

2º CICLO DE ESTUDOS

MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS

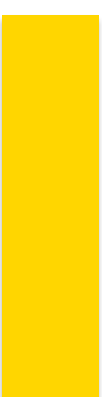
Cuidados Paliativos: O Papel do Terapeuta da Fala na Promoção da Funcionalidade Comunicativa de Utentes Adultos

Cátia Oliveira Dias

M

2019





AGRADECIMENTOS

Aos cinco anos percebi o que queria ser quando crescesse – “Ajudar as pessoas a falar!”, dizia eu.

Com 15 anos, perdi a minha melhor amiga. Senti de perto o que é perder a competência de comunicação e a vontade de viver, por não conseguir expressar tudo aquilo que se deseja.

Há poucos anos, perdi uma das pessoas que me criou, a minha avó (mãe). Mais uma vez, senti de forma próxima, o que é perder a capacidade para comunicar. Disse-me ela: “Pior do que saber que vou deixar de falar, é saber que vou ver-te sofrer e nada conseguirei dizer para confortar a tua dor.”

Não pude fazer nada para as ajudar, mas essa realidade, acreditem que mudou a minha vida por completo.

Viver com alguém com uma perturbação da comunicação fez-me olhar para esta área com outros olhos, com a sensibilidade que ela exige e a procurar cumprir a “profecia” dos meus cinco anos. Ana e avó Júlia, desculpem, não conseguia fazer nada, mas vontade não me faltava. Por isso, hoje, faço isto por vocês e por todos aqueles que um dia, infelizmente, passarão pelo mesmo.

Avó (mãe) Júlia, este trabalho é por ti. Obrigada por acreditares que a minha sensibilidade afinal me iria levar a algum lado.

Ana, este trabalho também é para ti. Desculpa, não consegui proteger-te como sempre fiz, lembras-te? Mas tenho a certeza que estás feliz por mim, afinal foste sempre uma inspiração pessoal e profissional.

Contudo, este trabalho não estaria concluído sem o contributo de importantes pessoas. Por isso, agradeço:

À Doutora Ivone, orientadora deste estudo, pelo tempo dispensado, pela orientação e por toda a ajuda neste processo.

Ao Doutor Hernâni, co-orientador do projeto, pela disponibilidade, incentivo e apoio.

À Terapeuta Cláudia, também co-orientadora, pelo incentivo e apoio para a concretização do estudo.

À Sara, amiga de longa data, pelo incentivo e por sempre acreditar em mim, mesmo quando não consigo fazê-lo.

E por último, mas não menos importante, aos meus adorados pais, por me ensinarem a “dar” o meu coração a tudo aquilo que acredito. Por me ensinarem que o valor das coisas está na dedicação que lhes damos. Por acreditarem nas minhas escolhas profissionais e por me mostrarem que ser sensível, afinal não é assim tão mau, porque permite-me olhar para as outras pessoas com a sensibilidade que elas merecem.

“O silêncio da falta de palavras nunca é dourado. Todos precisamos de comunicar e de nos ligarmos uns com os outros - não apenas de uma forma, mas também de tantas outras possíveis.

É uma necessidade humana básica, um direito humano básico.

E muito mais do que isso, é um poder humano básico.”

Bob Williams, 2000

LISTA DE ABREVIATURAS

APCP - Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

ASHA - American Speech-Language-Hearing Association

CAA - Comunicação Aumentativa e Alternativa

CP - Cuidados Paliativos

CPLOL - Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne

OMS - Organização Mundial da Saúde

PS - Profissionais de Saúde

TF- Terapeuta da Fala

TF's - Terapeutas da Fala

WHO - World Health Organization

RESUMO

Muitos dos sintomas apresentados pelos doentes em Cuidados Paliativos resultam em perturbações da comunicação. Neste contexto, é importante a presença do terapeuta da fala, por se tratar de um profissional especialista em comunicação, competência essencial e necessária ao longo de todo o processo paliativo.

O presente estudo tem como objetivo principal identificar estratégias de comunicação utilizadas pelos terapeutas da fala com utentes adultos, em Cuidados Paliativos, mediante o seu grau de importância, com base na análise das suas perceções.

Como objetivos específicos, pretende-se ainda verificar se existem diferenças de perceções na atribuição da importância às estratégias (entre terapeutas com experiência em Cuidados Paliativos com terapeutas sem experiência); identificar os métodos de avaliação das competências do paciente para o uso das estratégias; verificar de que forma são selecionadas as estratégias a implementar; apurar se as estratégias partilhadas com o utente, família/cuidadores e equipa promoveram a funcionalidade comunicativa; averiguar se o terapeuta da fala é um facilitador no processo de comunicação; verificar se os terapeutas sentem dificuldades em intervir com população adulta em situação paliativa, no âmbito da comunicação; e analisar o autoconhecimento destes profissionais sobre a temática das estratégias.

Para o desenvolvimento da investigação recorreu-se a um estudo quantitativo, do tipo observacional transversal, com uma amostra constituída por 97 terapeutas da fala. As informações foram recolhidas através de um questionário online, que permitiu analisar a opinião dos inquiridos.

Para o tratamento dos dados recorreram-se a métodos de estatística descritiva e inferencial, por meio do programa *IBM SPSS Statistics*.

Através dos resultados, constatou-se que os terapeutas consideram “muito importante” ajustar a posição do utente e minimizar o ruído ambiental (Estratégias do Espaço Físico); o estabelecimento do contacto ocular e o ajuste no ritmo do discurso (Estratégias Não Verbais); o ajuste linguístico e o uso de frases curtas (Estratégias Verbais); a utilização de imagens de interesse do próprio utente (Estratégias Visuais); o uso da oralidade e da forma multimodal (Formas de Comunicação); a utilização da linguagem simplificada e da espera estruturada (Estratégias Formais); e o uso de tabelas com imagens (Produtos de Apoio).

Verificou-se uma maior homogeneidade, em termos de importância nas Estratégias Verbais e Não Verbais (as percentagens mais altas variaram entre o grau “importante” e o “muito importante”).

Com efeito, este estudo permitiu concluir que existem poucos instrumentos que suportem a prática dos terapeutas da fala no âmbito das perturbações da comunicação, em Cuidados Paliativos, sendo premente criar *Guidelines* que orientem a prática destes profissionais.

Palavras-chave: Comunicação; Cuidados Paliativos; Estratégias Facilitadoras da Comunicação Funcionalidade Comunicativa; Perturbação da Comunicação; Terapeuta da Fala.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
2.1 Cuidados Paliativos: História e Conceito.....	16
2.2 Comunicação: Conceito e Princípios Fundamentais em Saúde.....	18
2.3 Comunicação em Cuidados Paliativos	21
2.4 Parâmetros da Comunicação no <i>Setting</i> dos Cuidados Paliativos.....	23
2.5 O papel do Terapeuta da Fala, com Adultos, em Cuidados Paliativos.....	28
2.6. O Papel do Terapeuta da Fala nas Perturbações da Comunicação	30
2.7 Estratégias Facilitadoras da Comunicação Utilizadas pelo Terapeuta da Fala	33
2.8 O Papel do Terapeuta da Fala na Funcionalidade Comunicativa	37
3. METODOLOGIA.....	41
3.1 Pertinência do Estudo	41
3.2 Objetivos de Investigação	41
3.3 Tipo de Estudo	42
3.4 População e Amostra	42
3.5 Instrumento de Recolha de Dados	42
3.6 Procedimentos.....	43
4. RESULTADOS	45
4.1 Caracterização da Amostra: Informações Sociodemográficas	45
4.2 Tempo de Experiência Profissional	45

4.3 Local de Trabalho.....	45
4.4 Grupos Etários de Intervenção.....	46
4.5 Estratégias Facilitadoras da Comunicação	46
4.5.1 Estratégias Facilitadoras da Comunicação do Espaço Físico	47
4.5.2 Estratégias Não Verbais Facilitadoras da Comunicação.....	47
4.5.3 Estratégias Verbais Facilitadoras da Comunicação	48
4.5.4 Estratégias Visuais Facilitadoras da Comunicação.....	49
4.5.5 Formas Facilitadoras da Comunicação	50
4.5.6 Estratégias Formais Facilitadoras da Comunicação	50
4.5.7 Produtos de Apoio Facilitadores da Comunicação.....	51
4.6 Experiência com População Adulta em Situação Paliativa	52
4.7 Local de Trabalho com População Adulta em Situação Paliativa.....	53
4.8 Número de Casos com Limitações Comunicativas	53
4.9 Patologias que Afetam a Comunicação.....	54
4.10 Formas de Seleção das Estratégias a Implementar	54
4.11 Métodos de Avaliação das Competências do Utente	55
4.12 Funcionalidade Comunicativa: Estratégias Partilhadas com o Utente e a Família.....	55
4.12.1 Razões: Falha na Promoção da Funcionalidade Comunicativa	56
4.13 Funcionalidade Comunicativa: Estratégias Partilhadas com o Utente e a Equipa	56
4.13.1 Razões: Falha na Promoção da Funcionalidade Comunicativa	57
4.14 Terapeuta da Fala: Facilitador no Processo de Comunicação	57
.....	57

4.15 Dificuldades de Intervenção com Adultos com Alterações na Comunicação	58
4.16 Autoanálise dos Terapeutas da Fala sobre as Estratégias	58
4.17 Existência de <i>Guidelines</i>	59
4.18 Grau de Importância dos Grupos de Estratégias	60
4.19 Perceção dos Terapeutas da Fala que Trabalham com População em Situação Paliativa sobre as Estratégias Mais Importantes	60
4.20 Perceção dos Terapeutas da Fala que Não Trabalham com População em Situação Paliativa sobre as Estratégias Muito Importantes	65
4.21 Relação entre os Grupos de Estratégias e as Patologias	65
4.22 Relação entre Estratégias e a Avaliação das Competências para a Implementação das Estratégias.....	67
4.23 Relação entre Estratégias e Formas de Seleção das Estratégias.....	67
4.24 Relação entre Estratégias e o Terapeuta da Fala – Elemento Facilitador na Comunicação.....	68
4.25 Relação entre Estratégias Partilhadas com o Utente e Família e o Terapeuta da Fala – Elemento Facilitador na Comunicação	68
4.26 Relação entre Estratégias Partilhadas com a Equipa e o Terapeuta da Fala – Elemento Facilitador na Comunicação	69
4.27 Relação entre Estratégias e Dificuldades de Intervenção	69
4.28 Relação entre Dificuldades de Intervenção e o Terapeuta da Fala – Elemento Facilitador na Comunicação.....	70
4.29 Relação entre Dificuldades de Intervenção e o Número de Utentes com Limitações Comunicativas	70
4.30 Relação entre Dificuldades de Intervenção e a Existência de <i>Guidelines</i>	71
4.31 Autoanálise do Conhecimento.....	71
5. DISCUSSÃO.....	72

5.1 Perfil Sociodemográfico.....	72
5.2 Perceção dos Terapeutas da Fala Sobre as Estratégias Facilitadoras da Comunicação	73
5.3 Relação entre Grupo de Patologias e Estratégias.....	78
5.4 Relação entre Estratégias e a Avaliação das Competências para a Implementação das Estratégias.....	78
5.5 Relação entre Estratégias e Formas de Seleção das Estratégias.....	79
5.6 Relação entre Estratégias Partilhadas com o Utente-Família/Cuidadores e Utente-Equipa e o Terapeuta da Fala – Elemento Facilitador na Comunicação.....	80
5.7 Relação entre Dificuldades de Intervenção e o Terapeuta da Fala – Elemento Facilitador na Comunicação.....	80
5.8 Relação entre Dificuldades de Intervenção e a Existência de <i>Guidelines</i>	81
5.9 Autoanálise do Conhecimento.....	81
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
APÊNDICES	92
Apêndice 1 – Questionário Desenvolvido para Recolha de Dados	92
ANEXOS.....	100
Anexo 1 – Aprovação do Estudo pela Comissão de Ética	103

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Tempo de experiência profissional dos terapeutas da fala.....	45
Figura 2- Local de trabalho dos terapeutas da fala (um ou mais em simultâneo)	46
Figura 3- Grupos etários que os terapeutas da fala acompanham (um ou mais em simultâneo)	46
Figura 4 - Experiência com população adulta em situação paliativa	52
Figura 5 - Local de trabalho com população adulta em situação paliativa (um ou mais locais em simultâneo)	53
Figura 6 - Números de casos com alterações na comunicação	53
Figura 7 - Grupo de patologias que afetam a comunicação (uma ou mais patologias em simultâneo) ..	54
Figura 8 - Formas de seleção das estratégias a implementar (uma ou mais formas em simultâneo)	54
Figura 9 - Métodos de avaliação das competências do utente (um ou mais métodos em simultâneo) ..	55
Figura 10 - Funcionalidade comunicativa: estratégias partilhadas com o utente e a família	55
Figura 11 - Razões: falha na promoção da funcionalidade comunicativa (uma ou mais razões em simultâneo)	56
Figura 12 - Funcionalidade comunicativa: estratégias partilhadas com o utente e a equipa	56
Figura 13 - Razões: falha na promoção da funcionalidade comunicativa (uma ou mais razões em simultâneo)	57
Figura 14 - Terapeuta da fala: facilitador na comunicação	57
Figura 15 - Dificuldades de intervenção com adultos com alterações da comunicação	58
Figura 16 (a) Conhecimento de estratégias facilitadoras da comunicação; (b) Conhecimento sobre implementação de estratégias; (c) Capacitar a equipa; (d) Capacitar a família.....	59
Figura 17 - Variabilidade do grau de importância entre o grupo das estratégias.....	60
Figura 18 - Variabilidade das estratégias do Espaço Físico	61

Figura 19 - Variabilidade das Estratégias Não Verbais	62
Figura 20 - Variabilidade das Estratégias Verbais	62
Figura 21 - Variabilidade das Estratégias Visuais	63
Figura 22 - Variabilidade das Formas de Comunicação	63
Figura 23 - Variabilidade das Estratégias Formais	64
Figura 24 - Variabilidade dos Produtos de Apoio	64
Figura 25 - Variabilidade de perceção sobre as estratégias Não Verbais	65
Figura 26 - (a) Doenças neurodegenerativas e estratégias Verbais; (b) Cancro da cabeça e pescoço e estratégias do Espaço Físico; (c) Cancro da cabeça e pescoço e Estratégias Visuais; (d) Doenças respiratórias e Estratégias Formais	66
Figura 27 - (a) Estratégias do Espaço Físico e Diagnóstico; (b) Estratégias Visuais e sobreinterpretação	67
Figura 28 - (a) Estratégias do Espaço Físico e seleção com o utente; (b) Estratégias Formais e seleção com o utente	68
Figura 29 - Variabilidade das perceções sobre o autoconhecimento no âmbito das estratégias	71

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Grau de importância atribuído a cada uma das estratégias do Espaço Físico (para cada estratégia encontra-se destacado a negrito o grau mais frequente).....	47
Tabela 2- Grau de importância atribuído a cada uma das estratégias Não Verbais (para cada estratégia encontra-se destacado a negrito o grau mais frequente)	48
Tabela 3- Grau de importância atribuído a cada uma das estratégias Verbais (para cada estratégia encontra-se destacado a negrito o grau mais frequente)	49
Tabela 4 - Grau de importância atribuído a cada uma das estratégias Visuais (para cada estratégia encontra-se destacado a negrito o grau mais frequente)	50
Tabela 5 - Grau de importância atribuído a cada uma das Formas de Comunicação (para cada estratégia encontra-se destacado a negrito o grau mais frequente).....	50
Tabela 6 - Grau de importância atribuído a cada uma das estratégias Formais (para cada estratégia encontra-se destacado a negrito o grau mais frequente)	51
Tabela 7 - Grau de importância atribuído a cada um dos Produtos de Apoio (para cada estratégia encontra-se destacado a negrito o grau mais frequente)	52
Tabela 8 - Relação entre estratégias partilhadas com o utente e família e o terapeuta da fala: elemento facilitador na comunicação	69
Tabela 9 - Relação entre estratégias partilhadas com a equipa e o terapeuta da fala: elemento facilitador na comunicação	69
Tabela 10 - Relação entre dificuldades de intervenção e o terapeuta da fala: elemento facilitador na comunicação.....	70
Tabela 11 - Relação entre dificuldades de intervenção e o número de casos com limitações comunicativas	71

1. INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos (CP) são cuidados ativos e totais, com o objetivo de aliviar a dor e os sintomas decorrentes da fase avançada de uma doença sem possibilidade de cura. Assim, o objetivo principal deste tipo de cuidados, consiste em promover a qualidade de vida dos pacientes (Marques, et al, 2009). Mas como melhorar a qualidade de vida de uma pessoa com uma doença incurável?

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (1998) (OMS), a qualidade de vida reflete-se no bem-estar físico, emocional e social. O bem-estar físico pode ser promovido por todos os tratamentos médicos direcionados ao controlo da dor e dos sintomas associados. Porém, ainda não existem medicamentos/tratamentos tão eficientes que possam curar o bem-estar emocional e social (Cardoso, 2012).

Em contrapartida, uma boa comunicação, que consiste em escutar com sensibilidade, observar, ter consciência dos sentimentos e dar oportunidade para que o outro possa exprimir os seus sentimentos, além de ajudar a pessoa descentrar-se da sua dor física, possibilita que esta exprima tudo aquilo que sente, contribuindo para o seu bem-estar emocional (Querido, Salazar & Neto, 2016).

E se as pessoas são honestas consigo e com os outros, relativamente ao que sentem, terão mais facilidade e predisposição para se relacionar e interagir com os outros, garantindo assim a sua dignidade social (Cardoso, 2012).

Por tudo isto, comunicar com eficiência constitui uma necessidade básica na atuação com doentes e seus familiares, no âmbito dos Cuidados Paliativos (Querido, Salazar & Neto, 2006).

É neste panorama que o terapeuta da fala (TF) pode intervir. Em 1994, o Comité Permanente de Ligação dos Terapeutas da Fala da União Europeia (CPLOL) referiu que este profissional deve prevenir, avaliar, diagnosticar e tratar perturbações da comunicação humana.

Na fase terminal de uma doença é frequente que a comunicação esteja muito comprometida, impossibilitando o uso da fala e/ou linguagem escrita para comunicar, competindo a este profissional maximizar a comunicação, fomentando a autonomia, liberdade de escolha, integração social e familiar do paciente (Taquemori, 2008)

O TF, através da sua intervenção, dotará o paciente com estratégias comunicativas para que possa, livre e autonomamente, escolher, comunicar decisões, comunicar necessidades e expressar o que quer e o que não quer para si. Desta forma, grande parte da sua dignidade estará garantida (Cardoso, 2012; Pinto, 2009; Taquemori, 2008).

Apesar da existência de perturbações da comunicação em CP, a atuação do TF neste âmbito é ainda muito emergente, tanto a nível nacional como internacional (Tonner & Shadden, 2012). A existência limitada de literatura sobre esta temática, o pouco conhecimento dos outros profissionais sobre a importância da atuação do TF na comunicação, fundamentam a pertinência científica desta investigação.

Este estudo contempla cinco capítulos. O primeiro destina-se ao enquadramento teórico, onde serão abordados temas que suportam o presente estudo, nomeadamente: a breve história e o conceito dos CP; princípios e conceitos fundamentais relacionados com a comunicação; a comunicação em CP; as componentes da comunicação no *setting* dos CP; o papel do TF em CP; o papel do TF, com adultos, no âmbito das perturbações da comunicação; estratégias facilitadoras da comunicação utilizadas pelo TF; e o papel do TF na funcionalidade comunicativa.

No segundo capítulo, serão abordadas todas as questões relacionadas com a metodologia: justificação para a pertinência do estudo; objetivos da investigação; tipo de estudo; população e amostra; fases da construção do instrumento de recolha de dados; e todos os procedimentos que suportaram o processo anterior e posterior à recolha de dados.

O terceiro, inclui a apresentação dos resultados obtidos, por meio de tabelas, gráficos e quadros demonstrativos. O quarto, aborda a discussão desses resultados, de acordo com a literatura.

Por fim, no quinto e último, serão expostas algumas considerações sobre a realização da presente investigação, designadamente, limitações deste estudo, bem como sugestões para estudos futuros.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 Cuidados Paliativos: História e Conceito

Foram muitos os avanços da medicina ao longo do séc. XX. As situações de morte foram sendo combatidas com sucesso e a cura foi-se impondo no âmbito das doenças agudas. Os progressos científicos e sociais proporcionaram um aumento da esperança média de vida, dando origem à emergência das doenças crónicas não transmissíveis. Assim, a morte passou a surgir num estado final de uma doença crónica prolongada (Neto, 2016).

Contudo, a longevidade não significou que as pessoas passassem a morrer melhor. De certa forma, a procura de soluções para combater muitas doenças, assim como a utilização de tratamentos inovadores fez com que se cultivasse a chamada “negação da morte” (Neto, 2016).

Neto (2016), no seu capítulo sobre a história dos CP, cita Clark (2002), referindo que a morte passou a ser vista como uma derrota para muitos profissionais de saúde, pelo que o treino destes centrou-se, essencialmente, em torno da doença aguda, com menos atenção para as doenças “não curáveis”.

A Europa Ocidental, ao longo da sua história, vivenciou várias mudanças na conceção sobre o processo de morrer. A I Guerra Mundial foi a base conceptual da chamada - morte proibida. Esta era escondida da vida quotidiana, vista como uma situação vergonhosa e distante, deixando de ser aceite, esperada e acompanhada (Del Río & Palma, 2007).

No entanto, existem relatos de que, desde o séc. XIX, existiam grupos de pessoas (essencialmente religiosos) que se dedicavam a prestar cuidados às pessoas mais desprotegidas e moribundas, com o objetivo de responder à negligência por parte da sociedade (Neto, 2016).

Importa salientar que, este tipo de cuidados eram prestados no sentido da caridade, sendo que os cuidados mais específicos de saúde, imergiram a partir dos anos 60 do séc. XX, em Inglaterra, com Cecily Saunders (Neto, 2016).

Cecily Saunders, considerada como uma líder da medicina paliativa contemporânea, observou que a tendência de esconder a pessoa que estava a morrer e a verdade de seu prognóstico eram fenómenos que mostravam como se encontrava a sociedade e como esta perspetivava a mortalidade (Del Río & Palma, 2007).

Cecily Saunders (enfermeira, médica e assistente social), nessa época procurou dar resposta à limitada existência de cuidados de saúde para pessoas que se encontravam em final de vida. O objetivo consistia em promover cuidados científicos específicos, rigorosos e de qualidade a pessoas, frequentemente negligenciadas e com doenças sem expectativa de cura – doentes com doenças incuráveis, progressivas e avançadas (Neto, 2016).

A fundação do St'Christopher Hospice, em 1967, tornou-se o marco decisivo para a inauguração dos CP, que a partir desse momento foi considerado como uma área específica da medicina moderna (Neto, 2016).

Como reação ao panorama desumanizante da medicina moderna, em 1968 surgiu o Movimento dos Cuidados Paliativos (CPAL), tendo como pioneiros Cecily Saunders, Elisabeth Kübler-Ross e Balfour Mount (Neto, 2016).

A este movimento associaram-se vários profissionais de diferentes áreas de conhecimento, nomeadamente, oncologia, anestesia, farmacologia, psicologia, que sentiram a preocupação de ver o doente que se aproximava do fim da sua vida como uma pessoa total, necessitando de cuidados de saúde holísticos (Watson, Lucas, Hoy, & Back, 2005).

O conceito “Paliativo” deriva do latim *Pallium*, que significa o manto. Esta terminologia denota a ideia principal dessa filosofia: proteger, amparar, cobrir, envolver, quando não existe cura para uma determinada doença (Twycross, 2003).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu a importância dos CP, considerando-os importantes para promover a dignidade e qualidade de vida potencialmente perdidas pelos doentes e famílias (WHO, 2012).

Assim, os CP constituem-se como “uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias que enfrentam problemas associados com uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e avaliação rigorosa e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais” (WHO, 2012).

Twycross (2003) acrescenta que estes cuidados devem ser prestados de forma ativa e total aos pacientes e às suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença do paciente já não responde ao tratamento curativo, existindo uma expectativa curta de vida.

Para uma boa prática dos cuidados paliativos, por um lado não se pode dispensar do exímio controlo dos sintomas, por outro não se pode limitar unicamente a isso, correndo o risco de descurar o sofrimento psicológico e espiritual da pessoa (Neto, 2004).

Assim, a comunicação assume um papel importante a este nível. A informação que os pacientes e as suas famílias recebem acerca da doença, ao possibilitar um maior envolvimento do doente, contribui para a adaptação à doença, ajudando o paciente e a família a lidar com a mesma (Cardoso, 2012).

Neste sentido, é inquestionável a valorização dos CP destinados aos pacientes com doenças terminais, assim como a importância da comunicação.

2.2 Comunicação: Conceito e Princípios Fundamentais em Saúde

Etimologicamente, o conceito de comunicar deriva do latim – *comunicare* - que significa “pôr em comum”, “entrar em relação com”, partilhar. Trata-se de um processo complexo e permanente, utilizado pelos seres humanos para transmitirem e receberem mensagens para compreender e serem compreendidos pelos outros (Nunes, 2010).

Nunes (2010) considera que a comunicação é onnipresente, dada como adquirida e pouco significativa. Só os seres vivos comunicam e apenas o fazem enquanto vivos. A ideia de que a comunicação é uma propriedade dos seres vivos, à semelhança de outras necessidades fisiológicas, desvaloriza a importância de aperfeiçoá-la.

De acordo com Lourenço (2012), a comunicação trata-se de um processo social básico, importante em todas as esferas da vida, constituindo a base da nossa existência em relação com a outra pessoa. Deste modo, conclui-se que a comunicação e a existência estão intrinsecamente associadas.

O Homem é, inquestionavelmente social, pelo que comunicação assume grande importância na relação entre as pessoas, sendo uma componente do percurso de uma vida. Através da comunicação, as pessoas interagem com o mundo, partilhando e interiorizando experiências. Desta forma, o processo de comunicação consiste em compreender e partilhar mensagens emitidas e recebidas, sendo que as próprias mensagens e a sua interação influenciam o comportamento das pessoas envolvidas (Stefanelli & Carvalho, 2004).

O processo de comunicação é sempre iniciado por uma pessoa – emissor, que tem necessidade de transmitir uma determinada informação/mensagem. O emissor fica incitado a estabelecer uma interação, pensando na forma como deve fazê-la (codificação) e como deve transmiti-la (canal), com o intuito de tornar análogo o conteúdo da sua informação para outra pessoa (recetor) (Stefanelli & Carvalho, 2004).

O recetor irá reagir à informação recebida, manifestando um comportamento (resposta), o qual constituirá um novo estímulo para a continuação da comunicação. Neste sentido, a comunicação é um processo bidirecional e dinâmico, onde o emissor e o recetor trocam os papéis de forma alterada e contínua (Stefanelli & Carvalho, 2004).

A comunicação é definida por Alvarenga (2008) como um processo multidirecional, multidimensional, complexo e dinâmico, cujas interações entre os sujeitos são sempre diferentes, sendo composto pela partilha de informação, atitudes e emoções.

Considerando a impossibilidade de não comunicar e de que toda a comunicação, inevitavelmente, tem consequências, é importante que os profissionais de saúde (PS) compreendam que os seus comportamentos geram efeitos nos seus pacientes e nos outros profissionais (Nunes, 2010).

A comunicação é o pilar na relação entre os PS, pacientes e famílias/cuidadores. Esta permitirá que o PS tenha conhecimento de informações importantes sobre a condição do paciente, possibilitando-lhe estabelecer o diagnóstico. Além disto, permite que o paciente conheça e compreenda a sua condição

clínica, possibilitando que se envolva, conscientemente, em todos os processos que exigem a tomada de decisão (Ha & Longnecker, 2010).

Na realidade, a partilha de informação entre todos os elementos envolvidos no processo é fundamental para o estabelecimento de uma relação de confiança entre profissional de saúde-paciente, essenciais para a prestação de um serviço que pretende assegurar o bem-estar do doente (Ha & Longnecker, 2010).

Para que a comunicação possa ser consistente deve alicerçar-se em alguns princípios básicos, relativos à transferência da informação, nomeadamente, ser específica, ser pouco complicada, utilizar alguma repetição, minimizar a linguagem médica e verificar se o paciente está a compreendê-la (King & Hope, 2013).

A comunicação eficaz é considerada a arte da medicina, cujo objetivo consiste em promover uma boa relação interpessoal entre todas as partes envolvidas, facilitar a partilha de informação e envolver os doentes na tomada de decisão (Ha & Longnecker, 2010).

Os pacientes que têm uma boa relação com os profissionais de saúde mostram-se mais predispostos em partilhar informação sobre todos os aspetos inerentes à sua condição clínica (problemas, anseios, medos e expectativas), permitindo que o PS atue de acordo com as necessidades expressas (Silva & Araújo, 2009).

Esta relação possibilita conhecer o paciente como um todo, mais concretamente, permite conhecer os seus valores culturais e espirituais, disponibilizando medidas de apoio nesse sentido. Desta forma, existe, um fortalecimento da autonomia deste, resultante de uma relação que prioriza os fundamentos de uma comunicação adequada (Borges & Junior, 2014)

Estudos científicos corroboram que existe uma associação entre a satisfação do paciente e os comportamentos do PS. Os comportamentos comunicativos que surgem durante a interação entre o paciente e o PS são, fortemente preditores do nível de satisfação do utente (King & Hope, 2013).

A qualidade da comunicação relaciona-se com a existência de muitos facilitadores e de poucas barreiras (Slort, et al., 2011).

A revisão sistemática de Slort e dos seus colaboradores (2011) apresenta os seguintes facilitadores para a comunicação em CP:

- Características relacionadas com o paciente: idade mais avançada e maior esperança de vida;
- Disponibilidade do PS (visitas ao paciente, disponibilidade para discutir com o paciente a sua condição clínica);
- O relacionamento entre o PS e o utente;
- Disponibilidade do PS para discutir qualquer tema: diagnóstico e prognóstico, assuntos relacionados com as dimensões psicológica, social e espiritual do utente e a eventual preparação da morte;

- Demonstrar iniciativa para debater assuntos relacionados com o final de vida;
- Boas competências interpessoais;
- Escutar o paciente de forma ativa;
- Dar oportunidade ao utente para expressar as suas emoções;
- Ajudar o doente a exteriorizar as suas preocupações;
- Encorajar e dar apoio emocional;
- Acompanhar as mudanças na opinião do doente;
- Verificar que a informação transmitida foi compreendida;
- Não ocultar informação do utente;
- Encontrar um consenso com o utente, relativamente ao tratamento;
- Ter experiência e treino específico em CP.

Comunicar com pessoas que estão em final de vida requer competências de comunicação específicas para lidar, de forma mais adequada, com situações sensíveis, como o sofrimento e a aproximação da morte. Todavia, nem todos os PS apresentam habilidades que lhes permitam responder, apropriadamente a esta realidade, surgindo, inevitavelmente barreiras à comunicação (Carqueja, 2018).

Neste sentido, Carqueja (2018) enumera algumas dessas barreiras:

- Utilizar perguntas fechadas;
- Fazer muitas perguntas;
- Dizer ao doente que não existe necessidade de preocupação;
- Dar ordens;
- Fazer ameaças;
- Fazer juízos de valor;
- Repreender;
- Fazer críticas;
- Falar com um débito aumentado.

Existem várias abordagens para comunicar no contexto da saúde, contudo a maioria dos investigadores e profissionais concorda que a melhor forma caracteriza-se por uma abordagem centrada no doente, em que a informação é transmitida de forma gradual, consoante as necessidades dos pacientes, encorajando-os a falarem dos seus sentimentos, medos e preocupações (Mast, Kindlimann, & Langewitz, 2005).

Assim sendo, pode considerar-se que o tratamento da doença deve ser feito de forma impessoal, porém o tratamento direccionado aos doentes deve ser de forma pessoal, ou seja, de acordo com as suas singularidades. Um PS que reconhece isto e prioriza a comunicação estará a contribuir para

a solidificação da humanização dos serviços de saúde (Nunes, 2010).

2.3 Comunicação em Cuidados Paliativos

Na mudança dos cuidados curativos para os CP, a componente da comunicação assume um papel muito importante. São necessárias qualidades de delicadeza, empatia e atenção para explicar ao paciente este processo, assegurando um tratamento que promova o bem-estar, o alívio das dores e do sofrimento, o conforto e o apoio espiritual (Borges & Junior, 2014).

A comunicação é considerada o pilar dos CP, essencial para as relações humanas, uma vez que é através desta que se estabelecem as relações profissionais entre os PS e os pacientes. Além disto, atua como uma estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento e no controlo de sintomas relacionados com a doença avançada e terminal (Santos, et al., 2014).

Não é possível dissociar a comunicação dos CP, pois trata-se de um intercâmbio dinâmico que permite ir além da oralidade. Na realidade, implica a adaptação a uma nova situação (não alterável) que envolve o paciente, família/cuidadores e toda a equipa, e responsável pelo estabelecimento de uma relação interpessoal genuína para responder com dignidade a todas as dimensões do paciente e dos seus familiares/cuidadores que se encontram em grande sofrimento (Querido, Salazar, & Neto, 2016).

Buckman (2011) sugere um protocolo de cinco etapas para que o processo comunicativo seja adequado e efetivo entre PS e o doente. O Protocolo chama-se CLASS, constituído pelos seguintes parâmetros:

C – *Context*, ou contexto da ação –valorização do ambiente ou espaço físico em que decorre a entrevista ou a consulta, incluindo cinco aspetos a cumprir: otimizar o espaço físico, garantindo privacidade, conforto e o máximo à vontade para doente e família; linguagem corporal ajustada, através de uma postura de abertura e de disponibilidade; contacto visual estabelecido com o doente.

L – *Listening skills*, ou capacidade de escuta – Demonstrar escuta ativa, através de questões abertas, possibilitando ao doente transmitir a sua opinião e os seus sentimentos. Também, deve usar o silêncio, de forma de incentivar o paciente a expor os seus sentimentos. Acrescenta-se que, se o doente se encontra a falar, não deve ser interrompido e se não quiser falar, o PS deve respeitar a sua vontade.

A – *Acknowledgment of patient's emotions*, ou reconhecimento das emoções do paciente - O PS deve demonstrar que identificou as emoções que o doente transmitiu e a causa dessas mesmas emoções, com o recurso a questões e respostas empáticas.

S – *Strategy for clinical management* ou estratégias de gestão clínica - Apresentar estratégias, posteriormente discutidas com paciente.

S – *Summary* ou Sumário – O PS deve resumir as questões principais da interação, permitindo ao doente colocar novas questões e abrindo espaço para novas interações.

De acordo com Mouritz (2007) a comunicação é necessária para uma assistência humanizada. A utilização adequada deste recurso é uma medida terapêutica, com eficácia comprovada, para os pacientes que se encontram em fase terminal.

Concretamente, a comunicação verbal ao ser utilizada de forma adequada, possibilita que o paciente expresse as suas dúvidas, preocupações, vontades e insatisfações e contribui para que compreenda o seu estado clínico, assim como o tratamento e o prognóstico, atenuando a pressão que sente perante a fragilidade conferida pela própria doença (Nunes, 2010).

Por outro lado, a comunicação não verbal reforça a ligação afetiva entre o PS e o paciente, fazendo com que se sinta seguro e amparado (Nunes, 2010).

A comunicação em CP é um processo difícil e muito doloroso para o PS que tem o objetivo de curar e salvar a vida e nunca o oposto (Borges & Junior, 2014).

Numa investigação realizada com 167 oncologistas de todo o mundo, verificou-se que estes profissionais transmitem más notícias, em média, trinta e cinco vezes por mês. O tópico mais difícil de abordar é a transição do tratamento curativo para o tratamento paliativo (Fallowfield & Jenkins, 2004).

Relativamente à área dos CP, este assunto assume proporções maiores, pela gravidade e complexidade inerentes à prestação destes cuidados. A comunicação é difícil na maioria das vezes, devido aos temas abordados e à vulnerabilidade do paciente (Borges & Junior, 2014).

Os PS devem partilhar com os seus doentes, todas as informações que estes têm necessidade em saber. De uma forma geral, a maior parte dos pacientes quer saber informações detalhadas sobre o prognóstico, tratamento, assim como participar nas tomadas de decisão, relativamente aos seus cuidados (Carqueja, 2018).

O tema sobre o processo de morrer é sensível e difícil para os PS, contudo iniciar discussões precoces sobre o fim de vida, possibilita que o doente possa fazer escolhas de forma informada, consiga uma melhor palição dos sintomas e ter oportunidade para trabalhar todas as questões associadas ao fim de vida (Carqueja, 2018).

A comunicação com o doente em CP é componente integrante das equipas multidisciplinares. Esta deverá ser utilizada para resolver situações problemáticas que não se limitam, exclusivamente, à comunicação do diagnóstico, prognóstico e transmissão de más notícias (Soares, 2016).

Além disto, cada doente deve ser visto pelos PS como único, assim como é única a situação em que, tanto ele como as suas famílias se encontram. Este princípio permite ao PS o respeito pelos doentes e famílias, valorizando a comunicação centrada na pessoa e com a pessoa (Soares, 2016).

No final da vida, uma comunicação adequada possibilita conhecer problemas, desejos, medos e expectativas do paciente; facilitar o alívio de sintomas e assegurar sua autoestima; informar a verdade, de acordo com as necessidades do paciente; identificar fatores promotores do bem estar do paciente; conhecer os seus valores culturais, espirituais; providenciar medidas de suporte; respeita/reforçar a autonomia; tornar mais próxima a relação entre o PS e o paciente; identificar as necessidades da família;

realizar de objetivos em relação à terapia e cuidados; criar oportunidades para a resolução de assuntos pendentes; fazer com que o paciente se sinta estimado e acompanhado; ajudar o paciente e a sua família a lidar com processo de morte (Silva & Araújo, 2009).

Com efeito, uma comunicação apropriada, ajudará o doente a lidar com o stress subjacente à hospitalização, à progressão da doença, à falta de eficácia dos tratamentos e aos pensamentos sobre a temática da morte (Carqueja, 2018).

2.4 Parâmetros da Comunicação no *Setting* dos Cuidados Paliativos

Na relação terapêutica em CP, a comunicação é a ferramenta primordial para a abordagem clínica. Assim, tem uma função tão importante como a própria definição do diagnóstico ou seleção da terapêutica mais apropriada (Querido, Salazar, & Neto, 2016).

Existem evidências científicas de que quando os PS comunicam adequadamente, surgem benefícios tanto para os próprios como para os seus pacientes. Os parâmetros subjacentes ao processo de comunicação são motivo de rigor, técnica e treino. Deste modo, devem receber atenção e, serem fortemente valorizados por todos os PS (Querido, Salazar, & Neto, 2016).

Comunicar consiste na relação íntima, simbiótica até, do que é dito com o que expressamos corporalmente e com a observação do outro. É neste ponto de equilíbrio, em compromisso de ambas as partes, estabelecendo a ponte entre o “eu” e o “outro”, que se dá a comunicação (Freitas-Magalhães, 2007).

Assim, do processo de comunicação fazem parte os aspetos não verbais e verbais. O comportamento não verbal, por um lado complementa e reforça a mensagem expressa, por outro torna-a mais consistente (Querido, Salazar, & Neto, 2016).

Estudos comprovam que 55% dos sentimentos são expressos por meio da comunicação não verbal, 38% pela voz e apenas 7% por palavras. Deste modo, comunicação não verbal apresenta-se com grande pertinência para o estabelecimento da relação PS-paciente, podendo reforçar ou fragilizar o vínculo de confiança entre eles e influenciar o processo terapêutico (Cavalcante, et al., 2014).

A comunicação não verbal inclui inúmeras componentes, sendo aqui apresentadas, as que têm uma importância mais significativa no contexto dos CP. Esta área é constituída por signos que não são utilizados na linguagem escrita ou verbal oral, dividindo-se em algumas áreas: linguagem corporal e linguagem paraverbal (Querido, Salazar, & Neto, 2016).

A primeira componente inclui a expressão facial, contacto visual, postura e movimentos do corpo, contacto físico e toque. A segunda engloba a qualidade da voz e os segregados vocais (Querido, Salazar, & Neto, 2016)

A expressão facial é composta por meio do posicionamento das sobrancelhas, formato e posição dos olhos, das narinas e boca. Existem muitas combinações entre estes elementos, resultando na expressão (Querido, Salazar, & Neto, 2016).

“O rosto fala sem que para tal seja necessário abrir a boca” (Freitas-Magalhães, 2007, p. 28). A face é considerada o principal canal de expressão não verbal, sendo que é particularmente importante na expressão das emoções e das atitudes que transmitimos em relação aos outros (Ekman & Davidson, 1994)

Em CP, os PS devem utilizar as expressões mais positivas, transmitindo um verdadeiro interesse e compromisso por parte do profissional. Devem evitar franzir as sobrancelhas ou o nariz, pois trata-se de um sinal de preocupação; evitar inspirações forçadas, uma vez que pode ser interpretado como desinteresse; e devem sorrir genuinamente (Querido, Salazar, & Neto, 2016).

O **sorriso**, tal como o choro e a alimentação, trata-se uma ferramenta para a inserção no perimundo. A sua importância na vida das pessoas, manifesta-se desde muito cedo, por ser uma fonte segura de recompensas pessoais e interpessoais (Freitas-Magalhães, 2007).

A presença do sorriso amplifica os reportórios de pensamento e de ação dos pacientes. Concretamente, a indução desta emoção positiva produz novos pensamentos, ações mais criativas, objetivos e mentalidades mais flexíveis, favorecendo a incorporação de recursos que podem modificar a vida dos doentes de forma mais positiva (Cohn, Fredrickson, Brown, Mikels, & Conway, 2001).

Graham e Cates (1989), citado por Borod (2009) consideram que os pacientes com uma doença incurável são, muitas vezes, tratados como “falecidos” no momento em que se conhece do diagnóstico. A própria família entra no quarto do doente como se já estivesse a vivenciar o funeral do mesmo.

Os estudos de Henneman (1989), mencionados por Borod (2009), referem que o sorriso é contagiante e gerador de outros sorrisos. Uma outra investigação, realizada com pacientes que se encontravam em CP, com o objetivo de identificar as expectativas destes em relação à comunicação, demonstrou que o sorriso era um importante sinal não-verbal, uma vez que transmitia atenção e disponibilidade do profissional para com o paciente (Araújo & Silva, 2007).

Além disto, o sorriso foi também destacado, como um facilitador à vinculação do doente com o PS. Os pacientes consideraram que se vinculavam melhor com PS que lhes davam atenção e que demonstravam disponibilidade para cuidar (Araújo & Silva, 2007).

O **contacto visual** é uma das componentes mais fortes e importantes, uma vez que os pacientes a correlacionam com o interesse e atenção do PS. Tendencialmente, os doentes consideram que o PS é mais honesto quando não desvia o olhar. Acrescenta-se que, permite também observar pistas importantes, expressas pelo doente, em relação à sua dimensão emocional e física (Querido, Salazar, & Neto, 2016).

A duração do olhar varia consoante a cultura, devendo idealmente ser superior a 30% e inferior a 80% do tempo, para não causar o risco de ser interpretado como desinteresse (quando inferior a 30%) ou intimidatório (quando superior a 80%) (Querido, Salazar, & Neto, 2016).

Assim sendo, em CP, o olhar deve manter-se durante alguns momentos e, esporadicamente, retirado. O contacto visual é estabelecido, de forma mais eficaz, quando o utente e o PS se encontram

ao mesmo nível. Na realidade dos CP é frequente os utentes estarem deitados, por isso, é essencial que o profissional não se sente e que o doente se levante ligeiramente, evitando-se a sensação de inferioridade e de desconforto (Querido, Salazar, & Neto, 2016).

A **postura e movimentos do corpo** incrementa o prosseguimento da interação entre o PS e o paciente. Alterações repentinas e bruscas à postura perturba o diálogo. Em CP, idealmente, o PS deverá inclinar o seu tronco para a frente, facilitando o processo de comunicação e transmitindo a imagem de um técnico genuinamente preocupado e interessado. O cruzamento das pernas deve ser evitado, assim como a gesticulação excessiva das mãos (Querido, Salazar, & Neto, 2016).

O **contacto físico e o toque** são considerados os parâmetros que melhor promovem a aproximação entre o PS e o paciente em CP. Estes permitem que utente sinta que o técnico está com ele e que compreende o seu sofrimento (Querido, Salazar, & Neto, 2016).

Existem relatos, por parte dos doentes, de que sentem que são menos tocados quando a doença se encontra em fase mais avançada, sendo então importante, o toque e o contacto na fase final da vida (Querido, Salazar, & Neto, 2016).

Importa salientar que, a literatura diferencia a existência de dois tipos de toque: o toque físico, utilizado na realização de exames médicos ou em outras situações mais técnicas; o toque afetivo e empático, utilizado para construir a proximidade entre o técnico e o utente (Querido, Salazar, & Neto, 2016).

Querido, Salazar e Neto (2016), salientam que o toque deve ser apropriado à situação, sendo necessário considerar a distância física entre os dois interlocutores que partilham o mesmo espaço (proxémia). Esta distância pode variar de quatro formas, nomeadamente:

- 1) Espaço íntimo: prolonga-se até 40 centímetros à volta do interlocutor. Esta distância é consentida quando as pessoas têm uma relação com mais intimidade;
- 2) Espaço interpessoal: estende-se desde os 40 centímetros até, aproximadamente 1 metro. Possibilita uma proximidade moderada, mas não invade a intimidade;
- 3) Espaço social: estende-se entre os 2 e 3 metros. Distância utilizada nas interações de maior formalismo ou quando existem relações de hierarquia entre os indivíduos;
- 4) Espaço público: distância superior a 4 metros. Surge em situações de conferências e discursos.

Em CP, a relação entre o paciente e o PS decorre, geralmente, no espaço interpessoal, contudo, dependendo da situação, e com a aprovação do utente, poderá estender-se ao espaço íntimo. Na verdade, o toque de conforto, que surge no espaço íntimo, pode oferecer-se em situações de maior pressão emocional (Querido, Salazar, & Neto, 2016)

Com doentes acamados, importa que este tipo de toque seja feito com o PS e doente ao mesmo nível (Querido, Salazar & Neto, 2016).

Além disto, o toque do aperto de mão é um parâmetro muito importante para a formação das primeiras impressões no contexto da saúde. Este transmite respeito e valorização em relação ao outro (Querido, Salazar, & Neto, 2016).

O uso do **silêncio**, é considerado uma das estratégias mais importantes e eficientes, no âmbito dos CP, citado e estudado por muitos investigadores (Almeida & Garcia, 2015).

Neste contexto, se o paciente estiver a falar, o PS deve ouvi-lo atentamente, não interrompendo, mas por outro lado, se o utente não quiser falar, o profissional deverá respeitar o seu desejo (Buckman, 2011; Silva & Araújo, 2012).

Na verdade, muitas vezes os PS têm muita dificuldade em tolerar os silêncios nas interações e entendem, frequentemente, que este está relacionado com o término da comunicação. Porém, esta estratégia é funcional, tem um valor terapêutico e é uma ferramenta importante para que o utente, de forma espontânea, exponha as suas inseguranças, medos, expectativas e desejos (Nunes, 2010).

Os **gestos comunicacionais**, de acordo com Nunes (2010) funcionam como elementos não verbais da linguagem e têm, geralmente, um significado universal. Estes podem ser classificados em três categorias:

- 1) Reguladores conversacionais: utilizados com a finalidade de acrescentar ou retirar a palavra ao interlocutor;
- 2) Ilustradores: gestos que reforçam o conteúdo da mensagem;
- 3) Adaptadores: gestos utilizados para obter autoconfiança ou para libertar a ansiedade;
- 4) Emblemas: o significado é determinado pelo contexto onde a pessoa se insere.

Um estudo realizado numa enfermaria permitiu concluir que a utilização de gestos ilustrativos, isto é, gestos que acompanham e realçam a fala na descrição de uma determinada situação, é uma prática frequente no processo de comunicação dos PS (Bezerra, Watanabe Dal Ben, Camargo, & Pinheiro, 1998).

Considerando a realidade dos CP, estes gestos possibilitam que mensagem seja mais clara, facilmente compreendida pelos interlocutores que muitas vezes têm problemas não só de expressão, como de compreensão. Além disto, promovem e facilitam a interação do técnico com os pacientes e os seus familiares (Bezerra, Watanabe Dal Ben, Camargo, & Pinheiro, 1998).

Relativamente à linguagem paraverbal, a **qualidade da voz** e os **segregados vocais** apresentam-se como componentes importantes (Querido, Salazar, & Neto, 2016).

A **qualidade da voz** está associada ao tom, articulação e ao ritmo do discurso. Em CP, é importante que a voz do técnico não seja monocórdica, que tenha inflexões vocais, com intensidade moderada (sem gritar, pois os doentes podem não perceber o que é dito, mas ouvem; doentes com défices auditivos, irão focar-se na expressão facial do técnico, pelo que ao usar o grito poderá incutir ao utente medo e insegurança) e que seja projetada com um ritmo calmo. Estas características vocais

geram confiança no técnico e ajudam no estabelecimento da empatia entre os interlocutores (Querido, Salazar, & Neto, 2016; Peixoto & Valente, 2012).

A entoação é um aspeto muito importante, pois permite dar ênfase à mensagem. Em CP, as informações de maior gravidade ou as que possam ter um impacto mais significativo no utente, devem ser transmitidas com voz bem audível e firme, pois transmitirá segurança por parte do PS (Querido, Salazar, & Neto, 2016).

Os **segregados vocais** dizem respeito às componentes rítmicas que auxiliam a fala, concretamente, às pausas e sons (ex: “hummm”, “ah ah”). Na realidade dos CP, estas características, além de demonstrarem interesse e compreensão pelo que está a ser dito, ajudam a que o doente se sinta seguro e com confiança para continuar a expressar-se (Querido, Salazar & Neto, 2016).

É sobretudo por meio da emissão dos sinais não verbais pelo PS que o paciente desenvolve confiança e permite que se estabeleça uma relação terapêutica efetiva (Silva & Araújo, 2012).

Tal como mencionado anteriormente, também faz parte da área da comunicação, a comunicação verbal. Ainda que, no final de vida a comunicação não verbal tenha um impacto muito grande na pessoa, a verbal, por ser concreta e objetiva assume uma grande importância em realidades sensíveis, como no caso dos CP.

Assim sendo, perante uma pessoa em final de vida, o PS deve **ajustar o seu nível linguístico**, ou seja, evitar usar terminologia específica da área da saúde ou discursos linguisticamente elaborados, com vocabulário muito técnico. O objetivo é criar interesse na mensagem do profissional, pelo que ao utilizar vocabulário específico poderá fazer com que o paciente se sinta numa posição de inferioridade, não falando de forma aberta e completa sobre as suas questões (Nunes, 2010).

Repetir a informação sempre que necessário, uma vez que ajuda o paciente a orientar e concentrar-se no conteúdo da informação (muito útil para pacientes que apresentem a memória e a concentração afetadas). Acresce-se que, repetir as últimas palavras ditas ajuda a estimular e a aprofundar o assunto. Contudo, a repetição deve ser utilizada com moderação para não gerar irritação no utente (Silva & Araújo, 2012; Nunes, 2010).

A **reformulação da mensagem** é também uma estratégia importante, por um lado, permite induzir o paciente a explicar a ideia que transmitiu, por outro, em situações graves de perturbações da comunicação, ajuda a perceber se o PS compreendeu a mensagem que foi dita pelo doente (Nunes, 2010).

A **utilização de questões orientadoras** (e.g. O que aconteceu? Como se sente? O que pensa sobre isto?) criam oportunidades para direcionar/orientar a conversa e aprofundar questões mais sensíveis, ajudando o doente a clarificar as suas ideias e emoções (Nunes, 2010). Além disto, de acordo com Simmons-Mack, King e Beukelman (2013), as investigações de Garrett e Huth (2002), comprovaram que a presença de questões orientadoras permitem aumentar o número de turnos comunicativos, assim como incitar o utente a iniciar um tópico conversacional.

O recurso à **escrita** poderá ser uma estratégia importante, utilizando-a para **escrever palavras-chave, opções de resposta tópicos de conversa** e **escrever palavras/frases separadamente** (e.g. mudar de folha quando se inicia um tema novo) para acompanhar a oralidade, suportar a compreensão do doente e ainda, clarificar a mensagem (Peixoto & Valente, 2012).

A utilização de **frases curtas**, é muito importante para as pessoas que apresentam a compreensão comprometida. A utilização deste tipo de frases promove uma melhor compreensão da mensagem (Peixoto & Valente, 2012; Nunes, 2010).

Também, é importante **abordar um tópico de cada vez**, ou seja, transmitir a informação em proporções assimiláveis pelo doente. Em CP, é essencial compreender a “quantidade” e o tipo de informação que o doente quer receber (Carqueja, 2018; Nunes, 2010).

O uso de **gestos da Língua Gestual Portuguesa** poderá ser útil para utentes surdos ou outros que utilizem esta modalidade para comunicar. No entanto, está comprovado cientificamente que o uso do gesto promove tanto a expressão como a compreensão. Além disto, se o paciente apresentar competências motoras ao nível dos membros superiores, poderá apresentar-se como uma forma alternativa para comunicar (Afonso, 2008; von Tetzchner & Martinsen, 2000).

O recurso a **palavras/frases frequentemente usadas pelo utente**, permitem, por um lado, que este se identifique com o PS, por outro, o facto de utilizar vocabulário do campo lexical do doente ajuda a que este compreenda melhor a informação (Silva & Araújo, 2012).

Avisar sobre a mudança de tópico/tema é essencial neste contexto, para que paciente não perca o objetivo do assunto e ainda, muito útil em situações de comprometimento da compreensão, atuando como um suporte para a orientação do doente em função do assunto abordado (Nunes, 2010).

Com efeito, é da responsabilidade de todos os PS, independentemente da sua formação ou categoria profissional, melhorar a as suas competências de comunicação, dado que a base do seu trabalho são as relações interpessoais (Peixoto & Valente, 2012).

2.5 O papel do Terapeuta da Fala, com Adultos, em Cuidados Paliativos

Os CP devem contemplar os seguintes princípios: afirmar a vida e considerar a morte um processo natural; não apressar ou adiar a morte; proporcionar o alívio da dor e de outros sintomas graves; integrar os aspetos fisiológicos e psicológicos dos cuidados de saúde; oferecer um sistema de suporte de forma a ajudar os pacientes a viver de forma ativa até à morte; oferecer um sistema de suporte para ajudar a família durante a doença do utente e para a perda do mesmo. Neste sentido, o controlo de sintomas, a comunicação adequada, o apoio à família e o trabalho em equipa são os quatro pilares dos CP (Pollens, 2004).

Estes consistem em práticas interdisciplinares, com uma equipa constituída por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais, como o terapeuta da fala, o fisioterapeuta, o farmacêutico, o terapeuta ocupacional e o assistente espiritual (Pollens, 2012).

Nos CP, a equipa interdisciplinar utiliza a sua experiência para desenvolver estratégias que proporcionem conforto e qualidade de vida, para apoiar a família ou os cuidadores na prestação de cuidados e a consultarem-se, mutuamente, para melhor atuarem nas mudanças clínicas do paciente (Pollens, 2012).

De acordo com a investigadora Pollens (2012), o papel dos TF's no âmbito dos CP inclui os seguintes princípios:

- 1) Discutir/analisar com os pacientes, familiares e membros da equipa sobre as intervenções relacionadas com as áreas da comunicação, linguagem e deglutição;
- 2) Avaliação das necessidades, transmitindo ao paciente, familiares e equipa as informações sobre a mesma;
- 3) Complementar a avaliação com informações da equipa, relevantes para as áreas da comunicação e deglutição;
- 4) Consultar as melhores estratégias e ferramentas na área da comunicação, de forma a: promover uma participação ativa do utente nas suas tomadas de decisão; manter a proximidade social; apoiar o utente a cumprir as suas metas de final de vida;
- 5) Otimizar a função da deglutição;
- 6) Providenciar assistência, relativamente aos sintomas da disfagia, de forma a: proporcionar conforto e satisfação durante a alimentação; promover interações positivas entre a família e o paciente, enfermeiros e assistentes operacionais, no momento da refeição;
- 7) Partilhar, receber e divulgar informações relativas aos cuidados gerais do doente.
- 8) Acompanhar o paciente e a sua família, de forma a garantir a adequada implementação das estratégias.

O TF pode ser incluído em diferentes fases da progressão da doença. Particularmente, pode intervir antes do diagnóstico terminal, antecipando estratégias para lidar com a limitação ao nível da deglutição e comunicação. Por outro lado, pode envolver-se mais tarde, assegurando as práticas a seguir descritas (Tonner & Shadden, 2012).

Especificamente, dentro da área da comunicação, o TF deve orientar os cuidadores e os outros profissionais, sobre como interagir e comunicar com o paciente, por meio da linguagem verbal oral; deve usar estratégias adaptadas à situação física, cognitiva e comportamental do paciente; deve fornecer produtos de apoio, ferramentas de comunicação e sistemas de comunicação aumentativa e alternativa; monitorizar e modificar os sistemas de comunicação; identificar mudanças necessárias ao processo de comunicação; capacitar o doente com estratégias que lhe permita usar todas as suas funções comunicativas (expressar agrado, desagrado, desejos, informar, necessidades); avaliar e acautelar “inputs” e “outputs”, apropriados às alterações cognitivas; facilitar a comunicação entre o paciente-família/cuidadores, paciente-profissionais de saúde, família/cuidadores-paciente e profissionais de saúde-paciente; (Aguirre-Bravo & Sampedro-Pedroza, 2015; Kelly, et al., 2016; Tonner & Shadden, 2012).

No âmbito da deglutição, deve recomendar para minimizar situações de disfagia; avaliar, instrumentalmente a deglutição; informar sobre os riscos de aspiração; implementar estratégias que otimizem a capacidade de deglutição; debater as vantagens e desvantagens sobre a alimentação artificial; promover a tomada de decisão ética e esclarecida, relativamente à alimentação e hidratação; capacitar a equipa multidisciplinar sobre questões relacionadas com a deglutição (Kelly, et al., 2016; Aguirre-Bravo & Sampallo-Pedroza, 2015; Tonner & Shadden, 2012).

Na realidade, o conhecimento dos TF's permite ajudar as pessoas que se encontram em fase terminal, a manter a sua funcionalidade comunicativa e o seu estado nutricional até ao momento da morte (Tonner & Shadden, 2012).

Os TF's que intervêm em CP devem compreender, de forma clara, todos os princípios éticos subjacentes aos cuidados de uma pessoa com uma doença terminal, como o caso da liberdade de escolha, e que estes nem sempre se correlacionam com o objetivo "major" de qualquer profissional de saúde – a beneficência (fazer o bem) (Chahda, Mathisen, & Carey, 2016).

Trabalhar nesta área implica a implementação de uma abordagem centrada na pessoa, reconhecendo que, apesar desta se encontrar a receber tratamento paliativo, não significa que irá morrer com brevidade, sendo a intervenção desnecessária (Chahda, Mathisen & Carey, 2016).

2.6. O Papel do Terapeuta da Fala nas Perturbações da Comunicação

A lição mais importante, relativamente à experiência com pessoas em situação paliativa consiste em dar tempo para ouvir o paciente. E quando o paciente apresenta uma perturbação da comunicação? (British Medical Association & Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, 1995).

De acordo com um estudo retrospectivo, 92% dos doentes em paliativos, apresentavam alterações ao nível da comunicação (Salt & Robertson, 1998). Um outro estudo, realizado em vários *Hospices*, identificou que num grupo de 335 pacientes, 91 apresentavam a comunicação comprometida (Jackson, Robbins, & Frankel, 1996).

Costello (2009), refere que embora as informações sobre a incidência das perturbações da comunicação em adultos, no contexto dos CP possam variar, a investigação de Forbes (1997), direcionada para o cancro da cabeça e pescoço, comprovou que 53% dos utentes apresentavam dificuldades de comunicação.

Em Portugal, uma investigação mais recente, do tipo observacional exploratória, realizada com 38 doentes adultos e 26 familiares/cuidadores informais permitiu concluir que 55,3% dos pacientes afirmavam ter dificuldade em comunicar e 34,2% comunicavam com grande dificuldade. 57,7% dos familiares e/ou cuidadores referiram que os utentes comunicavam com dificuldade e 30,8% mencionaram que comunicavam com grande dificuldade (Barriguinha, Mourão, & Martins, 2017).

Além disto, Hurting e Downey (2009) referem que existem vários estudos realizados nos Estados Unidos, concretamente, estudos de Costello (2000), Dowden, Honsinger e Beukelman (1986),

Fitch (1987), Fried-Oken, Howard e Stewart (1991), Gries (1988), Hafsteindottir (1995) Hudelson (1977), Jablonski (1994), Menzel (1994), Stovsky, Rudy e Dragonette (1988) e Villarie (1995), que concluíram que os pacientes em unidades de cuidados intensivos com perturbações da comunicação sentem que essa limitação é uma experiência muito stressante e frustrante.

Em CP, os pacientes apresentam dificuldades para articular, alteração nas estruturas anatómicas, dificuldades respiratórias, afasias, apraxias e disartrias que interferem e afetam a inteligibilidade da comunicação verbal oral. Estas dificuldades representam barreiras na transmissão da mensagem pelo doente no processo de morte (Pinto, 2009; MacDonald & Armstrong, 2004; Cheville, 2001).

Estas alterações estão relacionadas com diversas patologias, nomeadamente, doenças neurodegenerativas, cancro da cabeça e pescoço, doenças respiratórias e acidentes vasculares cerebrais (Hawksley, Ludlow, Buttmer, & Bloch, 2017).

A disartria é, frequentemente, observada nas doenças neurodegenerativas e nos cancros, deixando fala lentificada, fraca, imprecisa, prejudicando a inteligibilidade do discurso. Os procedimentos cirúrgicos e os cancros, muitas vezes afetam as estruturas envolvidas na articulação (lábios, língua, palato duro, palato mole, dentes, mandíbula, maxilar, bochechas), resultando em alterações de fala. Também, observa-se com frequência a existência de perturbações mecânicas da fala em situações de cancro avançado (Cheville, 2001).

Acrescenta-se que, muitas das doenças em paliativos, apesar de nem sempre interferirem, diretamente com a produção da fala, a progressão natural das mesmas, acometem consequências a nível cognitivo, interferindo com funções importantes quer para a fala, quer para a comunicação, nomeadamente, a atenção, a concentração e a memória (Salt & Robertson, 1998; Cheville, 2001).

Atualmente, pelo Decreto-Lei nº 24/2014 no Sistema Nacional de Saúde, o doente tem o direito a escolher os serviços e prestadores de cuidados de saúde; a ser informado sobre os serviços de saúde existentes; a ser informado sobre a sua situação de saúde; a receber os cuidados de saúde apropriados ao seu estado de saúde; a obter uma segunda opinião sobre a sua situação de saúde; a dar ou recusar consentimento relativamente a qualquer situação médica ou participação em investigação; a aceder às informações do seu processo clínico; à privacidade na prestação de todo e qualquer ato médico; a apresentar sugestões e reclamações sobre os cuidados que lhe foram prestados; e à assistência religiosa.

Para o pleno exercício dos princípios acima mencionados, são necessárias competências de comunicação, um dos pilares dos CP, por se tratar de uma ferramenta que permite o respeito pelo princípio da autonomia, a confiança entre todos os envolvidos, segurança e a informação que o paciente necessita para ser ajudado e para se ajudar a si próprio (SECPAL, 1993).

Nesta perspetiva, perante uma perturbação da comunicação, como poderá o doente aplicar os seus direitos? Como poderá a equipa garantir a aplicação dos princípios?

Em 1994, o CPLOL definiu o TF como o “profissional responsável pela prevenção, avaliação, diagnóstico, tratamento e estudo científico da comunicação humana e perturbações relacionadas ao nível da fala e da linguagem bem como alterações relacionadas com as funções auditiva, visual, cognitiva (incluindo a aprendizagem), oro-muscular, respiração, deglutição e voz. Neste contexto, a comunicação engloba todas as funções associadas à compreensão e à expressão da linguagem oral e escrita, assim como todas as formas apropriadas de comunicação não verbal.”

A literatura destaca a importância da presença do TF, no contexto dos CP, por se tratar de um profissional especialista em comunicação, sendo esta uma competência essencial e necessária ao longo de todo o processo paliativo (Pollens, 2012).

A intervenção com pacientes em fase terminal tem o objetivo de promover a independência, estabelecendo competências comunicativas, ao invés de se limitar à natural progressão da doença. O papel do TF pode tornar-se mais proeminente, quando o objetivo não está, unicamente, direcionado para a manutenção das funções, mas também, para a reabilitação das competências de comunicação (Darzi, 2008; Hawksley, Ludlow, Buttimer, & Bloch, 2017).

Particularmente, desenvolve estratégias que apoiem o paciente na tomada de decisão, a cumprir os objetivos no fim de vida e a proporcionar a proximidade social e emocional entre o doente e os seus familiares e/ou cuidadores (Pollens, 2004).

Além disto, identifica e propõe as melhores alternativas para que o paciente consiga compreender e expressar todas as suas necessidades, relacionadas com os cuidados da saúde, necessidades básicas, emocionais e espirituais e questões do fim da vida. Na realidade, os TF's têm um papel legítimo e fundamental junto de pessoas, com perturbações da comunicação, em situação paliativa, atuando para a manutenção do ideal máximo da função comunicativa (Hawksley, Ludlow, Buttimer, & Bloch, 2017).

No âmbito das doenças neurodegenerativas, a investigadora Pollens (2004) refere que uma das opções poderá ser a introdução da Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA), indicada para pessoas com uma perturbação grave da comunicação oral, com um discurso ininteligível. Esta procura aumentar, complementar ou ser uma alternativa à fala, apresentado os seguintes objetivos: maximização da função comunicativa; auxiliar a tomada de decisão, manutenção das relações sociais, diminuição da ansiedade e frustração; melhorar a qualidade de vida.

Acresce-se que, o TF não só intervém com os pacientes, mas também com as famílias/cuidadores e toda a equipa multidisciplinar, com o objetivo de identificar as dificuldades de comunicação e providenciar estratégias que promovam a funcionalidade comunicativa do utente com a família e do utente com toda a equipa envolvida (Darzi & Department of Health, 2008; (Hawksley, Ludlow, Buttimer, & Bloch, 2017).

As alterações da comunicação também podem trazer dificuldades para que a equipa consiga abordar questões relacionadas com os cuidados de saúde física e emocional do doente e assuntos

relacionados com a fase final da vida (transmissão de más notícias e o processo do morrer). Neste âmbito, o TF orienta e desenvolve estratégias que proporcionem uma comunicação mais eficiente entre a equipa, o paciente e a família (Pinto, 2009; Pollens, 2004).

Com efeito, o TF assume um papel muito importante nos CP: garantir que o paciente compreenda e consiga expressar a sua vontade face a todas as situações em que se encontra envolvido.

2.7 Estratégias Facilitadoras da Comunicação Utilizadas pelo Terapeuta da Fala

Com o declínio da saúde a competência comunicativa torna-se mais limitada, isto é, a capacidade para utilizar funcionalmente a comunicação em ambiente natural de forma a responder às necessidades que surgem durante as interações diárias (Cheville, 2001).

Quando esta competência é alterada, o doente vê a sua identidade a ser desafiada, pelo que a construção da nova identidade, como interlocutor de comunicação competente só é possível quando suportada em interações significativas com os outros interlocutores que se encontram à sua volta (Ramos, 2013).

Na realidade, para que o paciente seja um comunicador competente, necessita de competências que lhe permitam iniciar e manter a interação e, também de conseguir construir uma mensagem que seja interpretada pelo seu parceiro de comunicação (Ramos, 2013).

As estratégias de comunicação permitem à pessoa que apresenta uma perturbação neste domínio, a interagir com os parceiros comunicativos, contornando as barreiras impostas pelas características da perturbação. Estas estratégias são um novo comportamento comunicativo expandido, muitas vezes adquirido de forma espontânea e, sistematicamente, utilizado para ultrapassar barreiras de comunicação e alcançar objetivos interacionais e transacionais (Beckley, Best, & Beeke, 2016).

No entanto, a implementação de estratégias facilitadoras da comunicação, implicam o outro/outros e o contexto onde o paciente se encontra. Se o meio não for um facilitador, isto é, se a equipa e família não utilizarem as mesmas estratégias que o paciente utiliza, este não conseguirá ser um interlocutor, comunicativamente funcional (Ramos, 2013).

Cerca de 10% da população mundial teve, tem ou terá, em algum momento, um problema de comunicação, o que implica a importância e a necessidade de conhecer estratégias para comunicar com indivíduos com esta problemática (Peixoto & Valente, 2012).

Perante uma perturbação da comunicação, poderão utilizar-se estratégias verbais, não verbais, visuais, produtos de apoio, estratégias ambientais (espaço físico), estratégias formais e diversas formas de comunicação (Beek, et al., 2015; Wilkinson, Lock, Bryan, & Sage, 2011; Kagan, 1998).

A implementação de estratégias facilitadoras da comunicação é da competência do terapeuta da fala, concretizando-se numa forma específica de usar materiais, símbolos e/ou técnicas de forma mais efetiva para promover a comunicação (Beckley, Best, & Beeke, 2016; Royal College of Physicians Intercollegiate Stroke Working Party, 2012).

As estratégias verbais e não verbais foram abordadas anteriormente, no tema - *Parâmetros da Comunicação no Setting dos Cuidados Paliativos*. Essas estratégias poderão ser implementadas de forma mais fácil e natural por todos os PS, não implicando necessariamente o apoio constante do terapeuta da fala (Peixoto & Valente, 2012).

De seguida serão apresentadas outro tipo de estratégias, que dada à sua especificidade de implementação (sendo que faz parte das competências do TF o trabalho com estratégias facilitadoras da comunicação) é importante a intervenção e o acompanhamento do TF ao longo de todo o processo (Beckley, Best, & Beeke, 2016; Peixoto & Valente, 2012; Royal College of Physicians Intercollegiate Stroke Working Party, 2012).

O Espaço Físico, ou seja, o contexto onde acontece a interação deve ser ajustado, estrategicamente, de forma a facilitar a comunicação entre o paciente e todos os interlocutores envolvidos. Assim sendo, em CP, é importante:

- Criar um ambiente reservado e tranquilo, minimizando ruídos que possam dispersar a atenção do utente e dos seus parceiros comunicativos (Silva & Araújo, 2012)
- Ajustar a posição do utente, colocando-o numa posição confortável (Silva & Araújo, 2012; Peixoto & Valente, 2012);
- Adaptar o espaço, removendo obstáculos físicos ou modificando a posição dos mesmos (Silva & Araújo, 2012);
- Ajustar a luminosidade, uma vez que proporciona acolhimento, permite um contacto ocular mais efetivo, uma melhor visualização das expressões faciais e dos gestos e promove a interação social (Flynn & Mills, 1962).

As Estratégias Visuais assumem, também uma importância significativa, auxiliando a independência da pessoa ao suportar a fala ou a ser uma alternativa a esta. Em CP é importante:

- Usar o álbum de fotografias da família, permitindo, por um lado conhecer quem são as pessoas mais significantes para o paciente e com as quais este quer interagir durante o processo paliativo. Por outro lado, possibilita conhecer os acontecimentos e atividades sobre os quais possam comunicar (Simmons-Mackie, King, & Beukelman, 2013; Peixoto & Valente, 2012);
- Utilizar objetos pessoais do utente, dado que a utilização de estímulos pessoais aumenta a probabilidade da pessoa compreender melhor o propósito da intervenção e de que forma pode ser aplicado à sua rotina (Simmons-Mackie, King, & Beukelman, 2013);
- Utilizar imagens a acompanhar o discurso, pois facilita a compreensão do que é dito e a participação do doente na resposta (Peixoto & Valente, 2012);
- Utilizar imagens e objetos de interesse do utente, uma vez que a identificação com estes estímulos incita a motivação e, consequentemente um envolvimento mais efetivo no processo de comunicação (Simmons-Mackie, King, & Beukelman, 2013).

As Formas de Comunicação podem ser também estratégias facilitadoras da comunicação. Dependendo da situação, assumem relativa ou significativa importância. Neste sentido, em CP é fundamental:

- Usar a forma Oral, uma vez que se trata da forma primordial de comunicação dos pacientes (com exceção de pessoas surdas que têm a Língua Gestual como primeira língua) (Simmons-Mackie, King, & Beukelman, 2013);
- Utilizar a Forma Gestual, podendo suportar a fala ou apresentar-se como uma alternativa à linguagem oral. É vantajoso utilizar esta forma de comunicação que, normalmente, segue a estrutura da linguagem oral, uma vez que para as pessoas que ouvem, mas que apresentam dificuldades de comunicação, será mais fácil aprender um sistema gestual que se assemelhe à língua falada (von Tetzchner & Martinsen, 2000);
- Usar a Escrita, se o paciente apresenta as capacidades de leitura e de escrita relativamente preservadas. Estas capacidades poderão ser utilizadas como suporte, tanto para a compreensão, como para a expressão de todos os intervenientes envolvidos (Peixoto & Valente, 2012; Simmons-Mackie, King, & Beukelman, 2013);
- Usar os Símbolos, uma vez que incluem diversas características, podendo ser icónicos reais e abstratos (uso de objetos reais, miniaturas de objetos, parte de objetos, fotografias, desenhos pictográficos) (von Tetzchner & Martinsen, 2000);
- Utilizar a Forma Multimodal, dado que inclui todas as formas utilizadas para comunicar. A CAA é um exemplo multimodal, pois inclui todos/alguns dos elementos utilizados nas formas supracitadas (Hurting & Downey, 2009; von Tetzchner & Martinsen, 2000).

As Estratégias Formais possibilitam que o paciente exiba as suas competências comunicativas e linguísticas, quando envolvido num processo comunicativo. O doente em situação paliativa necessita de:

- Uso simultâneo de signos e fala, permitindo que o paciente produza e compreenda melhor a informação. Beukelman e Mirenda (2013) referem que as investigações de Barrera, Lobato-Barrera & Sulzer-Azaroff (1980) e de Brady e Smouse (1978) comprovam a existência de uma correlação positiva para a compreensão e expressão, quando existe a combinação da fala com signos gestuais.
- Espera estruturada, aumenta as probabilidades do paciente iniciar e manter a comunicação, tornando-o mais ativo na interação. O PS, além de disponibilizar tempo é importante que verbalize a disponibilidade para a interação, ou seja, que esperará o tempo que o utente necessita para se expressar (evitar falar pelo utente) (von Tetzchner & Martinsen, 2000; Silva & Araújo, 2012);

- Sobreinterpretação, possibilitando à equipa e aos familiares/cuidadores interpretar os seus comportamentos como forma de comunicação para indicar determinadas intenções (von Tetzchner & Martinsen, 2000);
- Dupla Escolha, proporciona ao utente controlar uma determinada situação comunicativa. A redução a dois objetos/signos aumenta a compreensão do mesmo e promove a sua participação na interação (von Tetzchner & Martinsen, 2000);
- Simplificação, com o objetivo de orientar o tema de uma conversa, limitando aquilo que se pode dizer, no sentido de facilitar a participação (von Tetzchner & Martinsen, 2000);
- Linguagem Simplificada, favorece a compreensão do que é dito e aumenta a hipótese do utente se expressar com frases corretas e curtas (von Tetzchner & Martinsen, 2000);
- Modelagem, importante para aprender novos comportamentos. O interlocutor mais competente (elementos da equipa ou familiares/cuidadores) apresentam o modelo correto para a execução de um determinado objetivo, sendo posteriormente reproduzido pelo doente (e.g. ensino de gestos ou manipulação de um determinado software) (von Tetzchner & Martinsen, 2000);
- Antecipação, fundamental para patologias em que existe uma grande probabilidade do comprometimento da comunicação (e.g. doenças neurodegenerativas e cancro da cabeça e pescoço), consistindo na composição/criação e ensino explícito de estratégias que preparem/capacitem o utente a lidar com a sua “futura” perturbação da comunicação (Tonner & Shadden, 2012).

Os Produtos de Apoio consistem em equipamentos ou dispositivos que poderão auxiliar o paciente a compreender e a expressar-se. Em CP poderá ser importante o uso de:

- Laringe eletrónica, podendo ser útil para utentes com um traqueostoma ou com fraco suporte respiratório. O uso de uma laringe eletrónica, apesar desta modificar a “voz” do doente, tornando-a claramente artificial, amplifica a voz e reduz de forma drástica o esforço comunicativo (Peixoto & Valente, 2012);
- Computadores de bolso e telemóveis, uma vez que incorpora a maioria das formas de comunicação e possuem preditores de texto e escrita inteligente que reduzirá muito o tempo e o esforço necessários à atividade de escrita (Simmons-Mackie, King, & Beukelman, 2013; Peixoto & Valente, 2012);
- Tabelas/livros com imagens e Tabelas/livros com signos, benéficas para apontar e formular respostas, opiniões e perguntas. Além disto, estes produtos permitem a seleção direta pelo doente se os elementos apresentarem uma boa distância entre si, de forma a não criar confusão na interpretação da informação (Simmons-Mackie, King, & Beukelman, 2013; Peixoto & Valente, 2012);

- Agenda diária/registo diário, poderá ser útil para a interação entre o paciente e todos os interlocutores. Se o doente utiliza gestos de uso comum na comunicação de necessidades básicas, poderão ser incluídos no processo clínico, de forma a que todos compreendam aquilo que o paciente quer expressar. Contudo, é mais fácil registar o vocabulário quando este assume uma forma gráfica, do que quando assume uma forma manual/gestual. As atividades e as rotinas também poderão ser registadas para facilitar a comunicação sobre os cuidados de saúde prestados (Peixoto & Valente, 2012);
- Softwares e aplicações digitais, podendo por um lado suportar a comunicação escrita, por outro, substituir ou complementar a comunicação verbal oral (Azevedo, 2005);
- Digitalizadores de fala, pois permitem uma gravação com voz (ou outro tipo de sons) numa ou mais áreas, possibilitando à pessoa que tem a perturbação da comunicação oral, escolher o que está gravado através da seleção direta (Azevedo, 2005);
- Teclados de conceitos programáveis, de fácil manipulação, permitindo o acesso ao computador por utilizadores de qualquer nível etário (Azevedo, 2005);
- Quadro de acrílico, com letras, números e pontuação, permitindo a escrita alfanumérica, por varrimento assistido visual, ou seja, o TF aponta para cada letra, até que o paciente lhe dê a indicação de que está na letra correta. Além disto, poderá também ser por varrimento assistido auditivo, concretamente, o TF diz alto o alfabeto dando tempo para que o doente o possa interromper quando chegar à letra que pretende (Peixoto & Valente, 2012).

Com efeito, não existe uma “receita” única para a implementação de estratégias facilitadoras da comunicação, pois cada paciente apresenta diferentes necessidades e particularidades. O uso adequado das estratégias implicará sempre um trabalho multidisciplinar, embora a primeira etapa desse trabalho seja feita pelo TF (Pollens, 2012).

Importa acrescentar que, todas as estratégias referidas, anteriormente, não têm apenas o objetivo de promover a expressão, mas também, a compreensão, uma vez que a comunicação implica ambas as competências (Peixoto & Valente, 2012).

2.8 O Papel do Terapeuta da Fala na Funcionalidade Comunicativa

De acordo com as investigadoras Peixoto e Valente (2012), a comunicação sem a utilização da linguagem verbal oral é algo complexo, exigindo adaptações específicas e ajustadas a cada situação, justificando a procura de formação nesta área e a colaboração do TF.

O tema anterior descreveu algumas das estratégias e atitudes comunicativas mais ajustadas aos pacientes com perturbações da comunicação, resultantes de quadros patológicos incuráveis (cancro da cabeça e pescoço, doenças neurodegenerativas e acidente vascular cerebral), com base em estudos

efetuados para situações de Afasia Crónica, Disartria e Apraxia (Beckley, Best, & Beeke, 2016; Simmons-Mackie, King, & Beukelman, 2013; Hurting & Downey, 2009).

Contudo, cada doente é único, implicando uma forma singular de se expressar. Por isso, a implementação das estratégias necessita de uma rigorosa avaliação, com o intuito de avaliar as competências do utente para o uso das estratégias e a posterior seleção deverá, idealmente, ser discutida com o utente, familiares/cuidadores e toda a equipa envolvida (von Tetzchner & Martinsen, 2000).

As pessoas com perturbações da comunicação não têm as mesmas necessidades e apresentam níveis de competência diversificadas, sendo importante identificar o nível de performance do utente em diversas áreas – domínio motor, linguagem e comunicação (Yorkston & Karlan, 1986).

Na presença de um doente com uma perturbação da linguagem, o processo de avaliação orienta o terapeuta da fala na sua tomada de decisões que ajudarão a definir as estratégias e meios de comunicação mais eficazes para comunicar, de acordo com cada realidade (Leal & Martins, 2005).

A avaliação permite determinar a implementação de estratégias apropriadas, que possibilitem aos utentes o acesso a recursos importantes na fase final da sua vida, nomeadamente, tomar decisões sobre a sua própria vida e disfrutar do convívio com os seus familiares (von Tetzchner & Martinsen, 2000).

Neste sentido, com o intuito de determinar as estratégias de comunicação mais adequada ao nível comunicativo do doente, o TF poderá avaliar de forma formal. Existem algumas baterias ajustadas à população portuguesa, tal como a Bateria de Avaliação de Afasia de Lisboa (Castro-Caldas, 1979).

Contudo, não sendo possível realizar uma avaliação formal, poderá realizar-se uma avaliação informal, utilizando objetos do próprio contexto, adequados a cada doente. A avaliação informal poderá também ser feita por meio da observação de comportamentos, permitindo obter uma visão global do nível de participação do utente (quando e como comunica e quando não comunica) (Peixoto & Valente, 2012; von Tetzchner & Martinsen, 2000).

A sobreinterpretação, isto é, a interpretação de sinais não verbais, poderá ser uma outra forma de avaliação, porém deverá ser ajustada às características da patologia, assim como ao contexto em que as perturbações da linguagem e da fala surgem (Peixoto & Valente, 2012).

Acrescenta-se que, para uma definição ajustada das estratégias é importante recolher informações junto da família/cuidadores e da equipa. A informação obtida por meio destes elementos é mais pormenorizada e diretamente relevante para o utente, ajudando, por um lado a completar as informações obtidas por meio das baterias de avaliação, por outro lado, para conhecer como é que o meio percceciona o doente (Beukelman & Mirenda, 2013; von Tetzchner & Martinsen, 2000).

Na realidade, a definição das estratégias comunicativas resulta de uma avaliação consciente e rigorosa e da atitude reflexiva entre o utente, família/cuidadores e equipa, relativamente às estratégias

que consideram que têm maior eficácia comunicativa, pelo que deverão ser procuradas e mantidas, através do trabalho em conjunto (Beukelman & Mirenda, 2013).

A funcionalidade comunicativa implica ampliar as formas de comunicação e as funções comunicativas, resultando de uma interação dinâmica entre as funções do corpo (dependentes da integridade das estruturas anatomofisiológicas) com os fatores contextuais. Os fatores contextuais dizem respeito às características pessoais e ao meio onde a pessoa se encontra – fator ambiental (Ramos, 2013; Peixoto & Valente, 2012).

Na verdade, é esta relação mútua que irá permitir que os pacientes se envolvam nas atividades comunicativas que ocorrem no contexto onde se encontram. Assim, o meio, neste caso, em CP será a equipa e a família/cuidadores são corresponsáveis pela comunicação do outro, promovendo a funcionalidade comunicativa (Ramos, 2013).

Para a promoção da funcionalidade comunicativa dos utentes o TF deve assumir algumas atitudes, nomeadamente:

- Reconhecer a competência do doente de forma implícita, como por exemplo, através do humor, de um tom de voz adequado e o uso de estratégias para manter a conversa natural e adulta; e reconhecer de forma explícita, como por exemplo, verbalizar o reconhecimento de que a o utente sabe o que quer dizer: “eu sei que o senhor sabe o que quer dizer”) (Kagan, 1998).
- Demonstrar competência, incluindo: 1) assegurar a compreensão do que o doente expressa, usando gestos, escrevendo palavras chave, desenhando, entre outras coisas; 2) assegurar que a pessoa consegue expressar o que pensa, sabe e sente, dando-lhe tempo para que o consiga fazer; 3) verificar as respostas dadas pelo doente, usando a escrita, expandindo e sumariando o que foi dito (Kagan, 1998).

Existe alguma literatura sobre a utilização de estratégias comunicativas de forma a promover a funcionalidade comunicativa dos doentes adultos. Neste sentido, destaca-se que, idealmente, o uso das estratégias deverá contemplar três abordagens:

- Uso Funcional de Estratégias –Capacitação do utente com estratégias para que possa usar em todas as situações comunicativas do dia a dia (Armstrong, Ferguson, & Simmons-Mackie, 2013);
- Comunicação com Parceiros - Estratégias utilizadas pelos parceiros de comunicação (família/cuidadores e equipa) (Kagan, 1998);
- Conversação - Estratégias de comunicação utilizadas pelos pacientes e pelos parceiros de comunicação (família/cuidadores e equipa), diariamente, em todos os contextos (Wilkinson, Lock, Bryan, & Sage, 2011).

Em suma, a promoção da funcionalidade comunicativa, dos utentes com perturbações da comunicação, em CP, depende das seguintes ações do TF:

- 1) Seleção de estratégias facilitadoras da comunicação, posteriormente discutidas com o utente, família/cuidadores e equipa;
- 2) Capacitação do utente para o uso de estratégias facilitadoras da comunicação;
- 3) Capacitação da família/cuidadores para o uso de estratégias facilitadoras da comunicação;
- 4) Capacitação da equipa para o uso de estratégias facilitadoras da comunicação.

Tal como referido anteriormente, faz parte das funções do terapeuta da fala, o trabalho com estratégias facilitadoras da comunicação, no âmbito das perturbações da comunicação. Concretamente, o TF promove a criação e a capacitação do utente, família/cuidadores e equipa para a implementação destas e monitoriza todo o processo, de forma a garantir a funcionalidade da comunicação (Beckley, Best, & Beeke, 2016).

Se o meio não incluir o indivíduo que perdeu a sua competência linguística, isto é, se a equipa e a família/cuidadores não utilizarem as mesmas estratégias que o utente utiliza, não estarão a ser facilitadores no processo de comunicação, podendo ser responsáveis pela desistência deste em comunicar (Ramos, 2013).

3. METODOLOGIA

3.1 Pertinência do Estudo

Considerando a revisão teórica, muitos dos sintomas apresentados pelos doentes em Cuidados Paliativos culminam em perturbações da comunicação. Para efeitos de desenvolvimento da investigação, surge a seguinte justificação para a pertinência do estudo: “Existem utentes com perturbações da comunicação em Cuidados Paliativos e assumindo que, o terapeuta da fala é um especialista em comunicação, torna-se necessário verificar a importância das estratégias utilizadas por ele, de forma a promover a funcionalidade comunicativa dos seus pacientes adultos”.

3.2 Objetivos de Investigação

O objetivo principal do presente estudo consiste em identificar as estratégias de comunicação utilizadas com utentes adultos, em Cuidados Paliativos, mediante o seu grau de importância, a partir da análise das perceções dos terapeutas da fala.

Além disto, pretende-se também:

- 1) Analisar as diferenças de perceção, relativamente às estratégias nos diferentes grupos (1- Grupo de TF's que não têm experiência em CP; 2- Grupo de TF's com experiência em CP);
- 2) Identificar os métodos de avaliação das competências do paciente para o uso das estratégias;
- 3) Verificar de que forma são selecionadas as estratégias a implementar;
- 4) Averiguar se o TF é um facilitador no processo de comunicação;
- 5) Analisar se as estratégias partilhadas com a família promoveram a funcionalidade comunicativa do utente;
- 6) Averiguar se as estratégias partilhadas com a equipa promoveram a funcionalidade comunicativa do utente;
- 7) Verificar se os TF's sentem dificuldades em intervir com população adulta em situação paliativa, no âmbito da comunicação;
- 8) Analisar a perceção dos TF's sobre o autoconhecimento na temática das estratégias.

Também, espera-se que esta investigação seja um contributo para a atuação do terapeuta da fala junto de pessoas adultas em situação paliativa, permitindo orientar as suas funções neste domínio. Também, procura-se divulgar o papel do TF junto desta população e os benefícios desta atuação, junto de TF's, outros profissionais de saúde e a população em geral.

3.3 Tipo de Estudo

Tendo em conta os objetivos definidos para esta investigação, o estudo será de carácter observacional transversal e quantitativo. Observacional, na medida em que os dados serão registados, analisados, classificados e interpretados, sem que o investigador interfira nas informações (Coutinho, 2011; Flick, 2005). Não existe qualquer controlo relativamente às condições a que os indivíduos inquiridos estão expostos, nem seleção prévia dos mesmos. Transversal, uma vez que a recolha de dados será realizada num único momento, não existindo um período de acompanhamento dos terapeutas que constituem a amostra (Flick, 2005; Coutinho, 2011).

3.4 População e Amostra

De acordo com o objetivo do presente estudo, considerou-se como população todos os terapeutas da fala a exercer funções em Portugal. De acordo com as informações obtidas através da listagem de Técnicos Superior de Diagnóstico e Terapêutica (TSDT) pela Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS), a categoria profissional de Terapia da Fala apresenta até ao momento (maio de 2019) 3163 técnicos. No total, foram preenchidos 97 questionários, sendo esta a dimensão da amostra. Os procedimentos de recolha de dados da amostra são descritos na subsecção 2.6.

3.5 Instrumento de Recolha de Dados

Para a recolha de dados deste estudo foi utilizado um questionário estruturado, de autopreenchimento, com perguntas de resposta fechada, escolha múltipla e resposta curta dirigido aos terapeutas da fala. Neste caso, este instrumento teve de ser construído, uma vez que não existiam questionários relativos a esta temática (ver Apêndice 1).

De seguida serão apresentadas as etapas subjacentes à elaboração do questionário:

- 1) **Introdução** - A introdução do instrumento desenvolvido contém o nome da instituição onde decorreu a investigação, os objetivos do estudo, o motivo da aplicação do mesmo, o consentimento do inquirido a participar e o tempo de preenchimento do instrumento.
- 2) **Informações Sociodemográficas** - definiram-se alguns dados sociodemográficos a recolher (1 – sexo; 2- idade; 3- anos de serviço; 4- local de trabalho; 5– grupos etários que o terapeuta acompanha; 6 – experiência com população adulta em situação paliativa), com a finalidade de caracterizar a amostra, mas também para relacionar as características sociodemográficas desta com alguns dos objetivos do estudo.
- 3) **Secção I** - Para apurar o objetivo principal do estudo (identificar as estratégias de comunicação utilizadas com utentes adultos, em Cuidados Paliativos, mediante o seu grau de importância, a partir da análise das perceções dos terapeutas da fala), realizou-se uma pesquisa bibliográfica sobre estratégias facilitadoras da comunicação. Após a consulta, criou-se a secção I, onde as estratégias foram listadas e incluídas em sete categorias: 1- Espaço Físico; 2-Estratégias Não

Verbais; 3- Estratégias Verbais; 4- Estratégias Visuais; 5-Formas de Comunicação; 6- Estratégias Formais; 7- Produtos de Apoio.

- 4) **Secção II** - Após a construção da secção I, surgiu a necessidade de elaborar uma segunda, destinada, unicamente a TF's que trabalham/trabalharam com população adulta em situação paliativa, com o intuito de inferir, por um lado, se existem diferenças de perceção, no que respeita às estratégias, mas também recolher informações sobre: o/os método(s) de avaliação das competências dos doentes para a implementação das estratégias; a/as forma(s) de seleção das estratégias; as perceções dos TF's sobre o facto de serem ou não, facilitadores no processo de comunicação; averiguar se as estratégias partilhadas com o utente, família e equipa promoveram a funcionalidade comunicativa; o autoconhecimento dos TF's sobre a temática das estratégias comunicativas; averiguar se o TF sente dificuldades em intervir com esta população, no âmbito da comunicação; e verificar se existe a necessidade de criar *guidelines* para orientar a prática destes profissionais em comunicação.
- 5) **Formulação das questões**- Formularam-se perguntas simples, curtas e objetivas, que fossem relevantes para cada dimensão avaliada. Relativamente ao tipo de questões, foram utilizadas questões fechadas, de escolha múltipla e de resposta curta.
- 6) **Revisão do questionário** - Após a conclusão da 1ª versão do questionário, iniciou-se a revisão do mesmo.
- 7) **Pré-teste do Questionário** - O questionário foi sujeito à avaliação por parte de um conjunto de 5 peritos - terapeutas da fala, sendo testado pelos mesmos, de modo a verificar se todas as questões seriam claras, pertinentes e adequadas à informação pretendida.

3.6 Procedimentos

Tendo sido concedida a autorização por parte da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, a divulgação do questionário iniciou-se a 14 de março de 2019, junto da população-alvo, por meio de correio eletrónico, terminando no dia 14 de abril de 2019 (ver Anexo 1).

Os questionários foram divulgados e preenchidos por meio de um formato digital, ou seja, através de um questionário eletrónico (*Google Forms*).

Ao longo de todo o processo de recolha de dados foram respeitados os princípios do direito à autodeterminação, ao anonimato e à confidencialidade (Fortin, 1999).

Os inquiridos foram informados sobre os objetivos da investigação, procedimentos de recolha de dados, divulgação dos resultados e confidencialidade das informações recolhidas. Assim, incluiu-se no questionário a seguinte informação: “Depois de ler o texto introdutório, considero-me informado(a) e aceito participar neste estudo respondendo a este questionário”; “Concordo que estes dados sejam utilizados para fins de investigação”.

O tratamento dos dados foi realizado com recurso a métodos de estatística descritiva e inferencial, por meio do programa *IBM SPSS Statistics* (versão 25, IBM Corp., Armonk, NY, USA) e os resultados apresentados em gráficos, tabelas e/ou quadros demonstrativos.

Inicialmente, realizou-se uma análise descritiva dos resultados, cujas variáveis categóricas foram descritas através de frequências relativas e absolutas.

Posteriormente, procedeu-se à análise estatística inferencial, tendo-se definindo-se o nível de significância de 5% para verificar a existência de associações ou diferenças estatisticamente significativas nas diversas situações analisadas. Acrescenta-se que, para efeitos de análise de relação entre estratégias, fez-se a média das respostas às estratégias de cada grupo, criando-se variáveis globais.

Utilizaram-se o teste de Qui-quadrado ou teste *Fisher* quando apropriado para avaliar associações entre variáveis categóricas, tendo ainda sido utilizado o teste não-paramétrico de *Mann-Whitney* para avaliar a distribuição das variáveis quantitativas em função dos grupos considerados.

4. RESULTADOS

4.1 Caracterização da Amostra: Informações Sociodemográficas

A amostra é constituída por 97 TF's, 87 do sexo feminino e 10 do sexo masculino. A média de idades é de 29,3 anos, com um desvio padrão de 6,6 anos.

4.2 Tempo de Experiência Profissional

Relativamente à experiência profissional dos TF's, a maioria (62,9 %) tem entre 1 a 5 anos de experiência, 23,7% entre 6 a 10 anos, distribuindo-se os restantes conforme se ilustra na Figura 1.

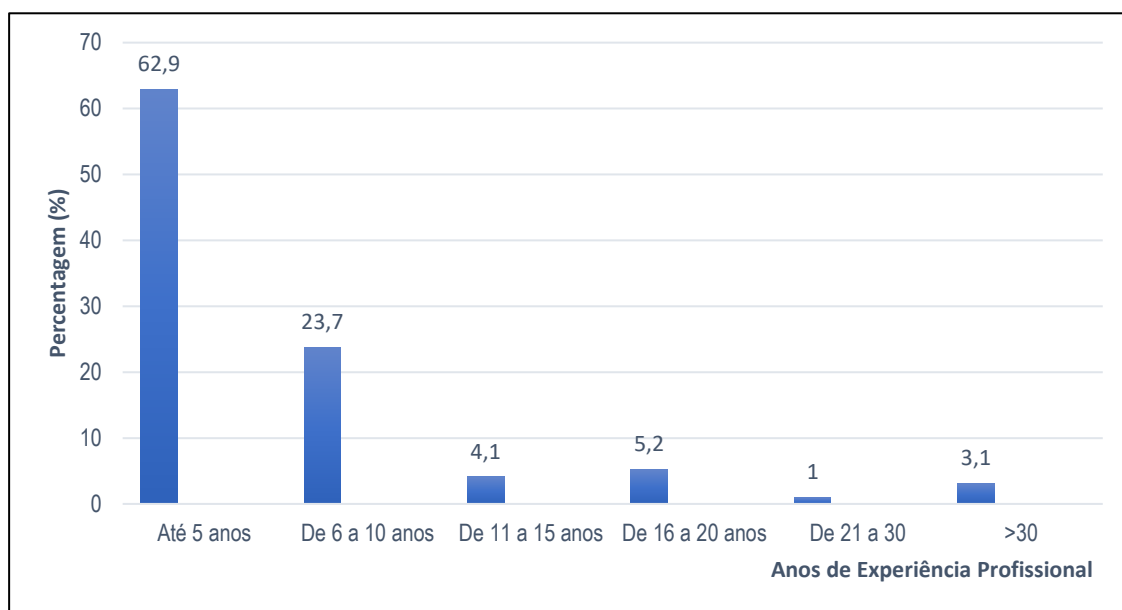


Figura 1- Tempo de experiência profissional dos terapeutas da fala

4.3 Local de Trabalho

Quando questionados sobre as instituições de trabalho (que pode ser uma ou mais), observa-se que os locais mais representados são o trabalho ao domicílio (29,6%), em clínicas (27,6%), em escolas (28,6%), em cuidados de saúde continuados (27,6%) e em Instituições Hospitalares (23,5%) (ver Figura 2).

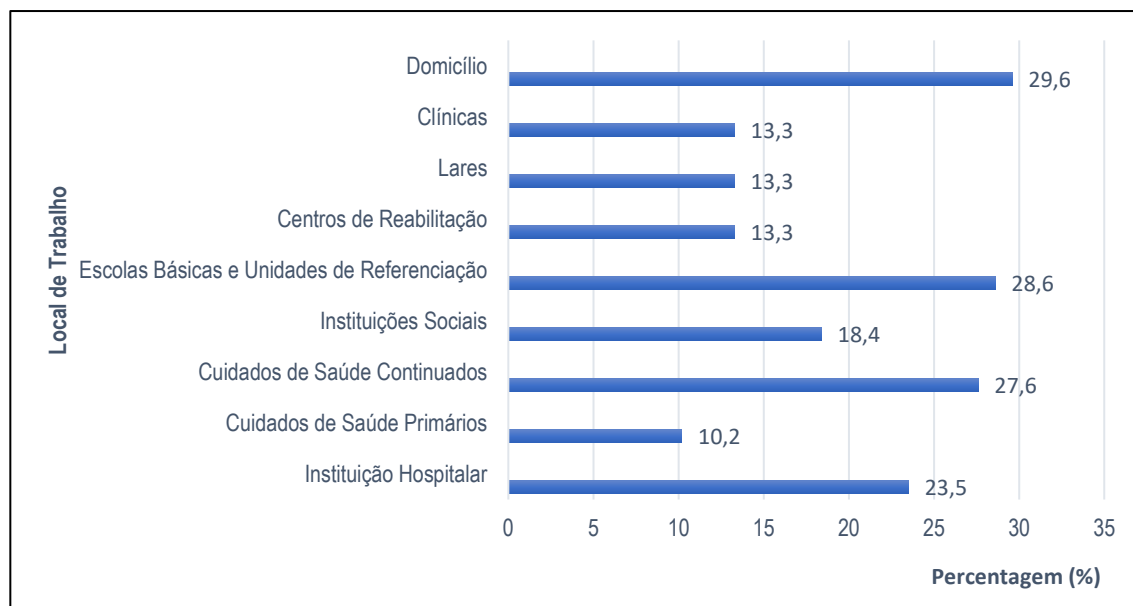


Figura 2- Local de trabalho dos terapeutas da fala (um ou mais em simultâneo)

4.4 Grupos Etários de Intervenção

Quando questionados sobre o grupo etário que acompanham (1 ou mais), observa-se uma percentagem ligeiramente superior para o grupo das crianças (84,7%) (ver Figura 3).

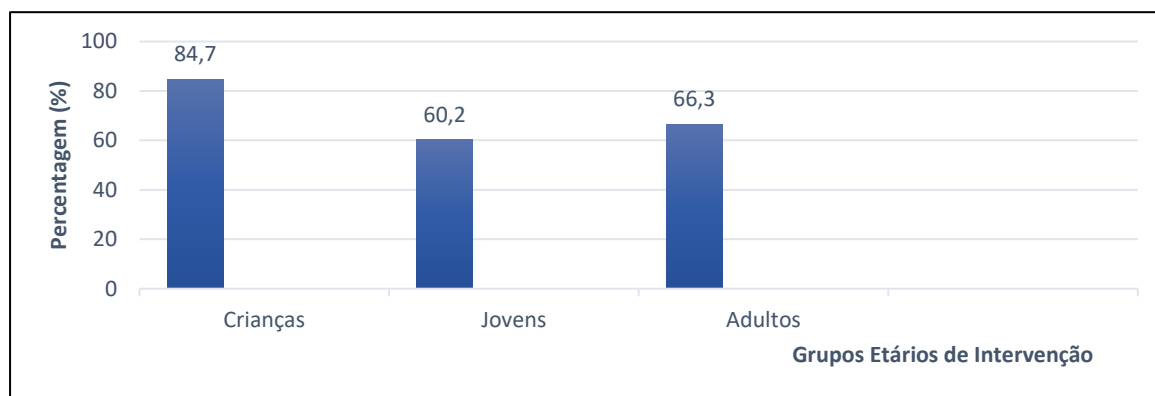


Figura 3- Grupos etários que os terapeutas da fala acompanham (um ou mais em simultâneo)

4.5 Estratégias Facilitadoras da Comunicação

Foi solicitado aos TF's que mencionassem a sua opinião sobre o grau de importância de diferentes estratégias facilitadoras da comunicação. De seguida apresenta-se o grau de importância atribuído a cada uma das diferentes categorias de estratégias.

4.5.1 Estratégias Facilitadoras da Comunicação do Espaço Físico

Relativamente às estratégias do Espaço Físico, os terapeutas destacam com maior importância o ajuste da posição do utente e a minimização do ruído ambiental (considerado “muito importante” por 89,7% e 77,1% dos inquiridos, respetivamente). Acrescenta-se que, a estratégia de ajuste das condições de luminosidade foi dada menor importância (considerada “importante” por 48,5% dos terapeutas) (ver Tabela 1).

Estratégias	Resultado das respostas em %			
	Não Importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
1. Minimizar o ruído ambiental	0	0	22,9	77,1
2. Ajustar a posição do utente	0	0	10,3	89,7
3. Selecionar o melhor espaço físico	0	3,1	35,1	61,9
4. Fazer adaptações ao espaço	0	1,0	28,9	70,1
5. Ajustar as condições de luminosidade	0	5,2	48,5	46,4

Tabela 1- Grau de importância atribuído a cada uma das Estratégias do Espaço Físico (para cada estratégia encontra-se destacado a negrito o grau mais frequente)

4.5.2 Estratégias Não Verbais Facilitadoras da Comunicação

Quanto às estratégias Não Verbais, salientam-se com um elevado grau de importância o contacto visual e o ajuste do ritmo de discurso (considerados “muito importantes” por 94,8% e 86,6% dos inquiridos, respetivamente), sendo ainda de realçar o ajuste da intensidade vocal, o ajuste da postura e a utilização do sorriso (considerados “muito importantes” por 76,3%, 72,2% e 71,1%, respetivamente).

Por outro lado, ao uso do toque afetivo e a manutenção da proximidade física são dados menor importância (considerado apenas “importante” por 52,6% e 51,5% dos inquiridos), tendo sido dada ainda menor importância ao uso de qualificadores vocais e à utilização de segregados vocais (considerados “importante” 44,3% e 37,1% dos inquiridos) (ver Tabela 2).

Estratégias	Resultado das respostas em %			
	Não importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
1. Utilizar o sorriso	0	1,0	27,8	71,1
2. Estabelecer contacto visual	0	0	5,2	94,8
3. Usar o toque afetivo	0	4,1	52,6	43,3
4. Manter proximidade física	0	3,1	51,5	45,4
5. Ajustar a postura	0	1,0	26,8	72,2
6. Evitar movimentos bruscos com o corpo	0	5,2	40,2	54,6
7. Utilizar diferentes inflexões no tom de voz	0	1,0	33,0	66,0
8. Ajustar o ritmo do discurso	0	0	13,4	86,6
9. Ajustar a intensidade vocal	0	0	23,7	76,3
10. Utilizar segregados vocais	9,3	35,1	37,1	18,6
11. Usar qualificadores vocais	0	15,5	44,3	40,2
12. Usar o silêncio	2,1	13,4	41,2	43,3
13. Utilizar gestos universais para acompanhar o discurso	0	2,1	33,0	64,9

Tabela 2- Grau de importância atribuído a cada uma das Estratégias Não Verbais (para cada estratégia encontra-se destacado a negrito o grau mais frequente)

4.5.3 Estratégias Verbais Facilitadoras da Comunicação

No que respeita às estratégias Verbais, evidenciam-se com o grau mais alto, as estratégias de ajuste linguístico, abordar um tópico de cada vez e o uso de frases curtas para transmitir a informação (referidas como sendo “muito importantes” por 93,8%, 90,7% e 85,6%, dos respondentes, respetivamente).

Ainda, as estratégias escrever tópicos de forma distinta e escrever tópicos da conversa foram consideradas com o grau de importância inferior (mencionadas como “importantes” por 51,5%, 49,5% dos terapeutas). Além disto, destaca-se que na estratégia usar a escrita, a opinião dos inquiridos dividiu-se entre o grau mais elevado e o grau inferior anterior (referida como “muito importante” por 47,4% dos terapeutas e também, como “importante” por 47,4% dos inquiridos).

Acrescenta-se que, foi atribuída menor importância à estratégia relativa ao uso dos gestos da Língua Gestual Portuguesa (referida como “pouco importante” por 39,2% dos inquiridos) (ver Tabela 3).

Estratégias	Resultado das respostas em %			
	Não importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
1. Ajuste ao nível linguístico do utente	0	1,0	5,2	93,8
2. Reformular a informação	0	1,0	20,6	78,4
3. Repetir a informação	0	1,0	32,0	67,0
4. Resumir a informação	0	1,0	17,5	81,4
5. Usar frases curtas para transmitir a informação	0	1,0	13,4	85,6
6. Abordar um tópico de cada vez	0	2,1	7,2	90,7
7. Avisar sobre a mudança de tópico	0	5,2	38,1	56,7
8. Falar pausadamente	0	1,0	19,6	79,4
9. Fazer questões orientadoras	1,0	2,1	28,9	68,0
10. Usar a escrita	0	5,2	47,4	47,4
11. Escrever palavras chave	0	4,1	43,3	52,6
12. Escrever opções de resposta	1,0	2,1	46,4	50,5
13. Escrever tópicos da conversa	0	6,2	49,5	44,3
14. Escrever tópicos de forma distinta	1,0	10,3	51,5	37,1
15. Utilizar uma lista de frases ou palavras frequentemente usadas pelo utente	0	5,2	33,0	61,9
16. Cartões de resposta sim/não	0	2,1	35,1	62,9
17. Usar gestos da Língua Gestual Portuguesa	7,2	39,2	34,0	19,6

Tabela 3- Grau de importância atribuído a cada uma das Estratégias Verbais (para cada estratégia encontra-se destacado a negrito o grau mais frequente)

4.5.4 Estratégias Visuais Facilitadoras da Comunicação

No âmbito das Estratégias Visuais, destaca-se com o grau mais elevado a estratégia de usar imagens de interesse do utente e o uso de objetos pessoais (assumidas por 82,5% dos respondentes e 70,1% como “muito importante”, respetivamente). Acresce-se que, as restantes estratégias também foram consideradas com o grau elevado (“muito importante”), contudo com percentagens inferiores a 70% (ver Tabela 4).

Estratégias	Resultado das respostas em %			
	Não importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
1. Usar álbum de fotografias da família	0	0	39,2	60,8
2. Utilizar imagens de interesse do próprio utente	0	1,0	16,5	82,5
3. Utilizar imagens	0	1,0	40,2	58,8
4. Usar objetos de interesse do utente	0	3,1	29,9	67,0
5. Utilizar objetos pessoais do utente	0	2,1	27,8	70,1

Tabela 4 - Grau de importância atribuído a cada uma das Estratégias Visuais (para cada estratégia encontra-se destacado a negrito o grau mais frequente)

4.5.5 Formas Facilitadoras da Comunicação

No que concerne às formas de comunicação, os terapeutas consideram a forma multimodal e oral com o grau mais elevado (referidas como “muito importante” por 84,5% e 82,5% dos respondentes, respetivamente). Além disto, destaca-se que foi dada menor importância ao uso dos símbolos (mencionado como “importante” por 48,5% dos terapeutas) (ver Tabela 5).

Estratégias	Resultado das respostas em %			
	Não importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
1. Oral	0	0	17,5	82,5
2. Gestual	0	2,1	38,1	59,8
3. Escrita	0	2,1	42,3	55,7
4. Símbolos	1,0	4,1	48,5	46,4
5. Multimodal	0	1,0	14,4	84,5

Tabela 5 - Grau de importância atribuído a cada uma das Formas de Comunicação (para cada estratégia encontra-se destacado a negrito o grau mais frequente)

4.5.6 Estratégias Formais Facilitadoras da Comunicação

Quanto às Estratégias Formais, destacam-se com o grau mais alto o uso da linguagem simplificada e a espera estruturada (assumidas como “muito importantes” por 86,6% e 79,4% dos terapeutas, respetivamente). Por outro lado, as estratégias de sobreinterpretação e antecipação foram

consideradas com menor importância, relativamente às anteriores (consideradas como “importantes” por 52,6% e 48,5% dos respondentes) (ver Tabela 6).

Estratégias	Resultado das respostas em %			
	Não importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
1. Uso simultâneo de signos e fala	0	1,0	34,0	64,9
2. Espera estruturada	0	0	20,6	79,4
3. Sobreinterpretação	1,0	12,4	52,6	34,0
4. Dupla escolha	0	3,1	41,2	55,7
5. Simplificação	0	1,0	22,7	76,3
6. Linguagem simplificada	0	0	13,4	86,6
7. Modelagem	0	3,1	47,4	49,5
8. Antecipação	2,1	16,5	48,5	33,0

Tabela 6 - Grau de importância atribuído a cada uma das Estratégias Formais (para cada estratégia encontra-se destacado a negrito o grau mais frequente)

4.5.7 Produtos de Apoio Facilitadores da Comunicação

Relativamente aos Produtos de Apoio, sobressaem-se com o grau mais elevado a tabela com imagens e os livros com imagens (referidas como sendo “muito importantes” por 62,9% e 52,6% dos terapeutas, respetivamente). Além disto, destacam-se com o grau inferior, relativamente às anteriores, o uso de teclados, livros com signos gráficos e os computadores de bolso (mencionados como “importantes” por 60,8, 52,6% e 51,5% dos participantes) (ver Tabela 7).

Estratégias	Resultado das respostas em %			
	Não importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
1. Tabela com signos gráficos	0	7,2	45,4	47,4
2. Tabela com imagens	0	0	37,1	62,9
3. Livros com signos gráficos	0	10,3	52,6	37,1
4. Livros com imagens	0	3,1	44,3	52,6

5. Agenda diária	0	7,2	50,5	42,3
6. Álbum de imagens com voz	0	9,3	45,4	45,4
7. Computadores de bolso	0	8,2	51,5	40,2
8. Softwares e aplicações digitais	1,0	6,2	47,4	45,4
9. Telemóveis	0	7,2	45,4	47,4
10. Digitalizadores de fala	1,0	8,2	45,4	45,4
11. Teclados	0	8,2	60,8	30,9
12. Laringe eletrônica	1,0	8,2	45,4	45,4
13. Próteses	1,0	6,2	45,4	47,4

Tabela 7 - Grau de importância atribuído a cada um dos Produtos de Apoio (para cada estratégia encontra-se destacado a negrito o grau mais frequente)

4.6 Experiência com População Adulta em Situação Paliativa

A grande maioria dos TF's que lidam com população adulta em situação paliativa referiram ter experiência entre 1 a 5 anos (n=41), havendo apenas 4 TF's com experiência de 6 a 10 anos e apenas um TF em cada uma das restantes categorias de tempo de experiência (ver Figura 4).

Acrescenta-se que, 24 destes terapeutas exercem/exerceram funções em Unidades de Cuidados Paliativos, entre 1 e 5 anos e 3 dos TF's entre 6 e 10 anos.

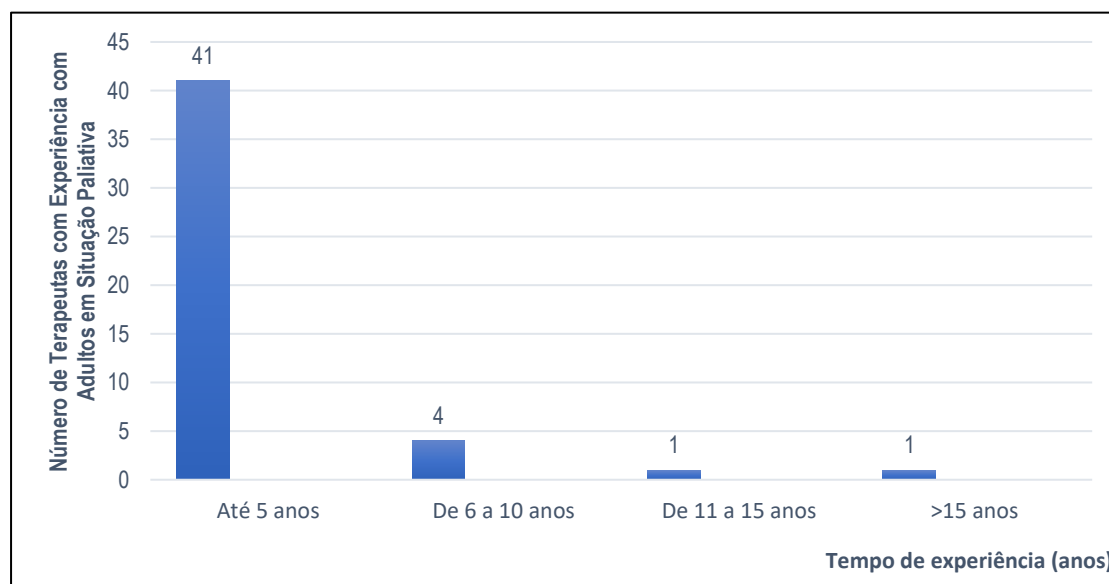


Figura 4 - Experiência com população adulta em situação paliativa

4.7 Local de Trabalho com População Adulta em Situação Paliativa

Quando questionados sobre o local de trabalho (1 ou mais), observa-se que a 27,6% dos terapeutas trabalham/trabalharam com adultos em situação paliativa, em unidades de cuidados continuados, e 15,3% em instituições hospitalares (ver Figura 5).

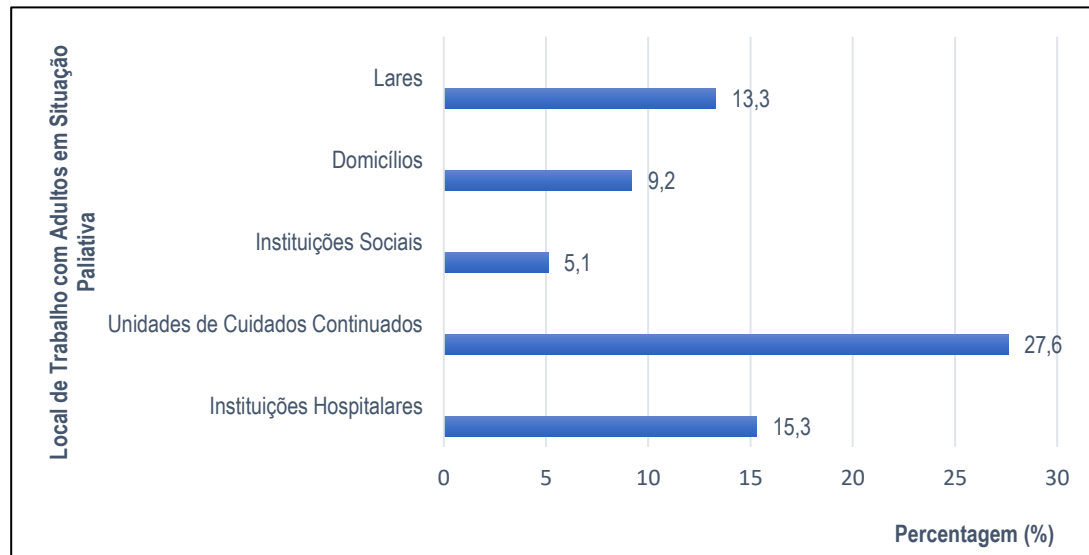


Figura 5 - Local de trabalho com população adulta em situação paliativa (um ou mais locais em simultâneo)

4.8 Número de Casos com Limitações Comunicativas

Relativamente à percentagem de casos com alterações da comunicação, 25% dos terapeutas acompanhou menos de 20 utentes e entre 20 a 40 utentes com limitações neste âmbito. Acresce-se que, 17,5% acompanharam mais de 100 pacientes com esta problemática (ver Figura 6).

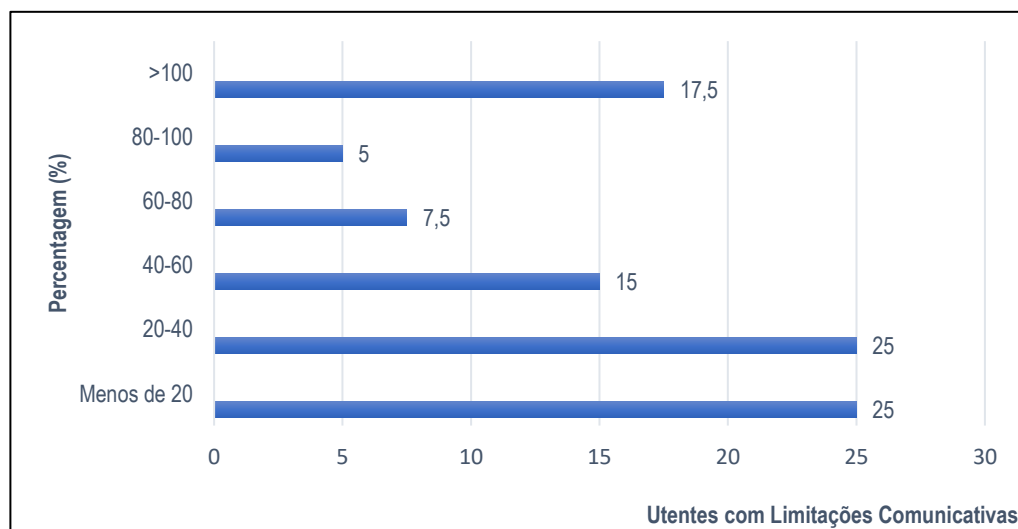


Figura 6 - Números de casos com alterações na comunicação

4.9 Patologias que Afetam a Comunicação

As doenças neurodegenerativas são o grupo de patologias mais observado pelos TF's, com uma frequência de 51,5% (n=50), seguido do cancro da cabeça e pescoço com uma frequência de 34% (n=33) (ver Figura 7).

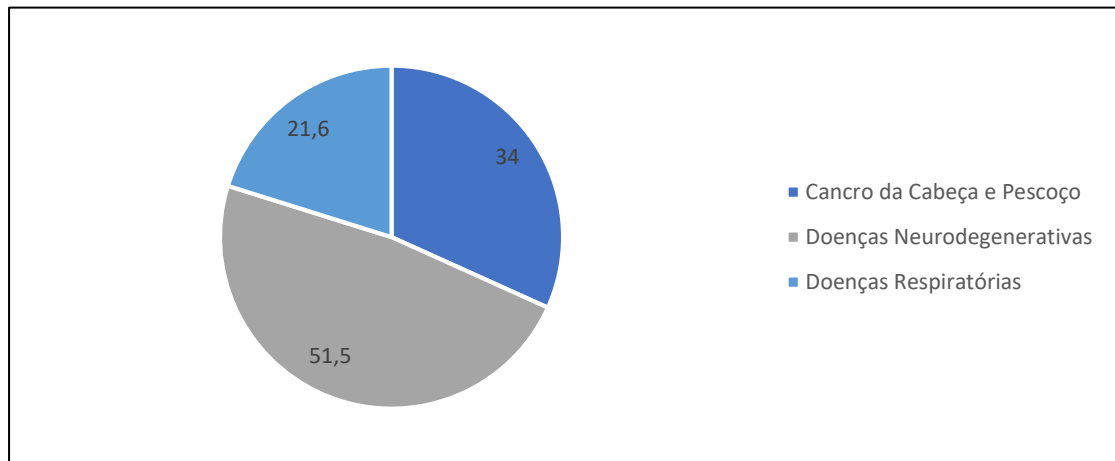


Figura 7 - Grupo de patologias que afetam a comunicação (uma ou mais patologias em simultâneo)

4.10 Formas de Seleção das Estratégias a Implementar

No que respeita ao modo como as estratégias são seleccionadas (uma ou mais formas), 50% dos terapeutas inquiridos referem ser em conjunto com a equipa e com uma percentagem muito semelhante (49%) indicaram ser feito também em conjunto com o utente. A seleção das estratégias com a família assumiu uma percentagem mais reduzida (46,9%) (ver Figura 8).

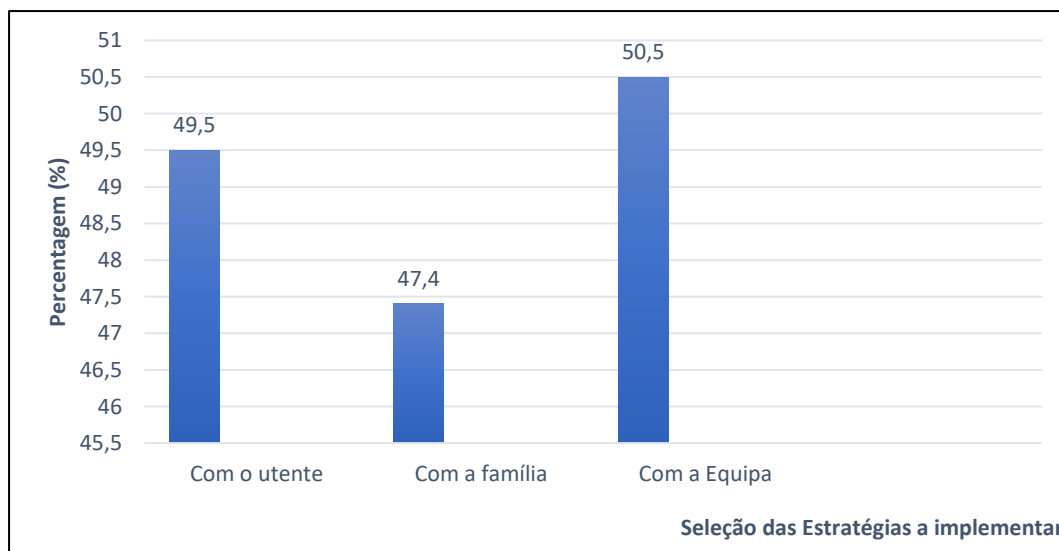


Figura 8 - Formas de seleção das estratégias a implementar (uma ou mais formas em simultâneo)

4.11 Métodos de Avaliação das Competências do Utente

As informações cedidas pela Equipa (50%) e pela Família (50%) são os métodos de avaliação mais frequentes utilizadas pelos TF's respondentes (ver Figura 9).

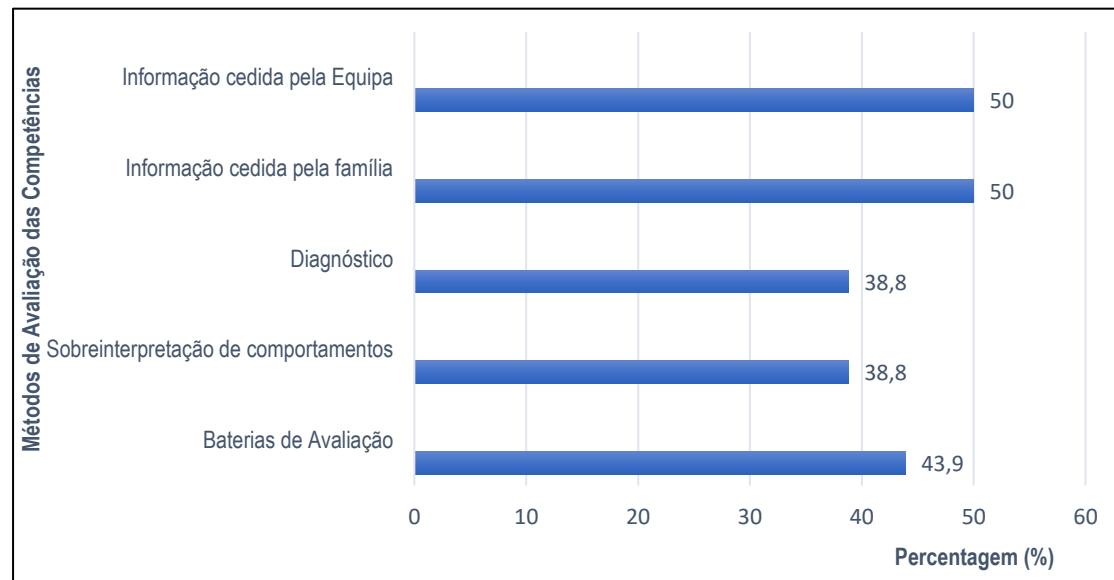


Figura 9 - Métodos de avaliação das competências do utente (um ou mais métodos em simultâneo)

4.12 Funcionalidade Comunicativa: Estratégias Partilhadas com o Utente e a Família

No que respeita à promoção da funcionalidade comunicativa, através de estratégias partilhadas com o utente e a sua família, verifica-se que 94% dos terapeutas inquiridos consideram que estas ajudaram a promover a funcionalidade da comunicação (ver Figura 10).

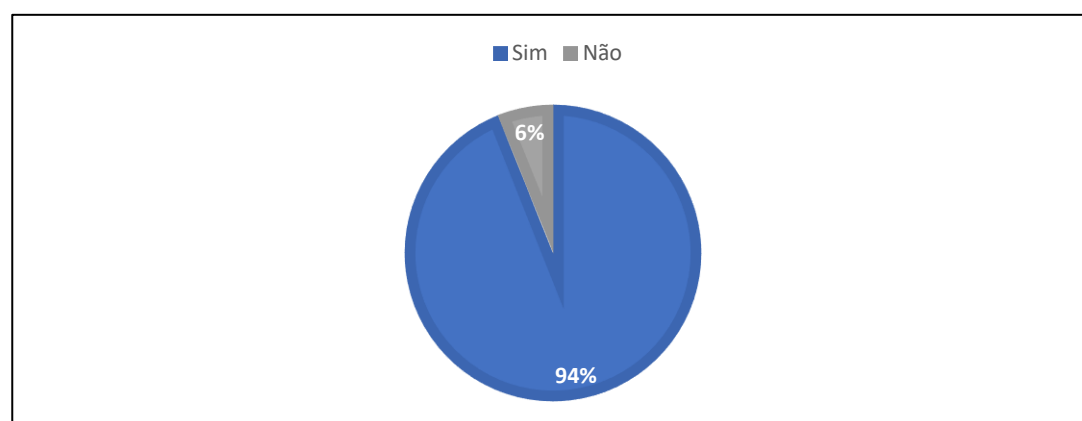


Figura 10 - Funcionalidade comunicativa: estratégias partilhadas com o utente e a família

4.12.1 Razões: Falha na Promoção da Funcionalidade Comunicativa

No que respeita à falha da promoção da funcionalidade comunicativa, por meio das estratégias partilhadas com o utente e a família, 6% dos TF's expressaram que não foram eficientes neste processo. A pouca aceitação das estratégias por parte do utente foi a razão que obteve uma percentagem maior - 7,1%, seguindo-se a razão pouca aceitação das estratégias por parte dos familiares – 5,1% (ver Figura 11).

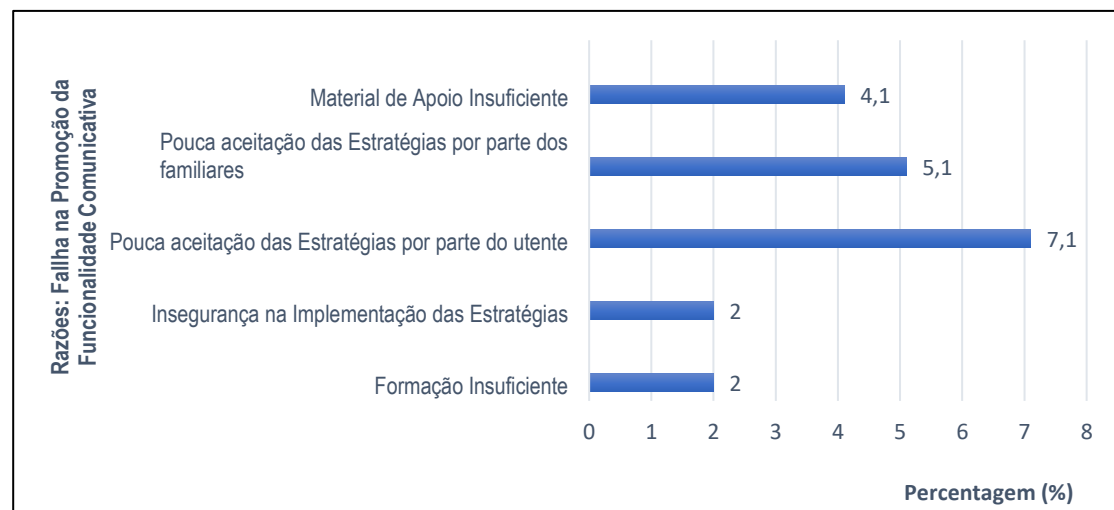


Figura 11 - Razões: falha na promoção da funcionalidade comunicativa (uma ou mais razões em simultâneo)

4.13 Funcionalidade Comunicativa: Estratégias Partilhadas com o Utente e a Equipa

Quanto à promoção da funcionalidade comunicativa, por meio de estratégias partilhadas com o utente e a equipa, verifica-se que 88% dos respondentes consideram que as estratégias partilhadas ajudaram a promover a funcionalidade da comunicação (ver Figura 12).

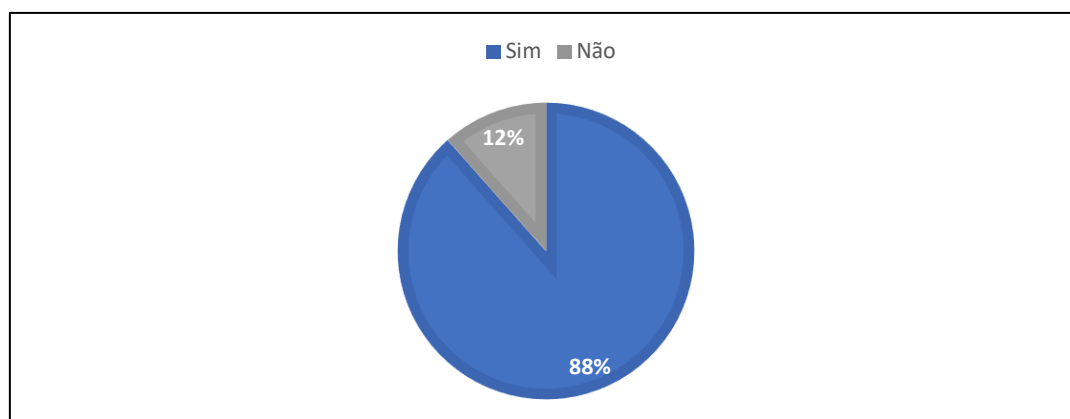


Figura 12 - Funcionalidade comunicativa: estratégias partilhadas com o utente e a equipa

4.13.1 Razões: Falha na Promoção da Funcionalidade Comunicativa

Apesar da maioria dos respondentes (88%) expressar que as estratégias partilhadas promoveram a funcionalidade comunicativa, 12% dos terapeutas manifestaram que não foram eficientes nesse processo. A pouca aceitação das estratégias por parte da equipa foi a razão que obteve uma percentagem maior – 11,2%, seguindo-se o material de apoio insuficiente– 7,1% (ver Figura 13)

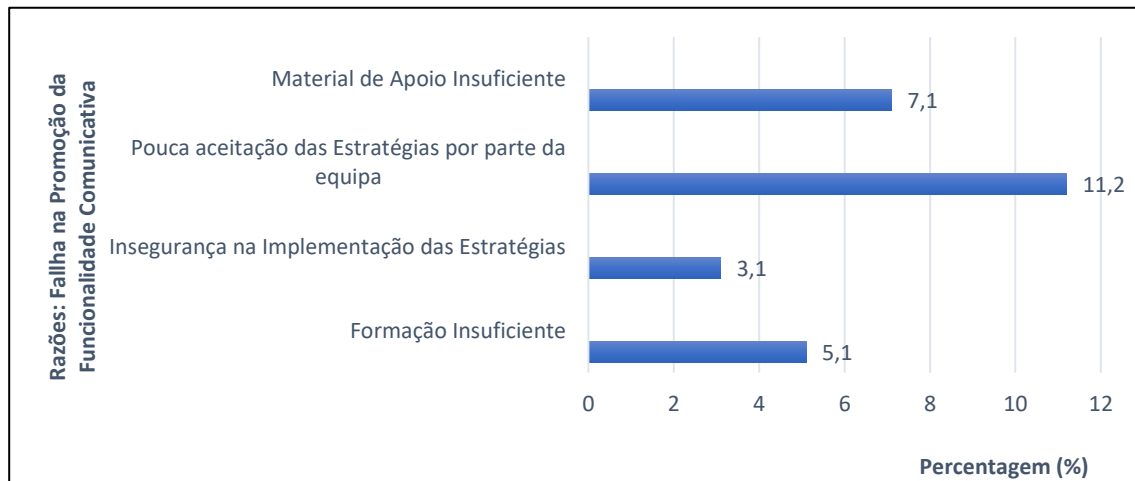


Figura 13 - Razões: falha na promoção da funcionalidade comunicativa (uma ou mais razões em simultâneo)

4.14 Terapeuta da Fala: Facilitador no Processo de Comunicação

Num total de 25 pessoas respondentes, 95% dos terapeutas consideram-se que foram facilitadores no processo de comunicação com utentes adultos, em situação paliativa (ver Figura 14).

Apesar da maioria dos respondentes considerar que o terapeuta da fala foi um facilitador no processo de comunicação, 5% dos TF's manifestaram que não foram elementos facilitadores. A insegurança relativa à implementação das estratégias (n=1), a dificuldade em capacitar o utente para o uso de estratégias (n=2), a dificuldade em capacitar a família para o uso das estratégias (n=1) e o material de apoio insuficiente para as necessidades do utente (n=1) foram as razões indicadas para a falha neste processo.

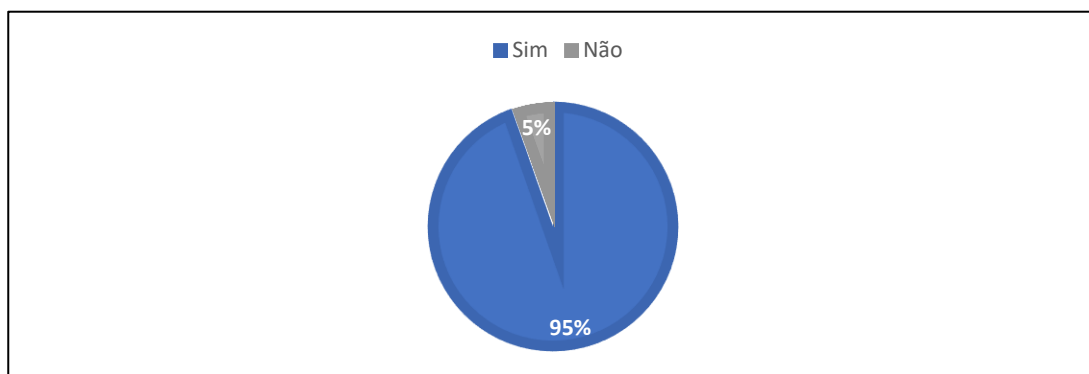


Figura 14 - Terapeuta da fala: facilitador na comunicação

4.15 Dificuldades de Intervenção com Adultos com Alterações na Comunicação

Quando questionados se sentiam dificuldades de intervenção com adultos, em situação paliativa, no âmbito da comunicação, 93% dos terapeutas afirmaram ter dificuldades a esse nível (ver Figura 15).

O estadio avançado da doença e o material de apoio insuficiente foram as razões que assumiram maior expressão, indicados por 27,6% e 24,5% dos terapeutas, respetivamente. Acrescenta-se que, a formação insuficiente e a falta de condições foram mencionadas por 15,3% e 14,3% dos participantes, respetivamente.

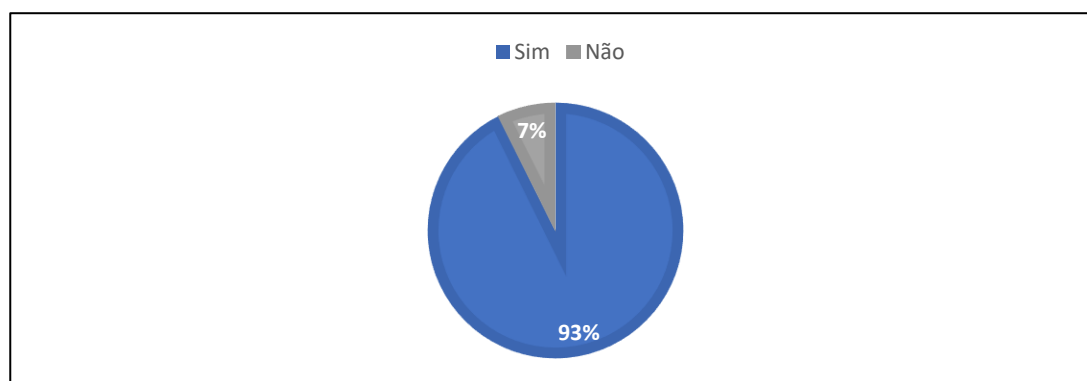
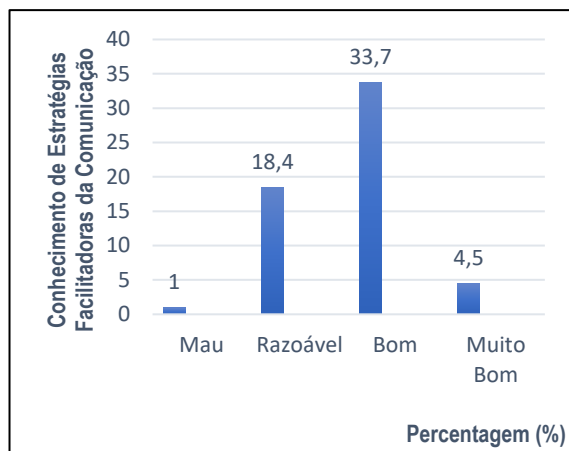


Figura 15 - Dificuldades de intervenção com adultos com alterações da comunicação

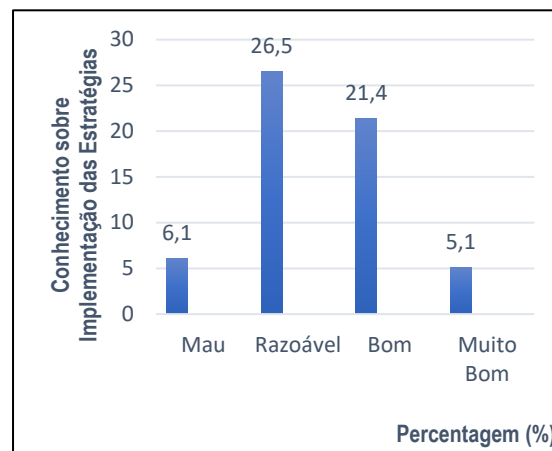
4.16 Autoanálise dos Terapeutas da Fala sobre as Estratégias

Foi solicitado aos inquiridos que se autoavaliassem sobre o seu grau de conhecimento para os seguintes parâmetros: 1) conhecimento atual sobre estratégias facilitadoras da comunicação; 2) conhecimento face à implementação de estratégias facilitadoras de comunicação; 3) conhecimento para capacitar outros profissionais a implementar estratégias facilitadoras da comunicação com utentes em fase terminal; 4) conhecimento para capacitar os familiares do utente a implementar estratégias facilitadoras da comunicação.

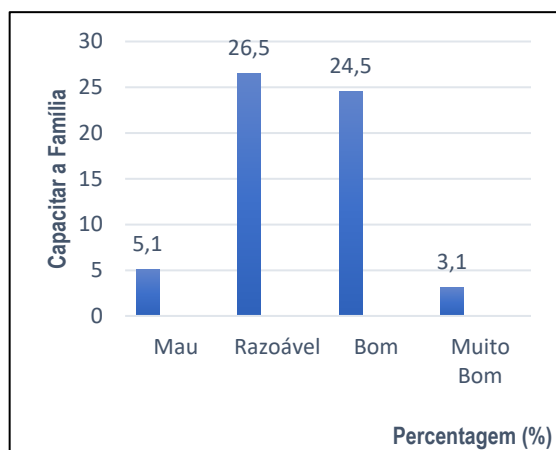
Relativamente ao primeiro parâmetro, 33,7% dos inquiridos considera o seu conhecimento Bom; no segundo, 26,5% expressa ser razoável; no terceiro, 31,6% afirma ser razoável; no último, 26,5% considera que também é razoável (ver Figura 16: (a), (b), (c) e (d), respetivamente).



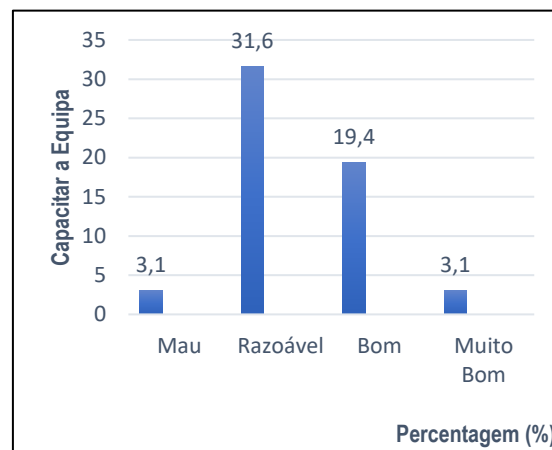
(a)



(b)



(c)



(d)

Figura 16 (a) Conhecimento de estratégias facilitadoras da comunicação; (b) Conhecimento sobre implementação de estratégias; (c) Capacitar a equipe; (d) Capacitar a família

4.17 Existência de *Guidelines*

Quanto a *Guidelines*, no âmbito da comunicação, 70% dos inquiridos referiram não conhecer a existência de material desta natureza, mas por outro lado, 25% conhece. Acresce-se que, todos os terapeutas consideram pertinente a existência deste tipo de material, no sentido de orientar as suas práticas junto de população em situação paliativa.

4.18 Grau de Importância dos Grupos de Estratégias

No que concerne ao grau de importância das estratégias, conclui-se a existência de uma maior variabilidade nas Estratégias Visuais, Formas de Comunicação, Estratégias do Espaço Físico e Produtos de Apoio (ver Figura 17).

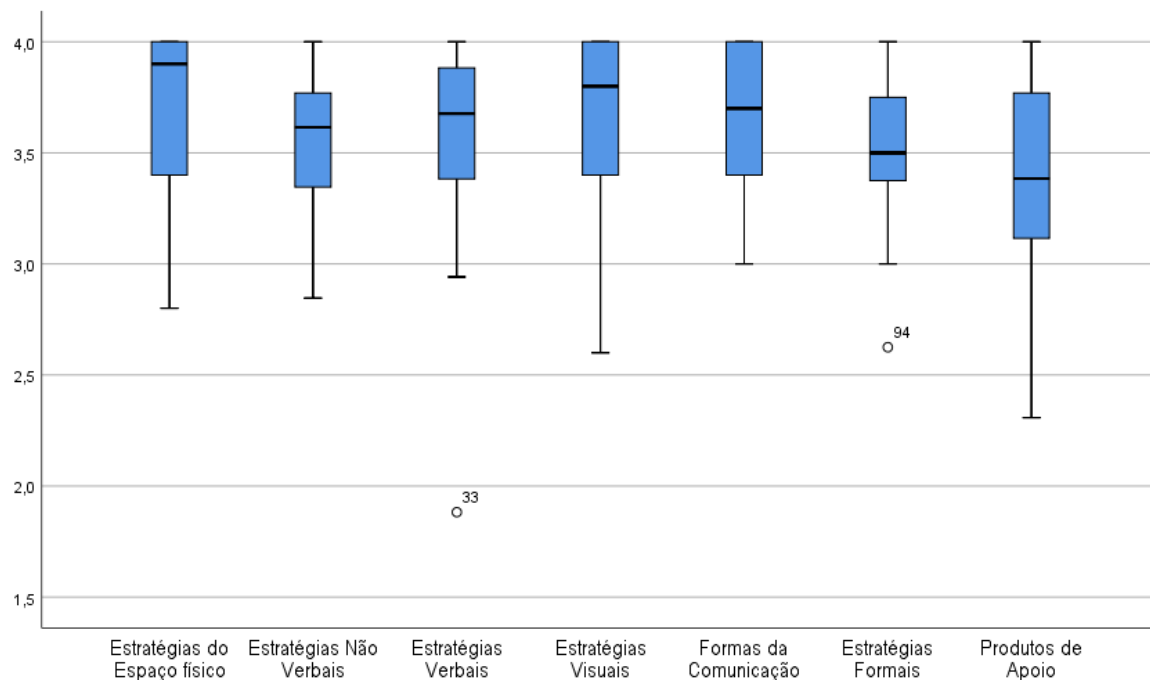


Figura 17 - Variabilidade do grau de importância entre o grupo das estratégias

4.19 Perceção dos Terapeutas da Fala que Trabalham com População em Situação Paliativa sobre as Estratégias Mais Importantes

De acordo com as perceções dos TF's que trabalham com população em situação paliativa, analisou-se para cada grupo, as estratégias que assumem o grau mais elevado, ou seja, as que são consideradas como sendo muito importantes, assumindo a posição de quatro (4,0).

Neste sentido, no Espaço Físico, os respondentes consideram as estratégias de minimizar o ruído ambiental e ajustar a posição do utente (ver Figura 18); dentro das estratégias Não Verbais, o TF's consideram o sorriso, contacto visual, ajustar o ritmo do discurso e ajustar a intensidade vocal (ver Figura 19); no grupo Verbal, os respondentes referem as estratégias de ajuste linguístico, reformular a informação, resumir a informação, usar frases curtas, abordar um tópico de cada vez e falar pausadamente (ver Figura 20); para as estratégias Visuais, os inquiridos expressam a estratégia de usar imagens de interesse do utente (ver Figura 21); quanto às Formas de Comunicação, os TF's consideram a forma oral e multimodal (ver Figura 22); nas Estratégias Formais, os respondentes referem a espera

Estruturada e a linguagem simplificada (ver Figura 23); no que respeita aos Produtos de Apoio, só a estratégia tabela com imagens obteve um valor mais alto, variando entre os três e os quatro (3,0 - 4,0), ou seja, entre a posição “importante” e a “muito importante” (ver Figura 24).

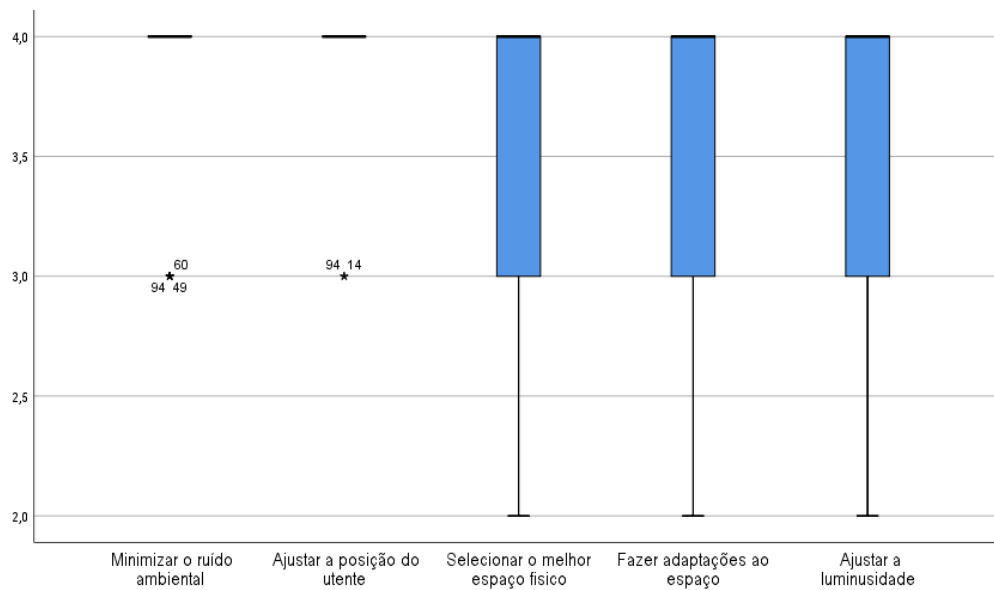


Figura 18 - Variabilidade das estratégias do Espaço Físico

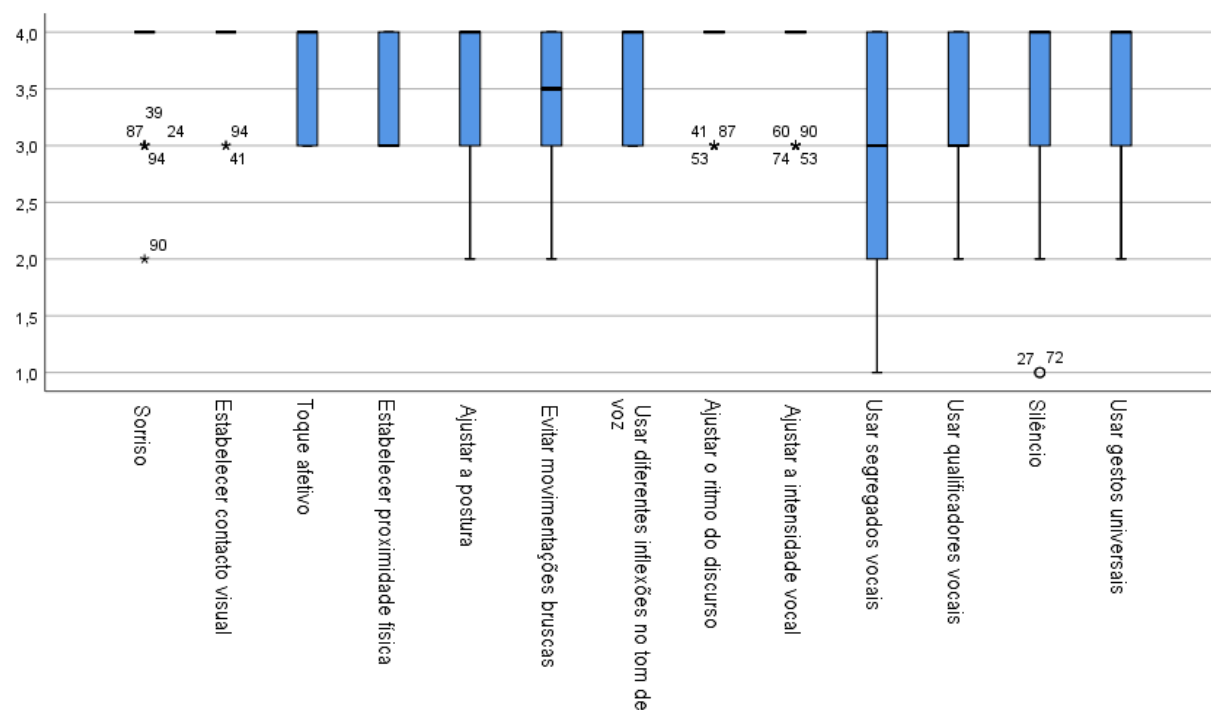


Figura 19 - Variabilidade das Estratégias Não Verbais

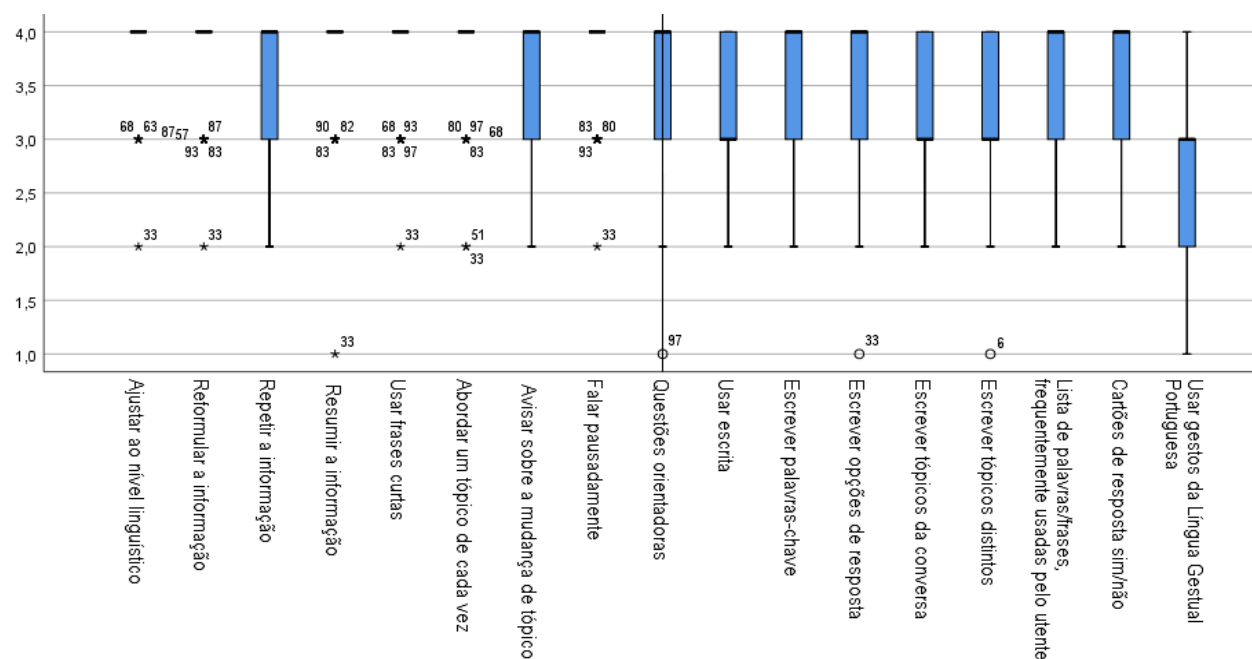


Figura 20 - Variabilidade das Estratégias Verbais

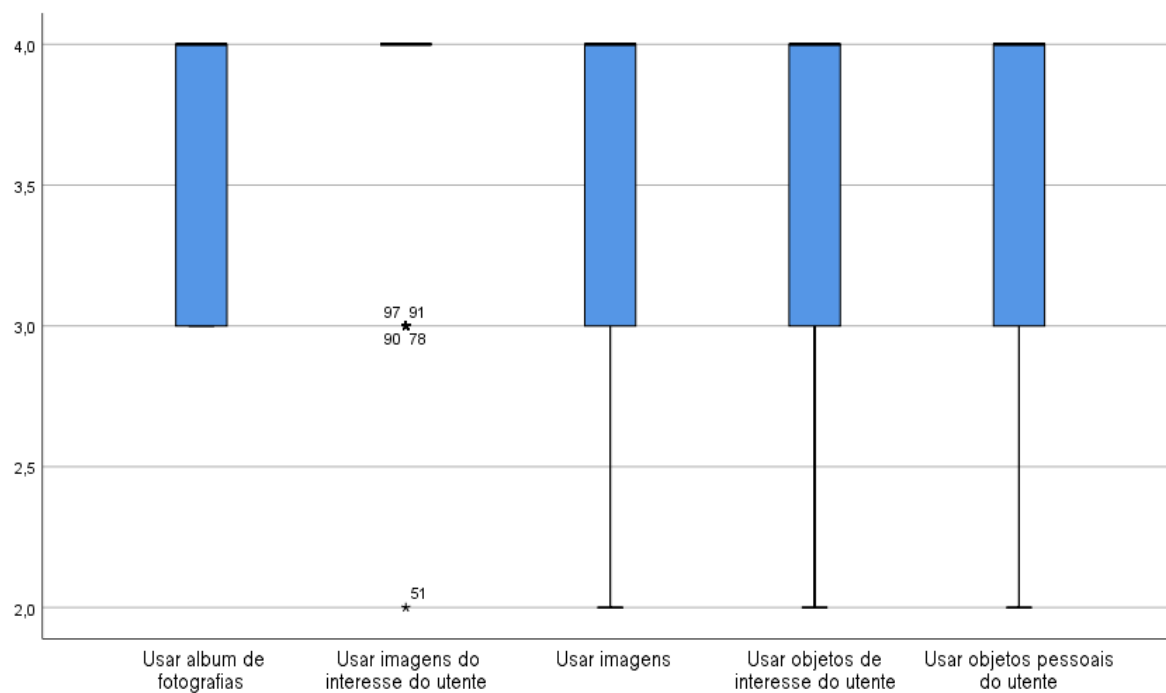


Figura 21 - Variabilidade das Estratégias Visuais

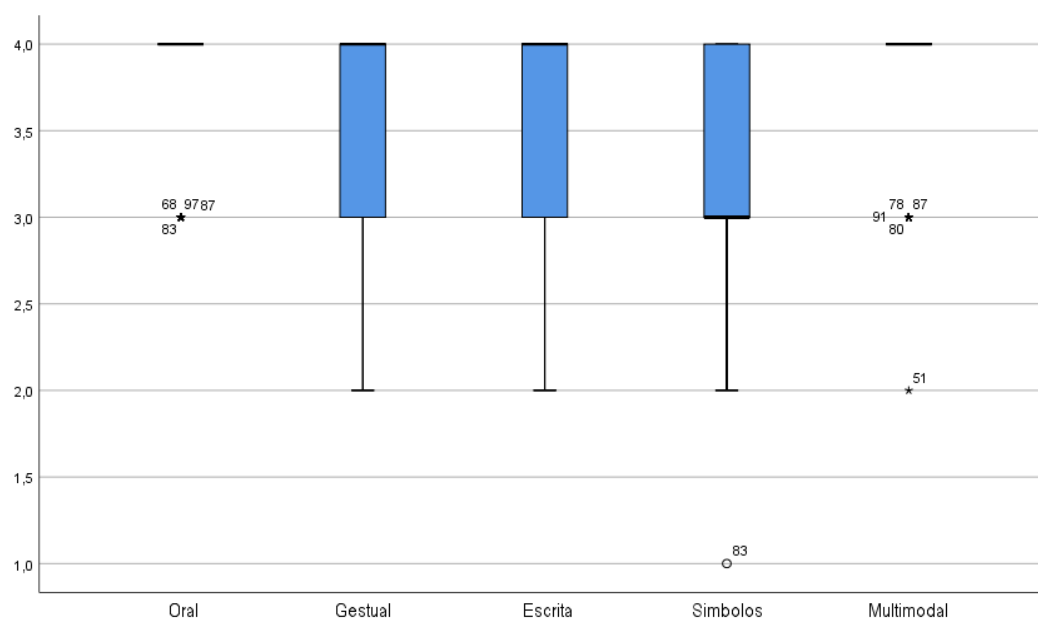


Figura 22 - Variabilidade das Formas de Comunicação

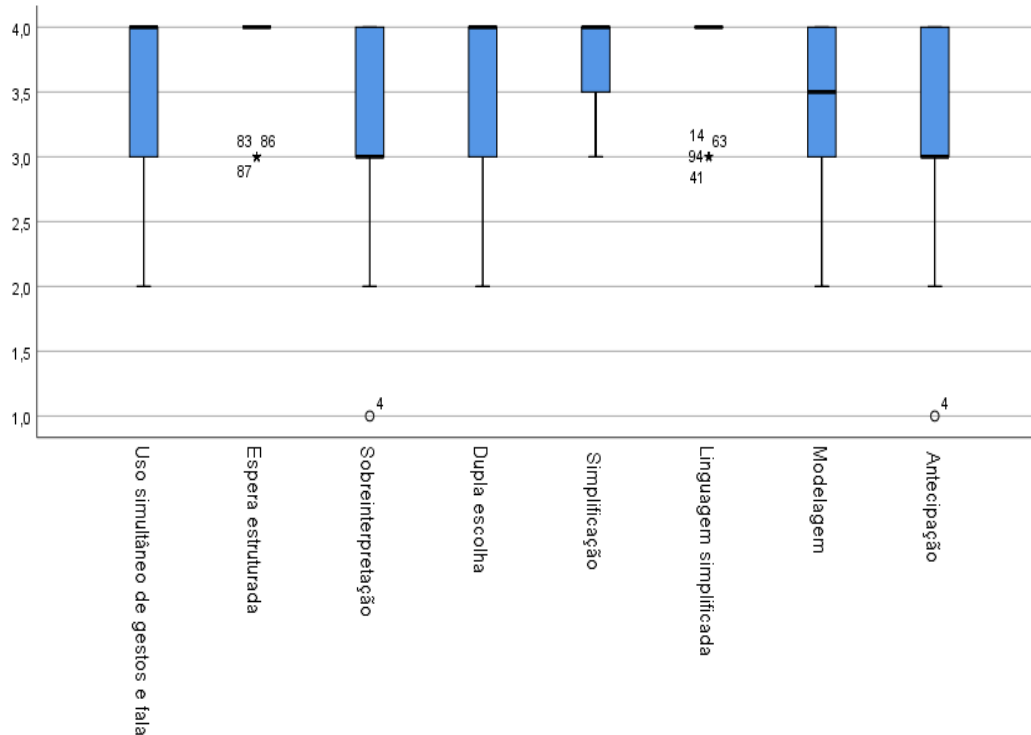


Figura 23 - Variabilidade das Estratégias Formais

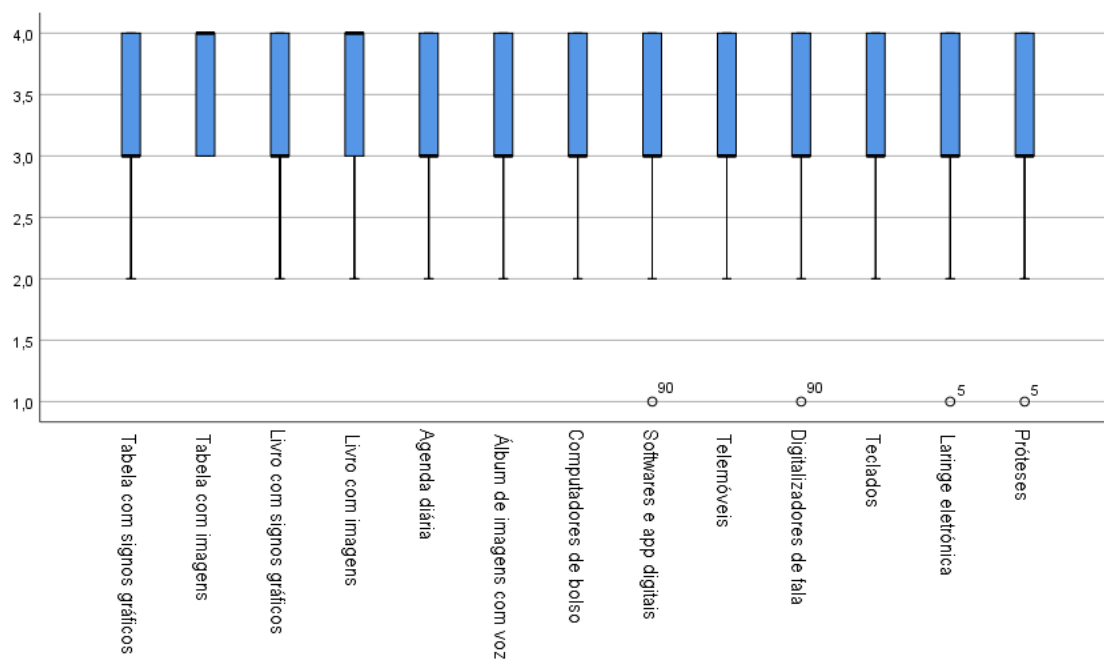


Figura 24 - Variabilidade dos Produtos de Apoio

4.20 Percepção dos Terapeutas da Fala que Não Trabalham com População em Situação Paliativa sobre as Estratégias Muito Importantes

No que respeita às percepções dos terapeutas que não trabalham com população adulta em situação paliativa sobre as estratégias, verificam-se apenas diferenças nos grupos das estratégias não verbais. Estes não consideram, na totalidade, a estratégia sorriso como muito importante, assumindo uma posição entre dois e quatro (3,0 - 4,0) (ver Figura 25).

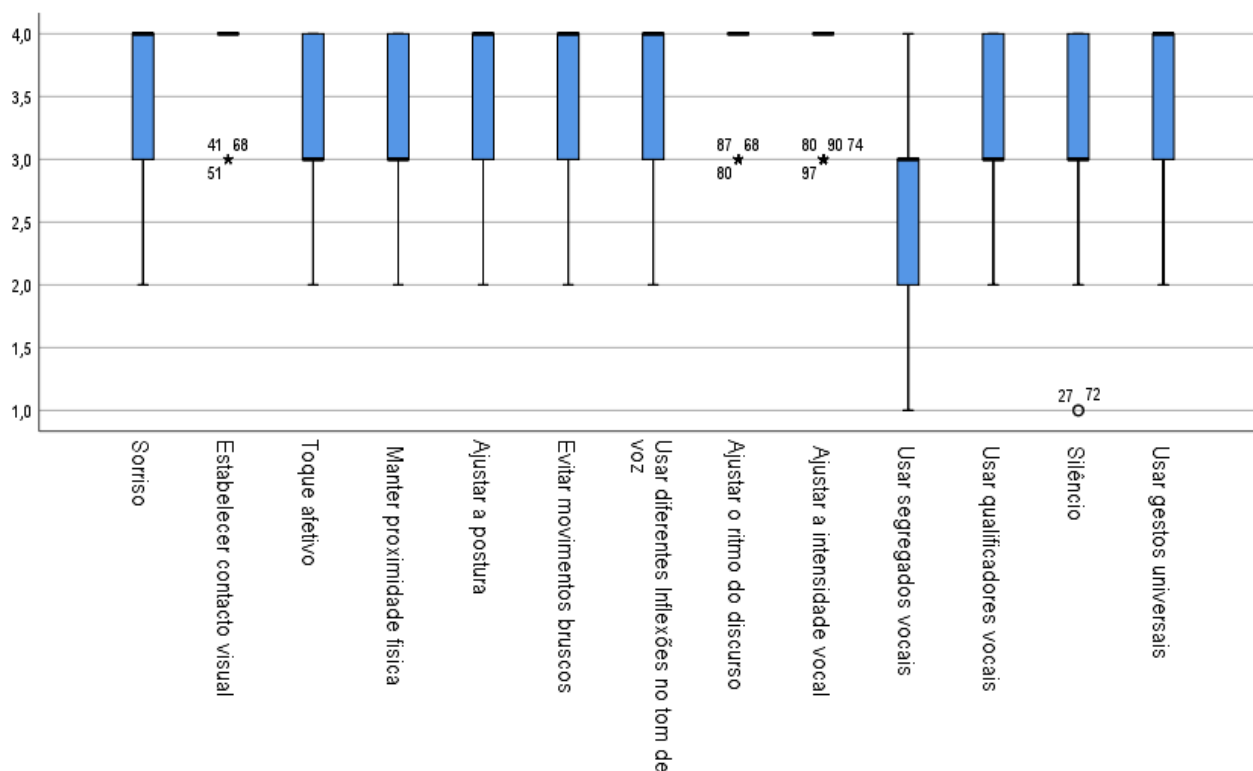
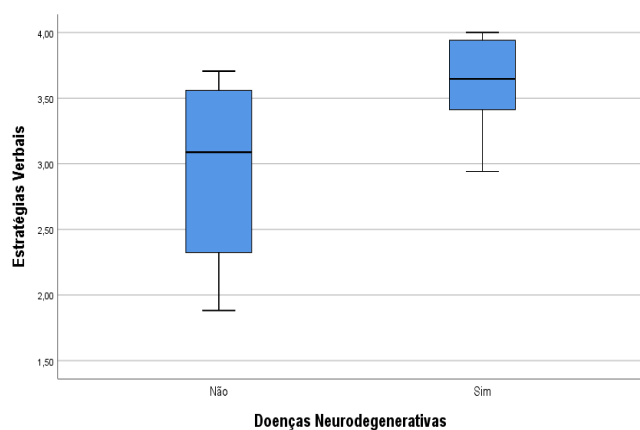


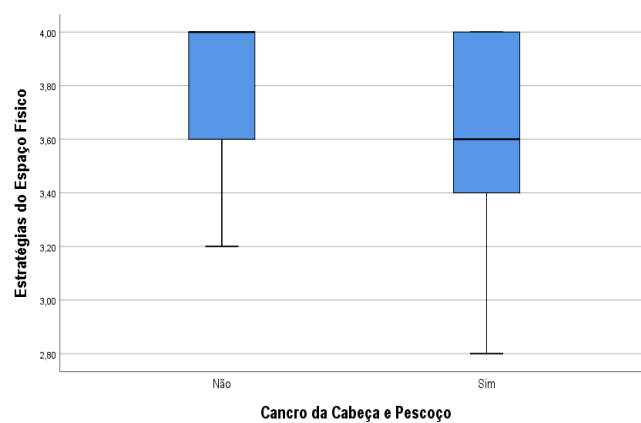
Figura 25 - Variabilidade de percepção sobre as estratégias Não Verbais

4.21 Relação entre os Grupos de Estratégias e as Patologias

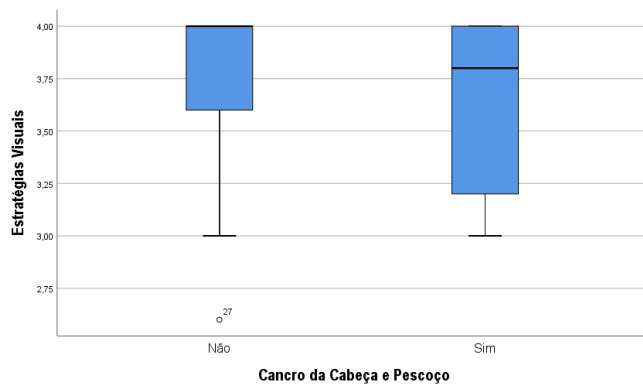
Relacionaram-se os três grupos de patologias que afetam a comunicação com os diferentes grupos de estratégias, verificando-se o seguinte: uma associação estatisticamente significativa entre as doenças neurodegenerativas e as Estratégias Verbais ($p=0,052$); uma tendência entre o cancro da cabeça e pescoço e as Estratégias do Espaço Físico ($p=0,081$), ou seja, tendencialmente os TF's que não intervieram nesta patologia consideram este grupo de estratégias com mais importância; uma tendência entre o cancro da cabeça e pescoço e as Estratégias Visuais ($p=0,171$), nomeadamente os TF's que não trabalharam com esta patologia indicaram este grupo com mais importância; e uma tendência entre as doenças respiratórias e as Estratégias Formais ($p=0,181$), isto é, tendencialmente os inquiridos que não intervieram com doenças respiratórias foram os que indicaram que as estratégias formais têm maior importância (ver Figura 26: (a), (b), (c), e (d)).



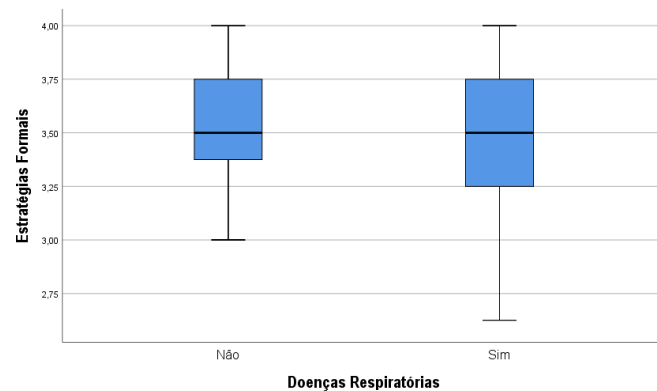
(a)



(b)



(c)



(d)

Figura 26 - (a) Doenças neurodegenerativas e estratégias Verbais; (b) Cancro da cabeça e pescoço e estratégias do Espaço Físico; (c) Cancro da cabeça e pescoço e Estratégias Visuais; (d) Doenças respiratórias e Estratégias Formais

4.22 Relação entre Estratégias e a Avaliação das Competências para a Implementação das Estratégias

Procurou-se relacionar os grupos de estratégias (Espaço Físico; Não Verbais; Verbais; Visuais; Formas de Comunicação; Estratégias Formais; Produtos de Apoio) com alguns métodos de avaliação (baterias de avaliação; sobreinterpretação de comportamentos; diagnóstico; informação proveniente da família; informação proveniente da equipa). Neste sentido, não se verificaram a existência de associações estatisticamente significativas. Contudo, constatarem-se algumas relações com tendência, nomeadamente: os inquiridos que não utilizam o diagnóstico como método de avaliação atribuíram maior importância às estratégias do Espaço Físico ($p=0,161$); e tendencialmente, os TF's que não utilizam a sobreinterpretação de comportamentos indicaram maior importância para as estratégias visuais ($p=0,161$) (ver Figura 27: (a) e (b))

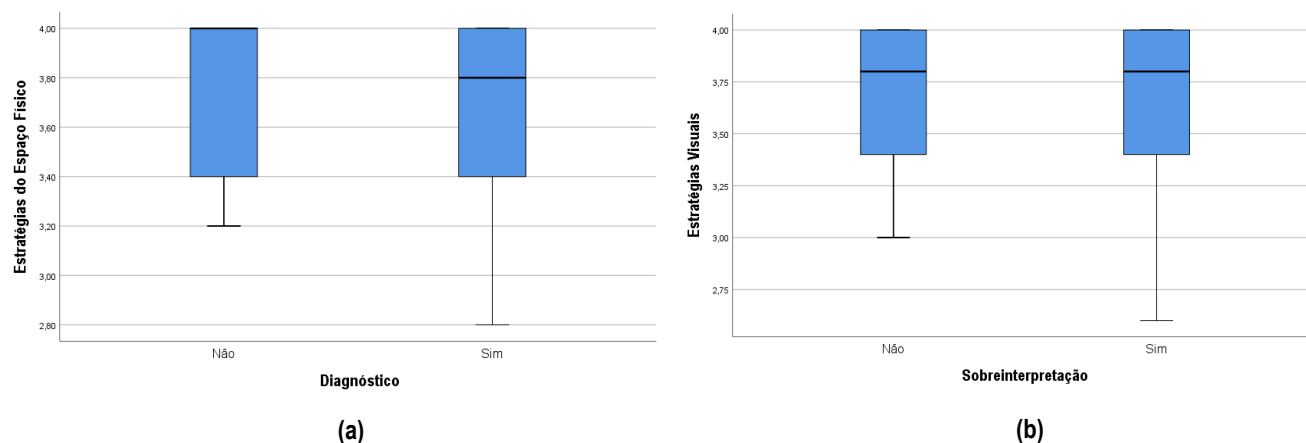


Figura 27 - (a) Estratégias do Espaço Físico e Diagnóstico; (b) Estratégias Visuais e sobreinterpretação

4.23 Relação entre Estratégias e Formas de Seleção das Estratégias

Estudou-se também a presença de uma eventual associação entre os grupos de estratégias (Espaço Físico; Não Verbais; Verbais; Visuais; Formas de Comunicação; Estratégias Formais; Produtos de Apoio) e as diferentes formas de seleção das estratégias (com o utente; com a família; com a equipa). Apesar de não se terem encontrado relações estatisticamente significativas, verificaram-se, contudo, algumas tendências de associação, nomeadamente entre o Espaço Físico e a seleção com o utente ($p=0,128$), ou seja, os inquiridos que não selecionam as estratégias com o utente atribuem maior importância às estratégias do Espaço Físico; e ainda, entre as Estratégias Formais e a seleção com o utente ($p=0,129$), isto é, os TF's que não selecionam com o utente indicaram mais importância para as Estratégias Formais (ver Figura 28: (a) e (b)).

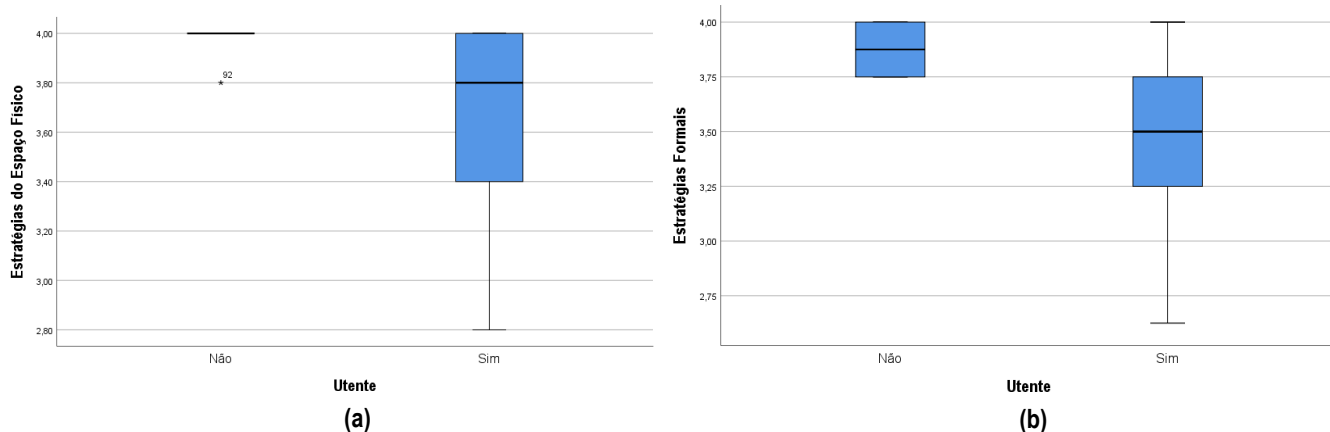


Figura 28 - (a) Estratégias do Espaço Físico e seleção com o utente; (b) Estratégias Formais e seleção com o utente

4.24 Relação entre Estratégias e o Terapeuta da Fala – Elemento Facilitador na Comunicação

No que concerne à relação entre os grupos de estratégias com a variável - terapeuta da fala: facilitador na comunicação, não se verificaram relações estatisticamente significativas e nem tendências de possível associação (Espaço Físico – $p=0,540$; Não Verbais – $p=0,427$; Verbais – $p=1,000$; Visuais – $p=0,600$; Formas de Comunicação – $p=0,200$; Estratégias Formais – $p=0,733$; Produtos de Apoio – $p=0,880$).

4.25 Relação entre Estratégias Partilhadas com o Utente e Família e o Terapeuta da Fala – Elemento Facilitador na Comunicação

Estudou-se a associação entre a variável - promoção da comunicação, através de estratégias partilhadas com o utente e a família, com a variável – terapeuta da fala: facilitador na comunicação, tendo-se verificado que 90,9% dos terapeutas que promoveram a comunicação utilizando estratégias partilhadas com o utente e família consideraram que foram facilitadores no processo de comunicação e foi encontrada uma % semelhante (100%) mesmo naqueles que não promoveram a comunicação dessa forma, não se tendo verificado assim uma associação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis ($p=1,000$) (ver Tabela 8).

Promoção da Comunicação: Estratégias Partilhadas com o Utente e Família	Terapeuta da Fala: Facilitador na Comunicação	
	Sim	Não
Sim	20 (90,9%)	2 (9,1%)
Não	2 (100%)	0 (0%)

Tabela 8 - Relação entre estratégias partilhadas com o utente e família e o terapeuta da fala: elemento facilitador na comunicação

4.26 Relação entre Estratégias Partilhadas com a Equipa e o Terapeuta da Fala – Elemento Facilitador na Comunicação

Procurou-se também relacionar a variável - promoção da comunicação, através de estratégias partilhadas com o utente e a equipa, com a variável – terapeuta da fala: facilitador na comunicação e 90,5% dos inquiridos consideram que foram facilitadores na comunicação e que as estratégias partilhadas com estes elementos promoveram a comunicação e também foi encontrada uma % semelhante (100%) para aqueles que não promoveram a comunicação e deste modo, não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis ($p=0,343$) (ver Tabela 9).

Promoção da Comunicação: Estratégias Partilhadas com o Utente e Família	Terapeuta da Fala: Facilitador na Comunicação	
	Sim	Não
Sim	19 (90,5%)	2 (9,5%)
Não	3 (100%)	0 (0%)

Tabela 9 - Relação entre estratégias partilhadas com a equipa e o terapeuta da fala: elemento facilitador na comunicação

4.27 Relação entre Estratégias e Dificuldades de Intervenção

Relacionaram-se todos os grupos de estratégias com a variável - dificuldades de intervenção, mas não se verificaram relações estatisticamente significativas e nem tendências de possível associação (Espaço Físico – $p=0,830$; Não Verbais – $p=0,281$; Verbais – $p=0,457$; Visuais – $p=0,391$; Formas de Comunicação – $p=0,556$; Estratégias Formais – $p=0,344$; Produtos de Apoio – $p=0,475$).

4.28 Relação entre Dificuldades de Intervenção e o Terapeuta da Fala – Elemento Facilitador na Comunicação

Também, procurou-se estudar a relação entre a variável – dificuldades de intervenção, com a variável – terapeuta da fala: elemento facilitador na comunicação e 68,2% dos inquiridos consideram que foram facilitadores na comunicação e que tiveram dificuldades em intervir com população em situação paliativa, não se tendo verificado uma associação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis ($p=1,000$) (Ver Tabela 10).

Dificuldades de Intervenção	Terapeuta da Fala: Facilitador na Comunicação	
	Sim	Não
Sim	15 (68,2%)	7 (31,8%)
Não	7 (87,5%)	1 (12,5%)

Tabela 10 - Relação entre dificuldades de intervenção e o terapeuta da fala: elemento facilitador na comunicação

4.29 Relação entre Dificuldades de Intervenção e o Número de Utentes com Limitações Comunicativas

Relativamente à associação entre as dificuldades de intervenção e o número de utentes com limitações comunicativas, mais de 50% dos inquiridos, na globalidade têm dificuldades de intervenção, não se tendo verificado uma associação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis ($p=0,468$) (ver Tabela 11).

Nº de casos com Limitações Comunicativas	Dificuldade de Intervenção	
	Sim	Não
> 20 utentes	7 (70%)	3 (30%)
Entre 20-40 utentes	7 (70%)	3 (30%)
Entre 40-60 utentes	5 (83,3%)	1 (16,7%)
Entre 60-80 utentes	0 (0,0%)	2 (100%)

Entre 80-100 utentes	1 (50%)	1 (50%)
< 100 utentes	5 (71,4%)	2 (28,6%)

Tabela 11 - Relação entre dificuldades de intervenção e o número de casos com limitações comunicativas

4.30 Relação entre Dificuldades de Intervenção e a Existência de *Guidelines*

Quanto à relação entre a variável dificuldades de intervenção, com a variável pertinência da existência de *Guidelines*, verificou-se que os inquiridos que sentem dificuldades de intervenção (67,3%) e mesmo os que não sentem (32,7%) consideram pertinente a existência deste material.

4.31 Autoanálise do Conhecimento

A autoanálise dos terapeutas da fala sobre os diferentes domínios de conhecimento, ao nível das estratégias de comunicação, apresenta uma distribuição homogênea, ou seja, metade dos inquiridos assumiu entre o 3,0 e 4,0 (grau de importância) (ver Figura 29).

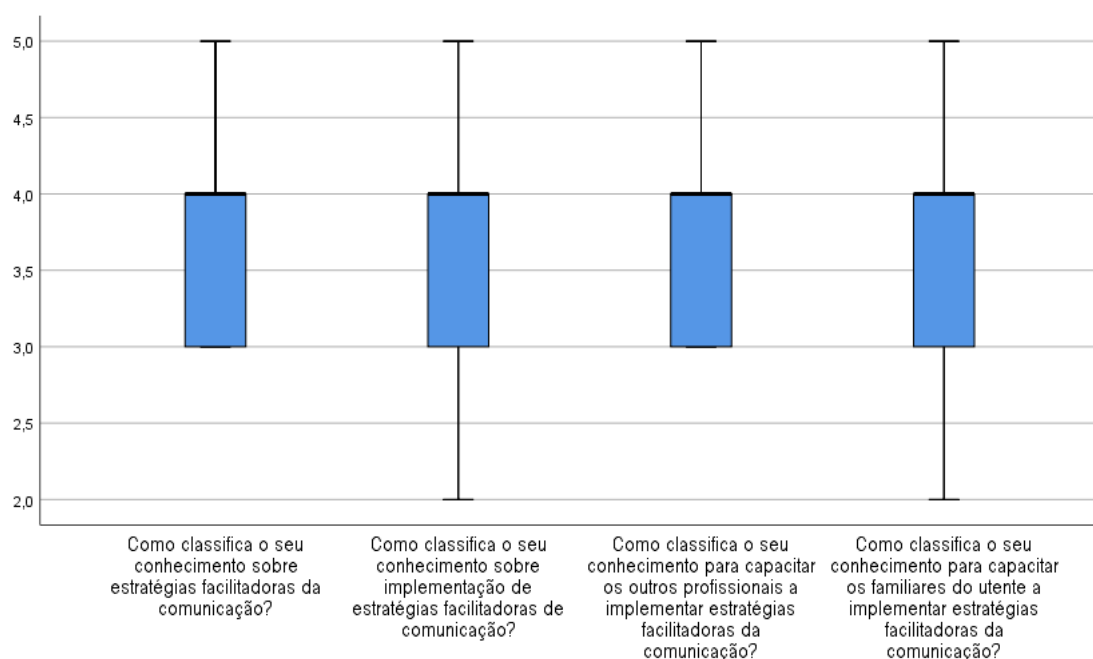


Figura 29 - Variabilidade das perceções sobre o autoconhecimento no âmbito das estratégias

5. DISCUSSÃO

A comunicação é a ferramenta que nos liga uns aos outros. Sem ela estaríamos isolados, sozinhos e incapazes de interagir com outras pessoas e de deixar o nosso legado no mundo. As pessoas que se encontram em final de vida e com a comunicação comprometida ficam, muitas vezes, privadas destas vivências (Costello, 2009).

Em CP, as perturbações da comunicação podem derivar de doenças neurodegenerativas, tumores da cabeça e pescoço, doenças respiratórias, traumatismos cranianos, acidentes vasculares cerebrais, paralisia cerebral, entre outras (Beukelman & Mirenda, 2013).

A literatura sobre comunicação, no âmbito dos CP, é rica em referências e investigações sobre modelos de comunicação para trabalhar em equipa e a comunicação de más notícias. Quanto ao papel do TF, neste contexto, encontra-se algumas referências para o tratamento da disfagia, mas por outro lado, as investigações sobre estratégias de suporte à comunicação nesta realidade (Cuidados Paliativos) são mais limitadas (Costello, 2009).

No entanto, e de acordo com o que já foi referido no enquadramento teórico, existem pacientes com perturbações da comunicação em Cuidados Paliativos. A American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (2019), partilha na sua plataforma alguns dados do Centro Nacional de estatística (Estados Unidos da América), referindo que existem, atualmente, cerca de 100,000 pacientes em *hospices*, sendo que a doença de Alzheimer é para 8% o diagnóstico principal destes e para 53% é o cancro da cabeça e pescoço.

Estes quadros poderão colidir em situações de afasia, apraxias e disartrias (Cheville, 2001). Assim, para responder ao objetivo principal do estudo – identificar as estratégias de comunicação utilizadas com utentes adultos, em Cuidados Paliativos, mediante o seu grau de importância, a partir da análise das perceções dos terapeutas da fala - considerou-se, essencialmente a literatura existente para situações de afasia crónica, derivada de diferentes grupos de doenças neurodegenerativas.

5.1 Perfil Sociodemográfico

Relativamente ao perfil sociodemográfico dos participantes, a maioria dos TF's inquiridos são do género feminino, à semelhança do que se verifica noutros estudos a nível nacional e internacional (Batista, 2011).

Participaram no estudo, 97 terapeutas da fala, sendo que apenas 46 trabalham ou trabalharam com população adulta em situação paliativa. A maioria dos TF's não escolhe esta profissão com o objetivo de intervir com pessoas em fase terminal. Além disto, a maior parte destes profissionais não se sentem preparados para lidar com esta realidade. Na verdade, é pouco comum, durante a formação em terapia da fala, a existência de disciplinas que abordem questões relacionadas com o processo de morte, tanto do ponto de vista sociológico como psicológico (Tonner & Shadden, 2012).

Relativamente à experiência profissional, a maioria (n=41) referiu que trabalha/trabalhou com população adulta em situação paliativa entre 1 a 5 anos. Na verdade, a Terapia da Fala é uma profissão relativamente recente em termos da sua legalização e os estudos acerca da sua evolução são escassos, sendo a maior parte da informação relativa aos EUA (Batista, 2011).

Além disto, nas últimas duas décadas tem estado na vanguarda da discussão o tema sobre o fim da vida e o modo como deverão ser prestados os serviços perante esta situação (particularmente, serviços de cuidados paliativos) (Tonner & Shadden, 2012).

Existem conhecimentos técnicos e ferramentas que possibilitam ao TF suportar os doentes no processo de morte (e.g. maximização da funcionalidade comunicativa e da deglutição). Porém, são relativamente poucas as publicações dirigidas a estes profissionais, no âmbito dos CP, podendo ser justificado, por um lado pelo número reduzido de terapeutas a trabalhar com esta população e por outro, pelo facto da maioria dos inquiridos ter ainda pouca experiência profissional (entre 1 a 5 anos) (Tonner & Shadden, 2012).

Quanto ao local de trabalho, uma percentagem significativa de terapeutas (27,6%) trabalha/trabalhou com esta população (adultos em situação paliativa) em unidades de Cuidados Continuados. De acordo com a última revisão da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) (2016), em Portugal, ainda é muito restrito a existência de serviços especializados em CP (Unidade de Cuidados Paliativos, Equipa Intra-hospitalar de suporte aos Cuidados Paliativos, Equipa Comunitária de Cuidados Paliativos), razão pela qual os terapeutas da fala trabalham/trabalharam com esta população em Cuidados Continuados.

5.2 Perceção dos Terapeutas da Fala Sobre as Estratégias Facilitadoras da Comunicação

Tal como mencionado no enquadramento teórico, os TF's são considerados especialistas em comunicação, sendo responsáveis por intervir nas perturbações desta natureza, participando no sentido de melhorar as competências comunicativas dos pacientes e na implementação de técnicas específicas de tratamento (estratégias facilitadoras da comunicação) (Beckley, Best, & Beeke, 2016; Royal College of Physicians Intercollegiate Stroke Working Party, 2012; CPLOL, 1994).

A análise de perceção incluiu as respostas de todos os participantes (com ou sem experiência com população em situação paliativa). Neste ponto, apenas serão discutidas as estratégias que assumiram as percentagens mais elevadas no grau "muito importante".

Relativamente ao grupo das Estratégias do Espaço Físico, a estratégia de ajustar a posição do utente foi a que assumiu a maior importância (considerada "muito importante" para 89,7% dos terapeutas). Na verdade, no processo comunicativo é essencial que todos os interlocutores se sintam confortáveis e que mantenham o contacto ocular ao mesmo nível, resultando assim na necessidade de ajustar a posição do utente (Querido, Salazar & Neto, 2016; Peixoto & Valente, 2012).

O ajuste à posição do paciente, permite por um lado, criar empatia com o terapeuta (por meio do estabelecimento do contacto ocular) e por outro, aprender de forma explícita algumas estratégias que lhe irão permitir comunicar de forma funcional. Por exemplo, os pacientes que utilizam sistemas de CAA necessitam de estar posicionados adequadamente para acionar ou manipular o sistema de comunicação que utilizam. Além disto, o próprio sistema também deverá ser ajustado à posição do paciente, caso este esteja deitado na cama, sentado no cadeirão ou em pé (Hurting & Downey, 2009).

A minimização do ruído ambiental também assumiu um alto grau de importância (considerada “muito importante” por 77,1% dos terapeutas). Trata-se de uma estratégia relevante, pois permite controlar a atenção e a concentração do utente (muitas vezes afetada pela progressão da doença ou pela medicação). Para a aprendizagem de estratégias de comunicação é importante que o utente permaneça concentrado, devendo por isso ser evitado qualquer ruído distrator (e.g. som do telefone, som da televisão, interlocutores a falar ao mesmo tempo, entre outros) (Silva & Araújo, 2012; Small, Gutman, & Hillhouse, 2003).

No âmbito das Estratégias Não Verbais, o estabelecimento do contacto ocular foi a que se destacou em termos de importância (referida como “muito importante” por 94,8% dos terapeutas). Esta estratégia é essencial, como já referido, para promover a proximidade entre o PS e o paciente, que se sentirá valorizado (Querido, Salazar, & Neto, 2016; Nunes, 2010).

Além disto, é também uma forma de aferir necessidades do doente, do exercício de apoio psicológico e da avaliação da resposta aos cuidados prestados (e.g. o doente com depressão evitará o contacto ocular) (Nunes, 2010).

A funcionalidade da comunicação depende também do uso desta estratégia, embora seja essencial no desenvolvimento da compreensão empática, demonstra atenção e receptividade à comunicação do doente. Quando o doente sente que tem atenção, estará mais predisposto e motivado a comunicar de forma eficiente (Silva & Araújo, 2012; Nunes, 2010; Small, Gutman, & Hillhouse, 2003).

O ajuste ao ritmo do discurso foi outra estratégia que assumiu muita relevância para os terapeutas (considerada “muito importante” por 86,6% dos inquiridos). Esta componente da paralinguagem tem um efeito direto na captação da atenção e concentração do paciente. Na verdade, o terapeuta ao utilizar um discurso com um ritmo mais lento, transmitirá tranquilidade ao doente e, consequentemente este sentirá confiança no trabalho do TF. Acrescenta-se que, para aprendizagem de um sistema de CAA ou de uma estratégia específica nem sempre é fácil, exigindo muita disponibilidade por parte do TF para evitar que o paciente se sinta frustrado (Peixoto & Valente, 2012; Nunes, 2010).

Relativamente, às Estratégias Verbais, os terapeutas destacaram como “muito importante” o ajuste ao nível linguístico do utente (considerado por 93,8% dos inquiridos). O estabelecimento de uma comunicação eficiente só é possível se a linguagem utilizada entre o terapeuta e o paciente tiver o mesmo significado para ambos (Nunes, 2010). De acordo com Nunes (2010), o uso do vocabulário que o doente utiliza determina uma relação mais próxima, reduz a ansiedade e possibilita uma maior adesão

aos tratamentos. Concretamente, se o paciente e o TF estiverem linguisticamente (do ponto de vista conceptual) ao mesmo nível, será mais vantajoso para discutir/analisar a implementação das estratégias de comunicação ou sobre qualquer outro assunto que seja pertinente para o utente.

A utilização de frases curtas também destacou-se na percepção dos terapeutas (considerada “muito importante” para 85,6%). Investigações sobre estratégias de comunicação utilizadas com pessoas com demência comprovaram que existe uma correlação positiva entre a utilização de frases simples e curtas e a compreensão da informação (Small, Gutman, & Hillhouse, 2003). Em CP, a capacitação do utente para o uso de determinadas estratégias, e até mesmo a compreensão de questões relacionadas com a deglutição, envolve informação complexa, pelo que o TF ao adotar frases curtas no seu discurso, estará a promover uma compreensão mais efetiva sobre esses assuntos.

No âmbito das Estratégias Visuais, a que mais se destaca, significativamente em relação a todas a outras, é a utilização de imagens de interesse do próprio utente (82,5%). Qualquer contexto hospitalar apresenta-se como uma ameaça à “despersonalização” do paciente. O quarto é novo, cheio de apetrechos médicos ou outros objetos que o doente nem sempre se identifica. Contudo, os CP implicam a prestação de cuidados personalizados e por isso, o uso de imagens de interesse do utente poderá fomentar esse processo (Cardoso, 2012; Nunes, 2010; Twycross, 2003).

As imagens de interesse do utente poderão incluir experiências familiares, ou até mesmo fotografias da família e amigos. Desta forma, poderão constituir-se como uma forma alternativa ou de suporte à comunicação, mas também promover boas narrativas sobre o seu conteúdo (e.g. exploração do vocabulário, evocação de vivências análogas) (Beukelman & Mirenda, 2013; Simmons-Mackie, King, & Beukelman, 2013).

As formas de comunicação também se apresentam como estratégias facilitadoras da comunicação. Os inquiridos salientaram como “muito importante” a forma multimodal (84,5%) e a oral (82,5%). Vários estudos comprovam que a oralidade, quando acompanhada de imagens, de signos gestuais e de signos gráficos (comunicação multimodal) promove tanto a compreensão como a expressão (Hurting & Downey, 2009).

Mediante uma perturbação da comunicação, é importante que os PS acompanhe o seu discurso com imagens, gestos naturais e signos gráficos para facilitar a compreensão do que é dito, bem como a participação do paciente na resposta (Peixoto & Valente, 2012).

Relativamente às Estratégias Formais, destacaram-se como “muito importantes” a linguagem simplificada (86,6%) e a espera estruturada (79,4%). A necessidade da linguagem simplificada acaba por refletir um pouco a estratégia de ajuste linguístico. Os utentes em CP, além da perturbação da comunicação poderão ter a compreensão afetada, sendo necessário a utilização de uma linguagem mais simples quando é necessário transmitir algum conceito/situação mais complexo (von Tetzchner & Martinsen, 2000; Beukelman & Mirenda, 2013).

Na realidade dos CP as más notícias são parte integrante deste contexto. Não é fácil falar sobre a morte com pacientes que têm competências para comunicar, no entanto com aqueles que têm esta capacidade comprometida a transmissão das más notícias assume uma dimensão diferente. É preciso pensar como devem ser transmitidas estas informações aos pacientes e às suas famílias/cuidadores. (Almeida & Garcia, 2015) (Hurting & Downey, 2009). Em cenários desta natureza, a simplificação da linguagem é uma boa estratégia a utilizar, pois todos os interlocutores encontram-se ao mesmo nível (nível de conhecimento), permitindo que se aproximem, confiem e se apoiem mutuamente.

A outra estratégia destacada pelos respondentes como “muito importante” é a espera estruturada, essencial perante uma perturbação da comunicação. Se existe comprometimento da compreensão, ao transmitir uma determinada informação é necessário aguardar algum tempo para que o utente consiga, inicialmente, compreender o que foi dito e, idealmente, produzir uma resposta (independentemente da forma que utiliza para responder) (von Tetzchner & Martinsen, 2000).

Na verdade, quanto mais baixa for a reatividade do interlocutor mais competente (PS ou família/cuidadores), ou seja, quanto maior for o espaço (temporal) deixado ao doente para compreender a mensagem, mais facilitada ficará a expressão das suas necessidades. Os interlocutores com quem o paciente comunica devem ser cautelosos no uso desta estratégia, pois é preciso “aguardar” durante algum tempo, com o intuito de não interromper a corrente de pensamento do doente, que poderá encontrar-se a elaborar o seu discurso, mas necessita de mais tempo para o fazer (Nunes, 2010).

Por fim, relativamente ao grupo dos Produtos de Apoio, as estratégias consideradas “muito importantes” apresentam percentagens mais baixas comparativamente às que foram mencionadas anteriormente. A utilização de produtos de apoio nos CP pode ser, de certa forma, um pouco complicada e altamente desafiante. Os utentes, nem sempre têm muito tempo (pela progressão da própria doença) para aprender a utilizar determinados produtos de apoio, sobretudo os mais sofisticados, que exigem tempo para aprender a trabalhar com eles - tecnologia High Tech (Hurting & Downey, 2009).

Ainda que, estes produtos tenham muito potencial para a promoção da funcionalidade comunicativa, devem ser utilizados de acordo com as particularidades de cada pessoa, porque caso contrário, será uma barreira à comunicação (Light, Wilkinson, Thiessen, Beukelman & Fager, 2018).

Neste sentido, salienta-se que três terapeutas referiram que, acreditam que na próxima década a tecnologia será muito importante. Contudo, ainda não a sentem uma prioridade para os utentes, sobretudo os mais velhos. Sobre este tópico, outros mencionaram que são muito reticentes face ao uso da tecnologia, pois é preciso tempo para aprender a manusear com ela e, muitas vezes, os utentes não podem perder tempo.

Acrescenta-se ainda que, muitos destes produtos são perspetivados pelos utentes como artificiais, levando-os a preferir/optar por utilizar outros que sejam mais “naturais” e próximos da sua realidade, como o caso do uso de tabelas com imagens (considerada uma tecnologia - Low Tech), considerada “muito importante” por 62,9% dos terapeutas. Hurting e Doowney (2009) referem no seu

livro algumas estratégias de comunicação que facilitam a participação e o envolvimento do utente em situações sociais, destacando uso de tabelas, onde constam imagens do seu interesse ou relacionado com eventos do seu interesse (e.g. aniversário: imagem do presente e calendário com a data do aniversário).

Com efeito, as estratégias supracitadas refletem a percepção dos terapeutas da fala que têm ou não experiência com população adulta em situação paliativa.

A Percepção destes dois grupos sobre as estratégias mais importantes, de um modo geral, foi unânime. Contudo, verificou-se uma diferença na atribuição da importância ao sorriso. Particularmente, os TF's que não trabalham em CP, na sua globalidade, não consideram esta estratégia como "muito importante".

A literatura refere que toda a comunicação emocional está associada ao sorriso humano. Este assume um valor psicológico inquestionável (Mendes, 2008).

Contudo, numa realidade em que a "morte" está muito presente, como sorrir, de forma genuína, para alguém com uma sobrevida relativamente curta? Esta questão poderá estar na base das respostas dos TF's que não trabalham em paliativos. A falta de experiência nesta área, talvez faça com que não consigam, no imediato, perspetivar esta estratégia como muito importante para a comunicação.

As primeiras impressões funcionam como uma fotografia que se tira, dos pés à cabeça, do interlocutor. Na sua formação, o que mais se procura é o sorriso, pois funciona como uma fonte segura de recompensas pessoais e interpessoais e um importante mecanismo de vinculação (Mendes, 2008).

Os PS que se apresentam com um ar mais descontraído e com um sorriso no rosto contribuem para que o paciente lhes atribua características positivas e, deste modo, a interação entre os dois será mais eficaz (Mendes, 2008).

Os TF's que trabalham em CP, possivelmente, pela sua experiência na área, terão um conhecimento mais efetivo e real sobre o impacto do seu sorriso perante alguém mais vulnerável, razão pela qual atribuem maior importância a esta estratégia, comparativamente aos terapeutas que não trabalham neste contexto.

Por fim, importa ainda destacar que verificou-se uma maior variabilidade, em termos de importância nos grupos das Estratégias Visuais, Formas de Comunicação, Estratégias do Espaço Físico e Produtos de Apoio, ou seja, a valorização destas estratégias não foi homogénea. Efetivamente, considera-se que as Estratégias Verbais e não Verbais são mais impactantes, uma vez que são mais concretas e implicam um reduzido espaço de tempo entre a implementação das mesmas e o resultado obtido (Nunes, 2010).

5.3 Relação entre Grupos de Patologias e Estratégias

Os investigadores Hurting e Doowney (2009), por meio de uma revisão da literatura, elaboraram uma lista com patologias que comprometem, frequentemente, a comunicação. Desta lista fazem parte as doenças neurodegenerativas (Yorkston & Beukelman, 2007), sendo estas na maioria, aquelas que os TF's indicaram que afetam mais a comunicação (51,5%), seguindo-se o cancro da cabeça e pescoço (34%) (Sullivan, Gaebler & Ball, 2007) e por último, as doenças respiratórias (21,6%) (Happ, 2001).

Verificou-se que os terapeutas que trabalham com doenças neurodegenerativas consideram que as Estratégias Verbais têm mais relevância para este tipo de patologia. De acordo com uma revisão sistemática da literatura, o uso de Estratégias Verbais e Não Verbais comprovou ter efeitos muito positivos, ao nível da funcionalidade comunicativa em pessoas com doenças neurodegenerativas (Vasse, Vrnooij, Spijker, Rikert, & Koopmans, 2009).

Em contrapartida, os TF's que não intervieram no cancro da cabeça e pescoço, consideram, tendencialmente, importantes as Estratégias do Espaço Físico e as Estratégias Visuais. Acrescenta-se ainda, que nas doenças respiratórias as Estratégias Formais foram indicadas com maior relevância pelos TF's que não trabalham com esta patologia. Pode-se colocar a hipótese que este facto acontece, porque estas estratégias são as que funcionam com as patologias com que trabalham diariamente, ou seja infere-se que, possivelmente, não existirá um conhecimento efetivo de estratégias alternativas.

5.4 Relação entre Estratégias e a Avaliação das Competências para a Implementação das Estratégias

Tal como mencionado no enquadramento teórico, para a implementação de estratégias é necessária uma avaliação rigorosa, de forma a determinar as competências cognitivas e motoras do utente para o uso destas (Peixoto & Valente, 2012; Leal & Martins, 2005). Os inquiridos indicaram que na avaliação utilizam as informações da equipa (considerada por 50% dos TF's) e da família (considerada por 50% dos TF's), o diagnóstico (assumido por 38,8% dos TF's) a sobreinterpretação de comportamentos (considerada por 38,8% dos TF's) e a utilização de baterias de avaliação (indicada por 43,9% dos TF's). Além disto, alguns participantes também referiram que utilizam a avaliação informal como método.

As informações obtidas por meio da família e da equipa são os métodos de avaliação mais utilizados pelos TF's (ambos considerados 50% pelos terapeutas). Na implementação de estratégias de comunicação, as necessidades da família/cuidadores devem ser consideradas, assim como as informações da equipa, uma vez que são pessoas próximas (no caso da família/cuidadores) ou com uma relação profissional de proximidade com o paciente (no caso da equipa), fornecendo dados relevantes e detalhados sobre o mesmo, resultando em estratégias mais ajustadas às suas competências (motoras e cognitivas e linguísticas) (von Tetzchner & Martinsen, 2000).

Os TF's que não utilizam o diagnóstico como avaliação, consideram, tendencialmente, o espaço físico como a estratégia mais relevante, uma vez que o espaço físico oferece mais informações momentâneas e imediatas, cujas são fundamentais para o levantamento das necessidades do paciente, bem como a técnica mais adequada a ser implementada (Nunes, 2010).

Aqueles que não utilizaram a sobreinterpretação, tendencialmente deram maior relevância às estratégias visuais. Inicialmente, parece uma informação um pouco incongruente, uma vez que ambas dependem da visão. No entanto, a sobreinterpretação consiste numa interpretação momentânea e subjetiva de comportamentos. Mediante a mesma situação, nem todas as pessoas a interpretam/analisa da mesma forma (Nunes, 2010; von Tetzchner & Martinsen, 2000).

Mas por outro lado, as estratégias visuais, por serem mais concretas, possibilitam que sejam analisadas/utilizadas mais do que em um momento, permitindo refletir e inclusive, reformular o que foi refletido.

5.5 Relação entre Estratégias e Formas de Seleção das Estratégias

Para que exista funcionalidade comunicativa é imprescindível que o meio seja facilitador perante alguém que perdeu a competência para comunicar (Ramos, 2013). Neste sentido, importa que a família/cuidadores e a equipa utilizem as mesmas estratégias que o utente utiliza para comunicar.

A maioria dos TF's mencionaram que selecionam as estratégias em conjunto com a equipa (50%), a seleção com o utente apresenta uma percentagem muito similar (49%) e a seleção com a família assumiu uma percentagem mais reduzida (46,9%). A prestação de CP deve ser feita por meio de uma equipa multidisciplinar, valorizando-se a comunicação entre todos os profissionais. É prática comum os especialistas procurarem apoio junto de outros técnicos, que já trataram ou que ainda tratam o paciente, com o intuito de discutir a atuação clínica mais adequada, justificando o facto dos TF's selecionarem as estratégias com os elementos da equipa (Consolim, 2012).

Além disto, concluiu-se que, tendencialmente, os terapeutas que não selecionam as estratégias com o utente atribuem maior importância às Estratégias do Espaço Físico e às Formais. Relativamente ao espaço, para Nunes (2010), além de contribuir para a construção da relação entre o PS e o paciente é um meio facilitador para que o doente possa revelar-se tal como é, expressando todas as suas necessidades. Esta premissa poderá justificar a relação dos TF's que não selecionam as estratégias com o utente com a maior atribuição de importância às Estratégias do Espaço Físico.

Quanto às estratégias formais, estas não dependem da aceitação ou não/aceitação do paciente. Na realidade, depende muito mais da perícia do terapeuta, ou seja, da sua adaptação aos métodos de ensino dirigido aos pacientes (von Tetzchner & Martinsen, 2000).

5.6 Relação entre Estratégias Partilhadas com o Utente-Família/Cuidadores e Utente-Equipa e o Terapeuta da Fala – Elemento Facilitador na Comunicação

Apesar de não se ter verificado uma relação estatisticamente significativa entre as estratégias partilhadas: 1) com o utente e sua família/cuidadores; 2) com o utente e a equipa, com a variável terapeuta da fala, elemento facilitador na comunicação, importa salientar que na globalidade (90,9%), os terapeutas que promoveram a comunicação por meio da partilha de estratégias com o utente e com a família/cuidadores, assim como os terapeutas que promoveram a comunicação através da partilha de estratégias com a equipa (90,5%) foram facilitadores no processo comunicativo.

Na verdade, a promoção da funcionalidade comunicativa depende, primeiramente, da facilitação do meio, isto é, depende da adaptação técnica do terapeuta às especificidades do paciente. Se estas condições forem garantidas, poderemos assumir que haverá uma promoção da funcionalidade comunicativa (Ramos, 2013).

Com efeito, estes dados comprovam e suportam o que a literatura expõe relativamente à prática do terapeuta da fala no âmbito das perturbações da comunicação: facilitar e promover ao máximo a possibilidade de uma comunicação funcional (Pollens, 2004).

5.7 Relação entre Dificuldades de Intervenção e o Terapeuta da Fala – Elemento Facilitador na Comunicação

No estudo da relação entre dificuldades de intervenção com a variável terapeuta da fala, elemento facilitador na comunicação, ainda que não se tenha verificado uma associação estatisticamente significativa, importa realçar que 68,2% dos inquiridos consideram que foram facilitadores na comunicação e que também sentiram dificuldades em intervir com população em situação paliativa.

Neste sentido, estes resultados levantam a seguinte questão: embora o TF seja um especialista em comunicação, de acordo com Beek e os seus colaboradores (2015), será suficiente a sua formação de base nesta área (trabalhar no âmbito das perturbações da comunicação com população em final de vida)?

A forma como os TF's respondem e solucionam questões relacionadas com utentes em fase terminal é influenciada por fatores pessoais e pelo seu modo particular de perspetivar o processo de morte. Os terapeutas devem considerar que a morte envolve alterações constantes de processos cognitivos, emocionais e físicos (no paciente), e que possivelmente condicionará a sua prática profissional. Na verdade, muitos poderão possuir conhecimentos técnicos para lidar com estas questões e serem por isso, efetivamente facilitadores, no entanto perante alguém, cuja sobrevivência é limitada, a atitude pode mudar, surgindo dificuldades, tanto pessoais (e.g. inseguranças, medos e frustrações) como técnicas (e.g. dificuldades em aplicar determinadas metodologias) (Tonner & Shadden, 2012).

5.8 Relação entre Dificuldades de Intervenção e a Existência de *Guidelines*

No que concerne ao estudo da associação entre a variável dificuldades de intervenção, com a variável pertinência da existência de *Guidelines*, verificou-se que todos os terapeutas da fala, independentemente, de sentirem ou não, dificuldades de atuação, consideram pertinente a existência de material orientador para a sua prática de comunicação no contexto dos CP.

Mais uma vez, estes resultados corroboram o que já foi exposto anteriormente, concretamente, de que existem mais investigações sobre o papel do terapeuta da fala em CP, relacionadas com a função da deglutição, sendo mais limitada a existência de literatura sobre o suporte à comunicação, perante uma perturbação deste nível (Costello, 2009).

5.9 Autoanálise do Conhecimento

Quanto à autoanálise dos terapeutas da fala, relativamente a diferentes domínios de conhecimento, apesar das suas opiniões serem, globalmente, uniformes, verificou-se alguma variabilidade nos seguintes domínios: conhecimento sobre a implementação de estratégias facilitadoras da comunicação; conhecimento para capacitar os familiares com estratégias que lhes permitam comunicar com o utente.

Deste modo, porque é que os TF's se sentem mais competentes no conhecimento de estratégias facilitadoras da comunicação e menos no conhecimento sobre a implementação das mesmas?

Não existe uma fórmula universal para a implementação das estratégias, irá sempre depender de cada caso. Perante uma mesma patologia, nem todas as estratégias funcionarão por igual, uma vez que dependem de inúmeros fatores, muitos deles não controláveis pelo terapeuta (e.g. o paciente poderá recusar a estratégia proposta; os familiares também poderão recusar; falta de material técnico específico; labilidade emocional do utente) (Nunes, 2010). Logo, o processo de implementação apresenta-se como algo, altamente desafiante, por outras palavras, adquirir conhecimento sobre a existência de estratégias depende só do terapeuta da fala (predisposição para ler e procurar bibliografia sobre o tema), mas por sua vez, os conhecimentos sobre a implementação relacionam-se com fatores que, muitas vezes, são difíceis de controlar por parte do TF.

O estudo Beckley, Best e Beeke (2016), sobre o treino de estratégias com pessoas com afasia, comprovou que, mediante o mesmo problema, não existiu unanimidade na aplicação das estratégias por parte dos TF's e as que foram inicialmente pensadas, no momento da implementação não resultaram.

Ainda, porque é que os terapeutas se consideram melhores a capacitar os profissionais da equipa, comparativamente aos familiares do utente?

Embora a equipa necessite de capacitação para a implementação das estratégias (de forma a promover a funcionalidade comunicativa do utente), será mais fácil abordar esta questão com os

profissionais que fazem parte desta, quer pela proximidade de trabalho, quer pelo próprio conhecimento que têm acerca do paciente.

Em contrapartida, capacitar os familiares será um processo mais difícil, uma vez que também se encontram fragilizados pela convivência com o seu familiar que está em final de vida, demonstrando-se menos predispostos para a aprendizagem de algo que sabem que não vai “curar”.

Beckley, Best e Beeke (2016) referem que a investigação de Simmons-Mackie e de seus colaboradores (2010), direcionada para o treino de competências comunicativas em familiares de pessoas com perturbações da comunicação, demonstrou que os familiares assumiram um papel mais passivo e alguma relutância em participar no processo.

Alguns TF's que participaram no estudo referido, mencionaram que o ensino explícito das estratégias provocou alguma sobrecarga nos familiares, uma vez que se perspectivavam muito mais no papel de cuidadores, do que propriamente elementos facilitadores no processo comunicativo (Beckley, Best, & Beeke, 2016).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer desta investigação surgiram limitações, cujas considera-se que poderão, de certa forma constituir um entrave à obtenção de dados mais sólidos e significativos, designadamente relacionados com a amostra. Com efeito, numa realidade bastante alargada, apenas 97 terapeutas responderam ao questionário. Se a amostra fosse maior, nos resultados em que se verificaram relações entre variáveis com alguma tendência, estes poderiam constituir uma significância estatística mais relevante.

Por um lado, o facto de o questionário ter sido realizado num breve período de tempo (14 de março a 14 de abril de 2019), coincidindo simultaneamente com interrupções, nomeadamente escolares e feriados condicionou o número de respostas ao mesmo. Por outro, atenta-se que um questionário presencial poderá ter uma aceitação mais relevante, contrariamente aos questionários em que a colaboração é online, pois dependem da predisposição da pessoa para o preenchimento do mesmo.

No seguimento da ideia anteriormente exposta, constataram-se muitos *missings*, isto é, nem todos os terapeutas responderam às questões proposta, sobretudo na segunda secção, resultando num número de respostas reduzido, comprometendo a eficácia dos resultados.

Inferiu-se ao longo da realização deste documento que existem limitações no que concerne à bibliografia referente às estratégias utilizadas nos CP. No levantamento da identificação de estratégias de comunicação constatou-se que há uma informação dispersa, havendo poucas referências práticas e estruturadas.

A maioria das estratégias encontradas destinam-se às doenças neurodegenerativas e a situações de afasia crónica, havendo pouca informação relativamente a outras patologias, designadamente, cancro cabeça e pescoço e doenças respiratórias, entre outras.

Para este estudo foram identificadas as estratégias “muito importantes” no entanto verificaram-se outros valores abaixo do referido que não podem ser descurados, uma vez que assumiram também uma percentagem expressiva. Assim, sugere-se que futuramente em estudos desta natureza sejam aferidas as causas que têm por base as respostas dos inquiridos (apurar as razões para a avaliação das estratégias “não importante” e “muito importante”).

Reconhece-se que as estratégias apresentadas são incompletas, devido à existência de informação dispersa, mas também, à medida que foi realizada a fundamentação para os resultados dos dados apurados, verificou-se que existem outras que não foram contempladas no estudo e que poderiam ser equacionadas num estudo mais abrangente.

Um dos objetivos deste estudo era perceber se o terapeuta da fala promove e facilita a comunicação através das estratégias partilhadas com o utente, a família/cuidadores e equipa. Assim, conclui-se que estes profissionais foram eficientes neste processo, contudo seria importante conhecer de que forma esta foi alcançada, ou seja foram utilizadas as estratégias referidas, ou outras?

Esta investigação contempla apenas a percepção dos terapeutas da fala, no entanto seria muito pertinente perceber a percepção dos outros intervenientes, nomeadamente utentes, familiares/cuidadores e equipa.

A sociedade atual, sobretudo ocidental está envelhecida, dando origem a outro tipo de necessidades, assim é de extrema importância dar ênfase a patologias que estão associadas a esta realidade social (e.g. demências) (Silva & Serrão , 2009).

Desta forma, torna-se premente a renovação de metodologias, técnicas de intervenção e um maior investimento na área da formação.

De um modo geral, a área técnico-científica da Terapia da Fala ainda não está orientada para as questões sociais e psicológicas associadas ao final de vida do ser humano (Tonner & Shadden, 2012). Assim, sugere-se a ponderação da criação de unidades curriculares específicas ou projetos práticos sobre esta temática que capacitem todos os profissionais presentes neste processo.

Neste sentido, destaca-se a existência de um programa desenvolvido pela Universidade de Washington, onde colaboram médicos e terapeutas da fala, com o objetivo de preparar/treinar os futuros médicos para desenvolverem competências comunicativas no âmbito das perturbações da comunicação (Yorkston, Baylor, & Burns, 2016).

Considera-se que a presente investigação cumpriu os objetivos definidos, ainda que o tamanho da amostra não tenha sido o esperado. Contudo, apesar das limitações relativas ao tamanho da mesma, salienta-se a importância desta no âmbito das práticas dos TF's que trabalham junto de população adulta em situação paliativa.

Os dados sobre este assunto demonstraram ser um instrumento importante, sobretudo para sensibilizar os terapeutas da fala e todos os profissionais de saúde da necessidade de inclusão do TF no âmbito dos CP, no sentido de haver equipas multidisciplinares mais completas, eficazes e eficientes no âmbito da comunicação com a população em final de vida.

Acresce-se que, o TF, através da sua atuação especializada em comunicação, poderá ter um papel preponderante para a promoção da qualidade de vida dos pacientes em CP. A eficácia dos cuidados de saúde, não dependem exclusivamente de terapêuticas farmacológicas, mas também da comunicação (Cardoso, 2012).

Com efeito, esta investigação permitiu também concluir que existem poucos materiais estruturados a suportar a prática dos terapeutas da fala no âmbito das perturbações da comunicação, em Cuidados Paliativos, sendo importante criar *Guidelines* que orientem a prática destes profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (2019). *Gestão de profissionais*. Retirado de <http://tdt-rhs.minsaude.pt/pages/entradaacss.aspx?ReturnUrl=%2fAPP%2fUserProcess%2fDEFAULT.ASPX>
- American Speech-Language-Hearing Association (2019). *End-of-Life Issues in Speech-Language Pathology*. Retirado de <https://www.asha.org/slp/clinical/endoflife/>
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2016). *Equipas de Cuidados Paliativos*. Retirado de https://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/equipas-de-cuidados-paliativos.html?close_cookie_policy
- Afonso, C. (2008). *Reflexões sobre a Surdez - A problemática Específica da Surdez*. Edições Gailivro.
- Aguirre-Bravo, N. A., & Sampallo-Pedroza, R. (2015). Fonoaudiología en los cuidados paliativos. *Revista Facultad de Medicina*, 289-300.
- Almeida, K. S., & Garcia, D. M. (2015). O Uso de Estratégias de Comunicação em Cuidados Paliativos no Brasil: Revisão Integrativa. *Cogitare Enfermagem*, 735-732.
- Alvarenga, M. (2008). *A comunicação na transferência do doente em cuidados curativos para paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Araújo, M. M., & Silva, M. J. (2007). A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 668-674.
- Armstrong, E., Ferguson, A., & Simmons-Mackie, N. (2013). Discourse and functional approaches to aphasia. Em P. Coppens, & C. Potagas, *Neurogenic Communication Disorders* (pp. 217-233). Jones and Bartlett Learning.
- Azevedo, L. (2005). Tecnologias de Apoio à Comunicação Aumentativa. *Revista Diversidades*, 4-9.
- Barriguinha, C. F., Mourão, M. d., & Martins, J. (2017). Communication and swallowing difficulties in palliative patients: patients, families and/or caregivers perspective. *Audiology Communication Research*, 1-6.
- Batista, J. (2011). *O perfil do Terapeuta da Fala em Portugal - Dissertação*. Universidade de Aveiro.
- Beckley, F., Best, W., & Beeke, S. (2016). Delivering communication strategy training for people with aphasia: what is current clinical practice? *International Journal of Language & Communication Disorders*, 1-17.

- Beek, S., Beckley, F., Johnson, F., Heilemann, C., Edwards, S., Maxim, J., & Best, W. (2015). Conversation focused aphasia therapy: investigating the adoption of strategies by people with agrammatism. *Aphasiology*, 355-377.
- Beukelman, D. R., & Mirenda, P. (2013). *Augmentative & Alternative Communication*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Bezerra, A. L., Watanabe Dal Ben, L., Camargo, M. V., & Pinheiro, V. d. (1998). Gestos e Posturas do Enfermeiro durante a Orientação a Familiares de Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 134-139.
- Borges, M. M., & Junior, R. S. (2014). A Comunicação na Transição para os Cuidados Paliativos: Artigo de Revisão. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 275-282.
- Borod, M. (2009). SMILES—Toward a Better Laughter Life: A Model for Introducing Humor in the Palliative Care Setting. *Journal of Cancer Education*, 30-34.
- British Medical Association, & Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. (1995). *British National Formulary*. London.
- Buckman, R. (2011). Communication skills. Em L. Emanuel, & S. Librach, *Palliative care - core and skills and clinical competencies* (pp. 30-55). Missouri: Elsevier inc.
- Cardoso, R. M. (2012). *Competências Clínicas de Comunicação*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Carqueja, E. (2018). Comunicação. Em R. Nunes, F. Rego, & G. Rego, *Enciclopédia Luso-Brasileira de Cuidados Paliativos* (pp. 73-81). Almedina.
- Castro-Caldas, A. (1979). *Diagnóstico e evolução das afasias de causa vascular*. Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Cavalcante, L. M., Leite, Á. M., Neves, F. A., Cunha, K. L., Simão, D., Rodrigues Filho, F., & Maia Filho, J. A. (2014). Comunicação Não Verbal: Gestos que Fazem a Diferença na Relação Médico-Paciente. *Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde*. São Paulo.
- Chahda, L., Mathisen, B. A., & Carey, L. B. (2016). The role of speech-language pathologists in adult palliative care. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 1-11.
- Cheville, A. (2001). Cancer Supplement. *Rehabilitation of patients with advanced cancer*, pp. 1039-1048.
- Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A., & Conway, A. M. (2001). Happiness Unpacked: Positive Emotions Increase Life Satisfaction by Building Resiliense. *American Psychological Association*, 361-368.

- Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'UE: Standing Liaison Committee of E.U. Speech and Language Therapists and Logopedists (1994). *Professional Practice*. Retirado de <https://cplol.eu/>
- Consolim, L. O. (2012). O Papel do Médico na Equipe. Em R. T. Carvalho, & H. A. Parsons, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 335-336). ANCP.
- Costello, J. (2009). Last Words, Last Connections: How Augmentative Communication Can Support Children Facing End of Life. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 8-11.
- Coutinho, P. C. (2011). *Metodologias de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- Darzi, A., & Department of Health. (2008). *End of life care strategy: promoting high quality care for adults at end of their life*.
- Decreto-Lei nº 24/2014 de 21 de março. Diário da República nº 57 – I Série. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Del Río, M., & Palma, A. (2007). *Cuidados Paliativos: Historia Y Desarrollo*, 32(1), pp. 17-22.
- Ekman, P., & Davidson, R. J. (1994). *The Nature of Emotion - Fundamental Questions*. New York: Oxford University Press.
- Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad and difficult news in medicine. *The Lancet*, 312-319.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor.
- Flynn, J., & Mills, S. (1962). *Architectural lighting graphics*. New York: Reinhold.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Freitas-Magalhães, A. (2007). *A Psicologia das Emoções: O Fascínio do Rosto Humano*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Freitas-Magalhães, A. (2007). *A Psicologia das Emoções: O Fascínio do Rosto Humano*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Freitas-Magalhães, A. (2007). Expressão Facial: O Efeito do Sorriso na percepção Psicológica da Afectividade. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 276-284.
- Ha, J. F., & Longnecker, N. (2010). Doctor-Patient Communication: A Review. *The Ochsner*, 38-43.

- Hawksley, R., Ludlow, F., Buttner, H., & Bloch, S. (2017). Communication disorders in palliative care: investigating the views, attitudes and beliefs of speech language therapists. *International Journal of Palliative Nursing*, 543-551.
- Hurting, R., & Downey, D. (2009). *Augmentative and Alternative Communication in Acute and Care Settings*. San Diego: Plural Publishing Inc.
- Jackson, P., Robbins, M., & Frankel, S. (1996). Communication Impediments in a Group of Hospice Patients. *Palliative Medicine*, 79-80.
- Kagan, A. (1998). Supported conversation for adults with aphasia: methods and resources for training conversation partners. *Aphasiology*, 816-830.
- Kelly, K., Cumming, S., Corry, A., Gilsenan, K., Tamone, C., & Vella, K. (2016). *The role of speech-language pathologists in palliative care: Where are we now? A review of literature. Progress in Palliative Care*, pp. 315-324.
- King, A., & Hope, R. B. (2013). "Best Practice" for Patient-Centered. *Journal of Graduate Medical Education*, 385-393.
- Leal, G., & Martins, I. P. (2005). Avaliação da Afasia pelo Médico de Família. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 359-364.
- Lourenço, L. (2012). Comunicação em enfermagem: que trajetos? Que caminho? *Nursing: revista de formação contínua em enfermagem*, 22-27.
- Mac Donald, A., & Armstrong, L. (2004). The contribution of speech and language therapy to palliative medicine. Em D. e. Doyle, *Oxford textbook palliative medicine* (pp. 1057-1063). Oxford: Oxford University Press.
- Marques, A.L., Gonçalves, E., Salazar, H., Neto, I.G., Capelas, M.L., Tavares, M., & Sapeta, P. (2009). O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. *Patient Care*, 32-38.
- Mast, S. M., Kindlimann, A., & Langewitz, W. (2005). Recipients' perspective on breaking bad news: how you put it really makes a difference. *Patient Education Counseling*, 244-251.
- Mendes, M. (2008) *Efeito do sorriso na atribuição de competências aos Profissionais de Saúde*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Mouritz, R. D. (2007). Como melhorar a Comunicação e prevenir conflitos nas situações de terminalidade na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 485-490.

- Neto, I. G. (2016). Cuidados Paliativos: Princípios e Conceitos Fundamentais. Em A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Nunes, J. M. (2010). *Comunicar em Contexto Clínico*. Lisboa.
- Peixoto, A., & Valente, P. (2012). Doente Impossibilitado de Fala. Em R. M. Cardoso, *Competências Clínicas de Comunicação* (pp. 258-273). Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Pinto, A. C. (2009). Papel do fonoaudiólogo na equipe. Em A. N. Paliativos, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 234-236). Rio de Janeiro: Digraphic.
- Pollens, R. (2004). Role of the Speech-Language Pathologist in Palliative Hospice Care. *Journal of Palliative Medicine*, 694-701.
- Pollens, R. D. (2012). Topics in Language Disorders . *Integrating Speech-Language Pathology Services in Palliative End-of-Life Care*, pp. 137-148.
- Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. G. (2016). Comunicação. Em A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 815-831). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Ramos, C. (2013). *A Participação da Pessoa com Afasia: Uma Abordagem Multidimensional*. Porto.
- Salt, N., & Robertson, S. J. (1998). A Hidden Client Group? Communication Impairment in Hospice Patients. *International journal language communication disorders*, 96-101.
- Santos, C. K., Andrade, C. G., Costa, I. C., Lopes, M. E., Silva, C. G., & Santos, K. O. (2014). Comunicação em Cuidados Paliativos: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 63-72.
- SECPAL. (1993). *Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos*. Ministério de Sanidad y Consumo.
- Silva, M. J., & Araújo, M. M. (2012). Comunicação em Cuidados Paliativos. Em R. Carvalho, & H. Parsons, *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (pp. 75-84). Porto Alegre.
- Silva, M., & Araújo, M. (2009). Comunicação em Cuidados Paliativos. Em *Manual de Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro: Diagraphic.
- Silva, S., & Serrão, C. (2009). Terceira Idade, Educação e Qualidade de Vida. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 26-31.

- Simmons-Mackie, N., King, J., & Beukelman, D. (2013). *Supporting Communication for Adults with Acute and Chronic Aphasia*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Slort, W., Schweitzer, B. P., Blankenstein, A. H., Abarshi, E. A., Riphagen, I., Echteld, M. A. & Deliens, L. (2011). Perceived barriers and facilitators for general practitioner-patient communication in palliative care: A systematic review. *Palliative Medicine*, 613-629.
- Small, J., Gutman, G., & Hillhouse, S. M. (2003). Effectiveness of Communication Strategies Used by Caregivers of Persons With Alzheimer's Disease During Activities of Daily Living. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 353–367.
- Soares, S. (2016). *A Comunicação com o Doente em Cuidados Paliativos*.
- Stefanelli, M., & Carvalho, E. (2004). *A comunicação nos diferentes contextos de enfermagem*. São Paulo: Manole.
- Taquemori, L. Y. (2008). Multidisciplinaridade e Interdisciplinaridade - Fonoaudiologia. Em R. A. Oliveira, *Cuidado Paliativo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.
- Tonner, M., & Shadden, B. B. (2012). Topics in Language Disorders. *Foreword End-of-life Care for Adults: What Speech-Language Pathologists Should Know*, pp. 107-110.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi editores.
- Vasse, E., Vrnooij, M., Spijker, A., Rikert, M. O., & Koopmans, R. (2009). A systematic review of communication strategies for people with dementia in residential and nursing homes. *International Psychogeriatrics*, 189-200.
- von Tetzchner, S. & Martinsen, H. (2000). *Introduction to Augmentative and Alternative Communication*. London: Whurr Publishers.
- Watson, M., Lucas, C., Hoy, A., & Back, I. (2005). *Oxford Handbook of Palliative Care*. Oxford University Press.
- Wilkinson, R., Lock, S., Bryan, K., & Sage, K. (2011). Interaction-focused intervention for acquired language disorders: facilitating mutual adaptation in couples where one partner has aphasia. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 74-87.
- World Health Organization (2012). *WHO Definition of Palliative Care*. Retirado de <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- World Health Organization Quality of Life Assessment (1998). Development and General Psychometric Properties. *Social Science and Medicine*, 1569-1585.

Yorkston, K., & Karlan, G. (1986). Assessment procedures. Em S. Blackstone, *Augmentative Communication: An Introduction* (pp. 163-196). Rockville: American Speech-Language-Hearing Association.

Yorkston, K., Baylor, C., & Burns, M. (2016). Simulating Patient Communication Strategies. *The ASHA Leader*, 46-51.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Questionário Desenvolvido para Recolha de Dados

TÍTULO DO ESTUDO: CUIDADOS PALIATIVOS: O PAPEL DO TERAPEUTA DA FALA NA FUNCIONALIDADE COMUNICATIVA DE UTENTES ADULTOS

QUESTIONÁRIO: ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO UTILIZADAS PELO TERAPEUTA DA FALA COM ADULTOS

O presente questionário decorre de um projeto de investigação inserido no Mestrado em Cuidados Paliativos, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Tem como objetivo identificar as estratégias de comunicação utilizadas com utentes adultos em Cuidados Paliativos, mediante o seu grau de importância, a partir da análise das perceções dos Terapeutas da Fala.

O questionário encontra-se dividido em três secções. A primeira e segunda secções destinam-se a todos os terapeutas da fala, com a exceção da terceira secção. Esta última secção é destinada só a terapeutas da fala que trabalham, ou, trabalharam com adultos em Unidades de Cuidados Paliativos e outras unidades com população adulta em situação paliativa.

Os dados recolhidos serão utilizados unicamente para fins de investigação, não havendo qualquer retorno financeiro.

Foram tidos em consideração todos os procedimentos éticos neste tipo de estudos, assegurando-se a confidencialidade e a privacidade dos dados, através do anonimato da recolha.

O tempo de preenchimento é cerca de 10 minutos.

Por favor, assinale com um X se compreendeu os objetivos e se aceita participar no mesmo.

Depois de ler o texto introdutório, considero-me informado(a) e aceito participar neste estudo respondendo a este questionário ☐

Concordo que estes dados sejam utilizados para fins de investigação ☐

Secção A

Leia atentamente as informações que se seguem e assinale com um X as suas respostas

1. Informações Sociodemográficas

1.1 **Sexo:** ☐ Feminino ☐ Masculino

1.2 **Idade:** _____ anos

1.3 **Quantos anos tem de serviço:**

- ☐ Até 5 anos
- ☐ De 6 a 10 anos
- ☐ De 11 a 15 anos
- ☐ De 16 a 20 anos
- ☐ De 21-30 anos
- ☐ >30 anos

1.4. Local de trabalho (Pode assinalar mais do que uma opção):

Instituição Hospitalar ☐ Cuidados de Saúde Primários ☐ Cuidados de Saúde Continuados ☐

Instituições Sociais ☐ Escolas Básicas e Unidades de Referência ☐ Creches e Jardins de Infância

☐ Centros de Reabilitação ☐ Lares ☐ Domicílio ☐

1.5. Quais os grupos etários que acompanha (pode assinalar mais do que uma opção):

Crianças ☐ Jovens ☐ Adultos ☐

1.6. ¹Trabalha com população adulta em situação paliativa:

Sim ☐ Não ☐

Secção B

2. Estratégias Facilitadoras da Comunicação para Utentes Adultos em Cuidados Paliativos

Leia atentamente as informações que se seguem e assinale com um X a sua perceção sobre a relevância para cada uma das estratégias, de acordo com a escala apresentada:

2.1. Qual a sua perceção sobre a relevância das estratégias facilitadoras da comunicação do espaço físico?

Estratégias	Não importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
Minimizar o ruído ambiental				
Ajustar a posição do utente				
Selecionar o melhor espaço físico				
Fazer adaptações ao espaço				

¹ Doentes que necessitam de Cuidados Paliativos: os doentes de SIDA em estadio avançado, os doentes com as chamadas insuficiências de órgão avançadas (cardíaca, respiratória, hepática, respiratória, renal), os doentes com doenças neurológicas degenerativas e graves, os doentes com demências em estadio muito avançado e os doentes de cancro avançado (APCP).

Ajustar as condições de luminosidade				
--------------------------------------	--	--	--	--

2.1.1. Por favor, indique outras estratégias que considera serem importantes:_____

2.2. Qual a sua percepção sobre a relevância das estratégias não verbais facilitadoras da comunicação?

Estratégias	Não importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
Utilizar o sorriso				
Estabelecer contacto visual				
Usar o toque afetivo				
Manter proximidade física				
Ajustar a postura				
Evitar movimentações bruscas com o corpo				
Utilizar diferentes inflexões no tom de voz				
Ajustar o ritmo do discurso				
Ajustar a intensidade vocal				
Utilizar segregados vocais (ex: "hummm", "ah ah...")				
Usar qualificadores vocais (ex:riso)				
Usar o silêncio				
Utilizar gestos universais para acompanhar o discurso.				

2.2.1. Por favor, indique outras estratégias que considera serem importantes:_____

2.3. Qual a sua percepção sobre a relevância das estratégias verbais facilitadoras da comunicação?

Estratégias	Não importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
Ajuste ao nível linguístico do utente				
Reformular a informação				
Repetir a informação				
Resumir a informação				
Usar frases curtas para transmitir a informação				
Abordar um tópico de cada vez				
Avisar sobre a mudança de tópico				
Falar pausadamente				
Fazer questões orientadoras (ex: "O que aconteceu?"; "Como se sente sobre isso?")				
Usar a escrita				
Escrever palavras chave				
Escrever opções de resposta				
Escrever tópicos da conversa				
Escrever tópicos de forma distinta (folhas/ quadros diferentes)				
Utilizar uma lista de frases ou palavras frequentemente usadas pelo utente				
Cartões de resposta sim/não				

Usar gestos da Língua Gestual Portuguesa				
--	--	--	--	--

2.3.1. Por favor, indique outras estratégias que considera serem importantes:

2.4. Qual a sua perceção sobre a relevância das estratégias visuais facilitadoras da comunicação?

Estratégias	Não importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
Usar álbum de fotografias da família				
Utilizar imagens de interesse do próprio utente				
Utilizar imagens				
Usar objetos de interesse do utente				
Utilizar objetos pessoais do utente				

2.4.1. Por favor, indique outras estratégias que considera serem importantes:

2.5. Qual a sua perceção sobre a relevância das formas facilitadoras da comunicação?

Formas de comunicação	Não importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
Oral				
Gestual				
Escrita				
Símbolos				
Multimodal				

2.5.1. Por favor, indique outras estratégias que considera serem importantes:

2.6. Qual a sua perceção sobre a relevância das estratégias formais facilitadoras da comunicação?

Estratégias	Não importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
-------------	----------------	------------------	------------	------------------

Uso simultâneo de signos e fala				
Espera Estruturada				
Sobreinterpretação				
Dupla escolha				
Simplificação				
Linguagem simplificada				
Modelagem				
Antecipação				

2.6.1. Por favor, indique outras estratégias que considera serem importantes:

2.7. Qual a sua percepção sobre a relevância dos produtos de apoio facilitadores da comunicação?

Produtos de Apoio	Não importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
Tabela com signos gráficos				
Tabela com imagens				
Livros com signos gráficos				
Livros com imagens				
Agenda diária				
Álbum de imagens com voz				
Computadores de bolso				
Softwares e aplicações digitais				
Telemóveis				
Digitalizadores de fala				
Teclados				
Laringe eletrônica				
Próteses				

2.7.1. Por favor, indique outras ajudas que considera serem importantes:

Secção C

3. Questionário dirigido a Terapeutas da Fala que trabalham/trabalharam em Unidades de Cuidados Paliativos e a Terapeutas da Fala que trabalham/trabalharam em outras unidades com população em situação paliativa

Leia atentamente as questões que se seguem e assinale com um X as suas respostas.

Caso responda N/A (não aplicável) para as questões 3.1 e 3.2 o questionário termina aqui. Agradecemos a sua colaboração.

3.1. Quantos anos tem de serviço em Unidades de Cuidados Paliativos:

- ☐ N/A
- ☐ Até 5 anos
- ☐ De 6 a 10 anos
- ☐ De 11 a 15 anos
- ☐ >15 anos

3.2. Quantos anos tem de experiência com população em situação paliativa:

- ☐ N/A
- ☐ Até 5 anos
- ☐ De 6 a 10 anos
- ☐ De 11 a 15 anos
- ☐ >15 anos

3.2.1 Indique o tipo instituição na qual exerce/exerceu funções com a população adulta em situação paliativa:

- ☐ Instituição Hospitalar
- ☐ Cuidados de Saúde Continuados
- ☐ Instituições Sociais
- ☐ Domicílio
- ☐ Lares

☐ Outras: _____

3.3. Do total de utentes adultos que acompanhou, indique o número total, aproximado, de casos com limitações ao nível da comunicação:

Número de Casos	
Menos de 20 utentes	
20-40 utentes	
40-60 utentes	
60-80 utentes	
80-100 utentes	
Mais de 100 utentes	

3.4. Nas patologias que se seguem, indique aquelas em que já interveio e que limitaram a comunicação do utente:

☐ Cancro de cabeça e pescoço

☐ Doenças neurodegenerativas

☐ Doenças respiratórias

Outros grupos de patologias: _____

3.5. De que forma seleciona o tipo de estratégias a utilizar? (Pode escolher mais do que uma opção)

☐ Em conjunto com o utente

☐ Em conjunto com a família

☐ Em conjunto com a equipa

☐ Outras razões: _____

3.6. De que forma avalia as competências do utente para a implementação das estratégias? (Pode escolher mais do que uma opção)

☐ Aplicação de baterias formais de avaliação

☐ Por meio da sobreinterpretação de comportamentos manifestados pelo utente

☐ Com base no diagnóstico

☐ Com base na informação facultada pela família

☐ Com base na informação facultada pela equipa

☐ Outras razões: _____

3.7. Considera que as estratégias de comunicação partilhadas com o utente e com a sua família ajudaram a promover a funcionalidade comunicativa do mesmo?

☐ Sim

☐ Não

3.7.1. Se não, indique as razões. (Pode escolher mais do que uma opção)

☐ Formação insuficiente na área

☐ Insegurança relativamente à implementação das estratégias

☐ Pouca aceitação das estratégias por parte do utente

☐ Pouca aceitação das estratégias por parte dos familiares

☐ Material de apoio insuficiente para as necessidades do utente

☐ Outras razões: _____

3.8. Considera que as estratégias de comunicação partilhadas com o utente e com a equipa ajudaram a promover a funcionalidade comunicativa do mesmo?

☐ Sim

☐ Não

3.8.1. Se não, indique as razões. (Pode escolher mais do que uma opção)

☐ Formação insuficiente na área

☐ Insegurança relativamente à implementação das estratégias

☐ Pouca aceitação das estratégias por parte da equipa

☐ Material de apoio insuficiente para as necessidades do utente

☐ Outras razões: _____

3.9. Considera que, enquanto terapeuta da fala, foi um facilitador no processo de comunicação?

☐ Sim

☐ Não

3.9.1. Se não, indique as razões. (Pode escolher mais do que uma opção)

☐ Formação insuficiente na área

☐ Insegurança relativamente à implementação das estratégias

☐ Dificuldade em capacitar o utente para o uso das estratégias

☐ Dificuldade em capacitar a família com estratégias que lhe permita comunicar com o utente

☐ Dificuldade em capacitar a equipa com estratégias que lhe permita comunicar com o utente

☐ Material de apoio insuficiente para as necessidades do utente

☐ Outras razões: _____

3.10. Sente dificuldades na intervenção com utentes adultos que apresentam limitações comunicativas?

☐ Sim

☐ Não

Se respondeu Não, passe diretamente para a questão 3.11

3.10.1. Se sim, indique as razões das suas dificuldades. (Pode escolher mais do que uma opção)

☐ Formação insuficiente na área da comunicação

☐ Falta de condições físicas

☐ Falta de material de apoio

☐ Estadio avançado da doença

☐ Outras razões: _____

3.11. Selecione o seu grau de conhecimento para cada questão, de acordo com a seguinte escala:

	1-Muito mau	2-Mau	3-Razoável	4-Bom	5-Muito bom
3.11.1.	Como classifica o seu conhecimento face ao conhecimento atual sobre estratégias facilitadoras da comunicação?				1 2 3 4 5
3.11.2.	Como classifica o seu conhecimento, face à implementação de estratégias facilitadoras de comunicação com utentes em fase terminal?				
3.11.3.	Como classifica o seu conhecimento para capacitar os outros profissionais a implementar estratégias facilitadoras da comunicação com utentes em fase terminal?				
3.11.4.	Como classifica o seu conhecimento para capacitar os familiares do utente a implementar estratégias facilitadoras da comunicação com utentes em fase terminal?				

3.12. O que pensa sobre a existência de *guidelines*, no âmbito da comunicação, para terapeutas da fala?

- ☐ Conheço
- ☐ Desconheço

3.13. Considera pertinente a existência de *guidelines* ou outro material que oriente a sua prática em comunicação, no âmbito dos Cuidados Paliativos?

- ☐ Sim
- ☐ Não

TERMINOU O PREENCHIMENTO DESTE INQUÉRITO.

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO.

ANEXOS

Anexo 1 – Aprovação do Estudo pela Comissão de Ética

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do

Centro Hospitalar Universitário de São João / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Título do Projecto: Cuidados paliativos: o papel do terapeuta da fala na funcionalidade comunicativa dos utentes adultos

Nome da Investigadora Principal: Dra. Cátia Sofia Oliveira Dias, licenciada em Terapia da Fala

Onde decorre o Estudo: Recolha electrónica, por meio da Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala (APTF).

Objectivos do Estudo:

Este trabalho de investigação tem como principais objetivos: Verificar a perceção dos terapeutas da fala sobre as estratégias comunicativas de maior relevância a utilizar com utentes adultos em Cuidados Paliativos; Averiguar de que forma o terapeuta da fala promove a funcionalidade comunicativa dos utentes adultos em Cuidados Paliativos; Produzir *guidelines* que orientem a prática do terapeuta da fala em comunicação, no âmbito dos Cuidados Paliativos.

Estudo realizado no âmbito do Mestrado em Cuidados Paliativos da FMUP, sob orientação da Prof.^a Doutora Ivone Duarte, Prof. Doutor Hernâni Gonçalves e pela Mestre Cláudia Barriguinha.

Concepção e Pertinência do estudo:

De acordo com a bibliografia, na fase terminal é frequente que a comunicação esteja muito comprometida, impossibilitando o uso da fala e/ou linguagem escrita para comunicar, competindo ao TF, maximizar a comunicação, fomentando a autonomia, liberdade de escolha, integração social e familiar do paciente.

Para o efeito e considerando os objetivos definidos será desenvolvido um estudo quantitativo, observacional e transversal, numa amostra de TF com experiência profissional na sua área.

A recolha de dados será efetuada através de um questionário, elaborado para o efeito, de autopreenchimento e divulgado através da página da APTF e preenchidos online (*Google Forms*).

Benefício/risco:

Os benefícios relacionam-se com o ganho de conhecimentos e orientação da prática do TF junto da população em situação paliativa.

Confidencialidade dos dados:

Os dados serão recolhidos electronicamente na plataforma da APTF.

Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito de ensaio:

Os dados serão recolhidos electronicamente na plataforma da APTF, presumindo-se a voluntariedade dos participantes.

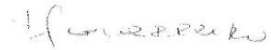
Curriculum da investigadora: Adequado à investigação.

Data previsível da conclusão do estudo: Julho de 2019

Conclusão: Proponho um parecer favorável à realização deste projecto de investigação.

Porto, 21 de Fevereiro de 2019

A Relatora da CES, Enf.^a Teresa Guerreiro





Questionário para submissão de Investigação

Exmo. Sr. Presidente da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto,

Pretendendo realizar a investigação infracitada, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador, a sua apreciação e a elaboração do respetivo parecer. Para o efeito, anexo toda a documentação requerida.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Título da investigação: Cuidados Paliativos: O Papel do Terapeuta da Fala na Funcionalidade Comunicativa dos Utentes Adultos

Nome do investigador: Cátia Sofia Oliveira Dias

Endereço eletrónico: catia.s.o.dias@gmail.com

Contacto telefónico: 916893654

Caracterização da investigação:

☐ Estudo retrospectivo

☒ Estudo observacional

☐ Estudo prospetivo

☒ Inquérito

☐ Outro. Qual?

Tipo de investigação:

☐ Com intervenção

☒ Sem intervenção

Formação do investigador em boas práticas clínicas (GCP): ☐ Sim ☒ Não

Promotor (se aplicável):

Nome do orientador de dissertação/tese (se aplicável): Ivone Duarte, Hernâni Gonçalves e Cláudia Barriguinha

Endereço eletrónico: iduarte@med.up.pt; hernanigoncalves@med.up.pt; claudiabarriguinha@gmail.com

Local/locais onde se realiza a investigação: Recolha eletrónica, por meio da APTF (Associação Portuguesa Terapeutas da Fala)

Data prevista para início: 10 / 02 / 19

Data prevista para o término: 16 / 07 / 19

PROTOCOLO DO ESTUDO

Síntese dos objetivos:

- 1- Verificar a perceção dos terapeutas da fala sobre as estratégias comunicativas de maior relevância a utilizar com utentes adultos em Cuidados Paliativos;
- 2- Averiguar de que forma o terapeuta da fala promove a funcionalidade comunicativa dos utentes adultos em Cuidados Paliativos;
- 3- Produzir guidelines que orientem a prática do terapeuta da fala em comunicação, no âmbito dos Cuidados Paliativos.

Fundamentação ética (ganhos em conhecimento/ inovação; ponderação benefícios/riscos):

A investigação apresenta ganhos em conhecimento e inovação, uma vez que irá debruçar-se sobre algo nunca antes estudado. Apresenta benefícios para o terapeuta da fala, no sentido de ajudar a orientar a sua prática junto de população em situação paliativa. A inclusão deste profissional nos Cuidados Paliativos é muito recente, e como tal, não existem guidelines de atuação para estes profissionais. Assim sendo, com a criação das guidelines, pretende-se colmatar essa lacuna e dar a este grupo de profissionais material que lhes permita desenvolver uma prática mais orientada.

Além disto, e dada a escassez de literatura sobre esta temática, pretende-se também a produção de um artigo científico, transmitindo a à comunidade técnico-científica o desenvolvimento de novos materiais.

CONFIDENCIALIDADE

De que forma é garantida a anonimização dos dados recolhidos de toda a informação?

Os dados serão recolhidos eletronicamente, pelo que se presume a voluntariedade dos participantes.

O investigador necessita ter acesso a dados do processo clínico? ☐ Sim ☒ Não

Está previsto o registo de imagem ou som dos participantes? ☐ Sim ☒ Não

Se sim, está prevista a destruição deste registo após o sua utilização? ☐ Sim ☐ Não

CONSENTIMENTO

O estudo implica recrutamento de:

Doentes: ☐ Sim ☒ Não

Voluntários saudáveis: ☐ Sim ☐ Não

Menores de 18 anos: ☐ Sim ☐ Não

Outras pessoas sem capacidade do exercício de autonomia: ☐ Sim ☒ Não

A investigação prevê a obtenção de Consentimento Informado: ☐ Sim ☒ Não

Se não, referir qual o fundamento para a isenção:

O Questionário será divulgado eletronicamente na plataforma da APTF (Associação Portuguesa Terapeutas da Fala), logo presume-se a voluntariedade dos participantes.

Existe informação escrita aos participantes: ☐ Sim ☐ Não

PROPRIEDADE DOS DADOS

A investigação e os seus resultados são propriedade intelectual de:

☒ Investigador ☐ Promotor ☐ Ambos ☐ Serviço onde é realizado

☐ Não aplicável

Outro: _____

BENEFÍCIOS, RISCOS E CONTRAPARTIDAS PARA OS PARTICIPANTES

Benefícios previsíveis:

Produção de guidelines sobre comunicação para o Terapeuta da Fala, no âmbito dos Cuidados Paliativos; Exploração de um tema nunca antes estudado: Estratégias de comunicação promotoras da funcionalidade comunicativa.

Riscos/incómodos previsíveis:

Não existem riscos.

São dadas contrapartidas aos participantes:

· pela participação ☐ Sim ☐ Não ☒ Não aplicável

· pelas deslocações ☐ Sim ☐ Não ☒ Não aplicável

· pelas faltas ao emprego ☐ Sim ☐ Não ☒ Não aplicável

· por outras perdas e danos ☐ Sim ☐ Não ☒ Não aplicável

CUSTOS / PLANO FINANCEIRO

Os custos da investigação são suportados por:

☐ Investigador ☐ Promotor ☐ Serviço onde é realizado

☒ Não aplicável

Outro: _____

Existe protocolo financeiro? ☐ Sim ☐ Não

LISTA DE DOCUMENTOS ANEXOS

- ☐ Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de São João (se aplicável)
- ☐ Pedido de autorização à Diretora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (se aplicável)
- ☒ Protocolo do estudo
- ☐ Declaração do Diretor de Serviço onde decorre o estudo
(sendo um estudo na área de enfermagem deve anexar também a concordância da chefia de enfermagem)
- ☐ Profissional de ligação
- ☐ Informação dos orientadores
- ☐ Informação ao participante
- ☐ Modelo de consentimento
- ☒ Instrumentos a utilizar (inquéritos, questionários, escalas, p.ex.): _____
- ☒ Curriculum Vitae abreviado (máx. 3 páginas)
- ☐ Protocolo financeiro
- ☐ Outros:

COMPROMISSO DE HONRA E DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (1960 e respetivas emendas), e da Organização Mundial da Saúde, Convenção de Oviedo e das "Boas Práticas Clínicas" (GCP/ICH) no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo, nos últimos três meses. Comprometo-me a entregar à CES o relatório final da investigação, assim que concluído.

Porto, 04 de fevereiro de 2019

Nome legível: Edna Sofia Almeida Dias

Edna Dias

assinatura

Parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/FMUP

Emitido na reunião plenária da CE de 21 / 02 / 19

A Comissão de Ética para a Saúde
APROVA por unanimidade o parecer do
Relator, pelo que nada tem a opor à
realização deste projecto de investigação.

Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética