



ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE DO ALCOITÃO

Andreia Vicente Cabrito

**Percepção dos Profissionais das Unidades de Cuidados
Continuados Integrados acerca da intervenção do Terapeuta
da Fala na pessoa com Disfagia**

**Projecto elaborado com vista à obtenção
do grau de Mestre em Terapia da Fala,
na Especialidade de Motricidade Orofacial e Deglutição**

Orientador: Professora Doutora Inês Tello R. M. Rodrigues

Julho, 2020



ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE DO ALCOITÃO

Andreia Vicente Cabrito

**Percepção dos Profissionais das Unidades de Cuidados Continuados
Integrados acerca da intervenção do Terapeuta da Fala na pessoa
com Disfagia**

**Projecto elaborado com vista à obtenção
do grau de Mestre em Terapia da Fala,
na Especialidade de Motricidade Orofacial e Deglutição**

Orientador: Doutora Inês Tello Rato Milheiras Rodrigues

Presidente: Doutora Isabel Maria da Silva Franco Desmet

Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde do Alcoitão

Vogais: Doutora Inês Tello Rato Milheiras Rodrigues

Professor Adjunto Convidado da Escola Superior de Saúde do Alcoitão

Doutora Débora Lucília Santo Franco

Professor Adjunto Convidado da Escola Superior de Saúde do Instituto
Politécnico de Leiria

Julho, 2020

NOTA:

O presente documento, elaborado no âmbito da 6ª Edição do Mestrado em Deglutição e Motricidade Orofacial da Escola Superior de Saúde de Alcoitão, da Escola Superior de Saúde do Alcoitão (ESSA) em cooperação com o Instituto EPAP, foi redigido ao abrigo do anterior acordo ortográfico e segue as normas estabelecidas pela ESSA para redação de trabalhos académicos e científicos (Conselho Científico, 2004). A informação omissa nas normas da ESSA segue as orientações dadas na unidade curricular de metodologia de investigação e as normas da *American Psychological Association* (APA) (APA, 2010).

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os que ajudaram a tornar este trabalho possível e que me apoiaram em mais esta aventura da minha vida.

À minha querida orientadora Professora Doutora Inês Tello Rodrigues por todas as horas que abdicou do seu amor pequenino para se dedicar a mim.

Aos meus pais pela motivação e por toda a ajuda incondicional que me prestaram durante estes dois anos. Sem vocês, nada disto teria sido possível.

À minha amiga irmã Ana Ceríaco por acreditar sempre mais em mim do que eu própria e por ter sempre um ombro disponível para eu me encostar.

Ao Rui Pedro que “aturou” os meus choros e as minhas quebras, mas que nunca me deixou cair, soube sempre o que dizer no momento mais difícil.

À Maria, a amiga que o mestrado me deu, por todo o apoio.

A todos os meus amigos e colegas por aturarem o meu humor e por compreenderem a minha ausência.

A todos os profissionais que aceitaram colaborar no estudo e que dedicaram o seu tempo a responder ao questionário.

À pessoa mais importante da minha vida. A ti Francisco, por todas as horas que tive de abdicar de ti, de todo o tempo que não passámos juntos. Apesar de teres apenas quatro anos, sei que estás orgulhoso da mãe.

INDICE DE TABELAS

Tabela 1. Nacionalidade, habilitações literárias e profissão	26
Tabela 2. Tipo de UCCI, formação específica em disfagia, presença do Terapeuta da Fala na UCCI e se este se encontra a tempo inteiro ou parcial	27
Tabela 3. Diferenças significativas de acordo com as variáveis “formação específica em disfagia” e “existência de Terapeuta da Fala na UCCI”	27
Tabela 4. Alpha de Cronbach.....	29
Tabela 5. KMO E Teste de Bartlett.....	29
Tabela 6. Quadro de componentes	31
Tabela 7. Análise das afirmações referentes ao trabalho em equipa	32
Tabela 8. Análise das afirmações referentes às funções do Terapeuta da Fala	33
Tabela 9. Afirmações que dizem respeito às funções do Terapeuta da Fala	35
Tabela 10. Afirmações que dizem respeito aos objectivos do Terapeuta da Fala na disfagia	37
Tabela 11. Análise de variância ANOVA segundo as variáveis “profissão”, “tipo de unidades de internamento da RNCCI”, “Terapeuta da Fala a tempo integral ou parcial”	38

INDICE DE IMAGENS

Imagem 1. Screen Plot	30
Imagem 2. Gráfico de barras referente à caracterização da amostra: sexo	71
Imagem 3. Gráfico de barras referente à caracterização da amostra: nacionalidade	71
Imagem 4. Gráfico de barras referente à caracterização da amostra: habilitações literárias	72
Imagem 5. Gráfico de barras referente à caracterização da amostra: profissão.....	72
Imagem 6. Gráfico circular referente à caracterização da amostra: tipo de UCCI onde os profissionais trabalham.....	74
Imagem 7. Gráfico circular referente à caracterização da amostra: formação específica em disfagia	74
Imagem 8. Gráfico circular referente à caracterização da amostra: Terapeuta da Fala na equipa.....	75
Imagem 9. Gráfico circular referente à caracterização da amostra: Terapeuta da Fala na equipa a tempo inteiro ou parcial	75
Imagem 10. Extracção de factores	77

LISTA DE ABREVIATURAS

AVC	-	Acidente Vascular Cerebral
CEQUAL	-	Centro de Formação Profissional para a Qualidade
ELA	-	Esclerose Lateral Amiotrófica
ESSA	-	Escola Superior de Saúde de Alcoitão
IPQ	-	Instituto Português da Qualidade
RNCCI	-	Rede Nacional de Cuidados Continuados
SCMAV	-	Santa Casa da Misericórdia de Arruda dos Vinhos
SPSS	-	Statistical Package for the Social Sciences
TCE	-	Traumatismo Crânio-encefálico
TF	-	Terapeuta da Fala
UC	-	Unidades de Convalescença
UCCI	-	Unidade de Cuidados Continuados Integrados
ULDM	-	Unidade de Longa Duração e Manutenção
UMDR	-	Unidade de Média Duração e Reabilitação
UMP	-	União das Misericórdias Portuguesas
UP	-	Unidade de Paliativos

RESUMO

Objectivo: O presente estudo teve como objectivo a recolha da opinião de diferentes profissionais (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos clínicos, assistentes sociais, animadores socioculturais e auxiliares de acção médica), que exercem em unidades de cuidados continuados integrados (UCCI's), sobre a actuação do Terapeuta da Fala na pessoa com disfagia. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, com amostra não probabilística, onde participaram 14 UCCI's que autorizaram a divulgação de um questionário elaborado com base na análise da literatura e na adaptação de itens de instrumentos sobre a mesma temática. O questionário elaborado foi dividido em duas partes, a primeira destinada à caracterização sociodemográfica da amostra e a segunda relativa à percepção dos profissionais das UCCI's acerca da intervenção do TF na pessoa com disfagia. As respostas foram anónimas e dadas através de uma escala de tipo Likert. A amostra foi constituída por 264 profissionais (16 médicos, 113 enfermeiros, 19 fisioterapeutas, 8 terapeutas ocupacionais, 17 técnicos superiores de serviço social, 10 psicólogos clínicos, 9 nutricionistas, 8 animadores socioculturais, 64 auxiliares de acção médica). **Resultados:** O instrumento utilizado para recolha destes dados apresentou uma boa consistência interna (α de Cronbach = 0.826). A análise de variância ANOVA demonstra que ocorrem diferenças significativas nas respostas a determinadas afirmações do questionário em relação às variáveis profissão ($p \leq 0.047$), tipo de unidades de internamento da RNCCI ($p \leq 0.021$) e Terapeuta da Fala a tempo integral ou parcial ($p \leq 0.039$). Todos os profissionais são unânimes quanto à importância do Terapeuta da Fala enquanto responsável por ajudar a pessoa com disfagia e os seus familiares a lidar com as dificuldades de deglutição. A maioria dos inquiridos concorda totalmente que a avaliação (52.3%) e intervenção (59.8%) da pessoa com disfagia deve ser feita em equipa. Apurou-se que 9.8% das equipas não têm Terapeuta da Fala e que a maioria das UCCI's conta com um TF a tempo parcial (58%). A maioria dos profissionais de saúde reconhecem a importância, mas nunca efectuaram formação na área da disfagia (76.9%). **Conclusão:** Os enfermeiros são os profissionais que melhor conhecem as funções do TF na intervenção em utentes com disfagia, seguindo-se os auxiliares de acção médica. Os profissionais reconhecem a necessidade de formação na área da disfagia. O TF é identificado como sendo um profissional essencial na avaliação e intervenção com pessoas com disfagia, apesar da sua presença ainda não ser permanente em todas as equipas da RNCCI. Este trabalho aponta para a importância do trabalho em equipa e da formação especializada para o acompanhamento de pessoas com disfagia. **Palavras-chave:** Disfagia, trabalho em equipa, Terapia da Fala, Cuidados Continuados Integrados.

ABSTRACT

Purpose: The present study had as primary goal to gather the opinion of different healthcare professionals (medical doctors, nurses, physiotherapists, occupational therapists, dietitians, psychologists, social assistants, and healthcare assistants), working in integrated continued care units (UCCI), regarding the work developed by the speech therapists with dysphagia patients.

Methodology: This is a cross-sectional study, with a non-probabilistic sample, in which participated 14 UCCI's who authorized the disclosure of a questionnaire based on literature analysis and adaptation of instrument items on the same theme. The developed questionnaire was divided in two sections, the first intended for the socio-demographic characterization of the sample, and the second regarding the perception of the UCCI's professionals about the speech therapist intervention in persons with dysphagia. The answers were anonymous and given using a Likert evaluation tool structure. The sample consisted of 264 professionals (16 medical doctors, 113 nurses, 19 physiotherapists, 8 occupational therapists, 17 social assistants, 10 psychologists, 9 nutritionists, 8 socio-cultural animators, 64 healthcare assistants). **Results:** The instrument used to collect these data showed good internal consistency (Cronbach's $\alpha = 0.826$). The analysis of variance ANOVA shows that there are significant differences in the answers to certain statements in the questionnaire regarding the following variables: profession ($p \leq 0.047$), type of inpatient units of the RNCCI ($p \leq 0.021$) and full- or part-time speech therapist ($p \leq 0.039$). All professionals agreed on the importance of the speech therapist as someone responsible for supporting both the dysphagic patient and their relatives to deal with swallowing difficulties. Most respondents fully agree that the evaluation (52.3%) and intervention (59.8%) of the person with dysphagia must be done as a team. It was found that 9.8% of the teams were lacking a speech therapist, and that most UCCI's have a part-time speech therapist (58%). Most health professionals recognize this importance, but they have never undertaken training in dysphagia (76.9%). **Conclusion:** Nurses are the healthcare professionals who best understand the functions of the speech therapist in intervening in patients with dysphagia, followed by healthcare assistants. Professionals recognise the need for dysphagia training for those working with these patients. The speech therapist is identified as a crucial professional in the evaluation and intervention in patients with dysphagia, although his presence is not yet permanent in every Integrated Continued Care (RNCCI) teams. This work points to the importance of teamwork and specialised training for the monitoring of patients with dysphagia. **Key-words:** Dysphagia, teamwork, Speech-Language Pathologist, integrated continued care.

INDICE

AGRADECIMENTOS.....	4
INDICE DE TABELAS	5
INDICE DE IMAGENS	6
LISTA DE ABREVIATURAS	7
RESUMO.....	8
ABSTRACT	9
INTRODUÇÃO	11
I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	13
1.2. Missão e Objectivos da RNCCI	13
1.3. Trabalho em Equipa na RNCCI	14
1.4. Deglutição	16
1.5. Disfagia Orofaríngea	17
1.6. O Papel do Terapeuta da Fala na Disfagia.....	19
II – METODOLOGIA.....	21
2.1. Objectivos do Estudo	21
2.2 Tipo de Estudo	21
2.3. Participantes	21
2.4. Instrumento de Recolha de Dados.....	21
2.5. Considerações éticas.....	22
2.6. Procedimentos.....	22
2.7. Análise de Dados.....	23
2.8. Análise Factorial.....	23
III – RESULTADOS	25
3.1. Caracterização Sócio Biográfica da Amostra.....	25
3.2. Caracterização Profissional da Amostra.....	26
3.3. Análise Factorial.....	29
3.4. Análise das Afirmações	31
3.5. Análise de Variância	37
IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	40
CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
APÊNDICES	53

INTRODUÇÃO

Com o aumento da esperança média de vida, e consequente envelhecimento da população portuguesa, existem cada vez mais pessoas adultas e idosos do que jovens (Censos, 2011) e, consequentemente, uma maior prevalência de doenças crónicas que promovem a carência a nível da saúde e do apoio social (Ramos, 2009).

Neste âmbito, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) surgiu para garantir uma cobertura eficaz das necessidades deste novo perfil epidemiológico/demográfico (Decreto-Lei n. 101/2006 de 06 de junho, 2006). Destina-se a pessoas com dependência funcional prolongada, doença avançada ou terminal, pessoas com incapacidade e pessoas idosas com critérios de fragilidade (Decreto-Lei n. 101/2006 de 06 de junho, 2006). A interdisciplinaridade e a multidisciplinariedade são princípios da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Decreto-Lei n. 101/2006 de 06 de junho, 2006).

Segundo o relatório de Monitorização do primeiro semestre de 2018 da RNCCI, foram referenciados por motivos de reabilitação: 94% de utentes para unidades de convalescença, 86% de utentes para unidades de média duração e reabilitação e 30% de utentes para unidades de longa duração e manutenção.

No que concerne aos diagnósticos clínicos que motivaram a referenciação para a RNCCI, 12.4% das etiologias principais devem-se a doença vascular cerebral aguda mal definida; 4.8% a doença vascular cerebral não classificável em outra parte ou mal definida e 1.3% a hemorragia intracerebral (Administração Central do Sistema de Saúde – Serviço Nacional de Saúde, 2018). Atendendo às etiologias relacionadas com a patologia vascular cerebral (juntando-se aos antecedentes os efeitos tardios de doença vascular cerebral; Oclusão de artérias cerebrais e Hemorragia intracraniana não especificada), os mesmos retratam 20.9% dos diagnósticos clínicos principais (Administração Central do Sistema de Saúde – Serviço Nacional de Saúde, 2018).

Em particular, aproximadamente metade dos casos de Acidente Vascular Cerebral (AVC) apresentam disfagia orofaríngea nos primeiros três dias após *ictus* (Donovan *et al.*, 2013). O AVC é a principal causa de disfagia, onde o grau de gravidade se encontra directamente associado à extensão e gravidade da lesão neurológica (Hinchey *et al.*, 2005).

Mais especificamente, a disfagia define-se como uma alteração no processo da deglutição, interferindo na passagem dos alimentos sólidos e líquidos da cavidade oral até ao estômago (Ramsey, Smithard, & Kalra, 2003). As dificuldades de deglutição podem caracterizar-se por um fraco controlo oral do bolo alimentar, escape extraoral de alimentos sólidos e líquidos, maior

tempo de trânsito oral, presença de tosse e/ou engasgos e regurgitação (Armstrong, Jans & MacDonald, 2010).

A avaliação, intervenção e ensinamentos ao utente e seus cuidadores acerca das dificuldades de deglutição é tipicamente assumida pelo Terapeuta da Fala através da implementação de estratégias compensatórias e de reabilitação mais apropriadas, da identificação dos riscos associados à deglutição e no suporte à implementação de uma dieta mais adequada (Eckman & Roe, 2005). Perante um caso de disfagia, cabe a este profissional de saúde adequar a postura para uma deglutição segura, modificar as consistências alimentares, estimular passivamente e realizar exercícios activos e, em conjunto com os elementos da equipa clínica, encontrar alternativas à alimentação por via oral quando esta deixa de ser segura e eficaz (Taquemori & Sera, 2008).

A actuação do Terapeuta da Fala com pessoas com disfagia é relativamente recente, quer em regime de internamento quer em ambulatório (Trapl *et al.*, 2007). A procura destes profissionais de saúde tem vindo a crescer significativamente para avaliar e reabilitar utentes com esta disfunção (Trapl *et al.*, 2007). A intervenção do Terapeuta da Fala na pessoa com disfagia não é dissociada de um trabalho em conjunto com outros elementos da equipa clínica. Os enfermeiros, técnicos e auxiliares de acção médica, por estarem sempre presentes no momento das refeições dos utentes, têm um papel primordial na identificação dos sinais e sintomas da disfagia (Werner, 2005). Neste sentido, os utentes com disfagia, em regime de internamento, requerem acompanhamento de uma equipa multidisciplinar composta habitualmente por um Terapeuta da Fala, Médico, Fisioterapeuta, Nutricionista, Enfermeiro, Terapeuta Ocupacional e Psicólogo Clínico, que têm como objectivo minimizar precocemente as complicações associadas e reabilitar as eventuais sequelas (Abdulmassih, 2009). A integração de um maior conhecimento acerca das funções dos diferentes profissionais de uma equipa pode contribuir para ampliar a integração dos cuidados, maximizar os recursos e potenciar a reabilitação.

Pretende-se, com esta investigação, compreender qual a percepção que os profissionais das UCCI da RNCCI têm acerca das funções do Terapeuta da Fala na pessoa com disfagia orofaríngea. O conhecimento e a análise acerca da percepção que os diferentes profissionais, que constituem as equipas de reabilitação das UCCI, pode, posteriormente, permitir ajustar a informação e maximizar as potencialidades de actuação de um Terapeuta da Fala neste contexto clínico específico.

A presente dissertação ilustra o trabalho de investigação realizado no contexto do 6º curso de Mestrado em Terapia da Fala – Motricidade Orofacial e Deglutição, da Escola Superior de Saúde de Alcoitão, tendo como título *“Percepção dos Profissionais das Unidades de Cuidados Continuados Integrados acerca da intervenção do Terapeuta da Fala na pessoa com Disfagia”*.

I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é composta por um conjunto de instituições públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos, que prestam cuidados continuados de saúde, seja no domicílio do utente como em instalações adequadas e equipadas para a concretização dos mesmos (Dec. Lei nº 101/2006 de 6 de Junho).

Trata-se de uma rede dinâmica e organizada, elaborada em parceria com o Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Solidariedade Social e por um vasto número de prestadores de cuidados (Dec. Lei nº 101/2006 de 6 de Junho). Podem ser unidades de internamento, unidades de ambulatório ou equipas domiciliárias, que prestam os cuidados continuados de saúde e apoio social a pessoas em situação de dependência ou perda de autonomia. Uma situação de dependência acontece quando uma pessoa sofre de perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, por consequência ou agravamento de uma doença crónica, falência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência ou doença severa e incurável em fase avançada, em que não consegue realizar as actividades da vida diária (Dec. Lei nº 101/2006 de 6 de Junho).

Estão definidos quatro tipos de unidades de internamento para a prestação dos Cuidados Continuados Integrados: Unidades de Convalescença (UC), Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR), Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) e Unidade de Paliativos (UP). Em apêndice (I) encontra-se uma descrição alargada de cada tipologia referida anteriormente.

1.2. Missão e Objectivos da RNCCI

A RNCCI foi fundada com os seguintes objectivos: a) melhorar as condições de vida e bem-estar de pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde ou apoio social; b) manutenção de pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, nas situações em que o apoio possa garantir os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à promoção e manutenção da conforto e qualidade de vida; c) apoiar, acompanhar e facilitar o internamento ideal para cada situação; d) melhorar a qualidade dos apoios prestados nos cuidados continuados de saúde e apoio social; e) apoiar os familiares e prestadores informais; f) articular e coordenar os diferentes cuidados em diversos serviços e sectores numa organização em rede; g) evoluir progressivamente, prevenindo lacunas em serviços ou equipamentos, cobrindo cada vez melhor o território nacional, para que as necessidades de pessoas

dependentes de cuidados continuados integrados e paliativos sejam satisfeitas (Dec. Lei nº 101/2006 de 6 de Junho).

Aglomerada à rede está a prestação de cuidados paliativos que se foca no alívio do sofrimento das pessoas, promovendo conforto, qualidade de vida e apoio às famílias. Estes cuidados são prestados por unidades e equipas específicas, em regime de internamento ou domicílio, a utentes portadores de uma doença severa incurável em fase avançada e progressiva, tendo como principal objectivo a promoção do bem-estar e qualidade de vida (Dec. Lei nº 101/2006 de 6 de Junho).

Os princípios base da RNCCI são: a) a prestação individualizada e humanizada de cuidados; b) a continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços; c) igualdade no acesso; d) potenciação de serviços comunitários de proximidade; e) equipas multidisciplinares e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados; f) avaliação integral da pessoa doente e das suas principais necessidades; g) reabilitação ou manutenção da funcionalidade e autonomia; h) inclusão da pessoa e dos seus familiares/cuidadores na elaboração do plano individual de intervenção; i) participação e co-responsabilização dos familiares/cuidadores na prestação de cuidados; j) prestação de cuidados eficazes e com qualidade (Dec. Lei nº 101/2006 de 6 de Junho).

Em apêndice (II) pode ser consultado o processo de admissão de utentes à RNCCI.

1.3. Trabalho em Equipa na RNCCI

Para a RNCCI o trabalho em equipa (multidisciplinar e interdisciplinar) é um dos pilares primordiais para se atingirem objectivos e uma melhoria contínua na qualidade da saúde (CEQUAL, IPQ, SCMAV & UMP, 2009).

Uma equipa de Cuidados Continuados deve ser constituída por diferentes elementos com objectivos de intervenção específicos (Lambert, 2012). Deste modo, a equipa deve ser composta por Médico, Psicólogo, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Assistente Social, Terapeuta da Fala, Animador Sócio-Cultural, Nutricionista, Terapeuta Ocupacional e Auxiliar de Acção Médica. A presença do Terapeuta da Fala é contemplada apenas nas Unidades de Convalescença e de Média Duração e Reabilitação, por um período habitual de 8 horas semanais (UMCCI, 2011).

Para que uma equipa multidisciplinar e/ou interdisciplinar funcione correctamente, devem ser tidas em consideração: 1) a definição adequada dos objectivos a atingir; 2) que o sucesso do trabalho de uma equipa advém do sucesso de todos os seus elementos; 3) que os objectivos da equipa devem sobrepor-se aos objectivos individuais de cada técnico; 4) que cada elemento da equipa deve dar o seu parecer, partilhar o seu conhecimento e os seus ideais, merecendo o devido respeito da restante equipa; 5) que a equipa deve tomar decisões de forma unânime (Fradique,

2010).

São vários os obstáculos com que uma equipa se pode deparar, tais como: dificuldades de comunicação entre os elementos; dificuldade e morosidade na tomada de decisões; falta de dedicação e de co-responsabilização; confusões e conflitos dentro da mesma função; competitividade; fins mal definidos ou mal compreendidos; inexistência de escuta; receio de ser criticado; tomada de decisões precocemente; inexistência de *feedback* acerca do funcionamento da equipa (Fradique, 2010; Staudt, 2008). Em contrapartida, são bem mais as vantagens de trabalhar em equipa, nomeadamente, o apoio mútuo; o reconhecimento profissional; a continuidade e diferenciação de cuidados; a partilha de experiências; a frequência de formações e a aquisição de novas competências (Bernardo, Rosado & Salazar, 2010).

Segundo Fradique (2010), o profissionalismo, a flexibilidade, a adaptabilidade, o rigor técnico, o respeito e o apoio interprofissional são pilares cruciais para a qualidade do trabalho em equipa. É fundamental que os elementos da equipa conheçam as funções de cada um, só assim é possível haver uma boa interacção, partilha de conhecimentos e uma divisão do trabalho colectivo (Staudt, 2008). Neste âmbito, Matos, Pires e Campos (2009), realizaram um estudo com equipas interdisciplinares em dois hospitais da Região Sul do Brasil. Concluíram que a perspectiva interdisciplinar possibilitou melhores relações de trabalho entre os profissionais e entre os profissionais e os doentes e a família; aproximou os profissionais das necessidades do utente e contribuiu para uma assistência clínica de melhor qualidade (Matos, Pires & Campos, 2009).

É unanimemente aceite que o trabalho em equipa origina uma melhoria na qualidade dos serviços prestados aos utentes (Pinho, 2006). Para tal, é essencial planear tarefas, estabelecer prioridades, diminuir a repetição dos serviços prestados, realizar intervenções mais produtivas, reduzir as intervenções supérfluas derivadas da falta de comunicação entre os profissionais de saúde, minimizar a rotatividade dos profissionais no serviço (Pinho, 2006). Não existe nenhum profissional de saúde, independentemente da sua categoria profissional, que sozinho consiga prestar cuidados de saúde a um utente (Orchard, Curran, & Kabene, 2005). Deste modo, e segundo Garlet, Lima, Santos e Marques (2009), a troca de conhecimentos e informação entre as várias categorias profissionais promovem uma intervenção mais ajustada e com menos erros na resposta às necessidades de cada utente.

Segundo as directrizes da Organização Mundial de Saúde, todos os profissionais que constituem uma equipa de saúde devem comunicar entre si, com a finalidade de serem prestados cuidados de saúde integrados e direccionados às necessidades do utente. Deste modo, é indispensável que todos os profissionais se esforcem para que seja feito um trabalho em equipa de

qualidade, tendo como base a cooperação e contribuindo de forma empenhada, competente e responsável na realização das actividades (Chaves, 2001).

O facto de os profissionais não conhecerem as funções dos outros elementos da equipa, pode originar uma subutilização dos recursos e uma iniciativa de solucionar problemas de forma individual. Tal pode resultar em *burnout*, sentimentos de fracasso e conflitos entre os elementos da equipa (Hall & Weaver, 2001).

Equipas com pouca diversidade de elementos estão associadas a uma menor eficácia na prestação de cuidados (Xyrichis & Lowton, 2008). Por outro lado, quanto maior for a multiplicidade de profissionais, melhores são os resultados obtidos na intervenção com os utentes, uma vez que são adoptadas inovações com maior impacto nos cuidados (Xyrichis & Lowton, 2008).

Na pesquisa teórica realizada, observou-se uma lacuna nos estudos realizados em Portugal sobre o trabalho em equipa na RNCCI, com consequente limitação na informação disponível, existindo, por este motivo, a necessidade de aprofundar os conhecimentos neste tema e, em particular, sobre a percepção das equipas acerca do trabalho do Terapeuta da Fala com pessoas com alterações da deglutição.

1.4. Deglutição

A deglutição é uma acção motora automática, na qual estão envolvidos os músculos da respiração e do tracto gastrointestinal, tendo como objectivo o transporte do bolo alimentar desde a cavidade oral até ao estômago e a limpeza do tracto respiratório. Nesta função, participam mais de 50 músculos e seis pares cranianos (Cinocco, 2007). A deglutição está presente desde a oitava semana de gestação e é programada e executada por um complexo controlo neuromuscular, com mecanismos de controlo cortical e do tronco cerebral (Shaker *et al.*, 2013; Marchesan, 1999). É uma função vital, uma vez que é necessária para garantir a sobrevivência do indivíduo (Shaker *et al.*, 2013; Marchesan, 1999).

A deglutição é fisiologicamente constituída por um grupo de estruturas interdependentes conectadas ao mecanismo neuronal (nervos cranianos e sistemas sensoriomotor e límbico) (Shaker *et al.*, 2013; Marchesan, 1999). Assim, trata-se de um processo dinâmico e de curta duração, que pode ser dividido em quatro fases: fase preparatória (trituração e transformação do alimento em bolo alimentar), fase oral (elevação e impulsão posterior do bolo alimentar em direcção aos pilares amigdalíneos anteriores e à faringe, desencadeando o reflexo de deglutição), fase faríngea (entrada do alimento na faringe e contracção da parede faríngea; encerramento laríngeo que surge na epiglote, prega ariepiglótica, pregas vestibulares e pregas vocais; surge a elevação e anteriorização

da laringe contra o osso hióide e a base da língua); fase esofágica (ocorre no momento em que o bolo alimentar atinge o segmento faringo-esofágico superior, desencadeando o peristaltismo esofágico, que encaminha o bolo alimentar pelo esófago até ao estômago) (Shaker *et al.*, 2013; Marchesan, 1999).

Leonard e Kendall (2007), citados por Ghidini, Trebbi, Piccinini e Presutti (2010), explicam que a deglutição ocorre através da coordenação minuciosa de várias estruturas da cabeça e pescoço, tais como a contracção muscular, através de um mecanismo semiautomático, obedecendo a um controlo cortical. Marchesan (2004) identifica como estruturas duras e moles envolvidas no processo da deglutição, o osso hióide, mandíbula e vértebras cervicais, os músculos constritores da faringe, palato mole, língua, epiglote, esófago, cartilagens cricóide e tiróide e os músculos do pescoço.

Ebihara, Ebihara, Yamasaki, e Kohzuki (2011) referem que quando o bolo alimentar entra na cavidade oral, é activada uma componente sensório-motora em pontos cruciais, desencadeando o processo de deglutição. Neste processo estão envolvidos os nervos encefálicos trigémeo (V), facial (VII), glossofaríngeo (IX), vago (X), hipoglosso (XII), plexo cervical (1-3) e o acessório (XI) (Marchesan, 2004).

1.5. Disfagia Orofaríngea

A disfagia caracteriza-se por uma alteração no processo de deglutição, dificuldade em engolir, que ocorre em todo o trajecto percorrido pelo bolo alimentar, desde a boca até ao estômago, para consistências sólidas, líquidas e secreções orais (Santoro *et al.*, 2011; Cinocco, 2007). Não se trata de uma doença, mas sim de um sintoma da mesma, e que contribui para o aumento da morbilidade e mortalidade, independentemente da condição clínica da pessoa (Santoro, 2008).

Existe uma relação muito frequente entre a disfagia e as alterações estruturais ou neurológicas (Ebihara, *et al.*, 2011). A maior prevalência de casos de disfagia orofaríngea ocorre nas doenças de etiologia neurológica, com destaque para o AVC (Yamadura *et al.*, 2010). Também patologias como a Doença de Parkinson (Humbert *et al.*, 2010), a Doença de Alzheimer, o Traumatismo Crânio-encefálico (TCE) (Karagiannis *et al.*, 2011), a Esclerose Lateral Amiotrófica, a Miastenia Gravis (Smithard *et al.*, 1997) e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (O'Kane & Groher, 2009), estão associadas a alterações de deglutição.

Também os efeitos secundários de alguns fármacos, a fadiga e a fraqueza generalizada podem originar alterações respiratórias, alterar a mobilidade da musculatura orofacial e degenerar a memória e atenção, que, consequentemente, resultam em alterações na deglutição (Armstrong, Jans & MacDonald, 2010).

A disfagia pode ter como consequências a desnutrição, a desidratação, pneumonia por aspiração, estado de saúde geral comprometido, doença pulmonar crônica, asfixia, podendo levar mesmo até à morte (ASHA, 2004). Consequentemente criam angústia e sofrimento aos doentes e seus familiares, ao mesmo tempo que promovem o isolamento social e a negação de prazeres associados à alimentação (Shaker, 2013; Taquemori & Sera, 2008).

De acordo com Gasiorowska e Fass (2009), existem dois tipos de disfagia, a disfagia orofaríngea e a disfagia esofágica. A disfagia orofaríngea caracteriza-se como uma dificuldade ou incapacidade em se iniciar a deglutição, ocorrendo uma falha na transferência do bolo alimentar da boca para o esôfago, podendo colocar os indivíduos em risco de aspiração (Gasiorowska & Fass, 2009). A disfagia esofágica pode ser definida pela dificuldade no transporte do alimento para o esôfago, estando frequentemente associada ao cancro do esôfago (Gasiorowska & Fass, 2009).

Os autores Silva (2010) e Santoro (2011) classificam a disfagia como sendo de grau leve, moderado ou grave. Na disfagia leve tende a ocorrer “alteração do esfíncter labial, incoordenação da língua, atraso para desencadear o reflexo de deglutição, ausência de tosse, sem redução acentuada da elevação da laringe, sem alteração da qualidade vocal após a deglutição e auscultação cervical sem alteração” (Silva, 2010). Verifica-se uma redução da mastigação e/ou retenção do bolo alimentar na cavidade oral (O’Neil *et al.*, 1999). Pode ocorrer uma ligeira estase pós-deglutição com menos de três tentativas de propulsão para limpeza do bolo, ausência de regurgitação nasal e penetração laríngea (Santoro, 2011). Na disfagia moderada, para além das quatro primeiras características referidas na disfagia ligeira, é frequente ocorrer tosse antes, durante ou após a deglutição (Silva, 2010). É habitual o aparecimento de estase de saliva moderada, um aumento de estase pós-deglutição em relação à fase ligeira, com mais de três tentativas de propulsão do bolo, regurgitação nasal, diminuição da sensibilidade laríngea com penetração no vestíbulo (Santoro, 2011), aspiração de uma consistência de alimento (O’Neil *et al.*, 1999). Na disfagia grave pode surgir um atraso ou até mesmo a ausência do reflexo de deglutição, redução na elevação laríngea, ausência de tosse ou presença da mesma antes, durante ou após a deglutição, alteração da qualidade vocal pós-deglutição, deglutição incompleta e auscultação cervical alterada com alteração respiratória evidente (Silva, 2010). A estase salivar costuma ser abundante, com resíduos pós-deglutição em grande quantidade, sem propulsão ou com propulsão fraca, com regurgitação nasal (Santoro, 2011) e aspiração silenciosa de duas ou mais consistências (O’Neil *et al.*, 1999).

1.6. O Papel do Terapeuta da Fala na Disfagia

O Terapeuta da Fala é o profissional especializado na perturbação da deglutição (disfagia), exercendo as suas funções juntamente com o utente, família e restantes profissionais de saúde (RCSLT, 2006). Tem como principal objectivo de intervenção a reabilitação da perturbação da deglutição, promovendo a qualidade de vida do utente e da sua família (RCSLT, 2006).

Para Pinto (2009), Dahlin, Cohen e Goldsmith (2010) o Terapeuta da Fala contribui para a melhoria da qualidade de vida dos utentes e seus familiares, uma vez que avalia e intervém ao nível da via de alimentação mais segura, ajudando assim a reduzir quadros de pneumonias resultantes de aspiração de alimentos. É também responsável por esclarecer o utente e seus familiares acerca das consequências da disfagia (Dahlin, 2010). Eckman e Roe (2005) acrescentam que o mais importante na intervenção deste profissional de saúde é a manutenção máxima da funcionalidade e independência dos utentes, retirando alguma sobrecarga aos cuidadores.

É da responsabilidade do Terapeuta da Fala avaliar o utente, realizar terapia directa e fazer ensinamentos junto do utente e seus familiares para que estes saibam lidar com a disfagia, através de estratégias compensatórias mais apropriadas, dar a conhecer os riscos que ocorrem no processo de deglutição e informar acerca da dieta mais adequada ao doente (Eckman & Roe, 2005). O Terapeuta da Fala avalia, também, a viabilidade da alimentação por via oral ou a necessidade de ter que se utilizar uma via alternativa à mesma (Eckman & Roe, 2005) e, juntamente com os elementos da equipa multidisciplinar, esclarece o utente e seus familiares acerca das vantagens e desvantagens de cada método alternativo de alimentação, quando esta deixa de ser viável por via oral (Taquemori & Sera, 2008).

Para Taquemori (2008), o Terapeuta da Fala é responsável pela “avaliação da qualidade do processo de deglutição de alimentos, líquidos, secreções orais, saliva e medicação desde a cavidade oral, até ao nível faríngeo”. Para tal, pode adequar a postura da cabeça e posicionamento do utente para que este realize uma deglutição segura, adequar a consistência dos alimentos, realizar exercícios activos e estimulações passivas (Taquemori, 2008). É também fundamental o trabalho em equipa do Terapeuta da Fala com o Nutricionista, uma vez que, em conjunto, conseguem ajustar a dieta do utente com disfagia, nomeadamente, o uso adequado de temperos, adequação de fonte proteica para além da carne, elaboração de refeições leves e calóricas (Macmillan *et al.*, 2000).

O Terapeuta da Fala, em conjunto com a equipa multidisciplinar, deve explicar, orientar e apoiar o utente e seus familiares acerca dos benefícios das vias alternativas à alimentação, quando a via oral começa a ficar comprometida (Eckman & Roe, 2005). Podem ser apresentadas ao utente e à família a opção da alimentação e a hidratação serem realizadas por via oral, mas com

implementação de estratégias, ou uma alimentação artificial (Sonda Nasogástrica ou Gastrostomia Endoscópica Percutânea), uma combinação das duas, ou até mesmo a suspensão da alimentação e hidratação via oral (Levy *et al.*, 2004).

II – METODOLOGIA

2.1. Objectivos do Estudo

O presente estudo teve como objectivo primário a recolha da opinião de diferentes profissionais (i.e. médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos clínicos, assistentes sociais, animadores socioculturais e auxiliares de ação médica) acerca da atuação do Terapeuta da Fala na pessoa com disfagia nas unidades de cuidados continuados integrados.

Como objectivo secundário pretendeu-se conhecer o grau de importância que cada um dos grupos profissionais atribui à intervenção do Terapeuta da Fala no contexto particular da intervenção com a pessoa com disfagia.

2.2 Tipo de Estudo

O presente estudo é de natureza descritiva, exploratória, utilizando um questionário de auto-preenchimento como meio de recolha de dados. Tratou-se de um estudo transversal, com amostra não probabilística, constituída por profissionais que exerciam a sua actividade profissional integrados na RNCCI.

2.3. Participantes

A população em estudo consistiu em profissionais (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos clínicos, assistentes sociais, animadores socioculturais e auxiliares de ação médica) que desempenhem funções nas UCCI da RNCCI.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão da amostra: a) profissionais que exercessem na RNCCI, em particular, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos clínicos, assistentes sociais, animadores socioculturais e auxiliares de ação médica; b) apresentar mais de um ano de experiência profissional; c) possuir no mínimo um ano de experiência profissional na RNCCI; d) aceitar participar voluntariamente no estudo. Foram estabelecidos como critérios de exclusão da amostra: a) não querer participar no estudo; b) não assinar o consentimento informado livre e esclarecido; c) não ter o português como língua materna.

2.4. Instrumento de Recolha de Dados

Para a concretização dos objectivos deste estudo, foi utilizado um questionário para recolha dos dados. O desenvolvimento de um questionário segue um processo que integra diversas etapas

(Artino *et al.*, 2014; Streiner, Norman & Cairney, 2015) que incluem, habitualmente, a) revisão da literatura; b) reunião de um *focus group*; c) síntese da análise da revisão da literatura e resultados do *focus group*; d) desenvolvimento de itens; e) validação por peritos; f) entrevistas e g) teste piloto. No presente trabalho foi realizada uma análise da literatura e a adaptação de itens de questionários já realizados sobre a temática, em particular, o elaborado por Barriguinha (2014), pelo que nem todas as etapas referidas anteriormente foram consideradas.

O questionário foi dividido em duas partes, sendo a primeira parte destinada à caracterização sociodemográfica da amostra, e uma segunda parte relativa à percepção dos profissionais acerca da intervenção do Terapeuta da Fala na pessoa com disfasia, com perguntas de resposta sob a forma de uma escala tipo Likert.

O questionário aplicado foi revisto por um conjunto de peritos (apêndice III). Para seleccionar o painel de peritos considerou-se as seguintes características sugeridas por Davis (1992) e por Grant e Davis (1997), mais especificamente: a) ter conhecimento sobre a estrutura conceptual envolvida; b) ter formação relevante na área do estudo e c) ter experiência clínica na área do estudo com a população alvo. Foram convidados a fazer parte do painel de peritos dois Terapeutas da Fala, um Fisioterapeuta, um Nutricionista e um Psicólogo Clínico que preenchessem os requisitos acima mencionados. Os diferentes elementos do painel foram contactados por correio electrónico. Todos confirmaram terem disponibilidade para participar, contudo aquando do envio dos primeiros questionários, um destes peritos não respondeu na data limite e, como tal, foram apenas considerados quatro peritos na análise final.

2.5. Considerações éticas

Todos os profissionais que participaram no estudo assinaram o consentimento informado livre e esclarecido (apêndice IV), que foi, posteriormente dobrado e colocado numa caixa selada para o efeito. Este procedimento pretendeu garantir o anonimato das respostas.

O estudo foi submetido à avaliação pela Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Alcoitão a 24 de Abril de 2019, estando ainda a aguardar o respectivo parecer.

2.6. Procedimentos

Uma vez que o número de UCCI's portuguesas é extenso, foi feito um levantamento de todas as Unidades de Cuidados Continuados Integrados do país, através da listagem pública disponibilizada pelo ministério da saúde (ACSS – SNS, 2018). A escolha das UCCI's foi feita, em primeira análise, com base em contactos prévios com colegas e, posteriormente, completada com a listagem da RNCCI de forma intencional.

Foi enviado um email a todas as Unidades com um pedido de autorização à direcção clínica para recolha de dados nas suas instalações (apêndice V). Após resposta positiva, foram enviados por correio, os questionários e os consentimentos informados, juntamente com duas caixas devidamente endereçadas, para que, após preenchimento, pudessem ser devolvidas. Cada instituição definiu um profissional responsável por receber, distribuir e recolher os questionários.

2.7. Análise de Dados

Após a recolha dos dados, os mesmos foram introduzidos numa base de dados informatizada e processados através do programa de estatística SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) – versão 22.0.

Foram feitas análises exploratórias dos dados recolhidos, realizando uma análise estatística descritiva e inferencial. Para todos os testes, considerou-se o nível de significância quando $p \leq 0,05$.

2.8. Análise Factorial

De forma a tentar agrupar as 20 afirmações analisadas por dimensões específicas, foi realizada uma análise factorial.

A análise factorial assume-se como uma técnica multivariada que permite reduzir um conjunto de variáveis, reduzindo a informação abundante que dispomos (Spearman, 1904; Pearson & Hotteling, 1933; Thurstone, 1947). O propósito essencial da análise factorial é descrever, se possível, a estrutura de covariância entre as variáveis relativamente a um menor número de variáveis não observáveis, denominadas de factores (Pestana & Velosa, 2008). Ou seja, a análise factorial estuda os inter-relacionamentos entre as variáveis, num esforço para encontrar um conjunto de factores, em menor número que o conjunto de variáveis originais, determinando o que as variáveis originais partilham em comum (Pestana & Velosa, 2008).

Por esta via, tem como objectivo primordial identificar um número de factores ou variáveis latentes capazes de explicar as relações existentes entre um número mais amplo de variáveis observadas, ou seja, analisar se as correlações verificadas entre variáveis observadas resultam do facto de partilharem factores comuns (Spearman, 1904; Pearson & Hotteling, 1933; Thurstone, 1947).

Deste modo, numa primeira instância urge analisar a consistência interna dos factores: a proporção de variabilidade nas respostas que resulta de diferenças nos inquiridos. Isto é, as respostas diferem não porque o questionário seja confuso e leve a diferentes interpretações, mas

porque os inquiridos têm diversas opiniões (Spearman, 1904; Pearson & Hotteling, 1933; Thurstone, 1947).

O Alpha de Cronbach é uma das medidas mais utilizadas na verificação da Consistência Interna de um conjunto de variáveis (itens) variando entre 0 e 1, sendo considerado de inadmissível se inferior a 0.6, fraco se compreendido entre 0.6 e 0.7, razoável se enquadrado entre 0.7 e 0.8, se assume valores entre 0.8 e 0.9 é considerado bom e valores acima de 0.9 assumem-se como muitos bons (Fortin, 2003).

O KMO e o Teste de Bartlett são dois procedimentos estatísticos que permitem aferir a qualidade das correlações entre as variáveis de forma a prosseguir com a Análise Factorial (Pestana & Velosa, 2008).

III – RESULTADOS

3.1. Caracterização Sócio Biográfica da Amostra

Foram contactadas 50 unidades e, destas, 14 aceitaram participar no estudo. Foram assim integradas as respostas da a) Associação de Solidariedade Social, C.R.D. de Travassós de Baixo – ACREDITA; b) UCCI Santa Casa da Misericórdia de Portimão; c) UCCI Moura - Fundação São Barnabé; d) UCCI Fernando Pessoa; e) Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira; f) ARIFA; g) UCCI Nini Lacerda; h) UCCI Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco; i) UCCI Castelo de Paiva; j) Centro Social São Nuno Santa Maria; k) UCCI Santa Casa da Misericórdia do Fundão; l) UCCI Estombar; m) UCCI Avanca; n) UCCI Faro.

Foram enviados 590 questionários e devolvidos 304 exemplares. Destes 304 questionários foram excluídos 40 por não apresentarem todos os critérios de inclusão. Deste modo, este estudo apresenta uma amostra total de 264 respostas. O tempo médio de preenchimento do questionário foi de 10 minutos, tendo demorado, no mínimo, oito e, no máximo, 12 minutos.

Do total de inquiridos, 222 (84.1%) são do sexo feminino e 42 (15.9%) do sexo masculino, tendo a maioria nacionalidade portuguesa (97.3%). As idades estão compreendidas entre os 19 e os 70 anos ($M = 32$ anos; $DP = 10.11$). As percentagens mais elevadas das respostas incidem nos profissionais de enfermagem (42.8%) e nos Auxiliares de Acção Médica (24.2%), e as percentagens mais baixas nos Terapeutas Ocupacionais (3%) e Animadores Socioculturais (3%) (Quadro 1). No apêndice VI encontram-se os gráficos referentes à análise da tabela 1 com os respectivos gráficos percentuais.

Tabela 1. Nacionalidade, Habilitações Literárias e Profissão dos participantes

	Feminino	Masculino	Total
Nacionalidade			
Portuguesa	216	41	257
Brasileira	3	0	3
Italiana	0	1	1
Luso Brasileira	1	0	1
Angolana	1	0	1
Moçambicana	1	0	1
Habilitações Literárias			
4º ano	3	0	3
9º ano	19	2	21
12º ano	37	4	41
Licenciatura	138	28	166
Mestrado	24	7	31
Doutoramento	1	1	2
Profissão			
Médico	10	6	16
Enfermeiro	89	24	113
Fisioterapeuta	16	3	19
Terapeuta Ocupacional	7	1	8
Técnico Superior de Serviço Social	17	0	17
Psicólogo Clínico	9	1	10
Nutricionista	9	0	9
Animador Sociocultural	8	0	8
Auxiliar de Acção Médica	57	7	64

3.2. Caracterização Profissional da Amostra

A actuação dos profissionais dividiu-se da seguinte forma, por tipologia: 119 (45.1%) exercem numa UMDR e ULDM, 85 (32.2%), numa ULDM, 31 (11.7%), numa UMDR, 22 (8.3%) numa UC e UMDR, cinco (1.9%) numa UC, UMDR e ULDM, e dois (0.8%) numa UC e ULDM. Do total da amostra, 12.5% exerce a sua profissão há pelo menos cinco anos ($M = 7$, $Min = 1$, $Max = 44$, $DP = 7.436$), 15.2% trabalham em Cuidados Continuados Integrados há pelo menos cinco anos ($M = 4$, $Min = 1$, $Max = 15$, $DP = 3.392$) e 15.2% trabalham na mesma Unidade de Cuidados Continuados Integrados há pelo menos cinco anos ($M = 4$, $Min = 1$, $Max = 15$, $DP = 3.482$).

A maioria dos participantes ($N = 203$; 76.9%) não possui formação específica em disfagia. 238 profissionais (90.2%) exercem funções juntamente com um Terapeuta da Fala em contexto de UCCI. Dos dados recolhidos, 58% dos Terapeutas da Fala indicados possuem um vínculo a tempo parcial e 32.2% a tempo integral.

Na tabela 2 encontra-se a distribuição do tipo de UCCI, da formação específica em disfagia, da presença do Terapeuta da Fala na UCCI e vínculo profissional, encontrando-se em apêndice (VII) os respectivos gráficos de barras.

Tabela 2. Tipo de UCCI, formação específica em disfagia, presença do Terapeuta da Fala na UCCI e se este se encontra a tempo inteiro ou parcial.

	Feminino	Masculino	Total
Tipos de UCCI			
UMDR	22	9	31
ULDM	72	13	85
UMDR/ULDR	102	17	119
UC/UMDR/ULDM	4	1	5
UC/UMDR	20	2	22
UC/ULDR	2	0	2
Formação Específica em Disfagia			
Sim	51	10	61
Não	171	32	203
Equipa com Terapeuta da Fala			
Sim	201	37	238
Não	21	5	26
Terapeuta da Fala a tempo:			
Integral	73	12	85
Parcial	128	25	153

Foi computado o teste *T-Student* com a finalidade de se obter uma comparação em tendência central entre duas variáveis. Neste caso, a sua utilização não é comprometida em virtude da dimensão amostral (Pestana & Velosa, 2008). Como tal, de acordo com a tabela 3, foram computados testes de averiguação de diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis “formação específica em disfagia” e a existência ou não de Terapeutas da Fala na UCCI. A validação ou não de existência de diferenças significativas foi levada a cabo pela consideração do respetivo valor p associado a cada comparação ($p \leq 0,05$).

Tabela 3. Diferenças Significativas de acordo com as variáveis “formação específica em disfagia” e “existência de TF na UCCI”

Variáveis	Afirmações	Valor p
Formação específica em disfagia	8	0,002
	9	0,023
	18	0,002
	20	0,001
Existência de Terapeutas da Fala na UCCI	3	0,007
	7	0,002
	9	0,038
	13	0,043
	14	0,038
	15	0,019
	16	0,048
	18	0,043
	19	0,039

Esta análise foi realizada por se considerar relevante analisar se existiam diferentes percepções dos profissionais em relação às duas variáveis acima especificadas, considerando as variáveis chave no enquadramento do estudo efectuado.

Através da análise da tabela 3, pode-se concluir que na variável “formação específica em disfagia”, ocorrem diferenças significativas nas respostas às afirmações (8) *“Compete ao Terapeuta da Fala reabilitar as pessoas com alterações de deglutição”*, (9) *“O Terapeuta da Fala é responsável por realizar uma avaliação objetiva e realizar terapia directa ao nível das dificuldades de deglutição”*, (18) *“O Terapeuta da Fala mantém o movimento do corpo, conserva e/ou melhora as capacidades de locomoção e dos autocuidados”* e (20) *“Cabe ao Terapeuta da Fala administrar a alimentação aos utentes com Sonda Nasogástrica/PEG”*, ou seja, nestas afirmações, os profissionais que têm formação específica em disfagia responderam de forma diferente em relação aos profissionais que não têm essa mesma formação. Esta afirmação comprova-se pela análise dos valores *p* estabelecidos no quadro acima, que levam à rejeição da hipótese inicial, definindo que em média as respostas não são iguais entre os que possuem ou não essa mesma formação.

Quanto à variável “existência de Terapeutas da Fala na UCCI”, concluiu-se que houve uma diferença significativa nas respostas dadas por profissionais que têm Terapeuta da Fala na equipa, relativamente às afirmações (3) *“O Terapeuta da Fala analisa quais os nutrientes, avaliando os seus riscos e os benefícios para o utente”*, (7) *“É muito importante a integração de um Terapeuta da Fala nas equipas de Cuidados Continuados”*, (9) *“O Terapeuta da Fala é responsável por realizar uma avaliação objetiva e realizar terapia directa ao nível das dificuldades de deglutição”*, (13) *“O Terapeuta da Fala tem o papel de manter uma deglutição segura por via oral sempre que possível”*, (14) *“Compete ao Terapeuta da Fala, em conjunto com a equipa, e de acordo com a vontade do utente, sugerir uma via de alimentação alternativa”*, (15) *“O Terapeuta da Fala pode recorrer a algumas estratégias, no momento da alimentação, que devem ser personalizadas e ajustadas ao utente”*, (16) *“O Terapeuta da Fala deve propor estratégias para promover uma adequada hidratação e promover o prazer alimentar”*, (18) *“O Terapeuta da Fala mantém o movimento do corpo, conserva e/ou melhora as capacidades de locomoção e dos autocuidados”* e (19) *“O Terapeuta da Fala orienta e apoia o doente, a família e a equipa na tomada de decisões sobre as vias alternativas de alimentação”*. Comprova-se pela análise dos valores *p* estabelecidos na tabela 3, que levam à rejeição das mesmas, definindo que, em média, as respostas não são iguais entre os que têm ou não Terapeuta da Fala na UCCI.

3.3. Análise Factorial

Foi realizada uma análise factorial de forma a compreender se as 20 afirmações analisadas eram susceptíveis de serem agregadas em dimensões específicas. Por esta via, foram introduzidas as 20 afirmações constantes no questionário, tendo sido testada a sua consistência interna (*Alpha de Cronbach*) e a respectiva qualidade das correlações entre as variáveis (KMO), de forma a garantir a viabilidade do uso da análise factorial.

Neste caso, e mediante análise atenta da tabela 4, abaixo definida, facilmente se verifica que a consistência interna é elevada.

Tabela 4. Alpha de Cronbach

Alpha de Cronbach	Nº de Itens
0,826	20

Depois do enquadramento teórico prévio, onde foram expostos os pressupostos e objectivos da análise factorial, bem como a estatística que garante a consistência interna do modelo, foram estabelecidos os resultados efectivos da análise efectuada.

Assim, de salientar que foi obtido um KMO de forma a aferir a qualidade das correlações entre as variáveis e prosseguir com a análise factorial (tabela 5). O valor apresentado (0,868) mostra de forma evidente uma boa relação entre as variáveis.

Tabela 5. KMO e Teste de Bartlett

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy	0,868
Bartlett's Test of Sphericity	
Approx. Chi-Square	2111,216
df	190
p	0,000

Adicionalmente, através de uma análise da matriz de extracção de factores, verificou-se a retenção de quatro factores que, de forma agregada, explicam 56,749% da variabilidade total dos dados observados.

Esta análise foi corroborada pelo *Screen Plot* (imagem 1) de extracção dos factores, onde se retém os quatros factores correspondentes a maior inclinação da recta, ou seja, a um maior afastamento entre os valores próprios (apêndice VIII).

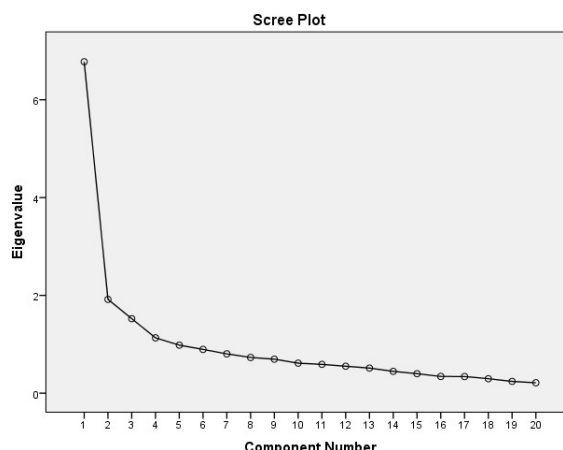


Imagem 1. Screen Plot

O quadro de componentes (tabela 6) reflete então a existência de quatro dimensões que se podem considerar como explicativas do modelo. Da análise detalhada, conclui-se que as afirmações (1) *“A avaliação da pessoa com disfagia deve ser feita em equipa”* e (5) *“A intervenção da pessoa com disfagia deve ser realizada em equipa”*, referem-se ao trabalho em equipa.

As afirmações (3) *“O Terapeuta da Fala analisa quais os nutrientes, avaliando os seus riscos e os benefícios para o utente”*, (4) *“É importante que o Terapeuta da Fala conheça as condições socioeconómicas do utente para orientar e sugerir as adaptações mais adequadas, a nível alimentar”*, (18) *“O Terapeuta da Fala mantém o movimento do corpo, conserva e/ou melhora as capacidades de locomoção e dos autocuidados”* e (20) *“Cabe ao Terapeuta da Fala administrar a alimentação aos utentes com Sonda Nasogástrica/PEG”*, são afirmações que não dizem respeito às funções do Terapeuta da Fala.

As afirmações (2) *“O Terapeuta da Fala melhora a capacidade de deglutição, adaptando-a e preservando, sempre que possível, o prazer da alimentação por via oral”*, (6) *“O Terapeuta da Fala identifica os sinais e os riscos de aspiração de alimentos e consequentes complicações associadas”*, (7) *“É muito importante a integração de um Terapeuta da Fala nas equipas de Cuidados Continuados”*, (8) *“Compete ao Terapeuta da Fala reabilitar as pessoas com alterações de deglutição”*, (9) *“O Terapeuta da Fala é responsável por realizar uma avaliação objetiva e realizar terapia directa ao nível das dificuldades de deglutição”* e (19) *“O Terapeuta da Fala orienta e apoia o doente, a família e a equipa na tomada de decisões sobre as vias alternativas de alimentação”*, referem as funções do Terapeuta da Fala.

Os objectivos do Terapeuta da Fala na disfagia estão contemplados nas afirmações (10) *“O Terapeuta da Fala pode ensinar o utente e a sua família a lidar com as dificuldades de deglutição”*, (11) *“O Terapeuta da Fala pode sugerir posturas de cabeça ou mudanças de posição para uma deglutição segura”*, (12) *“O Terapeuta da Fala modifica, sempre que necessário, a*

consistência dos alimentos e dos líquidos”, (13) “O Terapeuta da Fala tem o papel de manter uma deglutição segura por via oral sempre que possível”, (14) “Compete ao Terapeuta da Fala, em conjunto com a equipa, e de acordo com a vontade do utente, sugerir uma via de alimentação alternativa”, (15) “O Terapeuta da Fala pode recorrer a algumas estratégias, no momento da alimentação, que devem ser personalizadas e ajustadas ao utente”, (16) “O Terapeuta da Fala deve propor estratégias para promover uma adequada hidratação e promover o prazer alimentar” e (17) “O trabalho em equipa entre o Terapeuta da Fala e o nutricionista é crucial, nomeadamente no que respeita à alteração da dieta”.

Tabela 6. Quadro de Componentes

Afirmações		Componentes			
Dimensões		1	2	3	4
1		0,003	0,048	0,077	0,775
5		0,160	0,049	0,020	0,750
3		0,117	0,100	0,609	0,249
4		0,269	0,027	0,414	0,396
18		0,097	0,057	0,814	0,022
20		0,019	0,047	0,728	0,116
2		0,372	0,475	0,071	0,448
6		0,353	0,575	0,071	0,143
7		0,398	0,464	0,146	0,207
8		0,101	0,818	0,204	0,044
9		0,252	0,700	0,017	0,089
19		0,388	0,521	0,297	0,170
10		0,698	0,316	0,048	0,265
11		0,614	0,415	0,077	0,186
12		0,681	0,183	0,091	0,050
13		0,641	0,440	0,039	0,073
14		0,699	0,333	0,002	0,036
15		0,793	0,139	0,016	0,144
16		0,753	0,252	0,123	0,103
17		0,653	0,014	0,174	0,102

3.4. Análise das Afirmações

A análise das afirmações foi feita de acordo com a divisão das quatro dimensões apresentadas anteriormente: a) trabalho em equipa, b) funções que não pertencem ao Terapeuta da Fala, c) funções do Terapeuta da Fala e d) objectivos do Terapeuta da Fala na disfagia.

Através da análise das afirmações referentes ao trabalho em equipa, verificou-se que na afirmação (1) “*A avaliação da pessoa com disfagia deve ser feita em equipa*”, 52.3% respondeu “concordo totalmente”, tendo 12 profissionais respondido “discordo”, entre eles um médico e três enfermeiros. Destes 12 profissionais, nove não fizeram formação específica em disfagia e 11 têm Terapeuta da Fala na equipa. Na afirmação (5) “*A intervenção da pessoa com disfagia deve ser realizada em equipa*”, 59.8% respondeu “concordo totalmente”, tendo quatro profissionais

respondido “discordo”, nomeadamente um médico, dois enfermeiros e um assistente social. Destes quatro profissionais, dois possuem formação específica em disfagia e todos têm Terapeuta da Fala na equipa. Na tabela 7 encontram-se os dados detalhados referentes à análise das afirmações anteriores.

Tabela 7. Análise das afirmações referentes ao trabalho em equipa

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não sei
(1) A avaliação da pessoa com disfagia deve ser feita em equipa	0% (N = 0)	4.5% (N = 12)	2.7% (N = 7)	39.8% (N = 105)	52.3% (N = 138)	0.8% (N = 2)
(5) “A intervenção da pessoa com disfagia deve ser realizada em equipa”	0% (N = 0)	1.5% (N = 4)	2.7% (N = 7)	35.3% (N = 93)	59.8% (N = 158)	0.8% (N = 2)

Relativamente à análise das afirmações que não dizem respeito às funções do Terapeuta da Fala, na afirmação (3) “*O Terapeuta da Fala analisa quais os nutrientes, avaliando os seus riscos e os benefícios para o utente*”, 6.1% respondeu “discordo totalmente”, tendo 91 profissionais respondido “concordo”, entre eles três médicos, 26 enfermeiros e 23 auxiliares de acção médica. Destes 91 profissionais, 73 não fizeram formação específica em disfagia e 78 têm Terapeuta da Fala na equipa. Na afirmação (4) “*É importante que o Terapeuta da Fala conheça as condições socioeconómicas do utente para orientar e sugerir as adaptações mais adequadas, a nível alimentar*”, 1.1% respondeu “discordo totalmente”, tendo 103 profissionais respondido “concordo totalmente”, entre eles oito médicos, 43 enfermeiros e quatro assistentes sociais. Destes 103 profissionais, 80 não fizeram formação específica em disfagia e 95 têm Terapeuta da Fala na equipa. Na afirmação (18) “*O Terapeuta da Fala mantém o movimento do corpo, conserva e/ou melhora as capacidades de locomoção e dos autocuidados*”, 14.4% respondeu “discordo totalmente”, tendo 62 profissionais respondido “concordo”, entre eles 34 enfermeiros e 14 auxiliares de acção médica. Destes 62 profissionais, 53 não fizeram formação específica em disfagia e 57 têm Terapeuta da Fala na equipa. Na afirmação (20) “*Cabe ao Terapeuta da Fala administrar a alimentação aos utentes com Sonda Nasogástrica/PEG*”, 35.5% respondeu “discordo totalmente”, tendo 39 profissionais respondido “não concordo nem discordo”, entre os quais 10 enfermeiros e 10 auxiliares de acção médica. Destes 39 profissionais, 34 não fizeram

formação específica em disfagia e 33 têm Terapeuta da Fala na equipa. Na tabela 8 encontram-se os dados detalhados referentes à análise das afirmações anteriores.

Tabela 8. Análise das afirmações que não dizem respeito às funções do Terapeuta da Fala

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não sei
(3) O Terapeuta da Fala analisa quais os nutrientes, avaliando os seus riscos e os benefícios para o utente	6.1% (N = 16)	12.9% (N = 34)	15.5% (N = 41)	34.5% (N = 91)	26.1% (N = 69)	4.9% (N = 13)
(4) É importante que o Terapeuta da Fala conheça as condições socioeconómicas do utente para orientar e sugerir as adaptações mais adequadas, a nível alimentar	1.1% (N = 3)	3.8% (N = 10)	8.7% (N = 23)	44.7% (N = 118)	39% (N = 103)	2.7% (N = 7)
(18) O Terapeuta da Fala mantém o movimento do corpo, conserva e/ou melhora as capacidades de locomoção e dos autocuidados	14.4% (N = 38)	26.9% (N = 71)	18.9% (N = 50)	23.5% (N = 62)	11.7% (N = 31)	4.5% (N = 12)
(20) Cabe ao Terapeuta da Fala administrar a alimentação aos utentes com Sonda Nasogástrica/PEG	35.6% (N = 94)	37.9% (N = 100)	14.8% (N = 39)	5.3% (N = 14)	3.8% (N = 10)	2.7% (N = 7)

Quanto à análise das afirmações que dizem respeito às funções do Terapeuta da Fala, na afirmação (2) “*O Terapeuta da Fala melhora a capacidade de deglutição, adaptando-a e preservando, sempre que possível, o prazer da alimentação por via oral*”, 59.1% respondeu “concordo totalmente” e 40.2% respondeu “concordo”, tendo apenas um profissional respondido “não concordo nem discordo” (animador sociocultural) e um “não sei” (auxiliar de acção médica). Destes 156 profissionais, que responderam “concordo totalmente”, 124 não fizeram formação específica em disfagia e 144 contam com um Terapeuta da Fala na equipa. Na afirmação (6) “*O Terapeuta da Fala identifica os sinais e os riscos de aspiração de alimentos e consequentes complicações associadas*”, 53% respondeu “concordo totalmente” e 41.3% respondeu “concordo”, tendo 12 profissionais respondido “não concordo nem discordo” (um médico, seis enfermeiros) e três “não sei” (um psicólogo clínico e dois auxiliares de acção médica). Destes 140 profissionais, que responderam “concordo totalmente”, 109 não fizeram formação específica em disfagia e 131 têm Terapeuta da Fala na equipa. Na afirmação (7) “*É muito importante a*

integração de um Terapeuta da Fala nas equipas de Cuidados Continuados”, 71.2% respondeu “concordo totalmente”, tendo dois profissionais respondido “discordo” (um enfermeiro e um psicólogo clínico) e dois “não concordo nem discordo” (um médico e um animador sociocultural). Destes 188 profissionais que responderam “concordo totalmente”, 150 não fizeram formação específica em disfagia e 178 têm Terapeuta da Fala na equipa. Na afirmação (8) *“Compete ao Terapeuta da Fala reabilitar as pessoas com alterações de deglutição”*, 47.3% respondeu “concordo”, tendo 23 profissionais respondido “não concordo nem discordo” (11 enfermeiros e nove auxiliares de acção médica) e sete “discordo” (quatro enfermeiros e dois auxiliares de acção médica). Destes 125 profissionais que responderam “concordo”, 96 não fizeram formação específica em disfagia e 109 têm Terapeuta da Fala na equipa. Na afirmação (9) *“O Terapeuta da Fala é responsável por realizar uma avaliação objetiva e realizar terapia directa ao nível das dificuldades de deglutição”*, 48.1% respondeu “concordo totalmente”, tendo seis profissionais respondido “não concordo nem discordo” (um enfermeiro, três auxiliares de acção médica) e quatro “não sei” (um enfermeiro, um assistente social e dois auxiliares de acção médica). Destes 127 profissionais que responderam “concordo totalmente”, 104 não fizeram formação específica em disfagia e 122 têm Terapeuta da Fala na equipa. Na afirmação (19) *“O Terapeuta da Fala orienta e apoia o doente, a família e a equipa na tomada de decisões sobre as vias alternativas de alimentação”*, 48.1% respondeu “concordo”, tendo 29 profissionais respondido “não concordo nem discordo” (entre eles, 13 enfermeiros). Destes 127 profissionais que responderam “concordo”, 92 não fizeram formação específica em disfagia e 111 têm Terapeuta da Fala na equipa. Na tabela 9 encontram-se os dados detalhados referentes à análise das afirmações anteriores.

Tabela 9. Afirmações que dizem respeito às funções do Terapeuta da Fala

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não sei
(2) O Terapeuta da Fala melhora a capacidade de deglutição, adaptando-a e preservando, sempre que possível, o prazer da alimentação por via oral	0% (N = 0)	0% (N = 0)	0.4% (N = 1)	40.2% (N = 106)	59.1% (N = 156)	0.4% (N = 1)
(6) O Terapeuta da Fala identifica os sinais e os riscos de aspiração de alimentos e consequentes complicações associadas	0% (N = 0)	0% (N = 0)	4.5% (N = 12)	41.3% (N = 109)	53% (N = 140)	1.1% (N = 3)
(7) É muito importante a integração de um Terapeuta da Fala nas equipas de Cuidados Continuados	0% (N = 0)	0.8% (N = 2)	0.8% (N = 2)	27.3% (N = 72)	71.2% (N = 188)	0% (N = 0)
(8) Compete ao Terapeuta da Fala reabilitar as pessoas com alterações de deglutição	1.1% (N = 3)	2.7% (N = 7)	8.7% (N = 23)	47.3% (N = 125)	38.3% (N = 101)	1.9% (N = 5)
(9) O Terapeuta da Fala é responsável por realizar uma avaliação objetiva e realizar terapia directa ao nível das dificuldades de deglutição	0.4% (N = 1)	0.4% (N = 1)	2.3% (N = 6)	47.3% (N = 125)	48.1% (N = 127)	1.5% (N = 4)
(19) O Terapeuta da Fala orienta e apoia o doente, a família e a equipa na tomada de decisões sobre as vias alternativas de alimentação	0% (N = 0)	2.7% (N = 7)	11% (N = 29)	48.1% (N = 127)	36% (N = 95)	2.3% (N = 6)

No que diz respeito à análise das afirmações referentes aos objectivos do Terapeuta da Fala na disfagia, na afirmação (10) “*O Terapeuta da Fala pode ensinar o utente e a sua família a lidar com as dificuldades de deglutição*”, 58.3% respondeu “concordo totalmente” e 41.7% respondeu “concordo”. 203 dos profissionais não tem formação específica em disfagia e 238 tem Terapeuta da Fala na equipa. Na afirmação (11) “*O Terapeuta da Fala pode sugerir posturas de cabeça ou mudanças de posição para uma deglutição segura*”, 57.6% respondeu “concordo totalmente”, tendo um auxiliar de acção médica respondido “discordo”, um assistente social respondido “não concordo nem discordo” e um assistente social e um animador sociocultural respondido “não sei”.

Destes 152 profissionais que responderam “concordo totalmente”, 119 não fizeram formação específica em disfagia e 142 têm Terapeuta da Fala na equipa. Na afirmação (12) *“O Terapeuta da Fala modifica, sempre que necessário, a consistência dos alimentos e dos líquidos”*, 49.6% respondeu “concordo totalmente” e 41.7% respondeu “concordo”, tendo 6 enfermeiros respondido “não concordo nem discordo”. Dos 131 profissionais que responderam “concordo totalmente”, 100 não fizeram formação específica em disfagia e 125 têm Terapeuta da Fala na equipa. Na afirmação (13) *“O Terapeuta da Fala tem o papel de manter uma deglutição segura por via oral sempre que possível”*, 53% respondeu “concordo totalmente” e 42.8% respondeu “concordo”. Dos 140 profissionais que responderam “concordo totalmente”, 110 não fizeram formação específica em disfagia e 133 têm Terapeuta da Fala na equipa. Na afirmação (14) *“Compete ao Terapeuta da Fala, em conjunto com a equipa, e de acordo com a vontade do utente, sugerir uma via de alimentação alternativa”*, 53.4% respondeu “concordo totalmente” e 40.5% respondeu “concordo”, tendo sete enfermeiros respondido “não concordo nem discordo”. Dos 141 profissionais que responderam “concordo totalmente”, 110 não fizeram formação específica em disfagia e 135 têm Terapeuta da Fala na equipa. Na afirmação (15) *“O Terapeuta da Fala pode recorrer a algumas estratégias, no momento da alimentação, que devem ser personalizadas e ajustadas ao utente”*, 58.7% respondeu “concordo totalmente”. Dos 155 profissionais que responderam “concordo totalmente”, 121 não fizeram formação específica em disfagia e 146 têm Terapeuta da Fala na equipa. Na afirmação (16) *“O Terapeuta da Fala deve propor estratégias para promover uma adequada hidratação e promover o prazer alimentar”*, 53% respondeu “concordo totalmente” e 42% respondeu “concordo”. Dos 140 profissionais que responderam “concordo totalmente”, 107 não fizeram formação específica em disfagia e 135 têm Terapeuta da Fala na equipa. Na afirmação (17) *“O trabalho em equipa entre o Terapeuta da Fala e o nutricionista é crucial, nomeadamente no que respeita à alteração da dieta”*, 63.6% respondeu “concordo totalmente”, tendo 1 nutricionista respondido “discordo”. Dos 168 profissionais que responderam “concordo totalmente”, 133 não fizeram formação específica em disfagia e 154 têm Terapeuta da Fala na equipa. Na tabela 10 encontram-se os dados detalhados referentes aos objectivos do Terapeuta da Fala na disfagia.

Tabela 10. Afirmações que dizem respeito aos objectivos do Terapeuta da Fala na disfagia

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não sei
(10) O Terapeuta da Fala pode ensinar o utente e a sua família a lidar com as dificuldades de deglutição	0% (N = 0)	0% (N = 0)	0% (N = 0)	41.7% (N = 110)	58.3% (N = 154)	0% (N = 0)
(11) O Terapeuta da Fala pode sugerir posturas de cabeça ou mudanças de posição para uma deglutição segura	0% (N = 0)	0.4% (N = 1)	0.4% (N = 1)	40.9% (N = 108)	57.6% (N = 152)	0.8% (N = 2)
(12) O Terapeuta da Fala modifica, sempre que necessário, a consistência dos alimentos e dos líquidos	0.8% (N = 2)	0.4% (N = 1)	6.4% (N = 17)	41.7% (N = 110)	49.6% (N = 131)	1.1% (N = 3)
(13) O Terapeuta da Fala tem o papel de manter uma deglutição segura por via oral sempre que possível	0% (N = 0)	0.8% (N = 2)	1.9% (N = 5)	42.8% (N = 113)	53% (N = 140)	1.4% (N = 4)
(14) Compete ao Terapeuta da Fala, em conjunto com a equipa, e de acordo com a vontade do utente, sugerir uma via de alimentação alternativa	0% (N = 0)	1.9% (N = 5)	3.8% (N = 10)	40.5% (N = 107)	53.4% (N = 141)	0.4% (N = 1)
(15) O Terapeuta da Fala pode recorrer a algumas estratégias, no momento da alimentação, que devem ser personalizadas e ajustadas ao utente	0% (N = 0)	0.4% (N = 1)	2.7% (N = 7)	37.9% (N = 100)	58.7% (N = 155)	0.4% (N = 1)
(16) O Terapeuta da Fala deve propor estratégias para promover uma adequada hidratação e promover o prazer alimentar	0% (N = 0)	0% (N = 0)	3.8% (N = 10)	42% (N = 111)	53% (N = 140)	1.1% (N = 3)
(17) O trabalho em equipa entre o Terapeuta da Fala e o nutricionista é crucial, nomeadamente no que respeita à alteração da dieta	0% (N = 0)	1.5% (N = 4)	1.1% (N = 3)	32.6% (N = 86)	63.6% (N = 168)	1.1% (N = 3)

3.5. Análise de Variância

Foi realizada uma análise de variância ANOVA com a finalidade de se compreender se ocorriam diferenças significativas nas respostas às afirmações do questionário em relação às

variáveis profissão, tipo de unidades de internamento da RNCCI, Terapeuta da Fala a tempo integral ou parcial.

A análise de variância ANOVA possibilita a comparação de parâmetros com mais de duas populações, colocando em prática um conjunto de técnicas utilizadas na análise de dados, que estão dependentes de vários efeitos, operando simultaneamente (Murteira & Antunes, 2012).

Deste modo, a ideia e o objetivo base associados a uma análise de variância consiste em analisar a dispersão total presente num conjunto de dados e identificar os factores que deram origem a essa dispersão, avaliando a contribuição de cada um deles (Murteira & Antunes, 2012).

A ANOVA assenta numa análise da variação total de um grupo de dados de duas formas diferentes: a) a variação dentro dos grupos, avaliando a discrepância de todos os valores brutos em relação à média do grupo a que pertencem, e a b) variação entre grupos, avaliando a própria discrepância existente entre as médias dos diferentes grupos existentes (Murteira & Antunes, 2012).

Tabela 11. Análise de variância ANOVA segundo as variáveis “profissão”, “tipo de unidades de internamento da RNCCI”, “Terapeuta da Fala a tempo integral ou parcial”.

Variáveis	Afirmações	Nível de significância $p \leq 0,05$
Profissão	1	0,028
	3	0,004
	5	0,003
	8	0,001
	10	0,047
	13	0,005
	20	0,000
Tipo de unidades de internamento da RNCCI	3	0,002
	4	0,017
	10	0,021
Terapeuta da Fala a tempo integral ou parcial	1	0,021
	3	0,039
	5	0,039
	7	0,002
	13	0,022
	14	0,028
	15	0,015
	16	0,026

Através da análise da tabela 11, podemos concluir que na variável “profissão”, ocorrem diferenças significativas nas respostas às afirmações (1) “A avaliação da pessoa com disfagia deve ser feita em equipa”, (3) “O Terapeuta da Fala analisa quais os nutrientes, avaliando os seus riscos e os benefícios para o utente”, (5) “A intervenção da pessoa com disfagia deve ser realizada em equipa”, (8) “Compete ao Terapeuta da Fala reabilitar as pessoas com alterações de

deglutição”, (10) *“O Terapeuta da Fala pode ensinar o utente e a sua família a lidar com as dificuldades de deglutição”*, (13) *“O Terapeuta da Fala tem o papel de manter uma deglutição segura por via oral sempre que possível”* e (20) *“Cabe ao Terapeuta da Fala administrar a alimentação aos utentes com Sonda Nasogástrica/PEG”*, ou seja, nestas afirmações, verificaram-se diferenças nas respostas de acordo com as diferentes classes profissionais que fizeram parte do estudo. Esta afirmação comprova-se pela análise dos valores de p estabelecidos no quadro acima descrito, que levam à rejeição das afirmações, definindo que, em comparação em variâncias, as respostas são iguais entre as mesmas categorias profissionais.

Na variável “tipo de unidades de internamento da RNCCI”, existem diferenças significativas nas afirmações (3) *“O Terapeuta da Fala analisa quais os nutrientes, avaliando os seus riscos e os benefícios para o utente”*, (4) *“É importante que o Terapeuta da Fala conheça as condições socioeconómicas do utente para orientar e sugerir as adaptações mais adequadas, a nível alimentar”* e (10) *“O Terapeuta da Fala pode ensinar o utente e a sua família a lidar com as dificuldades de deglutição”*, o que significa que existem diferentes respostas para diferentes tipologias de unidades onde os profissionais trabalham. Os valores p estabelecidos no quadro acima, levam à rejeição das afirmações, determinando que, em comparação em variâncias, as respostas assinaladas são semelhantes entre os profissionais que exercem nas mesmas tipologias de unidades de internamento.

Quanto à variável “Terapeuta da Fala a tempo integral ou parcial”, ocorrem diferenças significativas nas afirmações (1) *“A avaliação da pessoa com disfagia deve ser feita em equipa”*, (3) *“O Terapeuta da Fala analisa quais os nutrientes, avaliando os seus riscos e os benefícios para o utente”*, (5) *“A intervenção da pessoa com disfagia deve ser realizada em equipa”*, (7) *“É muito importante a integração de um Terapeuta da Fala nas equipas de Cuidados Continuados”*, (13) *“O Terapeuta da Fala tem o papel de manter uma deglutição segura por via oral sempre que possível”*, (14) *“Compete ao Terapeuta da Fala, em conjunto com a equipa, e de acordo com a vontade do utente, sugerir uma via de alimentação alternativa”*, (15) *“O Terapeuta da Fala pode recorrer a algumas estratégias, no momento da alimentação, que devem ser personalizadas e ajustadas ao utente”* e (16) *“O Terapeuta da Fala deve propor estratégias para promover uma adequada hidratação e promover o prazer alimentar”*, isto é, a existência de Terapeuta da Fala a tempo integral ou parcial fez com que os inquiridos respondessem de forma diferente às afirmações acima referidas. Estas diferenças manifestam-se pelos valores p estabelecidos no quadro acima, que levam à rejeição das afirmações, definindo que, em comparação em variâncias, as respostas são iguais entre a existência de Terapeuta da Fala a tempo integral ou parcial.

IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo teve como principal objetivo a recolha da opinião dos profissionais (i.e. médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos clínicos, assistentes sociais e auxiliares de ação médica) que exercem funções nas unidades de cuidados continuados integrados, acerca da atuação do Terapeuta da Fala na pessoa com disfagia.

O questionário cumpre o critério de aceitabilidade, no que respeita ao tempo de preenchimento, uma vez que o tempo médio registado foi 10 minutos, valor aproximado dos valores mencionados na literatura (5 a 15 minutos) para instrumentos validados, seguros, cientificamente fundamentados e preenchidos pelo próprio (Franic, Bramlett & Bothe, 2005).

Fizeram parte da amostra 264 profissionais, predominantemente do sexo feminino (84.1%), em que 42.8% pertence à classe dos enfermeiros.

O tempo de exercício profissional quando comparado com o tempo de exercício em Cuidados Continuados Integrados e com o período em que os profissionais exercem funções na mesma UCCI é exactamente o mesmo (cinco anos). Relacionando estas variáveis, com a variável da idade dos participantes no estudo, ($M = 32$ anos), foi possível inferir que alguns dos profissionais já tinham exercido funções noutra unidade prestadora de Cuidados Continuados, de internamento, ambulatório, ou mesmo numa equipa hospitalar ou domiciliária.

A formação é um factor primordial no bom desempenho de uma equipa (Hall & Weaver, 2001) mas da população estudada, apenas 23.1% efectuou formação que abordasse a temática da disfagia. Os enfermeiros representaram o maior número de profissionais com formação em disfagia ($N = 27$), seguindo-se os auxiliares de acção médica ($N = 23$). Estes resultados podem ser justificados com o facto de estas duas classes profissionais serem as que estão sempre presentes nos momentos de alimentação e hidratação, que prestam cuidados à pessoa com disfagia ao longo das 24 horas e, consequentemente, poderem sentir uma maior necessidade formativa para melhor cuidar destas pessoas. Também importa considerar a noção de que muitas instituições não disponibilizam formação interna e que o investimento temporal e financeiro em actividades formativas pode ser uma condicionante para a participação em formações sobre esta temática.

Segundo Marik & Kaplan (2003), citados por Ebihara, *et al* (2011), a intervenção na pessoa com disfagia envolve uma equipa com vários profissionais, nomeadamente, médico de cuidados primários, pneumologista, terapeuta da fala, dietista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, enfermeiro, dentista e os cuidadores. Esta noção não foi corroborada com os resultados encontrados neste estudo, uma vez que 9.8% das equipas não têm Terapeuta da Fala e que a maioria das UCCI tem Terapeuta da Fala apenas a tempo parcial (58%), o que limita a

possibilidade deste profissional dar a formação necessária e desejada aos restantes profissionais para intervirem com os utentes com disfagia. Os Terapeutas da Fala podem articular o seu conhecimento específico com o dos outros na organização do trabalho, o que possibilita tanto partilhar as acções como delegar actividades a outros profissionais, sempre nos moldes de uma prática colaborativa. Essa flexibilidade permite otimizar os recursos e ampliar o reconhecimento e a atenção às necessidades de saúde próprias dos utentes e do serviço, visto que as necessidades são heterogéneas e complexas e requerem ser apreendidas de forma integral e não apenas focadas nas solicitações e necessidades momentâneas (WHO, 2010). Ainda nesta linha, as respostas às afirmações (1)¹ e (5)², relacionadas com o trabalho em equipa, estão de acordo com a literatura, uma vez que 52.3% concorda totalmente que a avaliação da pessoa com disfagia deve ser feita em equipa e 59.8% concorda totalmente que a intervenção da pessoa com disfagia deve ser realizada em equipa.

As respostas às afirmações (3)³ e (4)⁴ não foram ao encontro da literatura nem com a resposta expectada. Quanto à afirmação (3), 34.5% dos profissionais responderam “concordo”, ou seja, não reconheceram o nutricionista como aquele que analisa os nutrientes, avaliando os seus riscos e benefícios para o utente. Segundo a literatura, o nutricionista presta auxílio na prevenção de problemas associados com a desnutrição através da identificação de factores de predisposição, implementando estratégias apropriadas de promover os nutrientes necessários, bem como a monitorização e avaliação de todo o processo em questão (Bretan, 2007). Relativamente à afirmação (4), apenas 1.1% dos profissionais assinalaram a opção “discordo totalmente” e 3.8% a opção “discordo”, o que demonstra que apenas uma pequena percentagem da amostra conhece as funções do assistente social. O Assistente Social é descrito como aquele que presta apoio na adaptação à situação da doença e/ou na dependência do doente, cedendo informações sobre direitos sociais, nomeadamente: subsídios na doença, isenções, acompanhamentos, transportes, alimentação, serviços voluntários, vida profissional/escolar (Couto *et al*, 2007). Para poder prestar esse apoio, o Assistente Social faz o diagnóstico social do utente, atendendo ao seu contexto sócio-familiar e, assim, perceber que recursos e apoios o utente tem direito (Couto *et al*, 2007). Posteriormente, o Assistente Social comunica os resultados ao Terapeuta da Fala, e restante equipa, para que possam adequar a sua intervenção (Couto *et al*, 2007).

¹ (1) A avaliação da pessoa com disfagia deve ser feita em equipa.

² (5) A intervenção da pessoa com disfagia deve ser realizada em equipa.

³ (3) O Terapeuta da Fala analisa quais os nutrientes, avaliando os seus riscos e os benefícios para o utente.

⁴ (4) É importante que o Terapeuta da Fala conheça as condições socioeconómicas do utente para orientar e sugerir as adaptações mais adequadas, a nível alimentar.

Na afirmação (18)⁵ os profissionais demonstram-se divididos quanto ao reconhecimento das funções do Fisioterapeuta, uma vez que 26.9% “discorda” da afirmação e 23.5% concorda, havendo uma diferença de apenas 3.4% de entre as escolhas assinaladas. Considera-se que este valor não determina exactamente o conhecimento dos profissionais em relação à temática, pelo que se pode analisar através da relação da afirmação com a variável profissão. Através desta análise observou-se que 34 enfermeiros assinalaram a opção “concordo” e 33 a opção “discordo”; 14 auxiliares de acção médica assinalaram a opção “concordo” e 16 a opção “discordo”; 2 fisioterapeutas assinalaram a opção “concordo” e 7 a opção “discordo”. Exposto isto, é possível que esta afirmação não estivesse bem formulada, levando os inquiridos a inviabilizar as respostas. Era de esperar que a maioria dos profissionais assinalasse a opção “discordo totalmente”, só assim a afirmação estaria suportada pela bibliografia, que refere que “a Fisioterapia envolve a interação entre o Fisioterapeuta, utentes/clientes, outros profissionais, famílias, cuidadores e comunidades num processo onde o potencial de movimento é examinado/avaliado e as metas são acordadas, utilizando conhecimentos e técnicas exclusivas específicas. Os Fisioterapeutas estão focados em identificar e maximizar a qualidade de vida e o potencial de movimento nas áreas de promoção, prevenção, tratamento/intervenção, habilitação e reabilitação” (Vital *et al*, 2018).

Quando a pessoa com disfagia deixa de ser alimentada por via oral e passa a ter outro método alternativo, nomeadamente PEG ou SNG, considera-se da competência do enfermeiro executar com qualidade e segurança os cuidados inerentes a estas vias (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Tal como era previsto na afirmação (20)⁶, os inquiridos corroboram com a literatura, visto que 37.9% assinalaram a opção “discordo” e 35.6% a opção “discordo totalmente”.

Nas afirmações (2)⁷ e (6)⁸ nenhum dos profissionais assinalou as opções “discordo” e “discordo totalmente”. Deste modo, de acordo com a bibliografia referenciada no capítulo *Fundamentação Teórica*, pode considerar-se que os profissionais reconhecem que os Terapeutas da Fala promovem a melhoria da capacidade de deglutição (59.1%) e identificam os sinais e os riscos de aspiração de alimentos (53%).

⁵ (18) O Terapeuta da Fala mantém o movimento do corpo, conserva e/ou melhora as capacidades de locomoção e dos autocuidados.

⁶ (20) Cabe ao Terapeuta da Fala administrar a alimentação aos utentes com Sonda Nasogástrica/PEG.

⁷ (2) O Terapeuta da Fala melhora a capacidade de deglutição, adaptando-a e preservando, sempre que possível, o prazer da alimentação por via oral.

⁸ (6) O Terapeuta da Fala identifica os sinais e os riscos de aspiração de alimentos e consequentes complicações associadas.

O facto de 71.2% dos inquiridos ter assinalado que concordam totalmente com a integração do Terapeuta da Fala nas UCCI, fazem relacionar esta afirmação (7)⁹ com as afirmações (1)¹⁰ e (5)¹¹. Deste modo, foi possível considerar que a presença destes profissionais de saúde pode permitir que a equipa adquira conhecimentos relevantes à sua prática profissional na pessoa com disfagia. Sobre esta temática, o estudo de Alves (2016) aborda a importância da formação em contexto de trabalho e refere que o contexto de trabalho pode ser considerado como um espaço educativo fundamental porque no dia-a-dia de cada indivíduo e no contexto de trabalho, os diferentes profissionais interagem, reagem a acontecimentos, participam e tomam decisões que se esperam conjuntas.

As afirmações (8)¹² e (9)¹³ vão ao encontro do que era esperado, uma vez que, através das respostas assinaladas (respectivamente, 47.3% “concordo” e 48.1% “concordo totalmente”), os profissionais demonstram que reconhecem os objectivos de avaliação e de reabilitação do Terapeuta da Fala na pessoa com disfagia. Relacionando estas afirmações com as afirmações (1) e (5), analisadas anteriormente, conseguimos perceber que os profissionais incluem o Terapeuta da Fala na constituição da equipa responsável pela avaliação e intervenção de pessoas com disfagia.

Relativamente à afirmação (19)¹⁴, uma vez que os utentes e as suas famílias devem ser bem orientadas e apoiadas aquando da decisão da implementação de vias alternativas à alimentação, cabe ao Terapeuta da Fala fazer essa tarefa pois é o profissional melhor qualificado e com mais competências para tal. Assim, o facto de 48.1% da população estudada ter “concordado” com a afirmação anterior, demonstra que estão conscientes da importância que o Terapeuta da Fala tem para com a pessoa com disfagia e seus familiares. De salientar, também, que a afirmação (14)¹⁵ corrobora com a presente afirmação, dado que 53.4% concordam totalmente que cabe ao Terapeuta da Fala e à restante equipa, sugerir ao utente uma via de alimentação alternativa. Estes resultados podem, eventualmente, demonstrar que nas equipas das UCCI onde existe um Terapeuta da Fala, são realizados estes procedimentos para com os utentes e seus familiares.

⁹ (7) É muito importante a integração de um Terapeuta da Fala nas equipas de Cuidados Continuados.

¹⁰ (1) A avaliação da pessoa com disfagia deve ser feita em equipa.

¹¹ (5) A intervenção da pessoa com disfagia deve ser realizada em equipa.

¹² (8) Compete ao Terapeuta da Fala reabilitar as pessoas com alterações de deglutição.

¹³ (9) O Terapeuta da Fala é responsável por realizar uma avaliação objetiva e realizar terapia directa ao nível das dificuldades de deglutição.

¹⁴ (19) O Terapeuta da Fala orienta e apoia o doente, a família e a equipa na tomada de decisões sobre as vias alternativas de alimentação.

¹⁵ (14) Compete ao Terapeuta da Fala, em conjunto com a equipa, e de acordo com a vontade do utente, sugerir uma via de alimentação alternativa.

A afirmação (10)¹⁶ assume-se como a mais unânime entre os profissionais, uma vez que 58.3% concordam totalmente e 41.7% concordam com o facto de ser o Terapeuta da Fala o responsável por ajudar a pessoa com disfagia e os seus familiares a lidar com as dificuldades de deglutição. Esta representação vai de encontro ao que a literatura suporta e demonstra que todos os profissionais reconhecem que as dificuldades de deglutição são um dos principais focos do Terapeuta da Fala em contexto de UCCI.

O facto de 57.6% dos inquiridos concordarem totalmente com a afirmação (11)¹⁷, pode demonstrar que o Terapeuta da Fala sugere posturas de cabeça ou mudanças de posição aos utentes com disfagia durante os períodos de refeição. Também a afirmação (12)¹⁸ vai ao encontro com o expectante, uma vez que 49.6% dos participantes concordam totalmente em que o Terapeuta da Fala modifica a consistência dos alimentos e dos líquidos sempre que se justifique. Pode considerar-se que existe uma relação directa entre estas duas afirmações. O facto de os enfermeiros e os auxiliares de acção médica se encontrarem presentes durante os momentos de refeição, e ajudarem os utentes durante este processo, permite a possibilidade de observarem ensinamentos por parte do Terapeuta da Fala ao nível da postura e posição dos utentes e da alteração das consistências. Deste modo, podem ajudar a promover uma alimentação segura e eficaz. Esta justificação vai, também, ao encontro das afirmações (15)¹⁹ e (16)²⁰, onde, respectivamente, 58.7% e 53% dos profissionais concordam totalmente que no momento da refeição e da hidratação, o Terapeuta da Fala recorre a estratégias personalizadas e ajustadas ao utente.

A afirmação (17)²¹ refere que o trabalho em equipa é crucial entre o Terapeuta da Fala e o Nutricionista. Da análise realizada, observou-se que dos nove Nutricionistas que participaram no estudo, sete concordam totalmente com esta afirmação. Era expectável que todos concordassem totalmente com a afirmação, uma vez só assim que esta sinergia será fundamental para assegurar uma nutrição adequada, garantido a segurança da deglutição.

¹⁶ (10) O Terapeuta da Fala pode ensinar o utente e a sua família a lidar com as dificuldades de deglutição.

¹⁷ (11) O Terapeuta da Fala pode sugerir posturas de cabeça ou mudanças de posição para uma deglutição segura.

¹⁸ (12) O Terapeuta da Fala modifica, sempre que necessário, a consistência dos alimentos e dos líquidos.

¹⁹ (15) O Terapeuta da Fala pode recorrer a algumas estratégias, no momento da alimentação, que devem ser personalizadas e ajustadas ao utente.

²⁰ (16) O Terapeuta da Fala deve propor estratégias para promover uma adequada hidratação e promover o prazer alimentar.

²¹ (17) O trabalho em equipa entre o Terapeuta da Fala e o nutricionista é crucial, nomeadamente no que respeita à alteração da dieta.

CONCLUSÃO

Este estudo procurou contribuir para o conhecimento acerca da percepção que os profissionais das UCCI da RNCCI têm acerca das funções do Terapeuta da Fala na pessoa com disfagia orofaríngea. A concretização de um estudo deste âmbito é um motivo de satisfação pois traduziu-se em novos dados sobre a intervenção do Terapeuta da Fala, na pessoa com disfagia, em contexto de UCCI.

As UCCI surgem com a finalidade de possibilitar uma prestação de cuidados de saúde a longo prazo, mais focada na melhoria da autonomia que ficou debilitada devido a patologias associadas, sendo mais prevalentes em populações envelhecidas. Uma das mais valias dos Cuidados Continuados é o trabalho em equipa, que tende a aumentar e a melhorar a qualidade dos cuidados prestados com a integração de diferentes profissionais. Deste modo, todos os inquiridos consideraram que seria uma mais valia se todas as equipas da RNCCI, independentemente da sua tipologia, contemplassem um Terapeuta da Fala, uma vez que este profissional tem um papel primordial na detecção e intervenção precoce da disfagia. Os profissionais reconhecem que o Terapeuta da Fala deve fazer parte da constituição da equipa responsável pela avaliação e intervenção de pessoas com disfagia

Apesar da maioria das equipas que participaram no estudo terem Terapeuta da Fala na unidade, constatou-se que este técnico está apenas a tempo parcial, o que pode impossibilitar a realização de outro tipo de abordagens indirectas e de formação para além da terapia directa com a pessoa com disfagia.

Tendo este estudo como objectivo primário a recolha da opinião de diferentes profissionais (i.e. médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos clínicos, assistentes sociais, animadores socioculturais e auxiliares de acção médica) sobre a atuação do Terapeuta da Fala na pessoa com disfagia nas unidades de cuidados continuados integrados, concluiu-se que os enfermeiros são os profissionais que melhor conhecem as funções desta classe profissional, seguindo-se os auxiliares de acção médica. Este resultado mostra que, sendo estes os profissionais que prestam cuidados permanentes ao utente, é fundamental que o Terapeuta da Fala transmita informações acerca das alterações e possíveis estratégias que possam ser implementadas na sua ausência, de forma a promover uma alimentação mais segura e eficaz. Ainda assim, era expectável que os fisioterapeutas e os terapeutas ocupacionais tivessem mais conhecimentos acerca da actuação do Terapeuta da Fala na pessoa com disfagia, pois também eles estão frequentemente envolvidos directamente neste processo de intervenção. É possível que com esta experiência de trabalho em equipa, o Terapeuta da Fala começasse a ser contactado mais vezes e

recrutado com maior frequência para intervir nas alterações da deglutição, e deixasse de ser visto como o profissional que intervém fundamentalmente com alterações na fala e linguagem.

Com este estudo, concluiu-se que a formação em disfagia é diminuta por parte dos profissionais que intervêm com estes utentes. Deste modo, considera-se benéfica a realização de formação dos técnicos das equipas de Cuidados Continuados com o objectivo de aumentarem os seus conhecimentos acerca da área da terapia da fala e do papel do Terapeuta da Fala na disfagia. Poder-se-ia, também, integrar unidades curriculares, ou pequenos módulos, relativos ao tema, em formação pós-graduada e em formações realizadas pelas UCCI, com a finalidade de aumentar a formação base dos profissionais que exercem neste contexto.

Assume-se como uma limitação deste estudo o facto de a amostra de cada profissão não ser a mesma. Ou seja, verificou-se uma discrepância significativa da categoria profissional da amostra o que limitou a análise de dados mais concretos em determinadas relações. Se todas as categorias profissionais fossem compostas pelo mesmo número de elementos, seria possível fazer uma relação mais fidedigna acerca da percepção de cada profissão, mas tal seria particularmente difícil, considerando a, natural, disparidade do número de elementos de cada categoria profissional que compõe as equipas.

Após a análise dos resultados deste estudo, considerou-se interessante a realização futura de um estudo que comparasse resultados ao nível das dificuldades de deglutição de utentes da RNCCI cuja equipa fosse ou não constituída por Terapeutas da Fala. Assim, compreender-se-ia melhor os resultados que provêm da intervenção deste profissional.

Finalmente, os resultados alcançados com este estudo tornam disponível um instrumento, que apesar de não estar validado, poderá ser uma ferramenta relevante para o estudo da percepção da intervenção do Terapeuta da Fala com pessoas com disfagia em diferentes contextos clínicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdulmassih EMS, Filho EDM, Santos RS, Jurkiewicz AL. (2009). Evolução de Pacientes com Disfagia Orofaringea em Ambiente Hospitalar. *Arq. Int. Otorrinolaringol* 55-62.
- Administração Central do Sistema de Saúde – Serviço Nacional de Saúde (2017). *Relatório de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados* (RNCCI).
- Administração Central do Sistema de Saúde – Serviço Nacional de Saúde (2018). *Relatório de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – 1º semestre 2018*.
- Alves, P. V. (2016). Equipa multiprofissional de saúde e formação em contexto de trabalho - O caso de um serviço hospitalar. *Sisifo*, (5), 19-32.
- American Psychological Association (APA) (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association*. Washington DC, USA: APA.
- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (2007). *Scope of Practice in Speech-Language Pathology*. www.asha.org/policy 24/05/2019 10:20.
- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (2004). *Preferred practice patterns for the profession of speech-language pathology*. www.asha.org/policy 25/10/2018 17:58.
- Artino, A. R., La Rochelle, J. S., Dezee, K. J., & Gehlbach, H. (2014). Developing questionnaires for educational research: AMEE Guide No. 87. *Medical Teacher*, 36(6), 463–474.
- Barriguinha, C. (2014). *O Terapeuta da Fala nos Cuidados Paliativos: perspetiva dos doentes, familiares e/ou cuidadores informais e equipa de profissionais envolvidos*. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Bernardo, A., Rosado, J. & Salazar, H. (2010). *Trabalho em Equipa*, In Barbosa, A. & Neto, I.G. *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa, Núcleo de Cuidados Paliativos - Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Bretan O. (2007). Quando Suspeitar de Aspiração Silenciosa? *Revista Associação Médica Brasileira* 53(4), 283-92.
- Calheiros, A. & Albuquerque, C. (2012). A vivência da Fonoaudiologia na Equipe de Cuidados Paliativos de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 94-98.
- Centro de Formação Profissional para a Qualidade (CEQUAL), Instituto Português da Qualidade (IPQ), Santa Casa da Misericórdia de Arruda dos Vinhos (SCMAV) e União das Misericórdias Portuguesas (UMP) (2009). *Manual de Gestão da Qualidade para Cuidados Continuados Integrados*, 1-351.
- Chaves, C. M. C. B. (2001). *Competências / sinergias das equipas de saúde*. Escola Superior de Enfermagem de Viseu - 30 Anos, 252-254.

- Cinocco, D. (2007). The Difficulties of Swallowing at the End of Life. *Journal of Palliative Medicine*, 10 (2), 506-508.
- Conselho Científico (2004). *Normas para redação de Trabalhos académicos e científicos*. Escola Superior de Saúde do Alcoitão.
- Corner, J. (2003). The multidisciplinary team - fact or fiction? *European Journal of Palliative Care*, 10(2), 10-13.
- Couto, B., Branco, F., Joaquim, H., Matias, M. A., Oliveira, M. E., & Miranda, M. R. (2007). *Manual de boas práticas para os assistentes sociais da saúde na rede nacional de cuidados continuados integrados*. Direcção-Geral da Saúde. 25-39.
- Crawford, G. B., & Price, S. D. (2003). Team working: palliative care as a model of interdisciplinary practice. *The Medical Journal of Australia*, 179 (6 Suppl), S32-4.
- Dahlin, C. M., Cohen, A. K., & Goldsmith, T. (2010). *Dysphagia, Xerostomia, and Hiccups*. In B. R. Ferrell & N. Coyle (Eds.). *Oxford textbook of palliative nursing* (3a ed.). Nova Iorque, NY: Oxford University Press, Inc., 239-268.
- Davis, L. (1992). Instrument Review: Getting the Most From a Panel of Experts. *Applied Nursing Research*, (5), 194-197.
- Decreto Lei nº 101/2006 de 6 de Junho. *Diário Da República nº 109/2006 – I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto Lei nº 564/1999 de 21 de Dezembro. *Diário da República nº 295/1999 – I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Donovan NJ, Daniels SK, Edmiaston J, Weinhardt J, Summers D, Mitchell PH, et al (2013). Dysphagia screening: state of the art: invitational conference proceeding from the State-of-the-Art Nursing Symposium, International Stroke Conference 2012. *Stroke J Cereb Circ*, 44, e24-31.
- Ebihara, S., Kohzuki, M., Sumi, Y., & Ebihara, T. (2011). Sensory stimulation to improve swallowing reflex and prevent aspiration pneumonia in elderly dysphagic people. *Journal of Pharmacological Sciences*, 115, 99-104.
- Ebihara, T., Ebihara, S., Maruyama, M., Kobayashi, M., Itou, A., Arai, H., & Sasaki, H. (2006). A randomized trial of olfactory stimulation using black pepper oil in older people with swallowing dysfunction. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(9), 1401-6.
- Eckman, S. & Roe, J.W.G. (2005). Speech and Language therapists in palliative care: what do we offer? *International Journal of Palliative Nursing*, 11(4), 179-181.
- Feio, M. (2016). *Disfagia*. In Barbosa, António; [et al.] – *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. ISBN 978- 972-9349-37-9. 121-130.

- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação*. Décarie Éditeur: Lusociência.
- Fradique, E.M.S. (2010). *Efetividade da Intervenção Multidisciplinar em Cuidados Paliativos*. Tese de mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Franic, D., Bramlett, R., Bothe, A. (2005). Psychometric evaluation of disease specific quality of life instruments in voice disorders. *Journal of voice*, 19(2), 300-3015.
- Garlet, E. R., Lima, M. A. D. da S., Santos, J. L. G., & Marques, G. Q. (2009). *Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência*, 18(2), 266-272.
- Gasiorowska, A. & Fass, R. (2009). *Current approach to dysphagia*. *Gastroenterología y Hepatología*, 5, 269-279.
- Ghidini, A., Trebbi, M., Piccinini, A., & Presutti, L. (2010). Functional evaluation protocol. *Acta otorhinolaryngologica Italica: organo ufficiale della Società italiana di otorinolaringologia e chirurgia cervico-facciale*, 30(5), 254-6.
- Grant, J., & Davis, L. (1997). Focus on Quantitative Methods Selection and Use of Content Experts for Instrument Development. *Res Nurs Health*, (20), 269-274.
- Hall, P., & Weaver, L. (2001). Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Medical Education*, 35(9), 867-75.
- Hinchey JA, Shephard T, Furie K, Smith D, Wang D, Tonn S, et al (2005). Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia. *Stroke J Cereb Circ*, 36, 1972-6.
- Humbert, I. A., McLaren, D. G., Kosmatka, K., Fitzgerald, M., Johnson, S., Porcaro, E., Kays, S., et al. (2010). Early deficits in cortical control of swallowing in Alzheimer's disease. *J Alzheimers Dis.*, 19 (4), 1185-1197.
- International Association of Logopedics and Phoniatrics (IALP) (1995). Guidelines for Initial Education in Logopedics (Speech/Language Pathology/Therapy, *Ortophonie*). *Folia Phoniatr Logop*, 47, 269-301.
- Karagiannis, M. J. P., Chivers, L., & Karagiannis, T. C. (2011). Effects of oral intake of water in patients with oropharyngeal dysphagia. *BMC geriatrics*, 11 (1), 9.
- Lambert H. (2012). The allied health professional's role in assisting medical decision making at the end of life. *Top Lang Disord*, 32, 119-136.
- Levy, A., Dominguez-Gasson, L., Brown, E. & Frederick, C. (2004). Managing dysphagia in the adult approaching end of life: Technology at end of life questioned. *The ASHA Leader*.
- Macmillan, K., Hopkinson, J., Peden, J., & Hycha, D. (2000). *Como cuidar dos nossos: Um guia prático sobre cuidados em fim de vida*. Lisboa: AMARA e Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian de Lisboa.

- Matos, E., Pires, D.E.P. & Campos, G.W.S. (2009). Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. *Rev Bras Enferm*, 62 (6), 863-869.
- Marchesan, I.Q. (1999). Deglutição - Normalidade. In Furkim, A.M. & Santini, C.S. (Eds.). *Disfagias Orofaríngeas*. São Paulo, Profono.
- Marchesan, I.Q. (2004). Deglutição - Normalidade. In Furkim, A.M. & Santini, C.S. (Eds.). *Disfagias Orofaríngeas* (2a ed.). Carapicuíba, SP: Pró-fono, 3-18.
- Murteira, B. & Antunes, M. (2012). *Probabilidade e Estatística: Volume I*. Escolar Editora.
- O'Neil, K., Purdy, M., Falk, J., Gallo, L. (1999). The Dysphagia Outcome and Severity Scale. *Dysphagia*. 14: 139-145.
- O'Kane, L. & Groher, M. (2009). Oropharyngeal dysphagia in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Revista CEFAC*, 11 (3), 499-506.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros* (aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pelo Anexo II À Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro).
- Pestana, D. & Velosa, S. (2008). *Introdução à Probabilidade e à Estatística: Volume I*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pinho, M. C. G. (2006). *Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz*. Ciências & Cognição, 08, 68-87.
- Pinto, A. C. (2009). *Papel do fonoaudiólogo na equipa de cuidados paliativos*. In *Academia Nacional de Cuidados Paliativos* (ANCP) (Ed.), Manual de cuidados paliativos (Vol. 26). Rio de Janeiro: Diagraphic. 234-236. doi:10.1157/13074624.
- Pollens, R. (2004). Role of the speech-language pathologist in palliative hospice care. *Journal of Palliative Medicine*, 7(5), 694–702.
- Ramsey, D., Smithard, D., Kalra, L. (2003). Early assessments of dysphagia and aspiration risk in acute stroke patients. *Stroke*, 34(5), 1252–1257.
- Royal College of Speech and Language Therapists (RCSLT) (2006). *Communication Quality 3*. http://www.rcslt.org/speech_and_language_therapy/standards/CQ3_pdf. 05/06/2019 21:40.
- Santoro, P.P. (2008). Disfagia orofaríngea: panorama atual, epidemiologia, opções terapêuticas e perspectivas futuras. *Revista CEFAC*, 10 (2).
- Santoro, P. P., Furia, C. L. B., Forte, A. P., Lemos, E. M., Garcia, R. I., Tavares, R. A., & Imamura, R. (2011). Otolaryngology and speech therapy evaluation in the assessment of

- oropharyngeal dysphagia: a combined protocol proposal. *Braz J Otorhinolaryngol*, 77(2), 201–213.
- Shaker, R., Belafsky, P.C., Postma, G.N. & Easterling, C. (2013). Principles of Deglutition: A Multidisciplinary Text for Swallowing and its Disorders. *Springer*.
- Silva, R.G. (2007). A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. *Pró-Fono*, 19 (1), 123-130.
- Silva, R. G. da, Jorge, A. G., Peres, F. M., Cola, P. C., Gatto, A. R., & Spadotto, A. A. (2010). Protocolo para controle de eficácia terapêutica em disfagia orofaríngea neurogênica (PROCEDON). *Revista CEFAC*, 12(1), 75–81.
- Singh, S. & Hamdy, S. (2006). Dysphagia in stroke patients. *Postgraduate Medical Journal*, 82, 383-391.
- Smithard, D. G., O'Neill, P. A., England, R. E., Park, C. L., Wyatt, R., Martin, D. F., & Morris, J. (1997). The natural history of dysphagia following a stroke. *Dysphagia*, 12(4), 188–93.
- Staudt, D.T. (2008). A interdisciplinaridade em atenção básica à saúde. *Bol Saúde*, 22 (1), 75-84.
- Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2015). Health measurement scales: a practical guide to their development and use. *Oxford University Press*, USA.
- Taquemori, L.Y. & Sera, C.T.N. (2008). Multidisciplinaridade e Interdisciplinaridade - Interface Intrínseca: equipe multiprofissional In Oliveira, R.A. Cuidado Paliativo. *São Paulo, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, CREMESP*.
- Trapl, M. et al. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the gugging swallowing screen. *Stroke: Journal of the American Heart Association* 38, 2948-2952.
- UMCCI (2006). *Enquadramento das Unidades de Convalescença na RNCCI no âmbito das experiências piloto*, 1-30.
- UMCCI (2010). *Resumo de actividades realizadas pela UMCCI na área dos Cuidados Paliativos*, 1-25.
- UMCCI (2011). *Manual do Prestador – Recomendações para a Melhoria Contínua*, 1-25.
- Vital, E., Castro, M. A., Almeida, P., & Cruz, E. B. (2018). *O Perfil do Fisioterapeuta*. Conselho Diretivo Nacional da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas.
- Werner, H. (2005). The benefits of the dysphagia clinical nurse specialist. *Journal of neuroscience nursing. Am Assoc Neurosci Nurses*. 37(4), 212-5.
- World Health Organization. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice* (No. WHO/HRH/HPN/10.3). World Health Organization.
- Xyrichis, A., & Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 45(1), 140-53.

Yamadura, K., Kitagawa, J., Kurose, M., Sugino, S., Takatsuji, H., Mostafaezur, R. M., Zakir, a H., et al. (2010). Neural Mechanisms of Swallowing and Effects of Taste and Other Stimuli on Swallow Initiation. *Biol. Pharm. Bull.*, 33 (11), 1786-1790.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Tipologias das Unidades referentes à RNCCI

Tipologia da RNCCI

Existem quatro tipos de unidades de internamento para a prestação dos Cuidados Continuados Integrados: 1) Unidades de Convalescença (UC) – Visam a estabilização clínica e funcional, avaliação e reabilitação da pessoa com perda de autonomia potencialmente recuperável, não necessitando no momento de cuidados agudos, por um período até 30 dias; 2) Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) – Visam a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial, a uma pessoa em recuperação de um processo agudo ou descompensação de uma patologia crónica, com funcionalidade potencialmente recuperável num período inferior a 90 dias; 3) Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) – Prestam apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com patologia crónica, em diferentes níveis de dependência, quando estes não possuem condições para serem cuidados no domicílio, sendo-lhes prestados cuidados com a finalidade de prevenir e retardar a situação de dependência, com conforto e qualidade de vida, por um período superior a 90 dias e inferior a 365 dias; 4) Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) – Visam o tratamento e supervisão clínica de doentes em situação clínica complexa e de sofrimento derivado de patologia severa ou avançada, incurável e progressiva (Dec. Lei nº 101/2006 de 6 de Junho).

APÊNDICE II
Admissão de utentes na RNCCI

Admissão de utentes na RNCCI

Podem ingressar nas unidades da RNCCI pessoas com dependência funcional transitória, dependência funcional prolongada, fragilidade na velhice, incapacidade grave ou doença grave em fase avançada ou terminal (UMCCI, 2010).

A proposta de ingresso na RNCCI é feita pela Equipa Coordenadora Local (ECL) e advém de um Hospital ou Centro de Saúde (UMCCI, 2010). Depois de analisar a referenciação, a ECL identifica qual o melhor recurso da rede que irá responder às necessidades do utente e dos seus familiares (UMCCI, 2010).

Terminado o tempo de internamento do utente, e quando os objectivos estipulados não são atingidos, é solicitada uma transferência para a unidade mais adequada à sua condição clínica (UMCCI, 2010). Esta transferência tem como finalidade a melhoria e recuperação clínica do utente, bem como a promoção da autonomia, bem-estar e qualidade de vida (UMCCI, 2010).

APÊNDICE III
Questionário

QUESTIONÁRIO²²

Percepção dos Profissionais das Unidades de Cuidados
Continuados Integrados acerca da intervenção do
Terapeuta da Fala na pessoa com Disfagia²³

Este questionário está dividido em duas partes. A parte 1 está relacionada com os seus dados pessoais e a parte 2 com um questionário de recolha de dados acerca do papel do Terapeuta da Fala na pessoa com disfagia.

²² Este documento foi escrito segundo o antigo acordo ortográfico.

²³ Estudo efectuado no âmbito do trabalho de dissertação da 6ª Edição do Mestrado em Terapia da Fala, Especialização em Motricidade e Deglutição da Escola Superior de Saúde do Alcoitão.

PARTE I – DADOS PESSOAIS

Género: (coloque um X na resposta adequada)

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

Idade: _____ anos

Nacionalidade: _____

Habilitações Literárias: (coloque um X na resposta adequada)

- ☐ 4º ano
- ☐ 9º ano
- ☐ 12º ano
- ☐ Licenciatura
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

Profissão: (coloque um X na resposta adequada)

- ☐ Médico
- ☐ Enfermeiro
- ☐ Fisioterapeuta
- ☐ Terapeuta Ocupacional
- ☐ Técnico Superior de Serviço Social
- ☐ Psicólogo Clínico
- ☐ Nutricionista
- ☐ Animador Sociocultural
- ☐ Auxiliar de Acção Médica

Qual a instituição onde se formou? _____

Há quanto tempo exerce esta actividade profissional? _____ anos

Há quanto tempo trabalha em Cuidados Continuados? _____ anos

Há quanto tempo trabalha nesta Unidade de Cuidados Continuados? _____ anos

Tipo de Unidade de Internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados onde actualmente trabalha: (coloque um X na(s) resposta(s) adequada(s))

- ☐ Unidade de Convalescença
- ☐ Unidade de Média Duração e Reabilitação
- ☐ Unidade de Longa Duração e Manutenção
- ☐ Unidade de Cuidados Paliativos

Fez alguma formação específica em disfagia? (coloque um X na resposta adequada)

- ☐ Sim
- ☐ Não

A sua equipa tem Terapeuta da Fala? (coloque um X na resposta adequada)

- ☐ Sim

A tempo: (coloque um X na resposta correta)

- ☐ Inteiro
- ☐ Parcial
- ☐ Não

PARTE II – QUESTIONÁRIO

Leia atentamente as diferentes afirmações e assinale o seu grau de concordância com as mesmas. Nem todas as afirmações se referem apenas ao papel do Terapeuta da Fala.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não sei
1. A avaliação da pessoa com disfagia deve ser feita em equipa.						
2. O Terapeuta da Fala melhora a capacidade de deglutição, adaptando-a e preservando, sempre que possível, o prazer da alimentação por via oral.						
3. O Terapeuta da Fala analisa quais os nutrientes, avaliando os seus riscos e os benefícios para o utente.						
4. É importante que o Terapeuta da Fala conheça as condições sócioeconómicas do utente para orientar e sugerir as adaptações mais adequadas, a nível alimentar.						
5. A intervenção da pessoa com disfagia deve ser realizada em equipa.						
6. O Terapeuta da Fala identifica os sinais e os riscos de aspiração de alimentos e consequentes complicações associadas.						
7. É muito importante a integração de um Terapeuta da Fala nas equipas de Cuidados Continuados.						
8. Compete ao Terapeuta da Fala reabilitar as pessoas com alterações de deglutição.						
9. O Terapeuta da Fala é responsável por realizar uma avaliação objetiva e realizar terapia directa ao nível das dificuldades de deglutição.						

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não sei
10. O Terapeuta da Fala pode ensinar o utente e a sua família a lidar com as dificuldades de deglutição.						
11. O Terapeuta da Fala pode sugerir posturas de cabeça ou mudanças de posição para uma deglutição segura.						
12. O Terapeuta da Fala modifica, sempre que necessário, a consistência dos alimentos e dos líquidos.						
13. O Terapeuta da Fala tem o papel de manter uma deglutição segura por via oral sempre que possível.						
14. Compete ao Terapeuta da Fala, em conjunto com a equipa, e de acordo com a vontade do utente, sugerir uma via de alimentação alternativa.						
15. O Terapeuta da Fala pode recorrer a algumas estratégias, no momento da alimentação, que devem ser personalizadas e ajustadas ao utente.						
16. O Terapeuta da Fala deve propor estratégias para promover uma adequada hidratação e promover o prazer alimentar.						
17. O trabalho em equipa entre o Terapeuta da Fala e o nutricionista é crucial, nomeadamente no que respeita à alteração da dieta.						
18. O Terapeuta da Fala mantém o movimento do corpo, conserva e/ou melhora as capacidades de locomoção e dos autocuidados.						
19. O Terapeuta da Fala orienta e apoia o doente, a família e a equipa na tomada de decisões sobre as vias alternativas de alimentação.						
20. Cabe ao Terapeuta da Fala administrar a alimentação aos utentes com Sonda Nasogástrica/PEG.						

APÊNDICE IV
Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia, 1964; Tóquio, 1975; Veneza 1983; Hong Kong, 1989; Somerset West, 1996 e Edimburgo, 2000)

Designação do Estudo: Percepção dos Profissionais das Unidades de Cuidados Continuados Integrados acerca da intervenção do Terapeuta da Fala na pessoa com Disfagia realizado no âmbito da 6ª Edição do Mestrado em Terapia da Fala da Escola Superior de Saúde do Alcoitão.

O objetivo primário deste estudo, pretende recolher a opinião de diferentes profissionais (i.e. médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos clínicos, assistentes sociais e auxiliares de ação médica) sobre a atuação do terapeuta da fala das UCCI na pessoa com disfagia. Pretende-se igualmente identificar, entre os diferentes grupos profissionais, a importância da intervenção do Terapeuta da Fala nas pessoas com disfagia e conhecer o grau de importância que cada um dos grupos profissionais atribui à intervenção do Terapeuta da Fala.

Será garantida a confidencialidade de todos os dados recolhidos, bem como o anonimato dos participantes, sendo o seu uso restrito ao âmbito da referida investigação.

Eu	abaixo	assinado,
compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas pela Investigadora Andreia Vicente Cabrito.		
Declaro ter sido informado(a) sobre os objetivos do estudo de investigação acima mencionada, assim como dos propósitos do questionário, sabendo que em nada me poderá prejudicar. Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.		
Assim, aceito responder ao questionário apresentado e autorizo o tratamento da informação de forma anónima a confidencial, para os fins mencionados.		

Em caso de dúvida, não hesite em contactar-me.

Telemóvel: 965702346

E-mail: andreia.cabrito@gmail.com

Data: ____ / ____ / 2019

Assinatura do participante:

APÊNDICE V
Pedido de autorização às direcções das UCCI's

Pedido de Autorização à _____

**Investigação no âmbito do Mestrado de Terapia da Fala: Motricidade Orofacial e
Deglutição**

Assunto: Pedido de autorização para realização de investigação na Unidade de Cuidados Continuados Integrados

Castelo Branco, ____ de _____ de 2019

Exmo. Senhor _____

Eu, Andreia Vicente Cabrito, licenciada em Terapia da Fala, venho por este meio solicitar a colaboração da V. instituição, no sentido de realizar recolha de dados para fins de investigação relativa ao trabalho final do Curso de Mestrado de Terapia da Fala: Motricidade Orofacial e Deglutição, sob a orientação da Professora Doutora Inês Tello Rodrigues, na Escola Superior de Saúde do Alcoitão.

Os dados recolhidos são confidenciais e em momento algum, os participantes serão identificados, acrescentado ainda sob compromisso de honra que o funcionamento da instituição não será posto em causa.

O objetivo central desta solicitação, prende-se com a importância de recolher a opinião de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos clínicos, assistentes sociais, animadores socioculturais e auxiliares de acção médica sobre a actuação do terapeuta da fala nas unidades de cuidados continuados integrados na pessoa com disfagia; identificar, entre os diferentes grupos profissionais, a importância da intervenção do Terapeuta da Fala nas pessoas com disfagia; conhecer o grau de importância que cada um dos grupos profissionais atribui à intervenção do Terapeuta da Fala; no âmbito de uma investigação subjugada

ao tema: “Percepção dos Profissionais das Unidades de Cuidados Continuados Integrados acerca da intervenção do Terapeuta da Fala na pessoa com Disfagia”.

Com os melhores cumprimentos,

O Investigador

Andreia Cabrito

APÊNDICE VI

**Gráficos de barras referentes à caracterização da amostra: sexo, nacionalidade,
habilitações literárias e profissão**

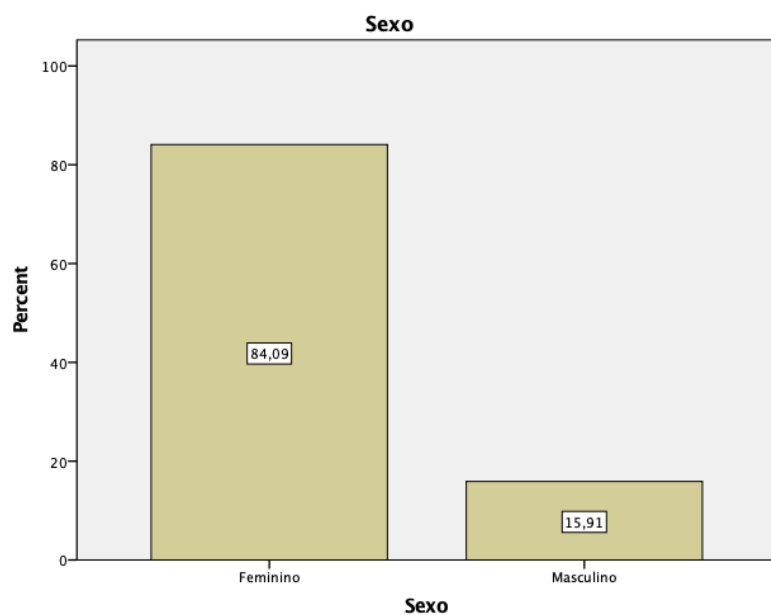


Imagem 2. Gráfico de barras referente à caracterização da amostra: sexo

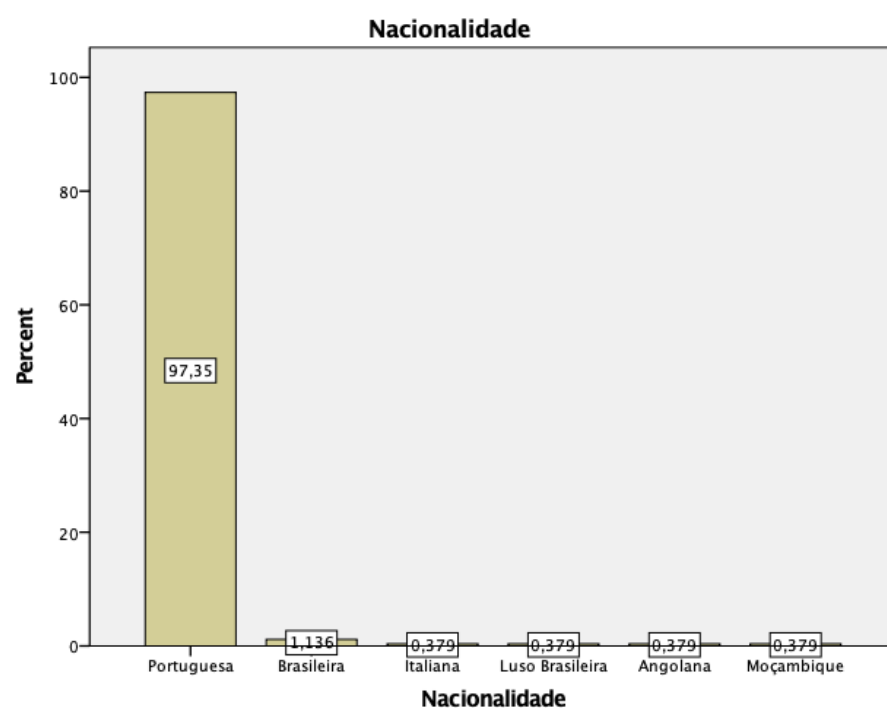


Imagem 3. Gráfico de barras referente à caracterização da amostra: nacionalidade

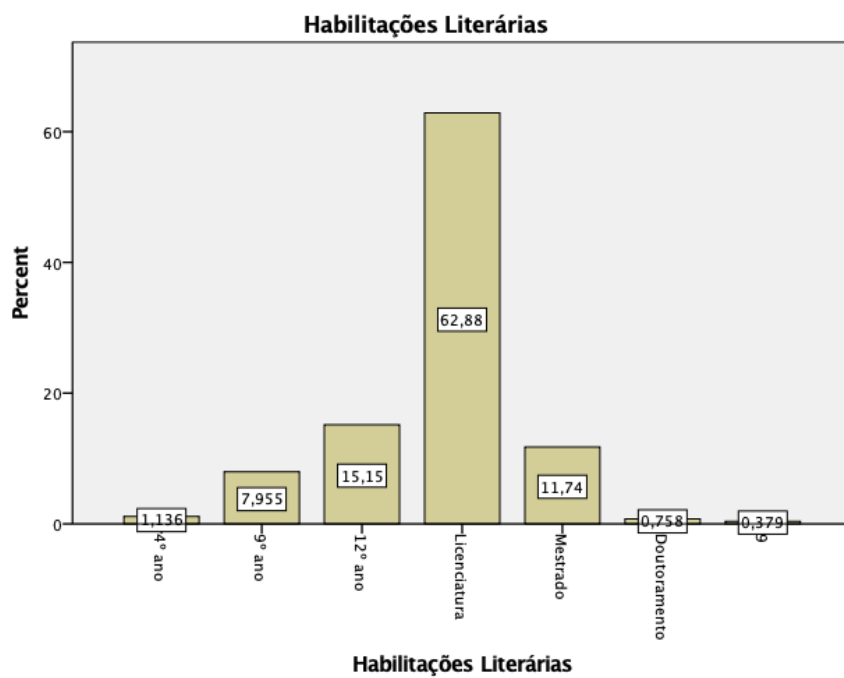


Imagem 4. Gráfico de barras referente à caracterização da amostra: habilitações literárias

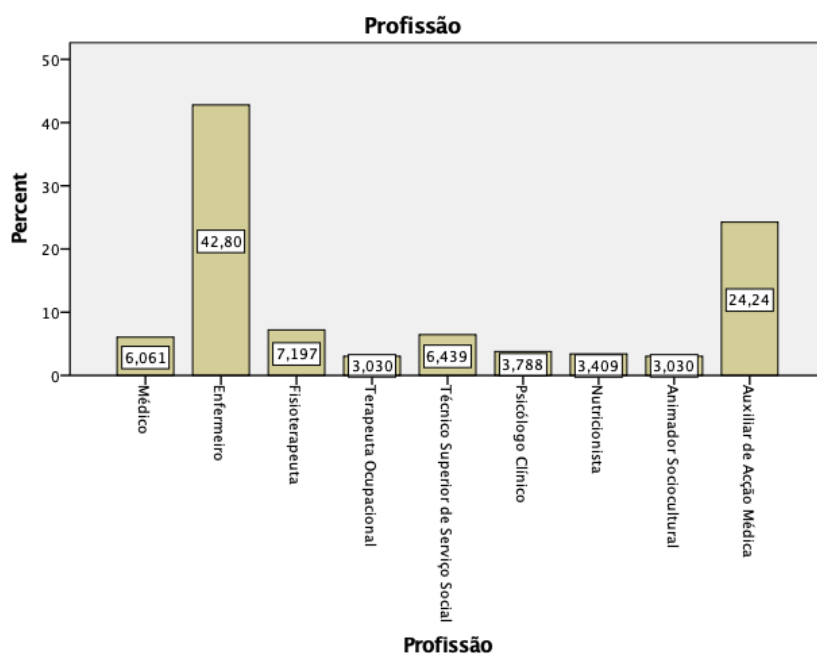


Imagem 5. Gráfico de barras referente à caracterização da amostra: profissão

APÊNDICE VII

Gráficos circulares referentes ao tipo de UCCI, formação específica em disfagia, presença do Terapeuta da Fala na UCCI e se este se encontra a tempo inteiro ou parcial

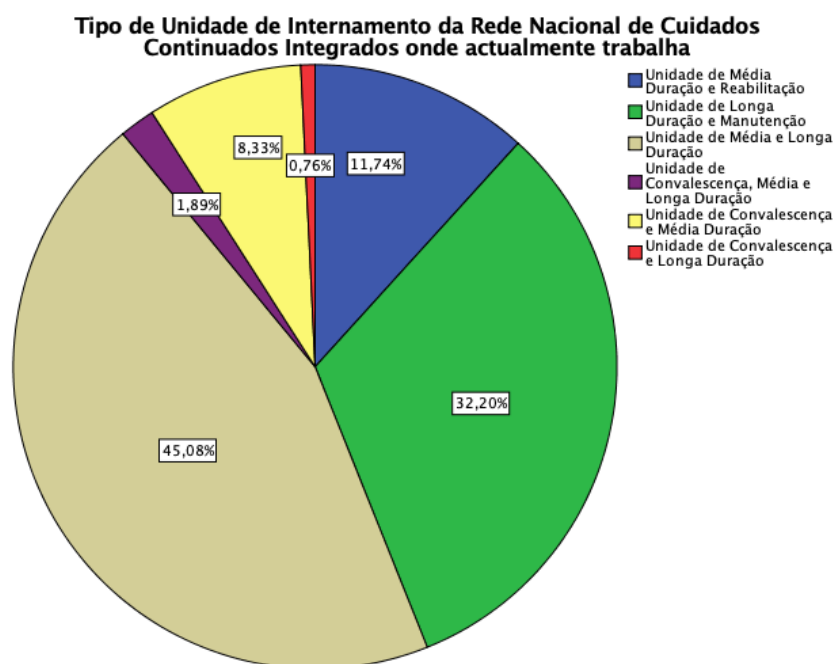


Imagem 6. Gráfico circular referente à caracterização da amostra: tipo de UCCI onde os profissionais trabalham

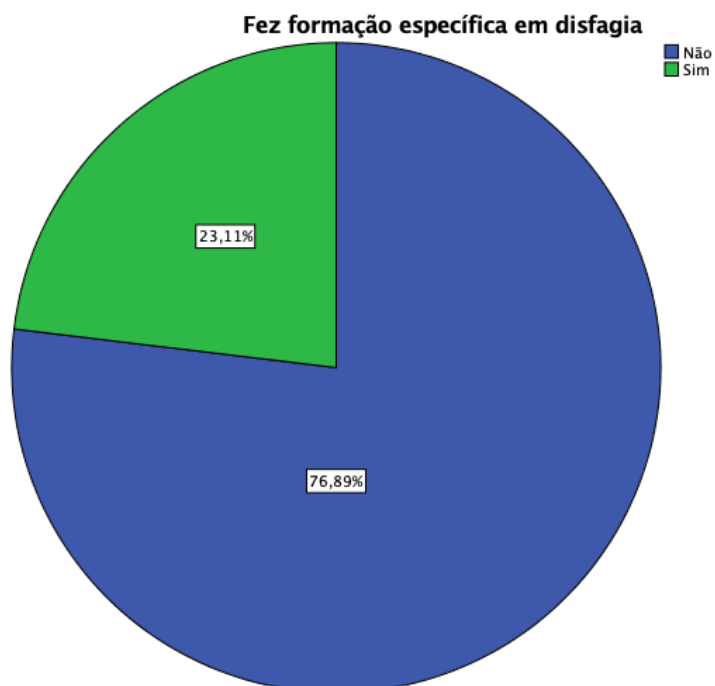


Imagem 7. Gráfico circular referente à caracterização da amostra: formação específica em disfagia



Imagem 8. Gráfico circular referente à caracterização da amostra: Terapeuta da Fala na equipa

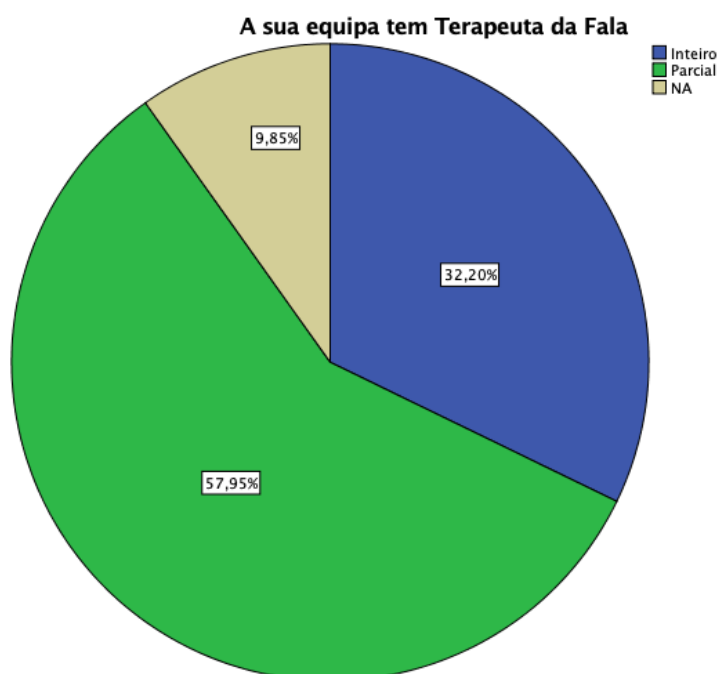


Imagem 9. Gráfico circular referente à caracterização da amostra: Terapeuta da Fala na equipa a tempo inteiro ou parcial

APÊNDICE VIII
Extracção de factores

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	6,777	33,887	33,887	6,777	33,887	33,887	4,615	23,077	23,077
2	1,918	9,588	43,476	1,918	9,588	43,476	2,915	14,573	37,650
3	1,523	7,617	51,092	1,523	7,617	51,092	1,965	9,827	47,478
4	1,131	5,657	56,749	1,131	5,657	56,749	1,854	9,272	56,749
5	,982	4,912	61,662						
6	,895	4,474	66,136						
7	,804	4,019	70,155						
8	,730	3,648	73,803						
9	,696	3,479	77,282						
10	,614	3,070	80,352						
11	,589	2,946	83,298						
12	,551	2,754	86,053						
13	,513	2,566	88,618						
14	,446	2,230	90,848						
15	,398	1,991	92,839						
16	,342	1,711	94,550						
17	,340	1,700	96,251						
18	,296	1,481	97,732						
19	,241	1,205	98,937						
20	,213	1,063	100,000						

Imagem 10. Extracção de factores