No nível de gestão operacional, encontram-se os diferentes serviços, que para além da execução de funções técnicas, são responsáveis pela construção de objetivos de curto prazo, calendarizados e orçamentados, numa gestão dirigida a cada unidade/serviço, como a TF.

O nível de execução engloba todos os profissionais sem qualquer função de gestão, e que executam apenas as orientações e objetivos propostos pelos seus responsáveis diretos.

2.1.2.3 Aspetos a gerir no serviço de Terapia da Fala em lares de idosos

O ato de gerir implica aptidões, atitudes e atributos (Pilling & Slattery, 2004).

Enquanto gestor, o Terapeuta da Fala assume a gestão do seu serviço (nível operacional), sendo responsável por ações inter-relacionadas como planejar, organizar, dirigir e controlar (figura 2 -Apêndice V).

A missão de uma instituição – lar de idosos – deve ser conhecida por todos os colaboradores e pode consistir no *atendimento e acolhimento de indivíduos acima dos 60 anos de idade, promovendo a manutenção ou estimulação das suas capacidades, através da prestação de serviços de sociais e de saúde, direcionando a intervenção para a obtenção de plena satisfação dos utentes e demais envolvidos* (Lar Familiar da Tranquilidade, 2011).

Integrado na mesma instituição, o serviço de TF deve também definir a sua missão, tornando-a do conhecimento dos restantes colaboradores da instituição, utentes e familiares:

Atuar de forma terapêutica na recuperação e estimulação de todas as componentes da comunicação, com vista a promover a qualidade de vida, facilitando a socialização, a reinserção ocupacional e fortalecimento da autoconfiança do indivíduo (Domingues & Lemos, 2010), (planejar).

À data de admissão do utente, a avaliação da equipa permite observar as dificuldades, as alterações e as necessidades do indivíduo. O Terapeuta da Fala deve participar na avaliação.

O encaminhamento para a TF pode ser realizado no início da institucionalização ou ao longo desta, sempre que se verifiquem alterações. No Apêndice VI, é apresentado um formulário de encaminhamento passível de preenchimento por qualquer profissional da instituição em qualquer momento do período de internamento.

Quando o Terapeuta da Fala toma conhecimento da necessidade de avaliação do utente, integra-o na calendarização do serviço (organizar).

A relação interpessoal estabelecida ao longo das sessões terapêuticas deve ser gerida pelo Terapeuta da Fala, que estimula o utente para o alcance dos objetivos, e motiva-o quando necessário. O terapeuta deve conhecer os seus padrões de conflito, para que consiga gerir as situações complexas de uma forma eficaz (dirigir).

A necessidade de garantir a qualidade do serviço prestado conduz à criação de padrões, à constante avaliação de desempenho e eventual aplicação de medidas corretivas, por exemplo através de auditorias (que dependem de níveis de gestão mais elevados), (controlar).

O Terapeuta da Fala deve medir a qualidade através de quatro dimensões: a estrutura (1), o processo (2), a avaliação de resultados (3) e o impacto (4). Embora parte destas componentes da qualidade esteja dependente de outros níveis de gestão (órgãos diretivos, por exemplo), outras estão ao alcance do Terapeuta da Fala, sendo este responsável pela garantia da sua qualidade:

- (1) Estrutura – instalações/espço físico; equipamentos/materiais; aspetos administrativos; recursos humanos; qualificação dos profissionais; etc. – a garantia de

que os serviços prestados estão de acordo com as necessidades dos utentes, com materiais adequados e condições físicas o mais apropriado possível.

- (2) Processo – diagnóstico e intervenção terapêutica; adequação de atividades e comportamentos entre prestador e utentes – a necessidade de uma prática baseada na evidência, suportando cientificamente diagnósticos e objetivos de intervenção (*guidelines*). Deve construir planos de intervenção com objetivos adequados ao utente, e atividades ajustadas a cada caso.
- (3) Avaliação dos resultados – resultados obtidos com a intervenção; resultados da investigação (necessidade de utilização de instrumentos de avaliação atualizados e padronizados, com dados científicos e “valores” quantitativos e qualitativos).
- (4) Impacto – efeitos dos cuidados prestados na comunidade ou população alvo. Pode ser medida através de inquéritos ou questionários. No caso de um lar de idosos será importante obter o *feedback* dos dirigentes, cuidadores e utentes (controlar).

O número de utentes e procedimentos realizados num determinado período de tempo permite obter dados estatísticos que contribuem para análise da eficiência do serviço (organizar e controlar).

Nas reuniões de equipa, o Terapeuta da Fala deve informar os restantes profissionais sobre o trabalho realizado com os utentes, bem como interagir com os restantes elementos, promovendo atividades conjuntas. É o responsável pela organização de sessões de formação para cuidadores, profissionais e familiares, assim como pela participação em pesquisas e investigações, promovendo uma prática clínica cientificamente atualizada e baseada na evidência (organizar).

Paralelamente, o Terapeuta da Fala pode assumir funções de educador clínico, sendo responsável pela gestão do período de aprendizagem do aluno, promovendo a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos, direcionando-o para a autonomia na execução das funções (organizar).

Enquanto gestor deve também gerir materiais, não só em função da qualidade, mas também em função dos custos, permitindo planejar, executar e controlar, nas condições mais eficientes e económicas, o fluxo de material de acordo com a produtividade, promovendo o equilíbrio do processo, sem prejuízo da qualidade (controlar) (Júnior, 2005).

2.2 Metodologia

Todas as atividades pressupõem uma componente de gestão para que de uma forma organizada as tarefas sejam cumpridas, sem desequilíbrios entre os recursos, as necessidades, o serviço prestado e as expectativas do consumidor final, neste caso o utente.

2.2.1 Tipo de estudo. Objetivos

Inserido no grupo dos estudos transversais, o presente estudo apresenta como objetivos:

1. Enquadrar os conceitos de gestão na prática clínica em TF;
2. Analisar as funções do Terapeuta da Fala - gestor em lares de idosos;
3. Construir e adaptar um instrumento para avaliação da satisfação dos utentes, dos cuidadores e dos dirigentes relativamente à intervenção dos Terapeutas da Fala;
4. Avaliar a satisfação de utentes, cuidadores e dirigentes relativamente à intervenção dos Terapeutas da Fala.

2.2.2 Caracterização da amostra

Na área da gestão, o grupo de participantes no estudo é composto por 11 sujeitos (seis utentes, três cuidadores e dois dirigentes).

Dos 11 utentes que integraram os grupos de estimulação da comunicação apenas seis responderam ao questionário, dado que eram os únicos participantes presentes no momento da sua aplicação.

O grupo de cuidadores que respondeu ao questionário foi composto por dois ajudantes de lar e um monitor.

O grupo de participantes contou ainda com a colaboração dos dirigentes das instituições que foram alvo do estudo.

2.2.3 Descrição dos instrumentos

De acordo com os recursos disponíveis para a realização deste estudo foi avaliada a área da gestão relacionada com a satisfação da intervenção do Terapeuta da Fala - utentes, cuidadores e dirigentes – através da aplicação de questionários construídos com base no Modelo de Avaliação da Qualidade, descrito e utilizado no Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais (Instituto da Segurança Social, 2008).

O instrumento, apresentado no Apêndice VII, denomina-se “Avaliação da satisfação da intervenção do Terapeuta da Fala em contexto de lar de idosos” e é composto por uma introdução, o questionário para cada grupo de destinatários (utesntes – 12 questões; cuidadores –

11 questões e dirigentes – 12 questões) e respetiva descrição de aplicação, bem como exposição das variáveis em análise e escala utilizada.

Para facilitar a análise das respostas, foi utilizada uma escala de carácter qualitativo de tipo *Lickert*, com as seguintes opções de resposta: 1 – Nada Satisfeito; 2 – Pouco Satisfeito; 3 – Satisfeito; 4 – Muito Satisfeito; 5 – Totalmente Satisfeito. As opções de resposta, incluíram também “Não sei” (Carmo & Ferreira, 1997).

2.2.4 Procedimentos

Tal como referido no capítulo anterior, a validação de instrumentos não constituiu um objetivo do presente estudo considerando que este objetivo poderá integrar um outro estudo de continuidade. No entanto, a necessidade de avaliar o impacto da intervenção realizada (como indicador de gestão) e a inexistência de instrumentos específicos para o contexto descrito conduziram à pesquisa de outros instrumentos que, em última análise pudessem ser adaptados para o objetivo em causa - avaliação da satisfação dos intervenientes num processo de intervenção terapêutica do Terapeuta da Fala no contexto específico de lar de idosos.

Para a construção do instrumento referido foi criado um painel de consenso constituído por 10 elementos (quatro dirigentes de Instituições Particulares de Solidariedade Social, área da gerontologia, três ajudantes de lar e três empregados auxiliares). Das opiniões geradas em consenso sobre o instrumento inicial (Instituto da Segurança Social, 2008) resultou o documento utilizado no estudo.

Com o objetivo de realizar um pré-teste do questionário - direcionado aos utentes – aplicou-se o instrumento inicial a um grupo de nove indivíduos com 65 ou mais anos, institucionalizados (idêntico ao grupo-alvo) com boa capacidade de compreensão e leitura. Os indivíduos referiram que as questões se revelaram claras e de fácil resposta.

No final do período de intervenção realizada nos lares A e B, foram aplicados os questionários de avaliação da satisfação da intervenção - a seis utentes, três cuidadores e dois dirigentes.

Dadas as dificuldades de preenchimento autónomo apresentadas pelos utentes, a aplicação dos questionários a este grupo de participantes foi auxiliada pelos alunos.

Os questionários direcionados aos cuidadores e dirigentes foram preenchidos autonomamente pelos indivíduos e posteriormente devolvidos aos alunos.

O tratamento estatístico dos resultados dos questionários foi realizado através da construção de uma base de dados, com o *software SPSS*, versão 19.0 para Windows.

2.3 Análise e discussão dos resultados

A aplicação dos conceitos de gestão à prática clínica em TF (capítulo 2.1.2) foi possível através da análise pormenorizada das suas funções e da legislação atualmente em vigor o que permitiu responder ao primeiro objetivo deste estudo.

A aplicação dos questionários de avaliação da satisfação da intervenção revelou os resultados que adiante se discriminam.

2.3.1 Utentes

Das respostas dos utentes resultaram os dados apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 – Valores médios e de desvio padrão das respostas apresentadas pelos utentes

Questões	Média (Me)	Desvio Padrão (DP)
1. Esclarecimento sobre os objetivos da intervenção	4,33	0,52
2. Esclarecimento sobre as estratégias de intervenção	4,33	0,82
3. Adequação dos materiais utilizados	4,50	0,55
4. Interesse das atividades realizadas	4,00	1,10
5. Duração das sessões (60 minutos)	4,00	1,22
6. Número de sessões realizadas/semana	4,17	0,75
7. Simpatia, educação e atenção das alunas	4,50	0,55
8. Esclarecimento e informação prestada sempre que necessário	4,33	0,82
9. Respeito pelas suas decisões e opiniões	4,33	0,52
10. Respeito pelos limiares de cansaço	4,16	0,41
11. Benefício da intervenção na sua funcionalidade	4,50	0,84
12. De um modo geral, qual o seu grau de satisfação com a intervenção?	4,83	0,41

Os valores médios de respostas apresentados no Quadro 2 evidenciam a satisfação dos utentes relativamente à intervenção realizada. Os utentes mostraram-se muito satisfeitos com todos os aspetos analisados no questionário, o que suportou o aumento do nível de motivação, interesse e participação nas atividades ao longo do estudo.

Os dados apresentados revelaram que a maior disparidade de opiniões se verificou nos itens relativos ao “interesse das actividades realizadas” e à “duração das sessões” (4 e 5), uma vez que apresentaram valores de Desvio Padrão (DP) mais elevados do que os restantes – (Me= 4,00 ± 1,10) e (Me= 4,00 ± 1,22), respetivamente.

Para os restantes itens, a homogeneidade das respostas dadas pelos utentes foi suportada pelos valores não muito elevados de DP, para uma escala de 0 a 5.

A análise global dos utentes (item 12) foi muito satisfatória com uma média de resultados muito próxima do valor máximo possível (Me=4,83 ± 0,41), e mais uma vez com uma grande homogeneidade de opiniões.

2.3.2 Cuidadores

O Quadro 3 apresenta os dados relativos às respostas dadas pelos cuidadores.

Quadro 3 - Valores médios e de desvio padrão das respostas apresentadas pelos cuidadores

Questões	Média (Me)	Desvio Padrão (DP)
1. Esclarecimento sobre os objetivos da intervenção	2,00	1,41
2. Esclarecimento sobre as estratégias da intervenção	2,00	1,41
3. Interesse da intervenção realizada	2,67	2,83
4. Importância da informação disponibilizada para a sua atividade	2,33	2,12
5. Esclarecimento de dúvidas sempre que necessário	2,00	1,41
6. Partilha de conhecimentos e aplicação prática	2,00	1,41
7. Simpatia, educação e atenção das alunas/prestadores	3,67	0,71
8. Comunicação entre as alunas e os cuidadores	3,00	0,00
9. Respeito pelas suas decisões e opiniões	3,00	0,00
10. Benefício da intervenção nos cuidados aos utentes	2,50	0,71
11. De um modo geral, qual o seu grau de satisfação com a intervenção?	2,50	0,71

A dinâmica das instituições bem como a disponibilidade dos cuidadores, não permitiram a troca de conhecimentos e experiências inicialmente “expectável”.

O baixo envolvimento dos cuidadores no programa de intervenção condicionou significativamente as respostas dadas, o que justificou os valores médios de resposta apresentados em cada questão.

Os cuidadores mostraram-se pouco satisfeitos com a maioria dos aspetos analisados, manifestando a sua satisfação apenas nos itens 7 ($Me = 3,67 \pm 0,71$), 8 ($Me = 3,00 \pm 0,00$) e 9 ($Me = 3,00 \pm 0,00$).

No entanto, os valores de DP apresentados justificaram a discrepância existente entre as opiniões dos cuidadores, com principal enfoque nos itens 3 e 4. Apesar de alguns cuidadores considerarem pouco interessante a intervenção realizada, outros classificaram este aspeto como muito satisfatório ($Me = 2,67 \pm 2,83$).

Da mesma forma, alguns cuidadores atribuíram um nível à importância da informação disponibilizada muito baixo e outros consideraram muito satisfatório ($Me = 2,33 \pm 2,12$).

Os valores reduzidos de DP apresentados nos restantes itens suportaram a homogeneidade de respostas dadas pelos cuidadores.

De um modo global (item 11), os cuidadores consideraram que a intervenção realizada foi pouco satisfatória ($Me = 2,50 \pm 0,71$).

2.3.3 Dirigentes

As respostas dos dirigentes obtiveram as médias e DP apresentados Quadro 4.

Quadro 4 - Valores médios e de desvio padrão das respostas apresentadas pelos dirigentes

Questões	Média (Me)	Desvio Padrão (DP)
1. Esclarecimento sobre os objetivos da intervenção	5,00	0,00
2. Esclarecimento sobre as estratégias de intervenção	5,00	0,00
3. Interesse da intervenção realizada	4,00	0,00
4. Importância da informação disponibilizada para a sua atividade	4,00	1,41
5. Esclarecimento de dúvidas sempre que necessário	4,50	0,71
6. Partilha de conhecimentos e aplicação prática	3,50	0,71
7. Adequação da postura e comportamentos das alunas/prestadores	5,00	0,00
8. Comunicação entre prestadores e dirigentes	5,00	0,00
9. Respeito pelas suas decisões e opiniões	4,50	0,71
10. Respeito pela dinâmica da instituição	4,50	0,71
11. Benefício da intervenção na funcionalidade dos utentes	4,50	0,71
12. De um modo geral, qual o seu grau de satisfação com a intervenção?	5,00	0,00

Os valores médios de respostas consideradas pelos dirigentes dos lares de idosos suportaram a satisfação com a intervenção realizada.

Os dirigentes atribuíram um nível muito satisfatório à maioria dos itens apresentados, embora tivessem considerado que a “Partilha de conhecimentos e aplicação prática” ($Me=3,5 \pm 0,71$) não tenha alcançado um nível tão satisfatório como os restantes aspetos.

A análise dos dados permitiu concluir que a maior disparidade de opiniões se verificou no item 4 – “importância da informação disponibilizada para a sua atividade” ($Me=4,00 \pm 1,41$).

No entanto, de um modo global (item 12) os dirigentes apresentaram-se totalmente satisfeitos com a intervenção realizada durante o estudo ($Me=5,00 \pm 0,00$).

Os valores muito reduzidos de DP permitiram concluir a existência de homogeneidade entre as opiniões dos dirigentes inquiridos, para a maioria dos itens.

Tal como é possível observar nos Quadros 2, 3 e 4, a última questão foi comum a todos os inquiridos. As médias e DP das respostas apresentadas – utentes ($Me=4,8 \pm 0,41$); cuidadores ($Me=2,5 \pm 0,71$) e dirigentes ($Me=5 \pm 0,00$) – permitiram concluir que a satisfação dos indivíduos foi influenciada pelo envolvimento na intervenção. O baixo nível de satisfação demonstrado pelos cuidadores foi comprometido pelo baixo envolvimento deste grupo profissional no processo de intervenção. Por outro lado, os resultados apresentados pelos utentes e pelos dirigentes suportaram a receptividade e a satisfação relativas à intervenção realizada.

PARTE 3

Artigo Científico

Working with institutionalized elderly: the role of speech-language pathologist

Elaborado de acordo com as normas do *Journal of Communication
Disorders*, editado pela editora *Elsevier*

PARTE 3

WORKING WITH INSTITUTIONALIZED ELDERLY: THE ROLE OF SPEECH-LANGUAGE PATHOLOGIST

INÊS LOPES

DÁLIA NOGUEIRA

Escola Superior de Saúde do Alcoitão, Alcabideche

The loss of autonomy to carry out the activities of daily living (ADLs) as well as changes in cognitive performance are predictive factors of institutionalization of individuals with advanced age. Besides biological factors, several studies have noted that institutionalization promotes inactivity and also cognitive and functional decline. The study aims to define the swallowing as well as the communication profile of nineteen individuals who live in two nursing homes and also to assess the results of a Speech-language Pathologist (SLP) intervention plan. Individuals were selected from a larger sample in accordance with their difficulties and willingness to participate. Instruments applied included the Mann Assessment of Swallowing Ability (MASA) and the Addenbrooke Cognitive Examination (ACE-R). An intervention plan according to the individual's difficulties was applied to the elderly and information regarding best practices was given to the caregivers. Results were obtained by measuring satisfaction among the elderly caregivers and managers as well as the impact of the plan in cognitive and swallowing functions in the target group. The assessment results showed important changes in swallowing, memory and language when compared to the first assessment and also a special increase in motivation towards taking part in paired activities that promote interaction that inhibits isolation and contributes to the effectiveness of communication. Professionals also evaluated in a positive manner the intervention of SLPs and changed their behavior regarding best practice.

Educational Objectives: The reader will learn that inactivity enhanced by institutionalization exacerbates swallowing changes and communication functions in the elderly. The reader will also learn that stimulation activities and tasks contribute positively to the functionality of institutionalized elderly and also to maintain managers and caregivers informed about best practice in the scope of SLP.

KEY WORDS: elderly institutionalized; functionality; swallowing; cognition; communication; speech-language pathologist

INTRODUCTION

The normal ageing process is characterized by anatomical and physiological changes that are biological, psychological, ecological and sociocultural (Domingo, 2005; Fonseca, 2005). Similarly, personality, perception, reaction time, perceptual-motor skills/abilities and visual-spatial integration influence the individuals' performance as they become aged (Jiménez, 2008).

Cognitive impairment affects mainly the processing capacity (making analogies, verbal memory and reasoning) related to working memory. The decreased ability to eliminate irrelevant information (which can act with interferences or distractors) and the speed of processing information have a negative impact on memorization and future access to information retained (Rabadan, 1998). One of the complaints that occur more frequently in older individuals is the inability to produce familiar words. One of the results of this inability are more ambiguous answers, more filled pauses and reformulations, which harms the communication performance and contributes to the weakening of social interactions (Burke & Shafto, 2004).

Related to memory changes also appear to be the word-finding difficulties, due to the failure to access information according to a specific communication context, and to poor performance in verbal fluency (Caldas, 2000).

These tasks that allow access to different levels of information namely naming objects, type of vocabulary, the speed of response, the organization of mental lexicon, the creation of

strategies by the person examined and the long-term memory are characterized by the difficulty of finding known names, with the feeling of impending access - tip of the tongue phenomenon (Ruff, Light, Parker and Levin, 1997).

Burke, MacKay, Worthley and Wade (1991), using a computerized procedure with 100 written definitions of low frequency words, noted a higher incidence of the tip of the tongue phenomenon in older individuals (mainly at forenames level) rather than in younger ones, however without significant differences. The authors suggested that these difficulties were due to a mismatch between the phonological activation of the word and the corresponding semantic representation.

In terms of syntax, the changes verified in the elderly include difficulties in understanding, repetition and spontaneous use of complex sentences, related to changes in working memory, since the syntactic processing involves a specific processor organized according to grammar rules and intervention in the working memory. The studies reported significant difficulties in comprehension, in discourse production and organization: reading comprehension of more complex texts or stories; spontaneous conversation, descriptions and autobiographical accounts; understanding and storytelling, with topic maintenance and comprehension of paragraphs in prose (Rabadan, 1998; Puyuelo & Rondal, 2007).

The structures involved in the verbal articulation also suffer changes during the ageing process due to muscle disorders, loss of teeth and morphological changes at the oral cavity level. These changes determine the presence of articulation inaccuracies during speech production, difficulty in rapidly issuing phonemes as well as the inaccuracy of chewing movements (Mansur & Viude, 2002).

In turn, changes in the anatomical and physiological sensory-motor oral system translate into changes in all stages of swallowing, making the feeding process less efficient.

In the oral phase, there a lot of factors such as the increase in the adipose and connective tissue of the tongue with reduced muscle mass and the decrease of functional motor units, the loss of teeth and the reduced strength of chewing movements, the ill-fitting denture, the reduction of gustatory lingual papillae, the reduction of smell sense and reduced salivation who contribute to changes in the preparation and propulsion of the bolus, as well as in triggering the swallowing reflex, suggesting the need for adjustments in food preparation (Logemann, 1998).

At the level of the pharyngeal phase, the decrease in sensitivity and the changes in sensory discrimination in the laryngopharyngeal area and also the decrease of the “connective” tissue in the supra and infra-hyoid muscles act as reducers of the high anterior larynx, and consequently decrease the closure strength of the airway and reduce the diameter of the opening of the pharyngoesophageal segment, increasing, in turn, the time of swallowing and the predisposition to dysphagia and risk of pulmonary aspiration (Jacobi, Levy & Corrêa da Silva, 2004).

The reduction in the amplitude of peristaltic contraction (by the thickening of involuntary muscles), less resting pressure in the pharyngoesophageal segment and the reduction of peristaltic movements that characterize the esophageal phase, which are typical of the elderly deglutition, trigger a delayed esophageal emptying and an increase of the esophageal dilatation (Logemann, 1998, Jacobi *et al.*, 2004).

Logemann (1998) has analyzed the swallowing structure and function in normal elderly and found minor changes in the physiology of swallowing in subjects above 80 years. However, swallowing disorders associated with normal ageing are influenced by additional effects caused by medication consumption, nutrition or hydration, requiring constant monitoring and guidance.

Institutionalization often occurs as a result of loss of autonomy, isolation, lack of a social network that in turn facilitate the social and family integration of the elderly, lack of economic resources as well as housing conditions (Guedes, 2008).

Fichter, Bruce, Schroppel, Meller and Merikangas (1995) state that living in a nursing home encourages physical inactivity which leads to the overall functional decline. Plati, Covre, Lukasova and Coutinho de Macedo (2006) compared three groups of subjects: 1 - non-institutionalized individuals and with activity; 2 - institutionalized individuals and with activity; 3 - institutionalized individuals and with no activity. The subjects were evaluated using the

Geriatric Depression Scale (GDS), Mini Mental State Examination (MMSE), a Semantic Verbal Fluency Test, The Hooper Visual Organization Test (HVOT) and the Boston Naming Test. Results showed that institutionalized individuals show, more often, depression and lower performance in the verbal fluency test. The authors concluded that low cognitive performance is influenced by institutionalization. Nevertheless, stimulation activities facilitate the reduction of cognitive decline.

Guijarro, Garcia Fernandez Pozo, Nebreda and Sierra-Rexach (2011) reported that the functional decline affects negatively the feeding process. Steel, Greenwood, Ens, Seidman-Carlson and Robertson (1997) indicate that about 40-60% of the institutionalized individuals were identified with signs and symptoms of oropharyngeal dysphagia, requiring changes at the food texture level, use of compensatory postures, feeding techniques and direct therapeutic procedures.

One of the most common complications related to swallowing impairment is aspiration pneumonia, a situation described by several authors as a serious problem that shows high prevalence in nursing homes which occurs when food or liquids enter directly the trachea and lungs. With the penetration of microorganisms into lung tissue, the result is a pulmonary infection, unilateral or bilateral. Pneumonia and respiratory tract infections are the second most common type of infections in nursing homes, followed by those of the urinary system, comprising 21% of all infections (Langmore, Skarupski, Park & Fries, 2002). The number of pneumonia cases grows every year, still being the main cause of mortality and the most frequent reason for hospitalization (Rofes, Arreola, Romea, Palomera, Almirall, Cabré, Serra-Prat & Clave, 2010).

In Portugal, there was a growth of social responses to the elderly people in 51.1% between 1998 and 2008. Throughout this decade, domiciliary care grew by 82.8%, senior day care centers, 42.5%, and assisted residences/nursing homes, 39%. Despite this, the highest utilization rate refers to the nursing homes and residences with a percentage that rises almost 95% of those that use institutional care (Marques, 2011).

In Portugal, the scope of intervention of SLP in nursing homes is related to communication or swallowing changes in the individuals caused by a disease or by cognitive decline. This intervention occurs punctually, without the SLP being part of the multidisciplinary team which is normally only constituted by nurses and caregivers without specific formation.

METHODS

The present study aims to characterize a group of elderly living in nursing homes in terms of swallowing and communication abilities, to implement a direct and an indirect plan of intervention and finally analyze results according not only related to functional improvements but also with intervenients satisfaction with SLP plan (elderly, caregivers and managers).

The intervention plan includes three main objectives: taking part of activities, developing of interpersonal skills and the effectiveness of communication.

Subjects: Nineteen patients, aged 65 years and over, residents in two nursing homes belonging to social sector nursing homes (SCML).

Out of the total sample eight were assessed regarding the swallowing functions and eleven regarding the cognition functions as can be observed in Table 1 (Appendix I)

Materials: To collect data a document was elaborated according to sociodemographic and health variables. The cognitive assessment was performed using the Portuguese version of the Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE-R) (Firmino, Simões, Pinho, Cerejeira & Martins, 2008), which includes five tests assessing different cognitive domains. The total score is 100 resulting from subtotals for each test: attention and guidance (18), memory (26), fluency (14), language (26) and visual-spatial (16). For the swallowing assessment the Mann Assessment of Swallowing Ability (MASA) (original translated to European Portuguese by Ferreira, 2005) was used. MASA allows an operational diagnosis for dysphagia and risk of aspiration as well as its classification according to a scale of severity (1-4), the total score is 200, considering the cut-off

178 for the absence of dysphagia and 170 for the absence of risk of aspiration. The Barthel Index (Mahoney & Barthel, 1965) and Mini-Mental State Examination (MMSE - adaptation to the Portuguese population, Guerreiro Silva Botelho, Leitão, Castro & Garcia, 1994) were also used for assessing the individual's functionality and cognitive status, respectively. The client's satisfaction (elderly, caregivers and managers) was assessed by the application of questionnaires with the following scale: 1 – Strongly disagree; 2 – Disagree; 3 – Neither agree nor disagree; 4 – Agree; 5 – Strongly agree and I don't know.

Procedures: Data were collected data from clinical registers and also by personal interviews. The dysphagia intervention was indirectly held through verbal and written information (bulletin) to caregivers in order they could modify or adapt behaviors.

The individuals selected were subject to a group intervention plan, in a weekly session out of a total of 12 sessions. Sessions were focused on cognitive stimulation and also on the establishment of communicative interactions within and outside the group. In addition to the direct intervention, an informative leaflet about communication in normal ageing and dementia as well as on the definition of the functions of the SLP in the field of gerontology and the goals of the group therapy was delivered to caregivers.

At the end, the satisfaction questionnaire had been given to 3 caregivers and 2 managers and to six elderly that responded with support due to some sensory difficulties. All of them showed good comprehension of the items.

Data analysis was performed using the Statistical Package for Social Sciences software (SPSS) version 19.0 for Windows.

RESULTS

The subjects under study with ages between 65 and 98 years, showed lower levels of education and are institutionalized between four and 108 months. These individuals consider their general health fair or poor. The Barthel Index and MMSE was characterized the functionality with the following results - Barthel Index (Me = 59.68) and MMSE (Me = 14.11), (Appendix I).

Swallowing – The swallowing assessment shows the low values in the majority of the test items, justifying the existence of difficulties and significant changes at the swallowing process with consequent risk of aspiration Appendix II - summarized in Table 1. Moreover, the highest scores (10) characterize the absence of disturbance at a particular function. In Table, 1 can be observed the final quantitative values for each resident and respective quality levels for dysphagia and aspiration.

Table 1 – Final values, quantitative and qualitative assessment classification of swallowing

	Final value	Quantitative classification		Qualitative Classification	
		Dysphagia	Aspiration	Dysphagia	Aspiration
Individual 1	105	4	4	Defined	Defined
Individual 2	32	4	4	Defined	Defined
Individual 3	123	4	4	Defined	Defined
Individual 4	156	3	2	Probable	Possible
Individual 5	92	4	4	Defined	Defined
Individual 6	148	3	3	Probable	Probable
Individual 7	91	4	4	Defined	Defined

Cognition/Communication - The results obtained in each Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE-R) test are presented in Appendix III.

To facilitate data interpretation the analysis of, Table 2 presents the subtotals observed for each of the areas assessed by the test - attention/orientation (18), memory (26), verbal fluency (14) language (26) and visuospatial abilities (16), and the respective total final score (100).

According to the authors of ACE, the final cut-off result for the presence of dementia signs is located at 82.

Table 2 – Subtotal and total obtained for each individual on the cognitive assessment

	Attention/orientation	Memory	Fluency	Language	Visuospatial	Total
Individual 1	11	3	4	9	1	37
Individual 2	13	3	1	16	8	41
Individual 3	11	10	2	13	7	43
Individual 4	10	14	7	21	7	59
Individual 5	7	9	0	6	8	30
Individual 6	4	9	2	14	5	34
Individual 7	12	7	2	9	8	38
Individual 8	12	11	5	12	7	47
Individual 9	16	9	5	12	10	52
Individual 10	13	17	4	22	11	67
Individual 11	17	11	8	23	9	68
Individual 12	18	19	8	24	10	79

The results of satisfaction questionnaires had shown users satisfaction mean values (Me=4,8) and to the managers (Me=5). The mean value of caregivers responses had shown lower values (Me=2,5).

The Appendix 4 shows the responses mean values of each question.

DISCUSSION

The first objective of this study was to characterize a sample of nineteen institutionalized elderly in terms of swallowing and communication functions.

Jiménez (2008) states that with increasing age there is a decrease in cognitive and physical functions. Physical decline makes the elderly more susceptible and more dependent, which may be a predictive factor for institutionalization.

The individuals showed low levels of education and were mostly widowhood. The health self-perception ranged from good, fair and poor with the highest incidence in the last two answers.

In addition, individuals have a state of comorbidity mainly characterized by osteoarticular, oncologic and cardiorespiratory conditions, neurological disorders and dementia.

Swallowing – The results indicated the presence of significant changes in the normal mechanisms and risk of aspiration. The cognitive impairment seen in most of these residents significantly affects the eating process. In this group there are only two residents with the ability to achieve maximum alertness and with appropriate contextual interaction with the speaker.

The swallowing changes observed characterize the mode of feeding that takes place in the presence of many compensations and facilitating maneuvers performed by the caregiver (many of the maneuvers and movements without specific training). All residents eat with modified consistent. Coordinating breathing / swallowing changes are visible in some residents as well as uncoordinated movements and strength of the tongue, which makes the propulsion of the bolus to the posterior oral cavity difficult. These factors together affect the preparation and oral transit, having accumulation of food in the vestibules without cleaning ability, and are consistent with the findings of Rofes *et al.* (2010), who analyzed 45 fragile elderly, aged 80 years or over, diagnosed with oropharyngeal dysphagia, with the aim of observing the pathophysiology of the normal mechanism of swallowing. The authors concluded that the compromise of security during swallowing is mainly due to the weakness of lingual propulsion in the bolus transportation and reduced movements of the hyoid bone, in most cases motivated by the reduction in muscle tone, characteristic of the normal ageing process. The authors have reported that in nursing homes, aspiration pneumonias occur in 50% of elderly patients diagnosed with oropharyngeal dysphagia, with a mortality rate of 45% (Rofes *et al.*, 2010).

The change in alertness with significant impairment of cooperation and understanding did not allow the assessment of functions such as mobility of the soft palate, and in some cases, the cough reflex, voluntary cough, and vocal characteristics. None of these residents has a tracheostomy. These individuals have null results in the Barthel Index and MMSE, staying mostly in bed, in total dependence for performing ADLs. Guijarro *et al.* (2011) report that there is a strong relationship between functionality and dysphagia. The functional deterioration,

especially the fact of being confined to bed, the loss of ability to stay properly seated and the loss of autonomy in eating are factors considered extremely important in cases of swallowing disturbance and aspiration risk.

The characteristics of dementia presented by the majority of residents still promote the presence of aspects such as loss of interest in food and intraoral handling changes of the bolus, or aspiration during swallowing.

The indirect intervention carried out by the transmission of written and verbal information to caregivers resulted in changing behaviors and attitudes when feeding individuals.

Cognition / Communication - The cognitive assessment results highlight changes in memory, verbal fluency and language tasks related to working memory (Rabadan, 1998). The final test results are highly dispersed, as there are people with very low results and individuals very close to the value considered cut-off (82, according to Australian data) for the signs of dementia, which indicates the presence of signs of dementia in all individuals.

Although there is no homogeneity in the results of the Barthel Index and MMSE, these individuals have significantly higher levels of functionality than individuals assessed in terms of swallowing, with some results very close to the maximum value. Fitchter *et al.* (1995) suggest that institutionalized individuals who remain mentally inactive have their intellectual potential reduced, their creativity affected and also signs of cognitive decline.

Regarding the SLP intervention plan, it was not possible to obtain measurable results, however, the direct observation of the sessions carried out allowed characterizing these individuals' communication by the presence of anomic pauses, difficulties in starting a speech, difficulties in organizing the speech, conversation and topic maintenance, understanding of more complex reasoning, etc. Throughout the sessions it was possible to observe an increase in individuals' motivation with greater interaction. The initial difficulties remained, indicating the need for the plan continuation so as to achieve measurable results and not also a qualitative approach. It is hard to tell whether the changes and difficulties faced by residents are a result of institutionalization or of the presence of comorbidities or the potentiation of the effect of both.

As was mentioned, it was not possible to obtain direct results because of the reduced period of intervention time dispended on the process. Nevertheless, the satisfactory questionnaires had justified the increase, interest, adherence and motivation, factors that had created a better members interaction and increased communication effectiveness. We suppose that the reduced involvement of caregivers in the process had conditioned their unsatisfactory results.

CONCLUSIONS

In Portugal, SLP do not take part of the multidisciplinary team working at nursing homes. In addition to the objectives based on the characterization of the swallowing and communication processes in institutionalized elderly we aimed to sensitize managers to the importance and scope of intervention of the SLP with geriatric population in nursing home facilities.

Loss of autonomy and isolation are important issues to take in account with institutionalized population. Of the elderly that were evaluated regarding swallowing functions significant changes were observed and high risk of aspiration. Reduced functionality, characterized by to be confined to bed, anatomical and physiological changes characteristic of the normal ageing process, along with associated diseases or medication consumption, determine swallowing disorders that can compromise nutrition and hydration.

In terms of communication, areas such as memory, verbal fluency and language have significantly changed, compromising the elderly people's social interaction.

Inactivity enhanced by institutionalization exacerbates swallowing changes and elderly people's communication, dictating the need for stimulation.

Despite the difficulty of obtaining results, implementing the intervention plan led us to the conclusion that swallowing and communication stimulation activities promote higher levels of functionality regarding the performance of the elderly, which contribute to them motivation, provides greater levels of interaction between individuals and promote the effectiveness of communication.

The results obtained also highlight the need for integration of the SLP into the multidisciplinary team of a nursing home, with a continuous intervention, promoting the functionality of the elderly.

REFERENCES

- Burke, D., MacKay, D., Worthley, J. & Wade, E. (1991). On the tip of the tongue: what causes word finding failures in young and older adults? *Journal of Memory and Language*, 30, 542-579.
- Burke, D. & Shafto, M. (2004). Aging and language production. *Current Directions in Psychological Science*, 13 (1), 21 – 24.
- Caldas, A. (2000). *A herança de Franz Joseph Gall – o cérebro ao serviço do comportamento humano*. Lisboa: McGRAW-HILL.
- Domingo, J. C. (2005). *Geriatría y Gerontologia – Atención integral al anciano* (7ª ed). Jaén: Formación Continuada Logss.
- Ferreira, E. (2005). *Disfagia e aspiração em doentes com patologias cerebrovasculares – Aplicação de uma tradução portuguesa do teste MASA*. Monografia final do curso de licenciatura bietápica em Terapia da Fala. Monte da Caparica: Escola Superior de Saúde de Egas Moniz.
- Fichter, M., Bruce, M., Schroppe, H., Meller, I. & Merikangas, K. (1995). Cognitive impairment and depression in the oldest old in a German and in U.S. communities. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 245 (6), 319-325.
- Firmino, H., Simões, M., Pinho, S., Cerejeira, J. & Martins, C. (2008). *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke - Versão Revista*. Versão Portuguesa. Coimbra: HUC.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Manuais universitários 35. Lisboa: Climepsi Editores.
- Guedes, J. (2008) *Desafios identitários associados ao internamento em lar*. VI Congresso Português da Sociologia. <http://www.aps.pt/vicongresso/>. 24-11-11 16:54.
- Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M., Leitão, O., Caldas, A. & Garcia, C. (1994). *Mini-Mental State Examination (MMSE): adaptação à população portuguesa* – Reunião da Sociedade Portuguesa de Neurologia.
- Guijarro, L., Garcia, V., Fernández, N., Pozo, C., Nebreda, L. & Serra-Rexach, J. (2011). Oropharyngeal dysphagia in elderly inpatients in a unit of convalescence. *Nutrition Hospital*, 26 (3), 501-510.
- Jacobi, J., Levy, D. & Corrêa da Silva, L. (2004). *Disfagia – avaliação e tratamento*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Jiménez, S. (2008). *Gerontologia. Un saber multidisciplinar*. Madrid: Editorial Universitat.
- Langmore, S., Skarupski, K., Park, P. & Fries, B. (2002). Predictors of aspiration pneumonia in nursing home residents. *Dysphagia*, 17, 298-307.
- Logemann, J. (1998). *Evaluation and treatment of swallowing disorders* (2ª Ed.). Texas: Pro.Ed.
- Mahoney, F. & Barthel, D. (1965). Functional Evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Mansur, L. & Viude, A. (2002). Aspectos fonoaudiológicos do envelhecimento. In M. Netto (Ed.), *Gerontologia – a velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (Cap. 26, pp. 284 – 296). São Paulo: Editora Atheneu.
- Marques, S. (2011). *Discriminação da terceira idade*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Pace, C. & McCullough, G. (2010). The association between oral microorganisms and aspiration pneumonia in the institutionalized elderly: review and recommendations. *Dysphagia*, 25, 307 – 322.
- Plati, M., Covre, P., Lukasova, K. & Coutinho de Macedo, E. (2006). Depressive symptoms and cognitive performance elderly: Relationship between institutionalization and activity programs. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (2), 118 -121.
- Puyuelo, M. & Rondal, J. (2007). *Manual de desenvolvimento e alterações da linguagem na criança e no adulto*. Porto Alegre: Artmed.
- Rabadán, O. (1998). *Lenguaje y envejecimiento. Bases para la intervención*. Barcelona: MASSON.
- Rofes, L., Arreola, V., Romea, M., Palomera, E., Almirall, J., Cabré, M., Serra-Prat, M. & Clavé, P. (2010). Pathophysiology of oropharyngeal dysphagia in the frail elderly. *Neurogastroenterology Motil*, 22 (8), 851-858.
- Ruff, R., Light, R., Parker, S. & Levin, H. (1997). The psychological construct of word fluency. *Brain and Language*, 57, 394 – 405.
- Steel, C., Greenwood, C., Ens, I., Robertson, C. & Seidman-Carlson, R. (1997). Mealtime difficulties in home for the aged: not just dysphagia. *Dysphagia*, 12, 45 – 50.

Appendix 1. Characterization of the sample

Gender	Male	Female		
	3	16		
Age	Mean	Std. Desviation	Minimum	Maximum
	81.53	9.65	65	98
Education	Illiterate	Low	Mid	
	7	8	4	
Nacionality	Portugal	Cape Verde		
	18	1		
Occupation	Sellers	Workers	Housemaid	Never worked
	2	3	6	8
Marital status	Single	Divorced	Widower	
	6	3	10	
Period of institutionalization	Mean	Std. Desviation	Minimum	Maximum
	58.16	34.63	4	108
General Health (self-evaluation)	Well	Fair	Poor	Failed to answer
	2	3	3	11
Barthel Index	Mean	Std. Desviation	Minimum	Maximum
	59.68	47.17	0	100
MMSE	Mean	Std. Desviation	Minimum	Maximum
	14.11	11.58	0	30

Appendix 2. Results obtained on the swallowing assessment

	1*	2*	3*	4*	5*	6*	7*
Alertness	8	2	10	10	2	10	5
Cooperation	5	2	2	10	2	10	5
Auditory Comprehension	4	2	4	8	2	8	2
Respiration	10	2	10	10	10	10	10
Respiratory rate (for swallowing)	5	1	5	3	3	3	1
Dysphasia	1	1	1	1	1	3	1
Dyspraxia	1	1	1	1	1	3	1
Dysarthria	1	1	1	1	1	4	1
Saliva	5		5	5	1	3	1
Lip seal	5	1	4	5	3	2	2
Tongue movement	4		8	8	6	6	4
Tongue strength	2		8	8	8	8	2
Tongue Coordination	2		8	8	8	5	5
Oral Preparation	6	2	8	10	8	4	6
Gag	1		1	5	1	1	1
Palate				10		4	2
Bolus clearance	5		8	8	5	5	2
Oral transit	8		4	6	6	8	6
Cough reflex	5	1	1	5	1	5	3
Voluntary cough	2	2	2	2	2	10	2
Voice	2	2	4	4	2	8	6
Trache	10	10	10	10	10	10	10
Pharyngeal phase	8	2	8	8	8	8	8
Pharyngeal response	5		10	10	1	10	5

Legend: Number* – Individual

Appendix 3. Results obtained on the cognitive assessment

		1*	2*	3*	4*	5*	6*	7*	8*	9*	10*	11*	12*
A	Orientation	4	8	8	7	7	2	8	9	8	10	9	10
	Registration	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	Attention/concentration	4	2	0	0	0	0	0	0	5	0	5	5
M	Recall	0	0	3	4	1	3	0	0	0	5	3	6
	Anterograde Memory	3	2	2	5	7	4	5	6	7	4	4	7
	Retrograde Memory	0	0	0	0	0	0	1	2	0	3	0	1
	Recognition	1	1	5	5	1	2	1	3	2	5	4	5
V	Verbal fluency	4	1	3	7	0	2	2	5	5	4	8	8
F	Comprehension	4	4	5	7	3	2	4	3	4	7	8	7
L	Writing	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1
	Repetition	4	4	0	2	3	3	2	3	2	4	4	4
	Naming	1	7	8	12	0	9	3	6	5	9	10	11
	Reading	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
V	Visuospatial Abilities	1	1	0	1	0	0	0	0	3	3	1	4
	Perceptual Abilities	8	8	8	6	4	5	8	7	7	8	8	6

Legend: A – Attention/Orientation; M – Memory; VF – Verbal Fluency; L – Language; V – Visuospatial Abilities; Number* – Individual

Appendix 4. – Responses mean values of questionnaires (users, caregivers and leaders)

	Questions	Mean
Users	1. Clarification of the intervention goals	4,3
	2. Clarification of the intervention strategies	4,3
	3. Suitability of materials	4,5
	4. Interest of activities	4
	5. Time of sessions (60 minutes)	4
	6. Number of sessions/week	4,2
	7. Sympathy, education, and care of students	4,5
	8. Clarification and information provided where necessary	4,3
	9. Respect for their decisions and opinions	4,3
	10. Respect for thresholds of fatigue	4,2
	11. Benefit of the intervention in its functionality	4,5
	12. In general, what is your level of satisfaction with the intervention?	4,8
Caregivers	1. Clarification of the intervention goals	2
	2. Clarification of the intervention strategies	2
	3. Interest of the intervention	2,67
	4. The importance of information available for your activity	2,33
	5. Clarify questions when necessary	2
	6. Knowledge sharing and practical application	2
	7. Sympathy, education, and care of the students / providers	3,67
	8. Interaction between learners and caregivers	3
	9. Respect for their decisions and opinions	3
	10. Benefit of the intervention in the care of users	2,5
	11. In general, what is your level of satisfaction with the intervention?	2,5
Managers	1. Clarification of the intervention goals	5
	2. Clarification of the intervention strategies	5
	3. Interest of the intervention	4
	4. The importance of information available for your activity	4
	5. Clarify questions when necessary	4,5
	6. Knowledge sharing and practical application	3,5
	7. Adequacy of attitude and behavior of students / providers	5
	8. Communication between providers and leaders	5
	9. Respect for their decisions and opinions	4,5
	10. Respect for the dynamics of the institution	4,5
	11. Benefit of the intervention on the functionality of users	4,5
	12. In general, what is your level of satisfaction with the intervention?	5

Conclusões

A necessidade de aquisição de conhecimentos específicos na área da gerontologia tem desencadeado um aumento significativo do número de estudos e investigações realizados, direcionando interesses e pesquisas com o objetivo de melhorar a prestação de cuidados e serviços aos mais idosos.

Após a realização do presente estudo, foi possível responder aos objetivos inicialmente propostos, em cada parte, com resultados concordantes com a literatura.

A **Parte 1** permitiu verificar que:

- o Modelo de SC – *Continuum de Supervisão* – promove a aprendizagem do supervisionado e proporciona um aumento de autonomia na prática clínica ao longo do período de ensino/aprendizagem;
- a autonomia alcançada pelo supervisionado, permite ao supervisor a adoção de uma posição de observador, com menor participação direta na intervenção do supervisionado;
- o conhecimento aprofundado de conceitos de aprendizagem e SC facilitam o processo de SC contribuindo para o seu sucesso.

Na **Parte 2** verificou-se que:

- os conceitos descritos e definidos pela área da gestão são passíveis de aplicação na prática clínica em TF;
- o Terapeuta da Fala, enquanto gestor, executa todas as funções relacionadas com o planeamento, a organização, a direção e o controlo necessárias para o exercício da sua atividade em lares de idosos;
- a intervenção do Terapeuta da Fala em lares de idosos, realizada no âmbito deste estudo, embora apresente um nível de satisfação baixo por parte dos cuidadores, alcançou níveis significativos de satisfação por parte dos utentes e dos dirigentes.

Ao nível da **Parte 3** foi possível verificar que:

- os idosos institucionalizados, em situação de maior dependência, apresentam alterações significativas ao nível do processo de deglutição, que condicionam a alimentação e aumentam significativamente o risco de aspiração pulmonar, com consequente pneumonia por aspiração;
- o baixo desempenho cognitivo dos idosos institucionalizados prejudica a comunicação, com alterações significativas ao nível da memória, fluência verbal e linguagem;
- os idosos institucionalizados que apresentam baixos níveis de funcionalidade, apresentam também alterações mais significativas ao nível da deglutição e baixos níveis de desempenho em tarefas cognitivas;
- a melhor adequação de posturas e manobras compensatórias para alimentação dos idosos institucionalizados com alterações de deglutição, influencia positivamente o processo de deglutição destes indivíduos;

- a estimulação da comunicação, com atividades realizadas em grupo, promove uma melhoria na interação entre os utentes e aumenta a eficácia da comunicação.

O presente estudo permitiu uma abordagem pormenorizada da atuação do Terapeuta da Fala na área da gerontologia, em idosos com alterações características do processo normal de envelhecimento. Os resultados obtidos reforçam a necessidade de integração do Terapeuta da Fala na equipa multi e transdisciplinar de intervenção direta e indireta, em lares de idosos, uma vez que em Portugal, nesta área, o Terapeuta da Fala apenas intervém pontualmente e em casos com uma patologia associada.

O presente relatório foi realizado com vista à obtenção do grau de Mestre, que pressupõe a aquisição de conceitos e conhecimentos teóricos de uma determinada área e a capacidade para a sua posterior implementação.

Neste caso, o Mestrado em TF, área de SC e GR, através da análise e aprofundamento dos conteúdos definidos, visa capacitar o mestrando para a execução de funções paralelas à prática clínica em TF.

O aprofundamento de conhecimentos na área da SC permite ao Terapeuta da Fala desenvolver capacidades potenciadoras do seu desempenho enquanto supervisor/educador clínico, promovendo o sucesso do processo de ensino/aprendizagem. A especialização na área facilita o cumprimento dos objetivos da educação clínica, melhorando a orientação, o acompanhamento, a avaliação, a transmissão de conhecimentos e a partilha de informação, entre o supervisor, supervisionado e a instituição/escola.

Por outro lado, através da especialização na área de GR, o Terapeuta da Fala integra conhecimentos teóricos e práticos sobre conceitos de gestão de uma organização, que lhe permitem planear, organizar, dirigir e controlar o seu desempenho e o seu serviço.

Enquanto supervisor, o Terapeuta da Fala assume-se como um líder. Nesta posição, este profissional é responsável pela gestão da sua organização (serviço de TF), garantindo a eficácia e eficiência dos serviços prestados, bem como a motivação e o desenvolvimento dos colaboradores (alunos), com vista à satisfação dos clientes e à qualidade dos serviços prestados.

Limitações do estudo

Em todos os estudos/investigações podem surgir fatores condicionantes. No presente estudo, consideraram-se as seguintes limitações:

- a disponibilidade dos alunos que integraram o projeto, que condicionou o número de sessões realizadas e horário correspondente;
- a necessidade de ajustes contínuos à dinâmica das instituições, evitando prejuízos para ambas as partes;
- a rotina pouco estimulante vivida pelos utentes que conduziu a um nível reduzido de motivação e adesão para a participação nas sessões de intervenção;
- o período para a realização do estudo (3 meses), que se revelou insuficiente para a observação de resultados mensuráveis;
- o número de sessões semanais realizadas (1 sessão), que se mostrou diminuto dificultando a retenção dos conteúdos trabalhados em cada sessão, dadas as alterações de memória apresentadas pelos utentes;
- a impossibilidade de acesso ao *cut-off* do *ACE-R*, para a população portuguesa, que ditou a utilização do *cut-off* definido para a população australiana, podendo enviesar os resultados do estudo;
- a inexistência de instrumentos validados para o Português Europeu, para a avaliação das competências dos alunos na intervenção terapêutica, em TF;
- a inexistência de instrumentos (na área da TF) de avaliação da satisfação direcionados para a área da gerontologia, especificamente em contexto de lar de idosos;
- a dimensão da amostra que apenas permitiu a utilização de testes de estatística descritiva e sem possibilidade de realização de testes inferenciais.

Apesar das limitações anteriormente descritas, pode referir-se que todos estes aspetos foram contornados a fim de se obter o melhor resultado possível.

No entanto, um período de tempo mais alargado, com uma intervenção mais prolongada junto dos utentes possibilitaria a obtenção de resultados mensuráveis. Da mesma forma, a participação de um maior número de alunos com a possibilidade de aplicação de vários modelos de SC permitiria a análise do impacto de cada um e a comparação entre eles.

O aumento do período de tempo permitiria ainda a construção e validação de instrumentos de avaliação de competências dos alunos e do impacto da intervenção realizada.

Todos estes aspetos poderão contribuir para o aprofundamento dos conceitos relacionados com a SC e a GR aplicados à TF, particularmente na intervenção na área da gerontologia.

Referências bibliográficas

- Boorsma, M., Frijters, D., Knol, D., Ribbe, M., Nijpels, G. & Van Hout, H. (2011). Effects of multidisciplinary integrated care on quality of care in residential care facilities for elderly people: a cluster randomized trial. *Canadian Medical Association Journal*, 183 (11), 724-732.
- Carmo, H. & Ferreira, M. (1997). *Metodologia da investigação – Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, J. E. (2009). *Gestão de empresas – Princípios fundamentais*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R. & Vaupel, J. (2009). Ageing populations: The challenges ahead. *Lancet*, 374, 1196-1208.
- Domingues, M. & Lemos, N. (2010). *Gerontologia – Os desafios nos diversos cenários da atenção*. São Paulo: Editora Manole.
- Jotz, G. P., Carrara-de Angelis, E. & Barros, A. P. (2010). *Tratado da deglutição e disfagia – No adulto e na criança*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Júnior, A. (2005). Gerenciamento de recursos materiais em unidades de saúde. *Revista Espaço para a Saúde*, 7 (1), 30-45.
- Marques, S. (2011). *Discriminação da terceira idade*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Martin, V. & Henderson, E. (2004). *Gestão de unidades de saúde e de serviços sociais*. Lisboa: Monitor.
- McAllister, L., Lincoln, M., Leod, S. & Maloney, D. (1997). *Facilitating learning in clinical settings*. United Kingdom: Nelson Thornes.
- Pilling, S. & Slattery, J. (2004). Management competencies: intrinsic ou acquired? What competencies are required to move into speech pathology management and beyond? *Australian Health Review*, 27 (1), 84 – 92.
- Portugal, Ministério da Saúde, *Decreto-Lei n° 564/1999*, publicado em Diário da República n° 295, I Série A, de 21 de Dezembro.
- Ramos, M. (2005). *Crescer em stress – Usar o stress para envelhecer com sucesso*. Porto: Âmbar.
- Robbins, S. & Coulter, M. (2005). *Management* (8ª ed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Soares, L. (2010). O enfoque da fonoaudiologia. In M. Domingues & N. Lemos (Eds.), *Gerontologia – os desafios nos diversos cenários da atenção* (Secção 3, pp. 256 – 271). São Paulo: Editora Manole.
- Tappen, R., Roach, K., Applegate, E. & Stowell, P. (2000). Effect of a combined walking and conversation intervention on functional mobility of nursing home residents with Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 14 (4), 196 – 201.
- Teixeira, S. (2011). *Gestão das organizações*. Lisboa: Mc GrawHill.
- Watts, N. (1990). *Handbook of clinical teaching – Exercises and guidelines for health professionals who teach patients, train staff or supervise students*. Nova York: Churchill Livingstone.

Referências eletrônicas

- American Speech-Language-Hearing-Association (2002). *Knowledge and Skills Needed by Speech-Language Pathologists Providing Services to Individuals with Swallowing and/or Feeding Disorders*. www.asha.org/policy. 22-10-11 19:32.
- American Speech-Language-Hearing Association (2004). *Knowledge and Skills in Business Practices for Speech-Language Pathologists who are managers and leaders in health care organizations* [Knowledge and Skills]. www.asha.org/policy. 12-12-12 18:51.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2008). *Clinical Supervision in Speech-Language Pathology* [Technical Report]. www.asha.org/policy. 01-12-11 17:47.

- American Speech-Language-Hearing Association. (2008). *Knowledge and Skills Needed by Speech-Language Pathologists Providing Clinical Supervision* [Knowledge and Skills]. www.asha.org/policy. 17-11-11 13:57.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2010). *Supervision of Student Clinicians* [Issues in Ethics]. www.asha.org/policy. 09-09-11 21:15.
- American Speech-Language-Hearing Association (2011). *About Special Interest Group 15, Gerontology*. <http://www.asha.org/SIG/15/About-SIG-15/> 09-09-2011 11:49.
- American Speech-Language-Hearing Association (2011). *Speech-Language Pathology Medical Review Guidelines*. www.asha.org/policy. 30-12-11 11:39.
- Instituto da Segurança Social (2008). *Modelo de avaliação da qualidade da estrutura residencial para idosos*. http://195.245.197.196/preview_documentos.asp?r=21437&m=PDF. 28-12-11 14:56.
- Instituto da Segurança Social (2008). *Questionários de avaliação da satisfação – estrutura residencial para idosos*. http://195.245.197.196/preview_documentos.asp?r=21438&m=PDF. 28-12-11 16:14.
- Instituto Nacional de Estatística (2003), *Revista de Estudos Demográficos n 34*, Instituto Nacional de Estatística – Departamento de Estatísticas Censitárias da População, Lisboa. http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=378613&PUBLICACOESmodo=2. 10-10-11 10:11.
- Instituto Nacional de Estatística (2003). *Projeções da população residente – 2000–2050*. http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=72193&DESTAQUESmodo=2. 27-09-11 17:39.
- Instituto Nacional de Estatística (2010). *Estatísticas Demográficas 2009*. http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=83385202&DESTAQUESmodo=2. 27-09-11 19:04.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011 – resultados provisórios*. http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&menuBOUI=13707294&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=122073978&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1. 14-12-11 21:45.
- Lar Familiar da Tranquilidade*. <http://lar.paroquiaaves.pt/missao/>. 20-12-11 22:37.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). Definition of an older or elderly person. <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>. 10-09-11 12:14.
- Royal College of Speech & Language Therapists (2006). *Speech and Language Therapy in Adult Critical Care*. RCSLT Position Paper, RCSLT: London. www.rcslt.org/resources/publications
- Royal College of Speech & Language Therapists (2010). *Speech and language therapy provision for people with dementia*. RCSLT Position Paper, RCSLT: London. www.rcslt.org/resources/publications. 21-10-11 22:36.
- Royal College of Speech & Language Therapists (2012). *What is speech and language therapy?*. www.rcslt.org. 20-01-12 16:39.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Esquema representativo do Modelo de Supervisão

Continuum de Supervisão

APÊNDICE II

Calendarização do acompanhamento em Supervisão Clínica

APÊNDICE III

“Avaliação das Competências dos Alunos”

Guia descritivo

APÊNDICE IV

“Avaliação das Competências dos Alunos”

Folha de Registro

APÊNDICE V

Organograma da estrutura organizacional de um lar de
idosos

Funções da gestão

APÊNDICE VI

Formulário de encaminhamento para Terapia da Fala

APÊNDICE VII

**“Avaliação da satisfação da intervenção em Terapia da
Fala em contexto de lar de idosos”**