

MES

MESTRADO EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

UNIVERSIDADE DO PORTO
FACULDADE DE MEDICINA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Catarina Isabel Lopes Gonçalves Domingues

Saúde, Terapia da Fala e Educação para a Saúde: *(Re)olhar a intervenção indireta*

Porto - 2013

MES

MESTRADO EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

UNIVERSIDADE DO PORTO
FACULDADE DE MEDICINA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Catarina Isabel Lopes Gonçalves Domingues

Saúde, Terapia da Fala e Educação para a Saúde: *(Re)olhar a intervenção indireta*

Dissertação de Mestrado em Educação para a Saúde
sob a orientação da Professora Doutora Isabel Amaral
Docente aposentada do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde

Porto – 2013

Agradecimentos

À minha orientadora, por continuar a fazer parte do meu caminho enquanto Terapeuta da Fala e, sobretudo, enquanto pessoa. Desde a troca inicial de possíveis ideias para a tese, passando pelo seu sábio e exigente acompanhamento, até ao culminar da defesa da mesma. Um modelo de profissional e um exemplo de pessoa!

Aos meus pais, irmã, namorado e restante família, por me terem transmitido os valores corretos, incentivado o gosto por novos desafios e, acima de tudo, o prazer de querer saber sempre mais!

Aos Terapeutas da Fala que entrevistei, os quais foram a matéria-prima para esta investigação. Foi um privilégio entrevistar cada um, ouvi-los a partilhar as suas experiências profissionais, de forma tão sincera e enriquecedora!

Ao João Dias e à Mariana Teixeira, por me terem ajudado a crescer na minha primeira experiência profissional, apoiado nos momentos mais delicados e estado ao meu lado nas pequenas vitórias. Melhor primeira experiência não podia ter tido, a qual também foi determinante para a opção pelo tema deste estudo!

Aos meus amigos, Terapeutas da Fala e não só, uns mais longe do que outros, mas os quais dificilmente considerarei estar distantes de mim!

Aos outros Terapeutas da Fala que vou conhecendo, por aquilo que podemos aprender uns com os outros e por termos a responsabilidade de esclarecer e divulgar sobre quem somos, o que fazemos, com quem podemos trabalhar e a quem podemos ajudar!

Aos meus colegas de mestrado, cuja heterogeneidade de formações de base e experiências permitiu que o ano curricular fosse de descoberta e crescimento!

De uma forma ou de outra, a todos eles devo este resultado final!

Índice

Resumo	1
Abstract	2
Introdução.....	3
Enquadramento teórico.....	5
A Saúde	5
O Terapeuta da Fala	13
A Educação para a Saúde	16
Métodos.....	18
Da problemática às questões de investigação	18
Os sujeitos participantes no estudo	19
Paradigma qualitativo de investigação	20
Resultados.....	25
Discussão	41
Conclusões, limitações do estudo e sugestões para o futuro	49
Referências Bibliográficas.....	51
Apêndices.....	65
Apêndice 1.....	66
Apêndice 2.....	69
Apêndice 3.....	71
Apêndice 4.....	75
Apêndice 5.....	79
Apêndice 6.....	90
Apêndice 7.....	95
Apêndice 8.....	97
Apêndice 9.....	99
Apêndice 10.....	104

Lista dos Quadros

Quadro 1 – Exemplo da caracterização dos sujeitos participantes no estudo	20
Quadro 2 – Exemplo da matriz de análise de conteúdo	23
Quadro 3 – Exemplo da matriz de sistematização de dados	23
Quadro 4 – Exemplo da matriz de frequência de dados	24
Quadro 5 – Justificação da escolha do curso	25
Quadro 6 - Principais aprendizagens em estágio	26
Quadro 7 – Considerações sobre a especialização	26
Quadro 8 – Tipos de intervenção	28
Quadro 9 – Participação no meio social	29
Quadro 10 – Responsabilidade das ações	32
Quadro 11 – Facilitadores	33
Quadro 12 – Barreiras	34
Quadro 13 – Perceção do seu contributo	34
Quadro 14 – Formação de base	35
Quadro 15 – Relação entre Intervenção indireta e Educação para a saúde	36
Quadro 16 – Facilitadores da ação	38
Quadro 17 – Condicionantes da ação	38
Quadro 18 – Investimento no futuro	40

Lista das siglas

EpS – Educação para a Saúde

TF - Terapeuta da Fala

TF's – Terapeutas da Fala

QV – Qualidade de Vida

PD – Prevenção da doença

PS – Promoção da Saúde

SP – Saúde Pública

Resumo

A saúde, enquanto “estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença” (OMS, 1946), requer a atuação intersectorial da sociedade, para que, de forma informada, consciente e sustentável no tempo, a pessoa adquira e / ou mantenha qualidade de vida nos diferentes contextos.

No âmbito da intervenção indireta, a Educação para a Saúde (EpS), enquanto estratégia facilitadora do desenvolvimento de competências de escolhas saudáveis, complementa os resultados da intervenção direta, envolvendo os vários parceiros no sucesso terapêutico.

O objetivo do presente estudo é analisar o trabalho de EpS desenvolvido em Portugal por Terapeutas da Fala (TF's), explorando a intervenção indireta realizada.

Foram entrevistados 24 TF's portugueses. As entrevistas foram alvo de análise de conteúdo e os dados agrupados em quatro temas: i) Formação de base; ii) Experiência profissional; iii) Saúde; iv) Intervenção indireta e Educação para a Saúde.

Os dados indicam que os participantes desenvolvem ações enquadradas na EpS, tais como: a partilha de orientações e de material escrito, o trabalho com o cliente e seu contexto natural e a realização de ações para sensibilizar e informar a comunidade.

As competências adequadas dos profissionais constituem os principais facilitadores às ações referidas, em oposição os recursos humanos e materiais desfavoráveis são considerados barreiras para atingir os objetivos.

A maioria dos participantes assume o seu contributo na Saúde Pública, relacionando a Intervenção indireta à EpS.

Através deste estudo foi possível demonstrar que a EpS faz parte do trabalho dos TF's, quer em termos de áreas como ao nível de parceiros e público-alvo. Os participantes reconhecem, por isso, o seu papel de educadores para a saúde.

Palavras-Chaves: Saúde, Terapeuta da Fala, Educação para a Saúde, Intervenção indireta

Abstract

Health, as a “complete state of mental, social and physical well being, and not just the absence of diseases” (WHO, 1946), requires a multi differentiated action from the society, so that, in an informed, conscient and sustainable way, through time, the person will acquire and/or keep quality of life across different contexts.

As an indirect intervention, Health Education, as a tool to develop skills to healthy choices, complements the results of the direct Intervention, involving the several partners in the therapeutic success.

The objective of this study is to analyze the work of Health Education developed in Portugal by Speech and Language Therapists, exploring the indirect intervention.

We interviewed 24 Speech Language Therapists. Interviews were content analysed and results can be grouped in four themes: i) Training; ii) Professional experience; iii) Health; iv) Indirect intervention and Health Education.

Results indicate that participants develop actions that fit in Health Education, such as: sharing orientations and written material, working with the client and his/her natural context and doing activities to sensitize and inform the community.

The right skills and knowledge of the professionals are the main advantage to these actions, as opposed to the lack of human and material resources which are considered as barriers to accomplishing goals.

Most participants assume his/her contribute to Public Health, relating Indirect Intervention to Health Education

Through this study we demonstrated that Health Education is part of the work of Speech and Language Therapists, both in areas such as their partners and target audience. Therefore, participants recognize therefore their role as educators for health.

Key Words: Health, Speech and Language Therapist, Health Education, Indirect intervention

Introdução

O presente estudo insere-se no âmbito do Mestrado em Educação para a Saúde das Faculdades de Medicina e de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, o qual decorreu entre setembro de 2011 e setembro de 2013. Através dele pretende-se analisar o trabalho de Educação para a Saúde (EpS) desenvolvido em Portugal por Terapeutas da Fala (TF's), explorando a intervenção indireta realizada. O recurso a esta terminologia serve para efeitos de simplificação de conceitos juntos dos participantes.

O interesse por este tema parte daquilo que se sabe, a par de motivações pessoais da investigadora. De acordo com a literatura, a sociedade atual procura não apenas ter saúde, mas, sobretudo, viver com qualidade de vida (QV), o caráter redutor da Prevenção da Doença (PD) do cliente secundariza-se perante ações diversas de Promoção da Saúde (PS), como sejam, entre outras, o trabalho com a comunidade, a implementação de políticas públicas saudáveis e a EpS. Entendida como estratégia facilitadora do desenvolvimento de competências de escolhas saudáveis, decididas de modo informado, consciente, responsável e autónomo, prevê-se a redução de comportamentos nocivos em detrimento da aquisição e/ou manutenção de condutas saudáveis, quer individual como coletivamente. Torna-se, então, pertinente, que o espectro de profissionais de saúde reconhecidos como educadores para a saúde se alargue, sendo, nesta investigação, enfatizada a intervenção do terapeuta da fala (TF). A formação de base direcionada para a comunicação e perturbações subjacentes, a par da atuação transversal ao campo da saúde e da educação, surgem como sólidos fatores para que o profissional em questão se consciencialize do seu contributo, enquanto clínico e educador, para a melhoria da QV do público-alvo da sua intervenção, concretizando uma prática informada, responsável e partilhada. O interesse da investigadora pela intervenção indireta realizada pelos TF's foi motivado pelas lacunas sentidas, a nível teórico e prático, aquando primeira experiência profissional, nomeadamente ao nível do trabalho com a família do cliente e com os outros profissionais envolvidos na sua intervenção, e ainda com o contexto em que o mesmo se insere. Sentiu-se a necessidade de perceber se na formação de base dos TF's e no decorrer da sua prática profissional é incentivada a prática de uma intervenção conjunta que permita ao cliente a aquisição, manutenção e/ou melhoria do seu estilo de vida, constituindo a EpS uma estratégia para tal. Por outro lado, decorrente da perceção de colegas de profissão e do contacto com outros estudos de investigação relacionados com a prática dos TF's, constata-se a existência de uma maior aposta em estudos relacionados com procedimentos técnicos do que os relacionados com o trabalho que vai para além do gabinete terapêutico.

O presente trabalho encontra-se dividido em sete secções: Introdução, onde se apresenta o objetivo do estudo em questão, a par dos interesses que levaram à sua realização; Enquadramento teórico, no qual se exploram os temas Saúde, TF e EpS e se aprofunda a sua relação; Métodos, em que se rumam da problemática às questões de investigação, são caracterizados os sujeitos participantes no estudo e se aborda o paradigma qualitativo de investigação; Apresentação de dados, na qual são expostos os dados obtidos; Discussão de dados, em que estes são comentados pela investigadora à luz das questões de investigação e de acordo com a literatura pesquisada; Conclusões, limitações do estudo e sugestões para o futuro, onde são reforçadas as principais conclusões, detetadas limitações da investigação, sugeridos temas para investigações futuras, assim como aspetos de intervenção a investir; e Referências Bibliográficas, nas quais figuram as fontes que sustentam os conteúdos abordados.

Enquadramento teórico

A Saúde

A “Saúde é um recurso para a vida, não o objetivo de viver” (*Carta de Ottawa*, 1986), o qual, embora tenha sido alvo de diversas definições ao longo do tempo, assume-se atualmente como um “estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas na ausência de doença”, constituindo “um dos direitos fundamentais de todo o ser humano sem distinção de raça, religião, opiniões políticas e condições económicas e sociais” (OMS, 1946). Se, por um lado, esta visão de saúde remete para um estado ideal e inatingível, dificultando a tarefa dos serviços de saúde em conseguir definir metas objetivas, por outro, uma definição pouco restritiva abre caminho a uma maior liberdade de atuação e de priorização de ações em saúde. Em 1984, a OMS alargou o seu conceito de saúde para “um estado em que o indivíduo ou um grupo são capazes de concretizar aspirações, satisfazer necessidades, e lidar com o ambiente que o rodeia. (...) É um conceito positivo, que dá ênfase aos recursos pessoais e sociais de cada um, assim como às suas capacidades físicas” (Last, 2001). Com esta definição, a saúde passou a ser vista como um meio para atingir uma finalidade, servindo de base à formulação de políticas e programas de saúde. Como seu reverso surge a doença, vista como um processo contínuo, ocasionada pelo desequilíbrio entre as forças biológicas, físicas, mentais e sociais (Araújo & Assunção, 2004). Também as doenças têm evoluído e alterado, surgindo a multicausalidade como o modelo explicativo mais completo para tal. O aparecimento de doenças (re)emergentes e de outras relacionadas com fatores comportamentais (I. Costa, 2010), o maior reconhecimento dos problemas de saúde mental e outras mudanças ocorridas nos âmbitos económico, político, cultural e psicossocial da sociedade (Ogata & Carvalho, 2000) apelam a uma promoção da saúde em que há articulação de saberes científicos e populares e mobilização de recursos institucionais e comunitários (Gutierrez & Oberdiek, 2001).

A evolução dos conceitos expostos apelou também à mudança de modelos de intervenção, passando-se do Modelo tradicional / biomédico (centrado na patogénese), no qual a PD é o principal objetivo, para o Modelo radical / social de saúde (centrado na salutogénese), sendo reforçada a PS. No primeiro modelo a assimetria da relação sustenta-se na transmissão verticalizada de informação e condutas previamente selecionadas, como únicas opções possíveis e disponíveis para prevenir e/ou curar (Souza, Colomé, Costa, & Oliveira, 2005) pelos profissionais de saúde, desconsiderando os determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos no processo de saúde-doença (Smeke & Oliveira, 2001), como crenças, valores, representações, hábitos e condições subjetivas do cliente (Chor, 1999). Na

PD a meta era a saúde, vista como um estado idealizado e estanque (Czeresnia, 1999; Soto, 1997), evitando a aquisição e manutenção de comportamentos tidos como “de risco” (Czeresnia, 1999; Soto, 1997). A PD apresenta quatro níveis:

- Primário, desenvolvendo ações de sensibilização / informação, vacinação, entre outras, de forma a reduzir os fatores de risco na população saudável (Andrade, 1996). No caso da terapia da fala inclui-se a promoção e orientação do aleitamento materno (Moreira & Mota, 2009);
- Secundário, mediante rastreio, deteção, diagnóstico e intervenção precoce, minimizando a incapacidade, reduzindo e/ou adiando as consequências da doença na população ou em grupos de risco específicos (Andrade, 1996). Em terapia da fala tem-se o diagnóstico e intervenção de perturbações fonológicas (Moreira & Mota, 2009);
- Terciário, direcionado para a reabilitação e partilha de orientações, a fim de atenuar as sequelas e (re)integrar o melhor possível a pessoa na comunidade (Andrade, 1996). Exemplificando em terapia da fala surge a reabilitação da pessoa com afasia (Moreira & Mota, 2009);
- Quaternário, no qual se pretende evitar o excesso de intervencionismo médico ao detetar-se pessoas em risco de sobretratamento. Ao fornecer-lhes a informação necessária e suficiente sobre as vantagens e os inconvenientes dos métodos diagnósticos ou terapêuticos propostos, pretende-se capacitar os clientes na tomada de decisões autónomas (Gérvás & Fernández, 2003)

Já no modelo social de saúde verifica-se a centralização das ações educativas na comunidade, contemplando as peculiaridades do seu contexto social, económico e político, permitindo que temas mais vastos sejam tratados por profissionais de outras áreas como educação e social (Buss, 2001). Esta perspetiva promotora de saúde apela à consciência crítica (D. Oliveira, 2005), à escolha autónoma desvinculada da supervisão do profissional (Chiesa & Veríssimo, 2001; Lupton, 1999), à participação e ao envolvimento em projetos sustentáveis e efetivos (Briceno-León, 1996a). Na PS a saúde não é a meta, mas sim um recurso positivo adaptável à vida quotidiana da comunidade (Penteado & Servilha, 2004), partindo da identificação das necessidades e condições de vida individuais e coletivas para maximizar a saúde e os recursos da comunidade (Czeresnia, 1999; Soto, 1997).

Para o atual panorama da PS destaca-se a contribuição dos seguintes marcos históricos:

- ➔ Primeira referência a PS por Henry Sigerist, (1945), abarcando, para além deste, os princípios da prevenção do agravamento para a saúde, tratamento e reabilitação (Terris, 1992);
- ➔ Declaração de Alma-Ata, Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, caracterizados pela sua indispensabilidade, transversalidade e igual acesso a

todos os povos, ambicionando a “Saúde para todos no ano de 2000” (*Declaração de Alma-Ata*, 1978);

- ➔ Carta de Ottawa, documento fundador da PS resultante da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, refletindo a preocupação por uma nova Saúde Pública, pautada por cuidado, holismo e ecologia (*Carta de Ottawa*, 1986);
- ➔ Declaração ministerial do México para a PS, Quinta Conferência Global sobre Promoção da saúde, rumando a uma maior equidade (*Declaração Ministerial do México para a Promoção da Saúde*, 2000).

Pese embora a distinção temporal da sua ocorrência, aspetos como o carácter global de saúde e a imperativa ação comunitária da PS vigoram até ao presente.

A alteração do foco do cliente para a comunidade apela ao enquadramento do exposto na Saúde Pública (SP). Quer enquanto sistema social, profissional, método de intervenção, serviço público, assegurado por agências e organismos do estado, variável de acordo com o período histórico e o grau de evolução da sociedade em questão (F. Ferreira, 1963), a SP abarca um conjunto de conhecimentos de ciência básicas (epidemiologia, ciências ambientais, entre outras) que, aliado à diversidade de formação base e atividades concretizadas pelos seus profissionais, vai para além da prática baseada na evidência científica para se tornar um “movimento” (Turnock, 2004). A sua inevitável indissociação ao sistema de saúde, constituído por todas as ações que contribuem para a melhoria da saúde da população (Murray & Evans, 2003a), e parceria com o poder político surgem como fundamentais para um adequado planeamento, alocação e disponibilização de recursos humanos, materiais e serviços (Murray & Evans, 2003b). É no âmbito da SP que as ações de PD, PS e EpS ganham sentido e utilidade.

Encarada de forma mais particular, a EpS consiste numa estratégia da PS transformadora (ao estimular a consciência crítica), facilitadora (ao favorecer a participação) e libertadora (ao reformular a relação sujeito-comunidade) (P. Freire, 1996; Valença, 1998). Partindo do pressuposto de que o empoderamento das pessoas as capacita para assumir um maior controlo sobre os fatores pessoais, socioeconómicos e ambientais que afetam a sua saúde (WHO, 1998), a EpS constitui-se como uma válida “ferramenta” para uma melhor QV. As ações de EpS podem traduzir-se em orientações individuais aos grupos de risco (ex: hipertensos, diabéticos) e em palestras para a comunidade sobre temas variados (ex: higiene, uso de drogas, hipertensão arterial) (Araújo & Assunção, 2004), refletindo-se, não só, em benefícios individuais, mas sobretudo em ganhos coletivos.

A transversalidade das ações em saúde a toda a comunidade implica uma responsabilidade partilhada entre: as instituições de ensino superior, ao promoverem o ensino e investigação sobre os problemas de saúde identificados na sua área de abrangência, (Noro & Torquato,

2011); os Cuidados de Saúde Primários / centros de saúde, ao realizarem atividades de informação e EpS (L. Silva, 2008; Vasconcelos, 1999); os hospitais, ao serem o espaço da realização da (re)produção do saber médico, da inovação científica e tecnológica e da institucionalização das relações terapêuticas entre profissionais de saúde e clientes (Alves, 2013); a atuação conjunta de profissionais de diversas áreas, ao serem levados a refletir de forma crítica sobre a realidade social, política e cultural (Colomé & Oliveira, 2012); a família, ao esperar-se o apoio necessário em situações mais graves, nomeadamente na melhoria de doentes cardiovasculares (Coyne, Rohrbaugh, Shoham, Nicklas, & Cranford, 2001). Ou seja, pretende-se que toda a comunidade contribua para as ações em saúde.

De forma genérica, as ações de SP e particularmente as de EpS são úteis a toda a população (Penteado & Servilha, 2004). Não obstante, constata-se que os doentes crónicos, os indivíduos com menor escolarização e demais condições socioeconómicas e os que manifestam inadequada literacia em saúde carecem de especial atenção. Considerando que os primeiros seguem estilos de vida muito semelhantes, com comportamentos e atitudes pessoais diretamente relacionados com a origem da doença (D. Oliveira, 2005), urge investir em mudanças comportamentais mais individualizadas. O recurso a parâmetros como condição económica, estatuto social e escolaridade formal, entre outros, para avaliar necessidades neste campo, manifesta ainda a tendência das classes mais favorecidas de subestimar o saber das populares (Valla & Stotz, 1997). Em terceiro lugar, enunciam-se os falantes não fluentes ou com dificuldades na língua inglesa (como a mais utilizada no Mundo), idosos e indivíduos com dificuldades de comunicação, audição, visão e perturbações mentais (Academies, 2004; Mika, Kelly, Price, Franquiz, & Villarreal, 2005), como potenciais beneficiadores de ações personalizadas. Por outro lado, verifica-se que orientar os clientes em espera, pais, professores, entre outros, torna-os agentes multiplicadores de saúde (Wertzner, 1997). Mais se acresce que o trabalho em grupos facilita a expressão de necessidades, expectativas e circunstâncias com impacto na saúde (Souza et al., 2005), para além de articular as dimensões social (partilha e pertença), subjetiva (afeto e cognição) e biológica (congregação de aspetos do processo saúde-doença, como genética, ambiente e atitude individual) (R. Costa & Rodrigues, 2010).

Passíveis de facilitar ou dificultar as ações em SP, surgem os seguintes fatores, do mais global para o mais particular, e de quem partem para a quem se dirigem: poder de decisão e políticas em saúde pública; recursos humanos e materiais; contexto laboral; competências dos profissionais; informação e literacia em saúde; disponibilidade e contacto com a comunidade.

Atendendo a que “o ponto de partida para a modificação do estilo de vida é o reconhecimento de que, num âmbito considerável, a saúde depende do ambiente político,

social, cultural, económico e físico” (*Carta de Ottawa*, 1986), torna-se pertinente rentabilizar os recursos disponíveis, a par do exercício adequado do poder institucional. O trabalho em equipa deve orientar a prática das ações em saúde (Saupe, Cutolo, Wendhausen, & Benito, 2005), nas quais se espera que o TF participe de forma construtiva numa variedade de aproximações multi, inter e intraprofissionais, nos âmbitos social, da saúde e da educação (A. Mendes et al., 2004). Embora a atuação em algumas áreas (ex: linguagem) dispense o recurso a materiais específicos (Goulart, Henckel, Klering, & Martini, 2010), o TF deve “reconhecer as necessidades culturais específicas dos diversos grupos populacionais, prestando serviços adequados, incluindo a seleção e/ou adaptação de materiais que garantam sensibilidade para aspetos linguísticos e étnicos” (A. Mendes et al., 2004).

A título de exemplo do benefício de se atuar contexto institucional recorre-se ao contexto escolar. Neste os alunos permanecem algum tempo e existem diversas oportunidades e experiências de aprendizagem, razões que o tornam num local privilegiado para relação entre profissionais de saúde e de educação (Goulart & Chiari, 2011).

Do perfil valorizável do promotor e educador para a saúde deverão constar as seguintes competências: ter pensamento contextual e integrador, saber questionar e motivar, ser criativo, aceitar a novidade e mudança, criar empatia, trabalhar em grupo, comungar objetivos, negociar conflitos, ser resiliente, encarar as oportunidades com otimismo, valorizando-se a si e aos outros. Sobretudo, importa conciliar o conhecimento (saber), à atitude e postura corretas (ser) e à ação adequada (fazer), mostrando-se “firme nos princípios, mas plástico nos processos” (Filho, Ferreira-Borges, & Frasquilho, 2008). Uma vez que as ações em saúde direcionam-se e realizam-se em conjunto com a comunidade, importa que o profissional adeque o seu comportamento linguístico e interpessoal para aumentar a capacidade de comunicação da mesma (A. Mendes et al., 2004), possuindo conhecimento e experiência nas várias áreas e público-alvo da sua atuação. De facto, a comunicação é efetiva quando há adequação da quantidade e qualidade de informação a fornecer àquele cliente em particular (Leydon et al., 2000), considerando as suas crenças e preocupações, recorrendo a frases curtas, linguagem simples, compreensível e adaptada (Hester & Stevens-Ratchford, 2009). A sua participação pode ser encorajada através do contacto ocular adequado, tom de voz sereno, calmo e pausado, respeitando os silêncios (Coulehan, Platt, Egener, & al., 2000) e partilhando o tempo de diálogo. Contudo, a comunicação verbal isolada mostra-se frequentemente insuficiente, sendo importante complementá-la com outros meios de informação auxiliares, como apontamentos, panfletos, vídeos, gravações (Ong et al., 2000; Rao, 2007; Smith, 2000; Tattersall, Butow, Griffin, & Dunn, 1994), a par de imagens (Hester & Stevens-Ratchford, 2009; Queiroz & Jorge, 2006), mensagem de telemóvel e telefonema (Wuhlisch & Pascoe, 2011). Não menos relevante é

dar oportunidade ao cliente de ler e refletir sobre a informação quando se sentir preparado (Johnson, Levenkron, Suchman, & Manchester, 1988), verificar se compreendeu a informação e incentivar a colocação de questões (Lown, Clark, & Hanson, 2009). Constatase uma relação entre o uso de boas competências de comunicação clínica e maior regularidade e adesão terapêutica (Dowell, Jones, & Snadden, 2002), adoção de estilos de vida mais saudáveis, diminuição do tempo de internamento (Gittel et al., 2000), entre outros. Sabe-se que “a informação é uma das principais ferramentas que possibilitam o diagnóstico situacional de como anda a saúde de uma determinada população” (Carrota, 2006). Por conseguinte, a literacia em saúde, entendida como a capacidade de aceder, processar e compreender informação em saúde, permite interagir nos serviços de cuidados de saúde, mediante: resposta e questionamento pertinentes nas conversas com os profissionais (ex. descrição correta de sintomas); tomada de decisões informadas; compreensão das prescrições clínicas e orientações do tratamento; leitura e interpretação de informação geral de saúde (ex: folhetos de sensibilização e/ou informação); utilização apropriada de equipamentos de saúde; e participação consciente em estudos de pesquisa / investigação (Hester & Stevens-Ratchford, 2009). Por conseguinte, importa considerar a informação que a população já possui e a cultura local, adequando as estratégias e os materiais a utilizar (Antunes, Soraggi, Antunes, & Corvino, 2006; Moysés & Rodrigues, 2004). Considerando que a correta conjugação entre informação, comunicação e educação permite tornar a primeira disponível e acessível, não apenas a uma elite letrada, mas a toda a população (Cyrino & Cyrino, 1997), melhor esta tomará decisões que afetam a sua vida (Rodriguez-Osorio & Dominguez-Cherit, 2008). Partindo do pressuposto de que a visão e interpretação individual do mundo condicionam a forma de agir (G. Pereira, 1993), as quais são influenciadas pelo sexo, idade e cultura (Ogden, 2007), transmitidas de forma intergeracional e aprendidas inicialmente no núcleo familiar (Potter & Perry, 2004), importa atentar no valor subjetivo de saúde. Enquanto indicador avaliativo do estado de saúde, em qualquer fase do desenvolvimento humano (P. Ferreira, 1992; Sylva & Lunt, 1994), a sua leitura poderá fazer-se, dentre vários, à luz do Modelo de crenças em saúde (Hochbaum, 1958; Janz & Becker, 1984; Rosenstock, 1966). Neste associa-se o comportamento de saúde (forma de agir), à avaliação do nível de ameaça pessoal (concordante com o valor subjetivo de saúde) e à perceção de que determinada prática irá reduzir esse risco de forma eficaz. Aquando prestação de cuidados de saúde, importa que o profissional não descure a subjetividade retratada quando comunica o risco de saúde ao cliente, evitando a tendência do primeiro para a subvalorização (Siegrist, Keller, Kastenholz, Frey, & Wiek, 2007; Slovic et al., 1995) e julgamento depreciativo de hábitos diferentes dos seus (Smeltzer & Bare, 2005), a fim de maximizar a comunicação e probabilidade de serem tomadas condutas adequadas

(Hochbaum, 1958; Janz & Becker, 1984; Rosenstock, 1966). O exposto clarifica a pertinência de conciliar o saber científico ao popular (representações e saberes do senso comum) na relação do sujeito com a doença. Não basta apenas informar (Briceno-León, 1996b; Cáceres, 1995), encarando o ato educativo como um processo de “desconstrução” das representações vistas como incorretas. Atualmente está facilitado o acesso a novas fontes de informação, como a Internet, na qual se encontra informação sobre saúde mais ou menos fiável e/ou adaptada à comunidade. Estudos revelam que esta é uma fonte consultada antes mesmo de a pessoa recorrer ao profissional, mantendo a pertinência de ser completada por este (Hesse et al., 2005).

É também importante considerar a disponibilidade e contacto com a comunidade, uma vez que a maior proximidade com esta favorece a colocação e consequente esclarecimento de dúvidas sobre saúde em geral (Goulart et al., 2010).

Por seu turno, a existência do modelo piramidal do trabalho (inerente à abordagem tradicional), caracterizado pela formalidade, concentração de poder, reduzida articulação entre serviços (Casanova, Moraes, & Ruiz-Moreno, 2010) e resistência à mudança (Bydlowski, Westphal, & Pereira, 2004), torna a falta de poder uma condicionante às ações em saúde. Múltiplas vezes a dicotomia entre o ambiente e condições de trabalho dos profissionais e as políticas com fins lucrativos adotadas pelas instituições (Rigoli & Dussault, 2003), justifica o aumento dos erros praticados pelos profissionais, a insatisfação laboral e as ações sindicais (Dussault & Souza, 2000).

É frequente a priorização da intervenção direta, intensa e com resultados mais rápidos (Wuhlich & Pascoe, 2011) sobre a indireta, uma vez que desta são obtidos resultados imediatos pouco visíveis, exigindo um investimento a longo prazo (Filho et al., 2008). Por conseguinte, a priorização dos problemas de saúde (inerente ao modelo biomédico), aliada à insuficiência dos serviços de saúde para o seu atendimento, argumenta o reduzido reconhecimento do valor das atividades educativas e comunitárias (Vasconcelos, 2001). Pese embora o enquadramento legal e o reconhecimento das profissões da saúde não médicas enquanto “formações de ensino superior”, na prática estes fatores não têm sido suficientes para a conquista da autonomia profissional (Alves, 2013), sendo a designação de técnico condicionante às ações em saúde.

A propósito das dificuldades da concretização de programas de prevenção / promoção da saúde, importa que se atente nos seguintes aspetos: valor, entre o resultado imediato e evidente para o cliente e aquele que requer mais tempo, mas que acarreta um maior benefício populacional; procura, a qual é gerada pela oferta, motivada essencialmente para responder a necessidades individuais (ex: consultas, urgências), enquadradas no modelo biomédico, e não em termos comunitários; e implementação, considerando as reduzidas

verbas disponibilizadas para ações em grupo, cujos respetivos benefícios não sustentam a competitividade (Filho et al., 2008). Para além do exposto, é dificultador a inconsistente informação sobre causa-efeito das ações, resultante do reduzido número de estudos longitudinais sistemáticos e da difícil quantificação de conceitos abstratos (ex: bem-estar, *stress*) (Filho et al., 2008). Por outro lado, as desigualdades socioeconómicas associadas à pobreza, exclusão social e situações laborais precárias condicionam as oportunidades de acesso à educação, informação e utilização dos serviços sociais e de saúde, tornando este tipo de população mais vulnerável em termos de saúde (Braveman & Gruskin, 2003).

Relativamente às competências dos profissionais, são frequentes as queixas relacionadas com as suas dificuldades e erros comunicacionais, sendo dada pouca atenção à verificação da compreensão do transmitido ao cliente (Makoul, 2001). A linguagem clínica é frequentemente dada em demasia e de forma pouco compreensível para o cliente (Wuhlich & Pascoe, 2011), mesmo este possuindo elevada educação formal. Para além do apresentado, verifica-se que a dificuldade em gerir emoções em situações com elevada carga emocional (ex: medo e ansiedade) por parte do cliente no momento da partilha da informação condiciona também a sua compreensão e retenção (Bertakis, 1977; Crane, 1997). Nestas apela-se a um maior cuidado na comunicação não-oral (ex: proximidade espacial, toque, movimento, mímica facial), dado prevalecer quando contradiz a oral (Ramos & Bortagarai, 2011). O mau uso de competências de comunicação clínica parece associar-se a: maior taxa de abandono dos cuidados médicos, pior prática médica e maior número de queixas e processos legais (White, Pichert, Bledsoe, Irwin, & Entman, 2005).

Embora a maioria dos clientes prefira estar informada sobre a sua doença, frequentemente não demonstra comportamentos de procura ativa de informação (Kaplupwitz, Campos, & Chiu, 2002). Consequentemente a reduzida literacia em saúde estará relacionada a pior nível de saúde (Schillinger et al., 2002; Weiss, Hart, McGee, & D'Estelle, 1992), menor compreensão da doença (Williams, Barker, Honig, Lee, & Nowlan, 1998; Williams, Barker, Parker, & Nurss, 1998), menor consumo de cuidados preventivos, maiores taxas de hospitalizações e maior probabilidade de controlo inapropriado da doença crónica (Paasche-Orlow & Parker, 2007). Quando se olha de perto para o conhecimento popular (ex: crenças, tradições), verifica-se muitas vezes o recurso tardio aos cuidados de saúde quando, por exemplo, há queixa de dores nas costas, por se considerar “normal” a partir de certa idade, devido ao “desgaste do corpo” ao longo dos anos. Culturalmente transmite-se a ideia de que a medicina nada pode fazer para resolver o problema em questão. Este exemplo é de tipo impressionista (semelhança das dores entre as pessoas) e contextualizado às relações interpessoais (generalização das dores das costas às pessoas da mesma idade), às práticas (o seu surgimento é motivado pelo trabalho físico contínuo) e às representações sociais

(envelhecimento como previsível responsável pela deterioração do corpo; recurso à medicina apenas quando há cura para a doença). Tem uma base sobretudo do tipo pragmático, para a qual a orientação médica rumaria no sentido oposto (diminuir o esforço e o trabalho). Mais se acresce que no pensamento leigo / popular “ter saúde” não se limita a não ter sintomas, mas principalmente em conseguir resolver os problemas de saúde sem recorrer à medicina, evidenciando o afastamento entre os conhecimentos científico e popular (Alves, 2013). Vários estudos sobre as significações pessoais e estado de saúde individual (Blaxter, 1990; Bydlowski et al., 2004; Flick, 2000; Stacey, 1988) apontam para a sua relação com outras mais latas sobre si próprio, sobre o mundo e sobre a vida e incutidas pelos sistemas culturais locais, diferenciando-se das significações médicas / dos profissionais de saúde, coexistindo mas competindo com estas. “No grosso dos meios de comunicação”, a saúde é “um tema que ainda passa um pouco ao lado”, sendo a informação a esse respeito vista, “tanto pelos profissionais de saúde, como pela comunidade científica, como pouco credível, viciada e desajustada” (Dias, Duque, Silva, & Durá, 2004), podendo não ser exata ou específica, sofrer distorções ou propiciar dificuldades de entendimento (Moura, Moura, & Toledo, 2006). Prevalece alguma desadequação dos instrumentos de informação e divulgação, aspeto que em conjunto com os anteriormente referidos se reflete na reduzida disponibilidade da comunidade.

O Terapeuta da Fala

Relativamente ao profissional de interesse deste estudo, o TF é o “profissional responsável pela prevenção, avaliação, tratamento e estudo científico da comunicação humana e das perturbações com ela relacionadas.” Especificando a natureza das perturbações, estas podem reportar-se “à fala e à linguagem (...), bem como ao funcionamento auditivo, visual, cognitivo (...) muscular oral, respiratório, vocal e da deglutição”, podendo consistir em perturbações “simples ou complexas, quando estão envolvidas perturbações múltiplas da comunicação” (CPLOL, 1997). Justifica-se, então, a intervenção deste profissional “junto de indivíduos (...) com processos patológicos identificados, bem como com os que têm limitações na atividade ou restrições na participação”, primando pela parceria com “famílias, grupos e público em geral” (A. Mendes et al., 2004). Num “conjunto variado de contextos públicos e privados de atuação profissional (...) quer no setor da saúde, quer no setor da educação” (APTF, 2004), o TF pode realizar “um vasto leque de atividades profissionais”, como sejam ações de prevenção, rastreio, consultadoria, avaliação e diagnóstico, tratamento, intervenção, gestão, aconselhamento e seguimento de clientes (A. Mendes et al., 2004). Dentre os tipos de intervenção destaca-se a intervenção indireta e o trabalho em

equipa, no qual o TF deve “demonstrar capacidades de trabalho em grupo”, partilhando informações necessárias “com profissionais de Saúde, de Educação ou outros, de acordo com as necessidades de cada utente” (A. Mendes et al., 2004), “num contexto multidisciplinar”(CPLOL, 1997). Salienta-se o papel da família, enquanto primeiro agente social na promoção da saúde e bem-estar, o qual importa atentar quando é necessário alterar a alimentação, a atividade física e o uso/consumo de substâncias nocivas (WHO, 1976), devido a perturbações nas funções necessárias. Já nos serviços diretos recorre-se a modelos diversificados de intervenção no atendimento de clientes com as perturbações enunciadas. A título de exemplo tem-se a utilização de técnicas e estratégias de comunicação aumentativa (ex: construção, seleção e orientação da escolha dos sistemas e materiais a utilizar) e as usadas para modificar ou otimizar a performance comunicativa (ex: modificação da acentuação) (A. Mendes et al., 2004). A combinação de ambos os tipos de intervenção é reforçada no Perfil Profissional dos TF’s, em que “no caso das perturbações da comunicação humana, a intervenção terapêutica pode ser direta e indireta (...) nas quais as ações têm a dimensão técnica, interpessoal e social genérica” (CPLOL, 1997). Assim, embora haja a necessidade de educar e dar suporte aos cuidadores, é pertinente também realizar intervenções intensivas, incluindo treino de competências e de auxílio da resolução de problemas (Campbell, 2003). Fazem parte também dos tipos de intervenção as ações de informação e divulgação, através das quais se promove e facilita “o acesso à participação plena dos indivíduos na comunicação, incluindo a eliminação das barreiras sociais” (A. Mendes et al., 2004). Relativamente à docência, está descrito no Perfil Profissional dos TF’s que “os terapeutas da fala devem (...) envolver-se na orientação / tutoria de estudantes durante os seus estudos teóricos e na supervisão da sua prática clínica”, devendo igualmente “(...) contribuir para o desenvolvimento da profissão partilhando os seus conhecimentos e competências através de publicações, da participação em reuniões e cursos, e pelo ensino” (CPLOL, 1997). O desempenho de outros papéis no meio social é igualmente uma forma dos TF’s desenvolverem os conhecimentos da profissão e partilharem as suas experiências (APTF, 1999).

Entidades a nível mundial (ex: *International Association of Logopedics and Phoniatrics* – IALP e *American Speech-Language and Hearing Association* – ASHA), europeu (ex: Comité Permanente de Ligação dos Terapeutas da Fala da União Europeia / *Stanting Liaison Committee of Speech and Language Therapists* / *Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de L’Union Européenne* – CPLOL e o projeto *Thematic Network “Speech Communication Sciences”*, no âmbito do Programa SOCRATES / ERASMUS da Comissão Europeia), e nacional (Associação Portuguesa dos Terapeutas da Fala - APTF), entidade criada a 11 de maio de 1978, a qual representa e autorregula os TF’s, são

consensuais ao afirmar que “a Terapia da Fala tem tido um grande progresso e desenvolvimento como uma disciplina académica independente e amadurecida, com uma base de pesquisa científica segura e consistente, e com a perspetiva de continuar este desenvolvimento” (APTF, 2004). No percurso comum da profissão a nível europeu, o CPLOL elaborou dois documentos de importância fundamental: o já referido Perfil Profissional do Terapeuta da Fala da União Europeia (CPLOL, 1997) e o Código de Ética e de Conduta Profissional da União Europeia (CPLOL, 1993), cuja tradução para Língua Portuguesa resultou no Código Ético e Deontológico do Terapeuta da Fala (APTF, 1999). No primeiro, são apresentados os aspetos que definem o TF, descrevendo as áreas, os múltiplos papéis e competências que o profissionalismo concede à sua prática. Por seu turno, o segundo documento reúne premissas que fundamentam e orientam um exercício profissional eticamente responsável para si próprio, para com os clientes, colegas e público em geral.

O ano de 1966 marca o término da formação dos três primeiros TF's portugueses, na Escola de Reabilitação do Alcoitão, cuja criação é oficializada em 1966, através da portaria 22 034 de 4 de junho. Quarenta e sete anos depois, existem dez Escolas Superiores de Saúde, de Norte a Sul, em que o funcionamento da Licenciatura em Terapia da Fala está autorizado. Do currículo nacional mínimo para a formação dos TF's constam áreas de: i) Ciências de Base (15%) e ii) Ciências da área Científica (27%), ambas abrangendo conteúdos das Ciências Biomédicas, do Comportamento e da Linguagem; iii) Ciências da Especialidade (45%), englobando conteúdos da Comunicação, Linguagem e Fala, Deglutição, Ética e deontologia profissional, Investigação e Educação Clínica; iv) Áreas complementares (5%) e v) Opcionais (8%) (A. Mendes et al., 2004). Dentre as enunciadas destaca-se a área da Educação Clínica, na qual ocorrem “estágios de aprendizagem supervisionados por terapeutas da fala licenciados e credenciados” em vários contextos e áreas de intervenção, como preferencial e de maior riqueza para o seu crescimento enquanto futuro técnico (A. Mendes et al., 2004). No decorrer da sua formação de base os alunos têm oportunidade de desenvolver competências profissionais, nomeadamente competências instrumentais (ex: justificar, planear e implementar a terapia apropriada a cada caso) e de trabalho em equipa, a par de competências pessoais e de relação com o outro, como sejam as interpessoais (ex: demonstrar capacidades de trabalho em grupo) e sistémicas (ex: assumir um nível apropriado de responsabilidade nas ações profissionais e clínicas) (A. Mendes et al., 2004). Pese embora o exposto, a maioria da educação no ensino superior ainda se caracteriza pelo reduzido equilíbrio entre a carga horária teórica e prática (Bydlowski et al., 2004; Casanova et al., 2010; Lemos & Bazzo, 2010) e por ser demasiado especializada e tecnicista, na qual os profissionais permanecem muito orientados pelo modelo biomédico, curativo e imediato

(R. Costa & Rodrigues, 2010). Mais se acresce que a reduzida curiosidade por áreas diferentes e menos conhecidas torna ambíguas quais as bases teóricas, indicadores e as competências a desenvolver e como o fazer (Filho et al., 2008). Nesta lógica, a inserção de disciplinas de saúde coletiva / pública nos currículos dos cursos da saúde, bem como de estudos sobre as ciências humanas e sociais, foi durante muito tempo vista como uma estratégia para a mudança nas práticas dos profissionais. Todavia, tem-se verificado a sua ineficácia, dado os alunos não valorizarem essas disciplinas, pela forma distante da realidade concreta como são lecionadas (Vasconcelos, 2006). Não se garante, portanto, que a simples oferta dessas disciplinas permita a sua contextualização (Barreto & Castro, 2011; Maia et al., 2006).

Após o término do 1º ciclo da licenciatura, o TF deve possuir “conhecimentos aprofundados dos vários domínios de intervenção, e não apenas um conhecimento generalista”, recomendando-se em formação posterior a especialização numa determinada área (A. Mendes et al., 2004). De acordo com o Perfil Profissional, os TF’s devem “aumentar o seu conhecimento e competências pessoais através da formação contínua (CPLOL, 1997)”, de forma a melhor prestar serviços a quem a eles recorre (APTF, 1999). Sendo uma necessidade que parte da experiência profissional, a formação contínua traduz-se num compromisso para com a vida, contemplando uma “formação formativa”, que qualifica o profissional enquanto sujeito e o desenvolve enquanto indivíduo (Zabalza, 2004).

A Educação para a Saúde

Considerando que “a Terapia da Fala combina o conhecimento científico e as competências clínicas, de forma a conseguir a melhor gestão possível da situação clínica e pedagógica dos seus clientes” (APTF, 2004), o TF revela-se como um elemento crucial, na promoção de “práticas de um estilo de vida saudável” e consequente melhoria da “qualidade de vida dos utentes” (A. Mendes et al., 2004). Para tal, deve desenvolver ações de “educação para a saúde em áreas relacionadas com a comunicação, a audição, a deglutição ou outras funções relacionadas” e em “todas as componentes e fatores identificados pela Organização Mundial de Saúde (2000)”, incluídos no “âmbito da prática em Terapia da Fala”, procurando ser generalista e não especialista numa área (Befi, 1997). Sublinha-se que, se as alterações na fala, linguagem e comunicação se traduzem em sofrimento, perda ou insucesso na comunicação humana, condicionando a interação social (M. Pereira, 1999), será também afetado o processo de apropriação da cultura envolvente, o acesso a conhecimento histórico e a possibilidade de contribuir para a transformação do mundo (Fernandes & Cintra, 2010).

Dada as suas múltiplas áreas de atuação, observa-se que as ações mais frequentes de EpS pelo TF relacionam-se com as seguintes: motricidade e sensibilidade oro-facial, pelo consequente benefício das estruturas oro-faciais (face, lábios, mandíbula, língua, palato mole e duro) e funções estomatognatas (sucção, mastigação, deglutição, respiração e fala) (C. Oliveira, Vasconcelos, & Rodrigues, 2010); linguagem oral e escrita e competência comunicativa, incluindo as capacidades auditivas (Santana, Brandão, Goulart, & Chiari, 2009), dada a sua relevância no decorrer de toda a vivência do indivíduo (Penteado & Servilha, 2004); a par da manutenção da saúde vocal e oral, como condições integrantes de uma adequada saúde (Bitar, 1997; Penteado & Servilha, 2004; Santana et al., 2009).

Mais do que técnico, é-lhe reservado um lugar na educação da criança, jovem, adulto, idoso com quem intervém, mas também com suas famílias, cuidadores e demais intervenientes dos seus contextos locais e globais que estimulem a “educação, saúde e participação social” (R. Silva & Araújo, 2007). Embora seja uma conceção vincadamente associada ao modelo tradicional, importa que se desmitifique que o profissional irá curar o cliente sozinho, reforçando a indispensabilidade do envolvimento e participação dos elementos dos vários contextos nos diversos momentos interventivos (Delgado, Cesar, Gomes, & Carvalho, 1997). A propósito dos tipos de equipas com os quais o TF trabalha, destacam-se os inerentes aos campos da Saúde e da Educação. No primeiro caso, os seus parceiros profissionais são médicos (ex: pediatras, otorrinolaringologistas, neurologistas), fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos e outros e, no segundo caso, são educadores e professores (A. Mendes et al., 2004). A título de exemplo, sabe-se que, numa fase preventiva, o esclarecimento sobre desenvolvimento da linguagem pode reduzir a sinalização errónea de casos para o TF (R. Freire, 1992).

A saúde e a educação assumem-se como inseparáveis e interdependentes, pois, para se ter educação, precisa-se da saúde, da mesma forma que a saúde só é alcançável quando se tem uma boa educação (Rodríguez, Kolling, & Mesquida, 2007), a qual se dá ao longo de toda a vida, de múltiplos modos e em diferentes contextos (Brandão, 1995). Sendo útil que o TF esteja consciente do seu contributo para a coletividade e não apenas para indivíduos ou grupos isolados (Lipay & Almedia, 2007), importa que este profissional esclareça o seu papel de facilitador que auxilia o cliente a gradualmente autoresponsabilizar-se pela mudança na sua vida (Wuhlisch & Pascoe, 2011), em prol de uma maior humanização das relações (Ceccim & Feuerwerker, 2004).

Métodos

Esta seção pretende elucidar o leitor do percurso metodológico realizado. Serão apresentados três pontos principais: i) da problemática às questões de investigação, onde é reforçado o interesse pelo tema, definido o objetivo do estudo e apresentadas as questões de investigação; ii) os sujeitos participantes no estudo, em que é apresentado o processo de seleção dos participantes, a par de uma breve caracterização dos mesmos; e iii) o paradigma qualitativo de investigação, no qual é abordado o tipo de estudo, bem como os métodos de recolha e análise de dados.

Da problemática às questões de investigação

Segundo Fortin (1999: p.48), “qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é, que causa um mal-estar, uma irritação, uma inquietação, e que, por consequência, exige uma explicação, ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado”. Considerando o leque alargado de profissionais que hoje se assume enquanto agente ativo nas ações em saúde, o terapeuta da fala (TF), dada a sua formação de base nas áreas da comunicação e alimentação e intervenção aplicável a todo o ciclo de vida da população, surge como um dos profissionais em questão. Por outro lado, as dificuldades sentidas pela investigadora, aquando da sua prática profissional, motivou-a a perceber se na formação de base dos Terapeutas da Fala (TF's) e no decorrer da sua experiência profissional é incentivada a prática de uma intervenção conjunta que permita ao cliente a aquisição, manutenção e/ou melhoria do seu estilo de vida, constituindo a Educação para a Saúde (EpS) uma estratégia para tal. Foi, então, possível a partir do enunciado estabelecer o objetivo do estudo e as questões de investigação, os quais permitem estabelecer a ponte entre o problema de investigação e o percurso realizado para lhe dar resposta. Ainda na perspetiva de Fortin (1999:p.100), o objetivo de um estudo consiste num “enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação (...), especifica as variáveis chave, a população-alvo, e o contexto do estudo”. Assim, o **objetivo deste estudo** é analisar o trabalho de EpS desenvolvido em Portugal por TF's, explorando a intervenção indireta realizada. Partindo do objetivo exposto surgiram questões orientadoras da investigação, à luz das quais será realizada a apresentação e discussão dos resultados obtidos (Talbot, 1995). A mesma autora refere que “a questão de investigação é um enunciado interrogativo, escrito no presente, que habitualmente inclui uma ou duas variáveis, e a população a estudar. Ela precisa as variáveis que serão descritas e as relações que possam existir entre elas” (*ibidem*: p.101). Sendo mais precisas que o objetivo de onde decorrem, a forma como as questões de investigação são colocadas será

determinante para a seleção dos métodos utilizados para obter uma resposta. Desta forma, foram elaboradas as seguintes **questões de investigação**:

- 1) Como se caracteriza a formação dos TF's no que se refere a EpS?
- 2) Que ações são desenvolvidas pelos TF's que podem identificar-se enquanto EpS?
- 3) Os TF's identificam essas ações enquanto EpS?

Os sujeitos participantes no estudo

Considerando a multiplicidade e heterogeneidade de TF's a exercer a profissão em Portugal, foi necessário definir critérios que permitissem obter os dados que se pretendia recolher. Foram estabelecidos critérios aplicáveis à formação de base (critérios a, b e c) e à experiência profissional (critérios a e d). Partindo do pressuposto de que algum tempo de permanência no mesmo contexto laboral permite, entre outros, a consolidação do trabalho em equipa, o reconhecimento do profissional perante esta, os seus responsáveis, clientes e famílias e a sensibilização e aceitação da comunidade local para colaborar em iniciativas mais abrangentes, foi necessário estabelecer um período mínimo para que o supracitado pudesse ocorrer.

Foram definidos os seguintes **critérios de inclusão**:

- a) Ser Terapeuta da Fala;
- b) Ter estudado numa das dez escolas portuguesas onde o curso de Terapia da Fala é lecionado;
- c) Possuir 4 anos de formação base;
- d) Exercer a profissão no mesmo contexto (instituição, serviço e equipa) há pelo menos 3 anos.

Inicialmente foi definido um conjunto de 10 participantes que cumprissem os critérios em questão. Procedeu-se à divulgação e contextualização do estudo pessoalmente, via *e-mail* e redes sociais (como *Facebook* e *Linkedin*) (ver Apêndice 1), aguardando resposta de potenciais interessados durante o mês de outubro de 2012. Obteve-se um total de 24 participantes. Dado tratar-se de uma investigação qualitativa, a qual mais à frente será descrita com maior pormenor, é dada especial importância ao saber e à experiência dos participantes, optando-se por questionar se os dados obtidos serão válidos e completos, em detrimento de averiguar se a amostra será representativa da população donde provêm (Fortin, 1999).

Com o intuito de **caracterizar os sujeitos participantes no estudo** focaram-se dois aspetos, tal como figura no Quadro 1: formações após licenciatura e anos de experiência (ver Apêndice 2). Relativamente ao primeiro aspeto, ao nível de: mestrado verifica-se que 12

fizeram, 10 não e 2 encontram-se a fazer; pós-graduação verifica-se que 10 não fizeram, 7 sim e igual valor encontra-se a fazer; doutoramento, verifica-se que 16 não fizeram, 7 encontram-se a fazer e 1 já fez. Quanto aos anos de experiência, 12 têm entre 6-10anos, 5 entre 0-5anos, 4 entre 11-20A e 3 mais de 21anos.

Participantes	Formações após licenciatura			Anos de experiência (A)			
	Pós-graduação	Mestrado	Doutoramento	0-5A	6-10A	11-20A	>21A
1	Em realização	Não	Não		x		

Quadro 1 – Exemplo da caracterização dos sujeitos participantes no estudo

Paradigma qualitativo de investigação

Considerando que investigar traduz-se na capacidade de conceber e colocar em prática um dispositivo explicativo do real, será previsível que o nível de conhecimentos no domínio em estudo determine a escolha do tipo de investigação (Quivy & Campenhoudt, 1995). Desta forma, as questões de investigação anteriormente apresentadas direcionam-se para a exploração e descrição de um determinado fenómeno: a análise do trabalho de EpS desenvolvido em Portugal por TF's, explorando a intervenção indireta realizada, de acordo com o ponto de vista dos mesmos. Ao tipo de abordagem em questão está inerente a **metodologia qualitativa de investigação**, uma vez que os participantes do estudo têm a experiência do fenómeno referido, possuindo saber pertinente ou partilhando a mesma cultura. Salientam-se os outros argumentos que sustentaram a opção por este tipo de metodologia:

- a) a fonte direta de dados é o ambiente natural;
- b) os dados recolhidos são qualitativos, ou seja, em forma de palavras ou imagens e não de números (neste caso os números apenas servem para ordenar as palavras de acordo com a sua importância para os participantes);
- c) o investigador é o instrumento principal, o qual se interessa mais pelo processo do que pelos resultados obtidos, analisando os dados de forma indutiva, ou seja, as abstrações vão sendo construídas à medida que os dados particulares se vão agrupando;

- d) o significado resultante da compreensão dos comportamentos na perspetiva dos participantes constitui a essência desta metodologia (Bogdan & Biklen, 1994).

Salvaguarda-se que, constituindo a descrição e análise de experiências complexas o foco deste tipo de investigação, poderão emergir pontos de vista díspares e habitualmente desconhecidos (Tuckman, 2000). Estes serão respondidos pela investigadora através de uma atitude flexível e adaptável, procedendo a reformulações do conhecimento inicial à medida que a investigação evolui. Clarifica-se que a qualidade e a utilidade da investigação não estão relacionadas com a sua capacidade de ser reproduzida, mas antes com o valor dos significados obtidos. Uma vez que os conhecimentos existentes em relação ao fenómeno em estudo são reduzidos, assim como a bibliografia existente sobre o mesmo é escassa, a escolha recaiu sobre o **estudo exploratório**. Parte-se para a investigação com uma postura de descoberta, na qual a investigadora se tenta aproximar da experiência vivida pelos participantes, com o intuito de descrevê-la de acordo com as suas palavras, explicitá-la e comunicá-la da forma mais fiel possível (Benner, 1994). Reportando ao fenómeno alvo do estudo, a análise do trabalho de EpS desenvolvido pelos participantes, será constituída pelas perceções que os mesmos têm sobre a intervenção desenvolvida com o cliente e contexto envolvente, bem como pelos principais elementos que as agilizam e dificultam. Relativamente à validade e rigor científico deste tipo de estudo, a crítica, muitas vezes, recai sobre o pequeno tamanho das amostras e à sua não representatividade, à falta de fidelidade e à pouca validade dos dados. Particularizando a validade interna, entendida como a capacidade do estudo realmente responder às questões propostas inicialmente, nestes estudos ela é demonstrada pela intensidade da análise feita do fenómeno, pelas múltiplas observações e pela construção das explicações (Fortin, 1999). Considerando o exposto, salienta-se que a riqueza deste tipo de estudo e de investigação irá refletir-se em importantes contributos para uma melhor definição do trabalho dos TF's em EpS.

Método de recolha de dados

Os dados foram recolhidos através da realização de **entrevistas semiestruturadas**. Trata-se de um método muito utilizado em estudos exploratórios, no qual se estabelece um modo particular de comunicação verbal entre investigador e participantes, a fim de se obter dados referentes às questões de investigação formuladas (Fortin, 1999). A entrevista semiestruturada demonstra ser um instrumento útil para:

- a) abordar tópicos sensíveis ou mais complexos (como valores, opiniões pessoais);
- b) aumentar a taxa de respostas nas perguntas abertas (caracterização de conceitos, exemplificação de ações);
- c) comparar respostas entre os participantes do mesmo estudo;

- d) melhorar a validade das respostas, dado que a investigadora pode clarificar as questões e as respostas no momento com os participantes (Fortin, 1999; Parahoo, 2006).

Por seu turno, assumem-se como principais desvantagens o tempo (considerando a existência de perguntas abertas respondidas de forma mais expansiva) e os custos (deslocação ao local onde se encontram os participantes) associados à realização da entrevista, para além do dispêndio acrescido de tempo e energia necessários para codificar e analisar os dados complexos (Fortin, 1999). De forma a assegurar que as perguntas fossem bem compreendidas e as respostas correspondessem, de facto, às informações procuradas, foi útil serem testadas pela investigadora numa fase inicial. Com este propósito, o guião da entrevista foi pilotado num estudo anterior (Domingues, 2012), encontrando-se em Apêndice (ver Apêndice 3) a versão reformulada. O guião foi organizado nos seguintes tópicos principais: i) Profissão: Terapia da Fala (subdividindo-se em Formação académica e Formação profissional); ii) Contexto: Saúde; e iii) Responsabilidade: Educação para a saúde no contexto da Intervenção indireta. Chama-se a atenção para a importância do consentimento informado, dado que aos participantes é reservado o direito de serem informados, de forma completa e transparente, a respeito da natureza e das consequências da investigação da qual participam, condição indispensável para participarem de forma voluntária; da privacidade e confidencialidade, em que os códigos de ética insistem nas salvaguardas para proteger as identidades das pessoas e dos locais de pesquisa, havendo somente exposição pública sob a proteção do anonimato (Fortin, 1999). Após assinatura do consentimento informado por parte dos participantes (ver Apêndice 4), as entrevistas foram gravadas em formato áudio, através do gravador digital de voz da marca *Philips: Voice Tracer* gravador digital LFH0622. As datas e locais de cada entrevista foram previamente acordadas com os participantes, tendo estas decorrido entre 20 de outubro e 12 de dezembro de 2012, nos distritos de Braga, Porto, Coimbra, Lisboa e Setúbal.

Após recolhidas, as entrevistas foram numeradas à medida que iam sendo integralmente transcritas (ver Apêndice 5). Posteriormente, foram devolvidas aos participantes (via *email*), para que, caso considerassem pertinente, procedessem a alguma alteração que os deixasse mais confortáveis perante a transcrição feita.

Método de análise de dados

A análise de dados consiste no processo durante o qual se busca e organiza de forma sistemática as transcrições feitas, possibilitando uma melhor compreensão das mesmas e posterior apresentação aos outros (Bogdan & Biklen, 1994). Considerando o objetivo e as questões de investigação do estudo, e dado tratar-se de uma metodologia qualitativa de

investigação, concretizada através de um estudo exploratório no qual foram feitas entrevistas semiestruturadas, considera-se a **análise de conteúdo** (Bardin, 2011) o método de análise mais adequado. Atualmente, esta é uma das técnicas mais comumente utilizadas na análise de dados em ciências sociais e humanas, constituindo uma das técnicas de eleição para a análise de dados qualitativos. A informação inerente à análise foi organizada em temas, categorias, subcategorias (ver Apêndice 6).

De forma a facilitar a análise, recorreu-se ao programa *Weft QDA* versão 1.0.1 (ver Apêndice 7), organizando os dados:

- 1) Em primeiro lugar, na matriz de análise de conteúdo, por número da entrevista, excerto da mesma, subcategoria, categoria e tema, conforme o Quadro 2 (ver Apêndice 8):

N.º da entrevista	Excerto	Subcategoria	Categoria	Tema
Entrevista 1 [152-422]	Não posso dizer que foi por vocação, porque eu queria Fisioterapia mas acabei por entrar em terapia da fala...e depois no primeiro ano do curso gostei tanto das cadeiras que foram lecionadas que decidi enveredar pela terapia da fala. Mas não foi a minha primeira escolha.	Opção a outros cursos	Justificação da escolha do curso	Formação de base

Quadro 2 – Exemplo da matriz de análise de conteúdo

- 1) Em segundo lugar, na matriz de sistematização de dados, por indicadores, exemplos, número da entrevista e total de ocorrências, de acordo com o Quadro 3 (ver Apêndice 9):

Tema: Formação de base Categoria: Justificação da escolha do curso Subcategoria: Opção a outros cursos			
Indicadores	Exemplos	Número da entrevista	Total de ocorrências
Fisioterapia	“eu queria Fisioterapia mas acabei por entrar em terapia da fala”	1, 13, 9	3

Quadro 3 – Exemplo da matriz de sistematização de dados

- 2) Por fim, na matriz de frequência de dados, por indicadores e total de ocorrências, como demonstrado no Quadro 4 (ver Apêndice 10):

Tema: Formação de base Categoria: Justificação da escolha do curso Subcategoria: Opção a outros cursos	
Indicadores	Total de ocorrências
Fisioterapia	3

Quadro 4 – Exemplo da matriz de frequência de dados

Considerando o exposto, reforça-se que o objetivo e as questões de investigação do estudo, relacionados com a prática dos TF's em EpS, justificaram a opção pela metodologia qualitativa, sob a forma de estudo exploratório. Recorreu-se a entrevistas semiestruturas, cujos dados foram alvo de análise de conteúdo. Os mesmos foram descritos recorrendo a exemplos que elucidam a descrição e a estatística descritiva sempre que se considerou relevante. Segue-se no próximo capítulo a apresentação dos dados.

Resultados

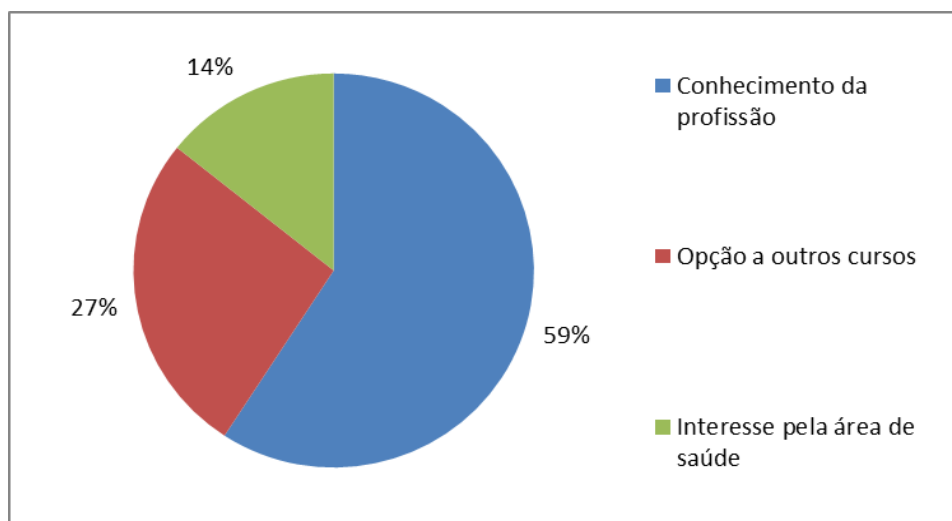
Após descrição do percurso metodológico tomado, importa apresentar os dados obtidos das entrevistas. Cada um dos temas será descrito em função das categorias que o compõem, sendo clarificada a informação mais relevante em gráficos. Remete-se o leitor para apêndice (ver Apêndice 10) para consulta mais detalhada dos dados.

Formação de base

Neste tema foram encontradas 2 categorias: 1) Justificação da escolha do curso e 2) Características do processo de formação.

Justificação da escolha do curso

Os participantes justificam a escolha de Terapia da Fala por, como se vê no Quadro 5: a) pelo c) conhecimento da profissão (finalidade, população alvo e áreas) (59%); por opção a outros cursos (ex: fisioterapia, medicina) (27%); e pelo b) interesse pela área de saúde (áreas em particular e saúde no geral) (14%).



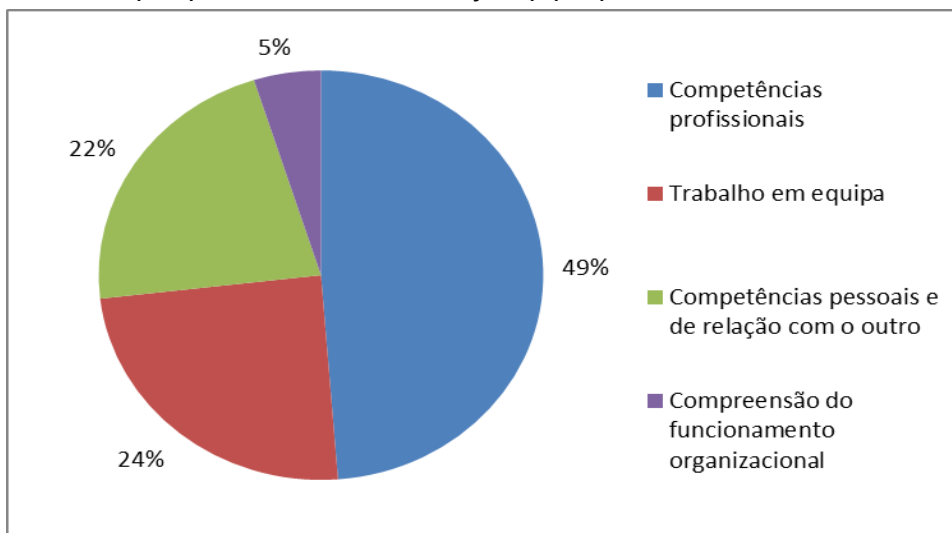
Quadro 5 – Justificação da escolha do curso

Características do processo de formação

Da formação de base dos participantes salientam-se os seguintes pontos: a) componentes de maior interesse; b) componentes de menor interesse; c) principais aprendizagens em estágio; d) considerações sobre a especialização; e e) formações em simultâneo.

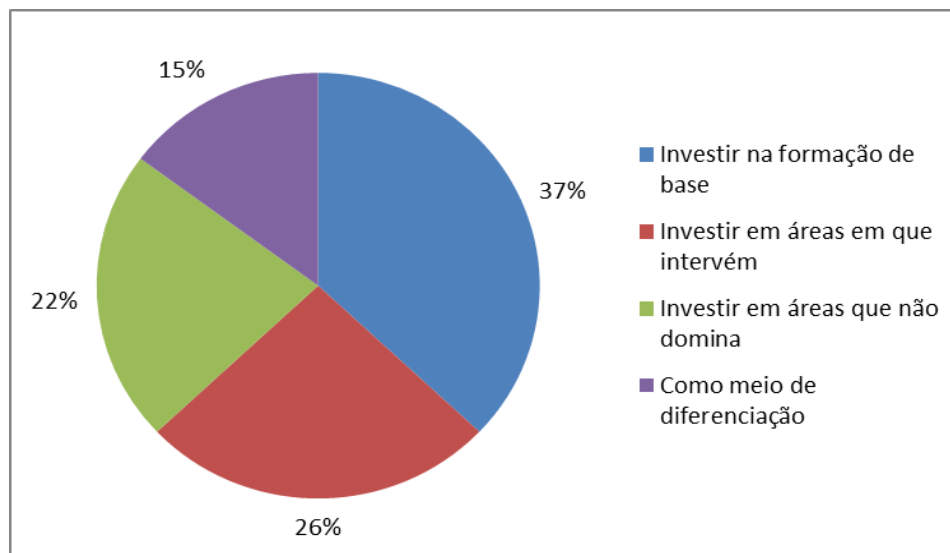
Os participantes referem as áreas da linguagem, voz, comunicação como alvo de maior interesse, enquanto as áreas da fluência, linguagem e deglutição reúnem menor interesse.

De acordo com o Quadro 6, as principais aprendizagens em estágio relacionam-se com: competências profissionais (ex: adequar-se ao contexto, construir a identidade) (49%); competências pessoais e de relação com o outro (ex: tolerância, respeito) (24%); trabalho em equipa (ex: outros profissionais, família) (22%); e compreensão do funcionamento organizacional (ex: processos nas instituições) (5%).



Quadro 6 - Principais aprendizagens em estágio

Embora reforcem o investimento na formação de base (37%), os participantes reconhecem a mais-valia da especialização em áreas em que intervêm (26%), que não dominam (22%) e como meio de diferenciação (15%), conforme demonstrado no Quadro 7:



Quadro 7 – Considerações sobre a especialização

As formações procuradas pelos participantes em simultâneo com a formação de base foram principalmente em terapia da fala (ex: comunicação) (69%) mas também noutras áreas (ex: cinema, coaching) (31%).

Em suma, verifica-se que o curso é escolhido prioritariamente por haver conhecimento da profissão, sendo valorizado no processo de formação o desenvolvimento de competências profissionais e considerando necessário o investimento em formação adicional que complemente a formação de base.

Experiência profissional

Neste tema foram encontradas 5 categorias: 1) Primeira experiência profissional, 2) Características da intervenção, 3) Docência, 4) Desempenho de outros papéis e 5) Caracterização.

Primeira experiência profissional

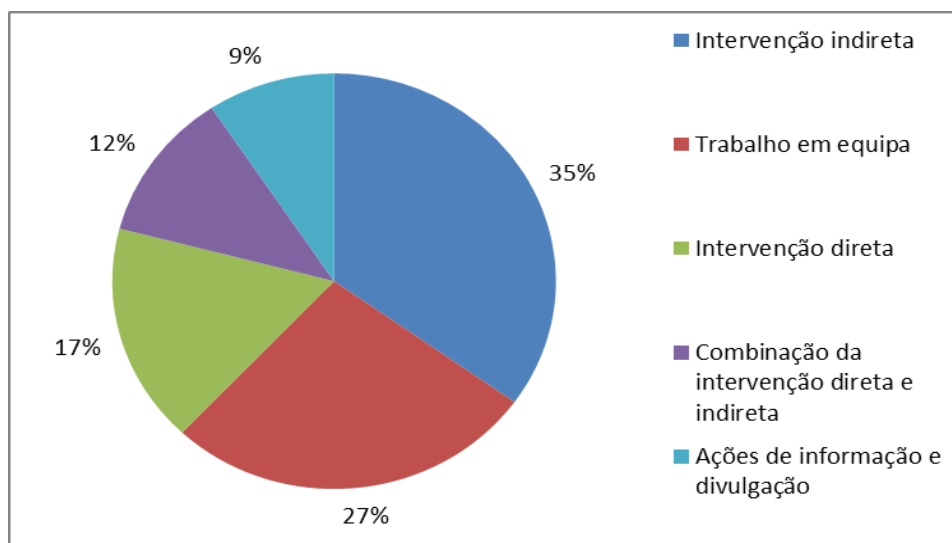
Os participantes fazem o balanço da experiência, equilibrando os aspetos positivos, como maior valorização da licenciatura, segurança e trabalho em equipa (54%), com as dificuldades encontradas, como colocar em prática a teoria, relacionar-se com outros profissionais e compreender o funcionamento organizacional (46%).

Características da intervenção

A atuação dos participantes é caracterizada de acordo com o a) contexto e b) tipos de intervenção.

Quanto ao contexto os participantes referem como população-alvo mais frequente aquela com perturbação / deficiência, crianças e adultos (48%); as áreas são diversas (ex: comunicação, interação, linguagem, fala, da motricidade e disfagia) (35%); e as instituições são hospitais, clínicas e escolas (17%). Já os tipos de intervenção descritos são os seguintes: intervenção indireta (ex: partilhar orientações / material escrito, participar em sessões conjuntas, reuniões, encaminhar / referenciar) (35%); trabalho em equipa (ex: partilhar material, reunir com outros profissionais) (27%); intervenção direta (ex: técnicas aplicadas ao cliente no gabinete, o que se espera do terapeuta da fala, avaliação) (17%); combinação da intervenção direta e indireta (12%); e ações de informação e divulgação (9%).

Apresenta-se o exposto no Quadro 8:



Quadro 8 – Tipos de intervenção

Docência

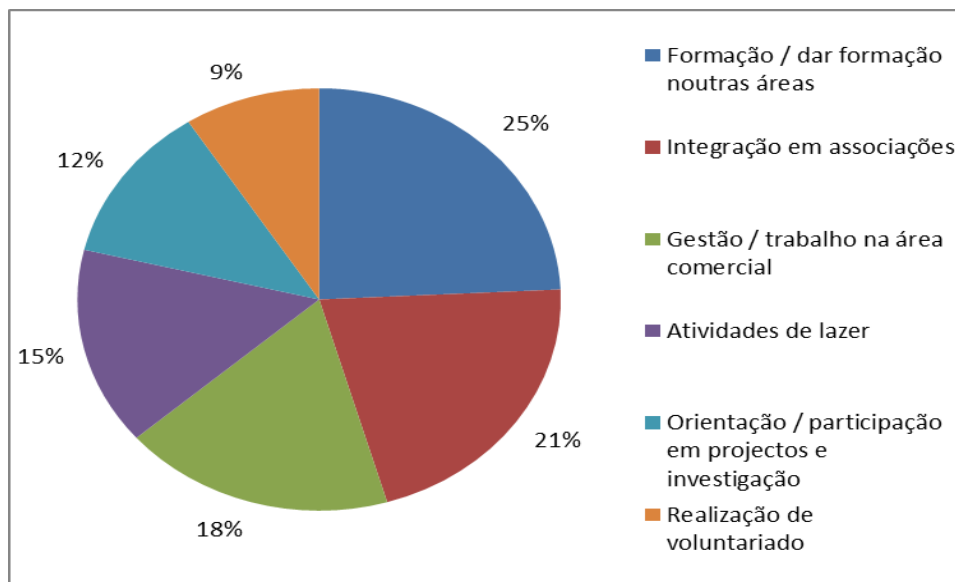
Na docência surgem duas funções: a) orientação de estágio e b) participação em aulas.

No decorrer da primeira os participantes percecionam o estagiário como inseguro, em ter dificuldade em adequar-se ao contexto e ter diferenças e lacunas de formação de base (35%). Enquanto orientadores as suas preocupações consistem em demonstrar a melhor intervenção, capacitar o estagiário, criar espaço de paridade, explicar e avaliar os estagiários (23%). Como benefícios os participantes referem a oportunidade para refletir, atualizar e contribuir para a formação do outro (22%), caracterizando, por isso, esta experiência de forma positiva (11%); já como dificuldades enunciam a necessidade de dedicação e tempo (9%).

Relativamente à participação em aulas os participantes retiram como benefícios a oportunidade para atualizar, confrontar a teoria e prática e contribuir para a formação do outro (42%), havendo a preocupação de, enquanto docentes, capacitarem o aluno e estruturarem a transmissão de conhecimentos (21%). Embora globalmente caracterizem esta experiência de forma positiva (16%), os participantes referem como dificuldades a necessidade de empenho e tempo, a par da insegurança (10%), sentimento também partilhado pelo aluno, e da necessidade da prática (11%).

Desempenho de outros papéis

Como meio de participação no meio social os participantes referem, conforme o Quadro 9: formação / dar formação noutras áreas (25%); integração em associações (21%); gestão / trabalho na área comercial (18%); atividades de lazer (15%); orientação / participação em projetos e investigação (12%); e realização de voluntariado (9%).



Quadro 9 – Participação no meio social

Caracterização

Os participantes recorrem a aspetos positivos (ser “dinâmico”, “proactivo”, entre outros) (85%) e negativos (ser “teimoso”, “desorganizado”, entre outros) (15%) para se caracterizarem, sublinhando como metas profissionais a criação de boas relações profissionais, o sentimento de realização, o investimento na formação e a contribuição para a (re)adaptação do cliente ao seu contexto real.

Conclui-se que os participantes enunciam aspetos positivos e dificuldades a respeito da sua primeira experiência profissional. Posteriormente têm atuado em contextos diversos, salientando-se a intervenção indireta e o trabalho em equipa como os tipos de intervenção mais frequentes. A maioria dos participantes caracteriza a docência de forma positiva, através da qual demonstram a melhor intervenção possível e capacitam o estagiário / aluno. Como benefícios destacam a oportunidade para se atualizar e contribuir para a formação do outro, referindo como principais dificuldades a necessidade de dedicação e de tempo. Os participantes interagem no meio social de diferentes formas, procurando sentir-se profissionais realizados no trabalho conjunto com o cliente e contexto envolvente.

Saúde

Neste tema foram encontradas 5 categorias: 1) Conceito de saúde, 2) Conceito de doença, 3) Perspetiva sobre Saúde Pública, 4) Ações de Saúde Pública e 5) O papel da formação.

Conceito de saúde

Desta categoria emergem 2 subcategorias: a) descrição do conceito e b) evolução do conceito.

Os participantes consideram o conceito de saúde em evolução, descrevendo-o como “bem-estar biopsicossocial”, “necessidade de todos” e “qualidade de vida”. Clarificam que a evolução do conceito refletiu-se na mudança de práticas, no foco no contexto e no funcional, na junção de saberes, no trabalho em equipa e na maior valorização do terapeuta da fala.

Conceito de doença

Desta categoria decorrem 2 subcategorias: a) descrição do conceito e b) evolução do conceito.

O conceito de doença é descrito pelos participantes como um “estado que pode ser transitório ou não de uma pessoa e, que (...) deve ser avaliado e deve dar-se a essa pessoa o melhor tratamento possível” e como “não ter qualidade de vida”. Encaram-no também em evolução, a qual se traduziu na melhor definição e maior diferenciação de doenças, na mudança do papel e maior recurso ao terapeuta da fala, no diagnóstico mais cedo e em pessoas mais novas e em mais meios de reabilitação.

Perspetiva sobre Saúde Pública

Os participantes descrevem a saúde pública (SP) como “aquilo que gera o bem-estar global da sociedade”, mas também como “problemas de saúde gerais de uma comunidade” e “todo e qualquer projeto, programa, intervenção que se faça a nível global, a nível da comunidade”. Como finalidade enquadram a prevenção, educação, (in)formação, divulgação, proporcionando-se “aos indivíduos que vivem num determinado contexto (...) melhores condições de vida e de promoção de uma boa saúde”.

Ações de Saúde Pública

Desta categoria emergem 8 subcategorias: a) prevenção da doença; b) promoção da saúde; c) educação para a saúde; d) responsabilidade das ações; e) população alvo; f) facilitadores; g) barreiras; e h) perceção do seu contributo.

Na Prevenção da doença (PD) os participantes incluem “Ações de divulgação da instituição”, “Rastreios”, “o que não se deve fazer e o que se deve fazer” (68%). A sua finalidade consiste em informar “sobre aspetos que promovem saúde” e educar a “população específica ou (...) em geral”, “sensibilizar”, intervir de forma precoce e divulgar (32%). Consideram a Prevenção primária como “conselhos a grávidas sobre posição de amamentação, uso da chupeta” (34%); a Prevenção secundária como “o indivíduo já teve

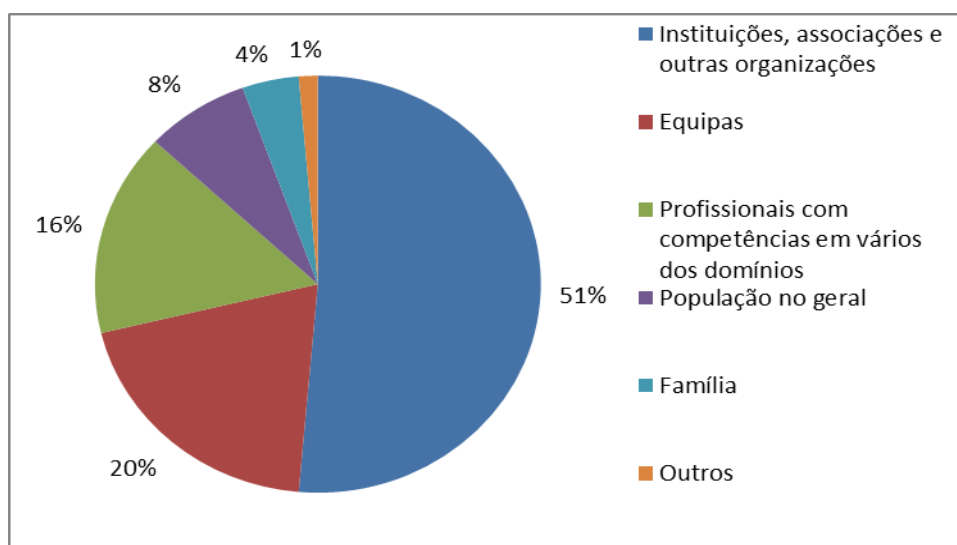
um AVC e vamos alterar a sua dieta, de modo a que ele não tenha um segundo AVC”, “rastrear”, “identificar grupos de risco” (33%); e a Prevenção terciária como “já temos um problema instalado e vamos trabalhar e intervir para minimizar as repercussões que aquele problema tem na vida da pessoa” (19%). Desta forma, os participantes constatarem que atualmente já há uma maior “aposta na prevenção em vez da reabilitação” (14%).

Por seu turno, entendem que a Promoção da Saúde (PS) tem como finalidade “[sensibilizar] para a necessidade de prevenção ou de educação para a saúde”, divulgar e “[promover] a modificação de comportamentos ou a promoção de hábitos saudáveis” (65%). Os participantes encaram-na como “o que temos que fazer para ter um corpo saudável”, “mais abrangente, envolve o contexto, envolve o indivíduo, envolve os interlocutores, envolve uma mudança comportamental”, podendo “ser [transversal] no tempo, ocorrer depois do aparecimento da doença” (35%).

Já a Educação para a saúde (EpS) pretende, no entender dos participantes, “preparar as pessoas para...a sua realidade, para a sua evolução enquanto seres humanos, enquanto problemas que podem ter, enquanto práticas saudáveis”, atualizar / modificar conhecimento e comportamentos, “educar as famílias, ou educar o próprio utente a ter aquela rotina, a ter aquele exercício a fazer diariamente ou semanalmente” (57%). Descrevem-na como a “aquisição de um determinado conjunto de conhecimentos e preocupações com as questões da saúde independentemente do nível e das áreas que as pessoas estejam a aprender”, “os cuidados básicos, em termos de higiene, em termos de alimentação (...) muito mais global, não pensando numa doença em específico”, sendo “mais transversal (...) [pode] já ocorrer depois do aparecimento da doença” (43%).

Como responsáveis pelas ações descritas os participantes referem os seguintes: i) Instituições, associações e outras organizações (ex: “Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala”, “Instituições de ensino superior”, Estruturas políticas, “Cuidados de saúde primários”, “Instituições Particulares de Solidariedade Social”, “Hospitais”, “Clínicas privadas”) (51%); ii) equipas (ex: “Multi, inter e transdisciplinares”) (20%); iii) profissionais com competências em vários domínios (ex: “Médico”, “enfermeiro”, “terapeuta da fala”, “professor”, “assistente social”) (16%); iv) população no geral, no fundo, “qualquer cidadão que saiba de algum tema, de alguma coisa em específico, seja um educador para a saúde” (8%); v) família (4%), entre outros (1%).

O supracitado surge no Quadro 10:

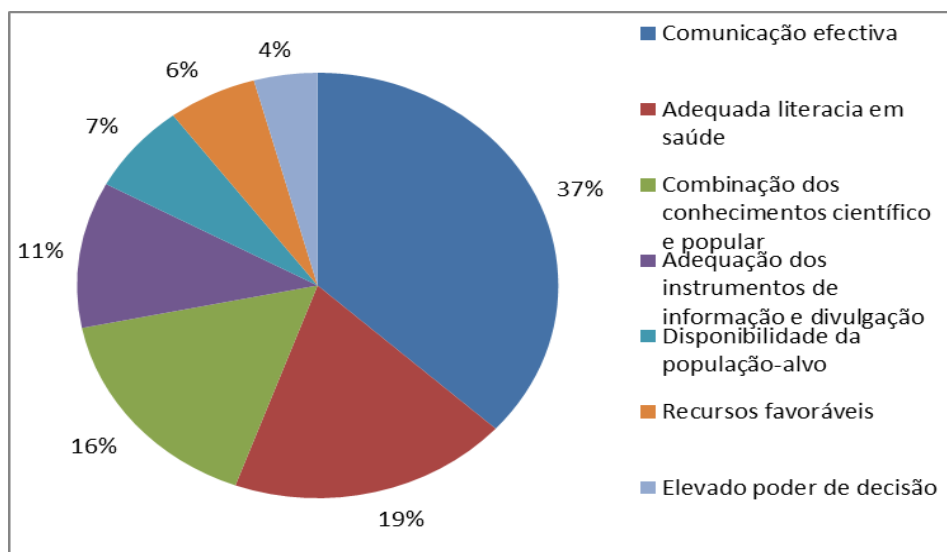


Quadro 10 – Responsabilidade das ações

Os participantes são unânimes ao afirmar que as ações em saúde destinam-se, de forma individual e em grupo, “a toda a gente, não só a pessoas com dificuldades, mas a saúde é de todos”, incluindo “os casos que não podem ser imediatamente acompanhados (...)”.

No que se refere a facilitadores, os participantes sublinham os seguintes: i) comunicação efetiva (ex: “uma comunicação que seja acessível a (...) toda a população”) (37%); ii) adequada literacia em saúde (ex: “Estarem informadas, estarem capazes de tomar decisões, saberem quais os sítios a procurar, saberem identificar precocemente as alterações”) (19%); iii) combinação dos conhecimentos científico e popular (ex: “a própria componente científica comprova que, de facto, o saber popular, às vezes, é certo”) (16%); iv) adequação dos instrumentos de informação e divulgação (“[a informação] está muito sistematizada em relação (...) a vários estados (...) de saúde ou de doença, (...) há vários suportes”) (11%); v) disponibilidade da população-alvo (ex: do querer aceitar, da curiosidade”) (7%); vi) recursos favoráveis (ex: desenvolver as ações “em contextos abertos e dizer em grande que é gratuito”, ter “uma boa equipa”) (6%); e vii) elevado poder de decisão (ex: para “implementar um programa será mais fácil [se for algo imposto a nível superior] do que começar de baixo para cima”) (4%).

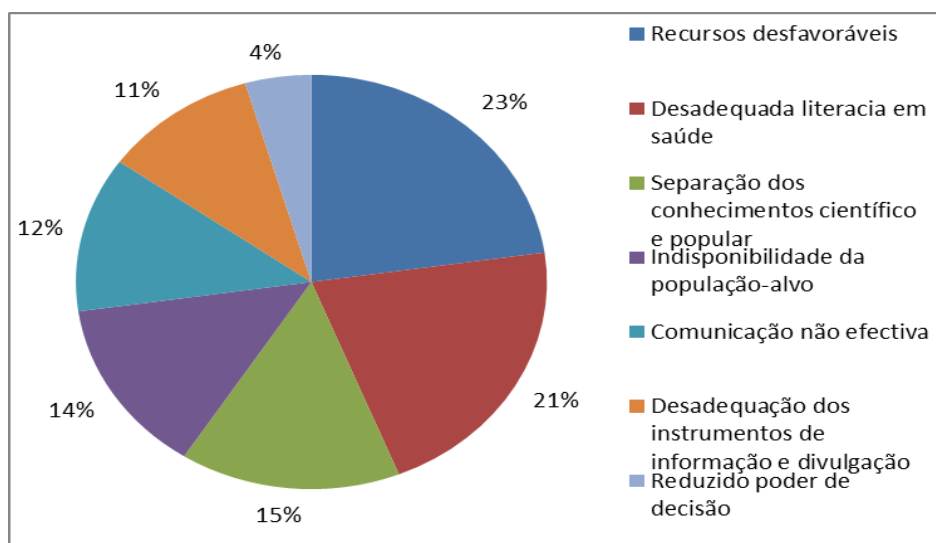
Os aspetos referidos encontram-se no Quadro 11:



Quadro 11 – Facilitadores

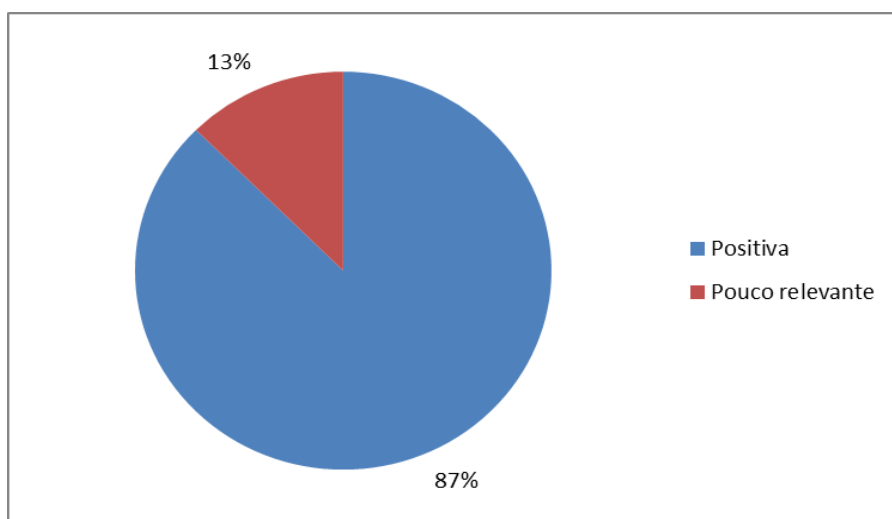
Já quanto às barreiras os participantes enunciam os seguintes: i) recursos desfavoráveis (ex: “não existe colaboração de alguma entidade, poderá ser colaboração monetária, (...) logística, (...) de motivação, (...) de espalhar a mensagem”) (23%); ii) desadequada literacia em saúde (ex: “temos uma população muito analfabeta ainda ou com um analfabetismo funcional, ou seja, têm baixo grau de escolaridade e nunca mais leram, nunca mais escreveram e, portanto, têm dificuldade em compreender determinadas coisas que, do meu ponto de vista, foram escritas de uma forma demasiadamente complexa”) (21%); iii) separação dos conhecimentos científico e popular; (ex: “quando pensamos em mezinhas caseiras, podem estar na base de não procurar o terapeuta da fala”) (15%); iv) indisponibilidade da população-alvo (ex: “por mais que a gente passe a informação, se a pessoa não estiver disponível ou se não...se acreditar naquilo que ela própria acredita e não aceitar outro tipo de informação, poderá ser obstáculo”) (14%); v) comunicação não efetiva (ex: “há muito pouco preocupação dos profissionais de saúde em explicarem à pessoa o que é que ela tem, o que é que pode esperar de nós, o que é que é possível pôr em prática e porquê”) (12%); vi) desadequação dos instrumentos de informação e divulgação (ex: “a informação [sobre saúde] está muito dispersa e as pessoas não sabem onde procurar informação. (...) É muito complicado uniformizar os termos em saúde ou os locais de acesso a informação”) (11%); e vii) reduzido poder de decisão (ex: “depende do sítio onde nós trabalharmos e da abertura da chefia perante esse tipo de ações, porque ainda continuam a valorizar o trabalho direto. Portanto, o tempo (...) que se gasta a fazer um panfleto, a escrever um artigo, uma informação para o jornal, às vezes, não é valorizado como trabalho”) (4%).

Segue o exposto no Quadro 12:



Quadro 12 – Barreiras

Conforme ilustra o Quadro 13, a maioria dos participantes (87%) assume de forma positiva a Percepção do seu contributo nas ações de SP, “quanto mais não seja por exercer a minha profissão enquanto profissional de saúde, tento fazer isso. (...) em vários momentos já participei em campanhas e divulgação e formação em que acabo por ter um papel aí”. Uma minoria (13%) apresenta uma percepção pouco relevante.



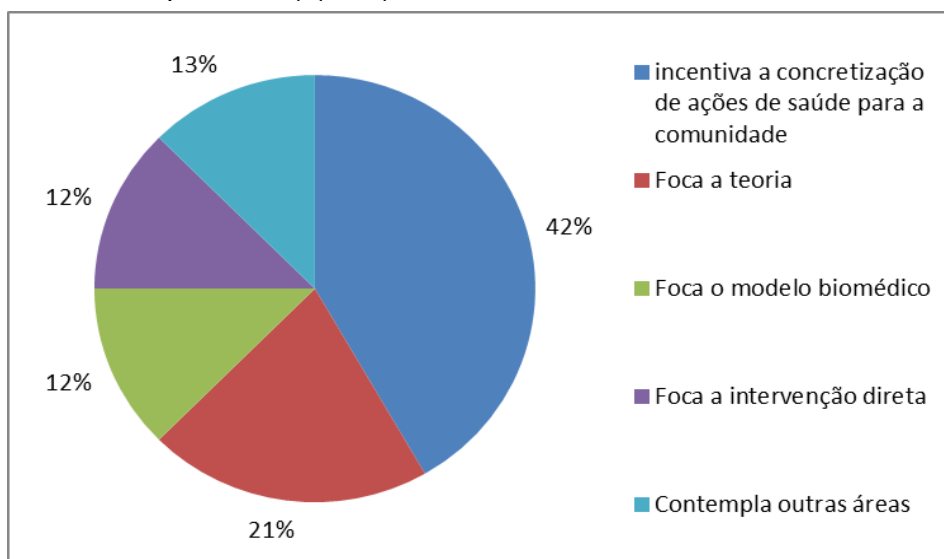
Quadro 13 – Percepção do seu contributo

O papel da formação

Desta categoria decorrem 2 subcategorias: a) formação de base e b) formação contínua.

Os participantes argumentam que, tal como se vê no Quadro 14, a formação de base: incentiva a concretização de ações de saúde para a comunidade (ex: “desde a parte académica. Eu acho que aí houve um trabalho importante, no sentido de nos fazerem ver a

importância do interlocutor, da informação que ele tem, da maneira como nós a fazemos chegar”) (42%); foca a teoria (ex: ainda há um fosso muito grande [na formação de base] entre teórico e as situações práticas, no terreno”) (21%); foca o modelo biomédico (ex: nos “currículos de qualquer escola, é praticamente uma proporção de dois terços de coisas de base biomédica para um terço de outras coisas de ciências sociais e humanas”) (12%); foca a intervenção direta (ex: “somos formados para a intervenção direta”) (12%); contempla outras áreas (ex: “a minha formação teve um pouco de tudo e teve um pouco da parte específica da minha profissão”) (13%).



Quadro 14 – Formação de base

A respeito da formação contínua os participantes destacam a sua importância para se “estar sempre atualizados para conseguir dar a melhor resposta possível”; “valorizar a componente do nosso trabalho nessa área [de educação para a saúde]”; e uniformizar vocabulário, “para podermos mais facilmente encontrarmos pessoas de outras áreas interessadas no mesmo, (...), para podermos desenvolver mais ações”.

Em síntese, os participantes veem a saúde enquanto bem-estar biopsicossocial, surgindo a doença quando a qualidade de vida está condicionada. A evolução de ambos os conceitos tem permitido a mudança de práticas, as quais se baseiam no diagnóstico mais precoce, na atuação no contexto e em equipa, evidenciando-se o maior recurso e valorização do TF. O exposto reflete-se ao nível da SP, na medida em que toda a população beneficia de uma melhor qualidade de vida. Por um lado, os participantes referem que a PD assenta naquilo que se deve ou não fazer para evitar algo, emergindo a prevenção primária, secundária e terciária, à medida que o foco passa da população para uma pessoa com uma condição particular e mais grave. Por outro, a PS visa incentivar a aquisição e manutenção de estilos

de vida saudáveis, possíveis através de uma adequada EpS, apelando a mudanças no contexto e transversais no tempo. Os participantes nomeiam as instituições e as equipas com profissionais de várias áreas enquanto principais responsáveis pelas ações em saúde, salvaguardando que, em última instância, as ações referidas podem ser realizadas pela população e a ela se destinarem. Se, dum lado, a comunicação efetiva constitui o principal facilitador das ações em saúde, do outro, surgem os recursos desfavoráveis enquanto fortes barreiras. Não obstante ao exposto, a maioria considera-se de contributo útil para a saúde pública. Os participantes salientam que a sua formação de base incentivou a concretização de ações em saúde para a comunidade, embora ainda apresente lacunas, reforçando a pertinência da formação contínua para, entre outras, valorizarem a EpS enquanto TF's.

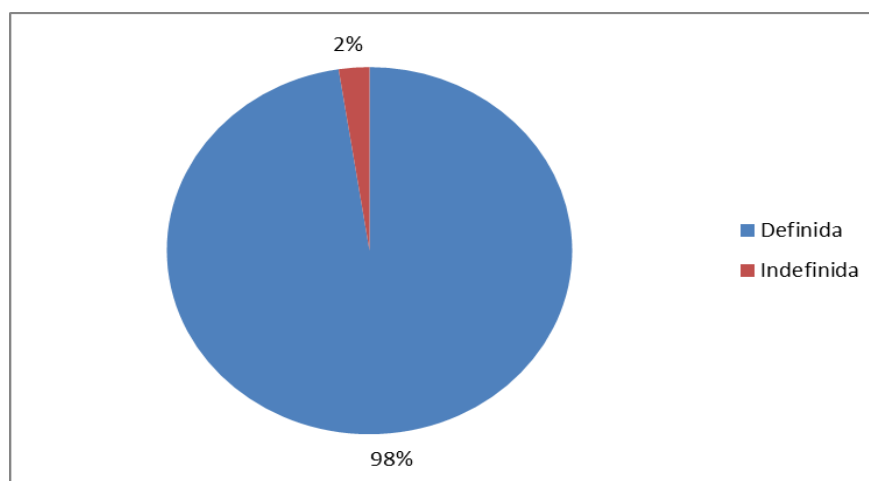
Intervenção indireta e Educação para a Saúde

Neste tema foi encontrada apenas a categoria 1) Perceções do profissional.

Perceções do profissional

Desta categoria emergem 6 subcategorias: a) relação entre Intervenção indireta e Educação para a saúde; b) posição quanto ao seu papel de educador para a saúde; c) situação atual; d) facilitadores da ação; e) condicionantes da ação; e f) investimento no futuro.

Quanto à relação entre Intervenção indireta e EpS, o Quadro 15 confirma que a maioria dos participantes (98%) apresenta uma posição definida, embora "(...) isso não me foi ensinado no curso, era intervenção direta e intervenção indireta, não foi colocada a situação de educação para a saúde (...). Eu acho que realmente faço muita (...) educação para a saúde". Apenas um entrevistado (2%) encara a relação enunciada de forma indefinida



Quadro 15 – Relação entre Intervenção indireta e Educação para a saúde

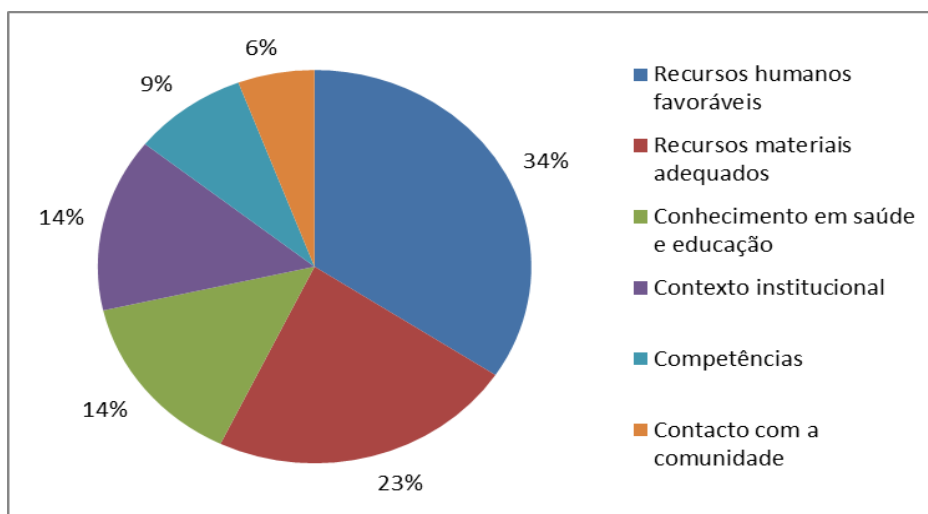
Não obstante ao exposto, todos os participantes assumem a posição quanto ao seu papel de educador para a saúde como fazendo parte do trabalho de TF, afirmando que “eu revejo-

me nesse papel [no de educador para a saúde]. Gosto desse papel e trabalho para essencialmente melhorar esse papel” e que “nós já o fazemos [educação para a saúde] mas não há nada, se calhar, escrito, feito...Acho que todos os Terapeutas da Fala acabam por fazê-lo sem pensar se é educação ou se é saúde”.

Perante a situação atual reforçam a existência de várias áreas de intervenção do TF em EpS, como, por exemplo, ao nível: do planeamento familiar (ex: “quando há alterações genéticas ou cromossómicas (...) pode haver alguma educação nesse sentido”); da saúde materna (ex: “da questão da preparação, os hábitos orais, a alimentação, a chupeta”); da saúde infantil (ex: “desenvolvimento normativo, procurar informar-se sobre isso, falar sobre, por exemplo, a importância da alimentação no desenvolvimento oral”); da saúde escolar (ex: prevenção de problemas de voz nas crianças, nos professores, alterações de leitura e escrita”); da saúde no adulto (ex: “hábitos de vida saudável, falar sobre comunicação, falar sobre as questões da voz, (...) da mastigação, (...) das alterações oro-faciais, a importância que têm no desenvolvimento de uma mastigação diversificada”; e da saúde no idoso (ex: “a importância do falar para manter as suas competências em termos do sistema estomatognático, da deglutição, da fonação”) (89%). Acrescentam, ainda, o seu contributo para o crescimento pessoal dos destinatários (ex: “um dos aspetos da educação é esclarecer, por isso...sejam eles que parâmetros sejam, sejam valores, sejam crenças”) (11%).

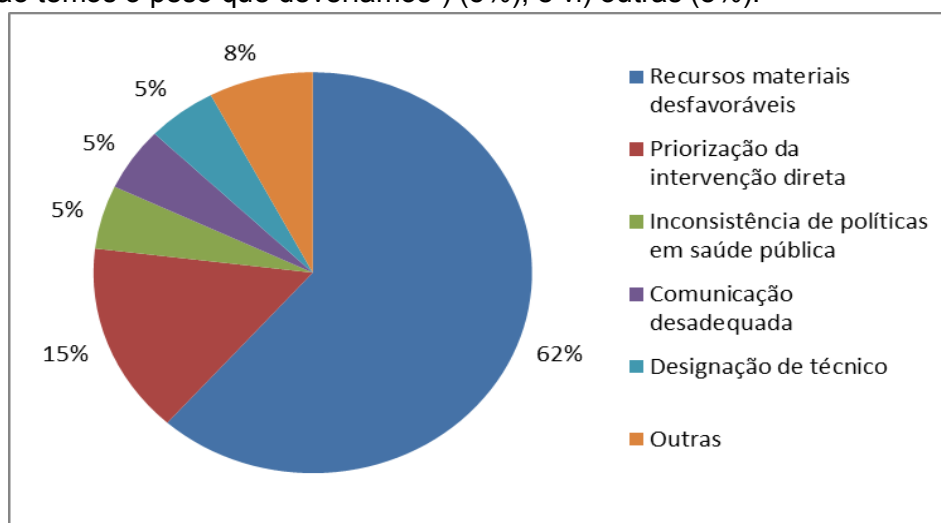
Os participantes elegem os seguintes facilitadores da ação: i) recursos humanos favoráveis (ex: ter “(...) [ao meu alcance] todos os meus pacientes e familiares, tenho os colegas de trabalho, do serviço e fora do serviço”) (34%); ii) recursos materiais adequados (ex: “a possibilidade de em termos logísticos, em termos de divulgação, em termos de informação”, “dinheiro”) (23%); iii) conhecimento em saúde e educação (ex: “Ser uma profissão abrangente em termos de faixas etárias e em termos de patologias”) (14%); iv) contexto institucional (ex: “o local onde a pessoa trabalha, a ligação a uma estrutura de saúde ou de educação é facilitador”) (14%); v) competências (ex: “Isso é o principal facilitador, sermos bons comunicadores”) (9%); vi) e contacto com a comunidade (ex: trabalhar para a comunidade e de estar junto da comunidade a trabalhar”) (6%).

O exposto figura no Quadro 16:



Quadro 16 – Facilitadores da ação

No decorrer da sua atuação os participantes constataam, conforme o Quadro 17, a existência das seguintes condicionantes da ação: i) recursos materiais desfavoráveis (ex: “a parte económica”, “o tempo”, “cedência de espaço”, “material”, “o trabalhar isolado”) (62%); ii) priorização da intervenção direta (ex: “valorização ainda do trabalho direto, [as chefias da instituição] ainda veem muito o terapeuta da fala para trabalhar com aquela pessoa e aquele trabalho é que é importante e é que é valorizado”) (15%); iii) inconsistência de políticas em saúde pública (ex: “a grande dificuldade está em manter este tipo de intervenção”) (5%); iv) comunicação desadequada (ex: “a dificuldade em desmembrar alguns termos técnicos, que não são de fácil compreensão à população”) (5%); v) a designação de técnico (ex: “um técnico ainda é visto como um técnico (...) ainda está mais abaixo (...) muitas vezes sinto que não temos o peso que deveríamos”) (5%); e vi) outras (8%).

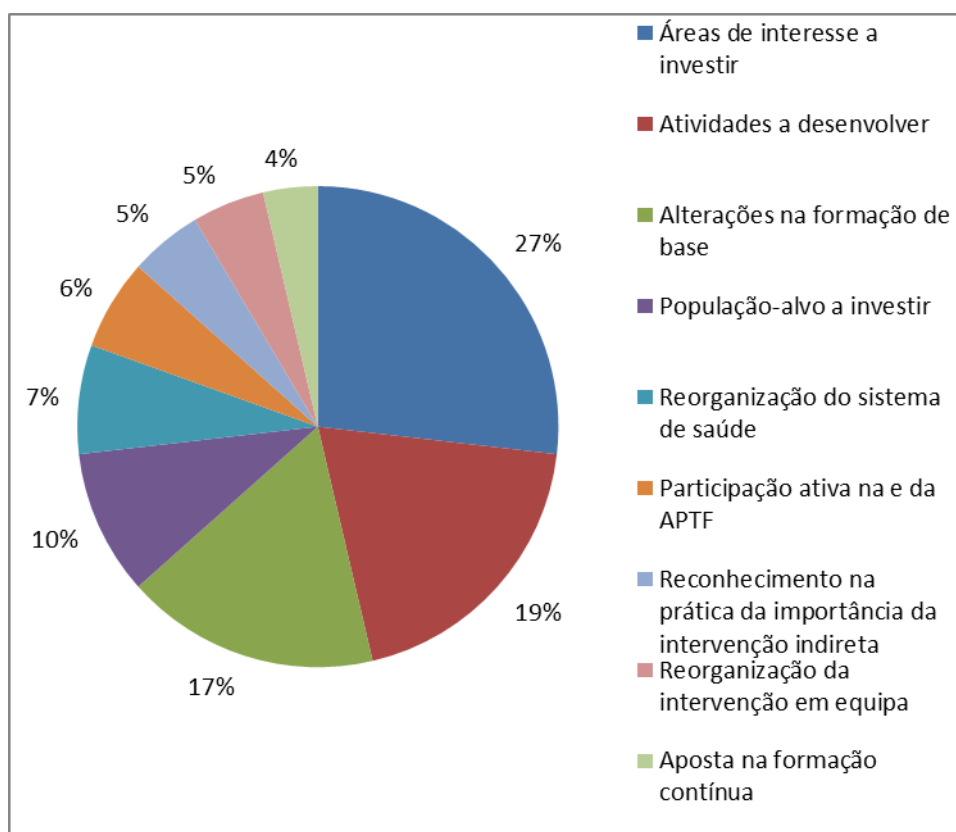


Quadro 17 – Condicionantes da ação

Por conseguinte, os participantes apontam aspetos alvo de Investimento futuro ao nível de:

- i) áreas de interesse a investir (ex: “em todas [as áreas] em geral, porque vejo que muitos dos profissionais que trabalham tanto a nível de saúde (...) como os outros a nível escolar noto que existe muita falta de informação sobre todos os aspetos que trabalha o terapeuta da fala”) (27%);
- ii) atividades a desenvolver (ex: “promover cada vez mais ações de sensibilização para a comunidade sobre todas as áreas do terapeuta da fala (...)”, “Existir mais troca de experiências entre escolas, entre técnicos, existirem mais estudos como este (...) e haver uma divulgação dos mesmos”, em “procurar as áreas menos exploradas e fazer projetos de investimento (...) apresentar às empresas”) (19%);
- iii) alterações na formação de base (ex: “aulas teórico-práticas e com (...) pequenos estágios integrados em instituições, cujos terapeutas tivessem muito essa atuação [com ações em saúde]”, de “(...) cadeiras que incluíssem educação para a saúde”) (17%);
- iv) população-alvo a investir (ex: idosos em que “mesmo o envelhecer bem já implica a existência do terapeuta da fala”) (10%);
- v) reorganização do sistema de saúde (ex: “na promoção para a saúde era haver logo articulação com os serviços. Isso era necessário que houvesse um mecanismo que funcione”) (7%);
- vi) participação ativa na e da APTF (ex: “[os estudantes e profissionais] pertencerem a uma estrutura que defenda a profissão”, “Se a nossa associação profissional tivesse um papel de regulação profissional (...) poderia definir as tais guidelines [para orientar a intervenção em saúde pública] de uma forma mais efetiva, e quem tivesse que exercer ter em atenção essas guideline, ou seja, seria uma coisa mais formal”) (6%);
- vii) reconhecimento na prática da importância da intervenção indireta (ex: “Eu dizia “Há todo um mundo para além do gabinete” e, às vezes, pode ter mais importância ainda do que aquilo que nós fazemos em sessão”) (5%);
- viii) reorganização da intervenção em equipa (ex: “devemos dar muita importância ao papel da família, ao papel dos outros profissionais (...) porque sem os outros nós não conseguimos nada”) (5%);
- e a ix) aposta na formação contínua (ex: “ao nível dos profissionais (...), além de terem uma atualização (...) dos seus conhecimentos sempre, terão de ter também um papel ativo na procura de lacunas (...) [de] informação (...), no sentido de tentar fazer alguma ação de sensibilização, tentar divulgar um pouco o papel do terapeuta da fala”) (4%).

Os aspetos em questão são apresentados no Quadro 18:



Quadro 18 – Investimento no futuro

Remata-se, afirmando que os participantes demonstram uma posição definida quanto à relação entre intervenção indireta e EpS, os quais assumem que o papel de educador para a saúde faz parte do seu trabalho. Consideram haver espaço em todas as áreas e faixas etárias inerentes à EpS para uma atuação sua, referindo como principais facilitadores os recursos humanos favoráveis e como elementos passíveis de dificultar os recursos materiais desfavoráveis. Como alvo de investimento futuro os participantes avançam várias áreas, atividades e tipos de população, reiterando a relevância do papel da formação e do reconhecimento na prática da importância da intervenção indireta.

Discussão

Após apresentação dos dados, importa comentá-los segundo a literatura pesquisada e de acordo com as questões de investigação formuladas inicialmente:

- 1) Como se caracteriza a formação dos Terapeutas da Fala (TF's) e no que se refere a Educação para a Saúde (EpS)?
- 2) Que ações são desenvolvidas pelos TF's que podem identificar-se enquanto EpS?
- 3) Os TF's identificam essas ações enquanto EpS?

Como se caracteriza a formação dos TF's no que se refere a EpS?

Para responder a esta primeira questão é necessário comentar aspetos relativos, não só, à formação de base dos TF's, enquanto ponto de partida para a sua prática profissional, mas também à formação contínua, cuja procura pretende complementar a formação inicial e suprimir as necessidades sentidas “no terreno”.

Quanto à formação de base dos TF's é possível estabelecer uma associação entre esta incentivar a concretização de ações de saúde para a comunidade e incluir áreas sociais e humanas, e os TF's tomarem consciência da importância da intervenção indireta e da atuação em equipa. Considerando que estes são simultaneamente os tipos de intervenção mais referidos pelos participantes e aqueles que mais se aproximam da EpS (dentre os referidos por eles), conclui-se que a formação de base dos TF's contempla aspetos úteis à EpS.

Não obstante, os dados e a literatura também avançam aspetos discordantes ao exposto, como sejam o facto de a formação de base ainda focar a teoria, o modelo biomédico e a intervenção direta. O facto de a EpS ser baseada na experiência e no contacto com as reais necessidades e potencialidades da comunidade (e não apenas no que vem descrito nos livros), numa abordagem promotora de saúde e não apenas preventiva da doença (na qual se centra a prática tradicional) que envolva todos os elementos do contexto (e não apenas diretamente o cliente), torna necessária a alteração dos aspetos referidos.

De facto, o ainda domínio do modelo tradicional faz com que se saiba mais sobre a doença, pois a maioria das doenças reflete-se em sintomas (que se sentem) e sinais (que são vistos), levando as pessoas a recorrer aos profissionais de saúde para tratar ou (re)habilitar o que as desconforta e impede de exercer as suas funções do quotidiano (ex: estudar e trabalhar). Por seu turno, quando se olha para a saúde como um estado que permite que as pessoas satisfaçam as suas necessidades e saibam lidar com o ambiente que as rodeia

(Last, 2001), este será um estado que se crê “insatisfeito”, dadas as constantes mudanças operadas diariamente. Nesta lógica, importa comentar as perspetivas dos participantes sobre os conceitos Prevenção da Doença (PD), Promoção da Saúde (PS) e EpS. Estando presente a finalidade de evitar que algo aconteça, surgem ambiguidades quando os participantes caracterizam os vários níveis de prevenção, em particular o secundário e terciário. Em ambos, a citação com mais ocorrências traduz a ideia de já ter havido um problema que obriga a alterações na vida da pessoa, a fim de minimizar as repercussões daí resultantes. A ideia de reabilitar e reinserir a pessoa no seu meio associa-se à prevenção terciária (Andrade, 1996), ao passo que na prevenção secundária inclui-se o rastreio, deteção, diagnóstico e intervenção precoce em grupos de risco (Andrade, 1996) (ideia também avançada pelos participantes mas com menos ocorrências). A dúvida relaciona-se com o grupo alvo, o momento e a ação dos tipos de prevenção. Por um lado, tem-se a prevenção secundária direcionada para grupos com maior risco do que a população toda, ainda quando não há doença / alteração ou num estágio muito inicial da mesma, através das ações referidas (ex: rastreio a professores, enquanto profissionais da voz, para averiguar a sua condição vocal). Por outro, justifica-se a prevenção terciária quando a pessoa já teve ou está a passar pela doença / alteração, intervindo de forma a tratar ou impedir o seu agravamento, bem como possibilitando uma (re)integração na comunidade o melhor possível (ex: trabalhar um conjunto de técnicas vocais com professores com nódulos vocais e orientá-los de como cuidar da sua voz no quotidiano). A caracterização de PS dos participantes é concomitante com o encontrado na literatura, consistindo na aquisição e manutenção de comportamentos saudáveis. Por fim, a EpS é vista como algo mais específico à PS, assente na partilha de informação sobre saúde no geral e não referente a uma doença apenas, tornando a comunidade mais capaz de optar de forma ponderada e responder pelas suas escolhas. Se na perspetiva dos participantes ambas podem ocorrer já depois do surgimento da doença, na PD há espaço para se promover e educar para a saúde, mas de forma mais positivista e transversal ao contexto envolvente (quando se fala, por exemplo, em Escolas Promotoras de Saúde). É possível, então, concluir que há conceitos em saúde que estão mais clarificados (ex: PS) para os participantes do que outros (ex: PD). Fatores como lacunas no ensino de terminologia em saúde (e cuja relação direta com a terapia da fala aparentemente não seja tão imediata mas que no decorrer da prática se evidencie), na sua uniformização com outros cursos (ex: enfermagem que à sua semelhança também contribui para vários aspetos da vida de toda a população) e na concretização através de estágios curriculares em instituições com um contacto privilegiado com toda a população (ex: centros de saúde) podem estar a impedir que os TF's se consciencializem e valorizem mais o seu papel na EpS.

Dado o exposto, constata-se que apesar de na formação dos TF's estarem contemplados objetivos para a saúde comunitária (ações de saúde para a comunidade), os recursos e estratégias (clarificação de conceitos, desempenho de funções em contextos de SP) para lá chegar ainda são "frágeis". Trata-se de fazer a ponte entre as áreas da comunicação e deglutição (na existência ou não de perturbações), ditas de eleição dos TF's e o âmbito alargado da saúde (e da educação, ao pensar-se, por exemplo, no contexto escolar), no qual se inserem mas cujos conceitos e atuações mais abrangentes ainda lhes estão distantes. A leitura dos dados obtidos, à luz da bibliografia consultada, levanta a hipótese de serem equacionadas as seguintes alterações na formação de base dos TF's: integração de unidades curriculares relativas à SP (ex: educação ambiental, sexualidade, ética, cidadania, trânsito) (Rodríguez et al., 2007), lecionadas por professores com conhecimento e experiência na área (Casanova et al., 2010) e de outras, como as relacionadas com o *marketing*, que melhorem a visibilidade dos profissionais (Fraga, Mattos, & Cassa, 2008); realização de estágios curriculares em contextos preferenciais à SP (Casanova et al., 2010); criação de mais momentos de trabalho em equipa (Barreto & Castro, 2011), entre outros. As mudanças responsáveis pela alteração na caracterização de conceitos em saúde são as mesmas que apelam ao desenvolvimento de competências aplicáveis aos campos da saúde e educação, e inevitável parceria entre os seus profissionais. Embora sejam aspetos iniciados na formação de base, requerem uma atualização que acompanhe a investigação nestes campos. Por conseguinte, a formação contínua é indispensável para se oferecer a melhor resposta possível, sendo gratificante perceber que "a Terapia da Fala tem tido um grande progresso e desenvolvimento como uma disciplina académica independente e amadurecida, com uma base de pesquisa científica segura e consistente, e com a perspetiva de continuar este desenvolvimento" (APTF, 2004). Quer seja através da procura de formações em várias áreas de atuação ou enveredando por um caminho mais especializado, os TF's pretendem qualificar-se enquanto profissional que contribui para capacitar o cliente até aos responsáveis pelas políticas de SP. Como se de um *puzzle* se tratasse, importa que todas as "peças" estejam informadas, saibam lidar com a doença e gerir um estilo de vida saudável, contribuindo para um atuação sincrónica e responsável entre os vários setores da sociedade. Atuando nos setores da saúde e da educação e participando no meio social em que se inserem, espera-se que os TF's sejam ativos na procura de respostas a questões que são ultrapassadas e criadas todos os dias, para e com a comunidade. É certo que as discussões com vários intervenientes (Casanova et al., 2010) e a formação contínua em temas de interesse (Wendhausen & Saupe, 2003) tornam a aprendizagem contextualizada e mais significativa (Ceccim & Feuerwerker, 2004). Por conseguinte, os dados encontrados encaminham para uma mudança necessária na prática

dos profissionais, de um foco preventivo para promotor (Ceccim & Feuerwerker, 2004), propiciando a criação de projetos comunitários que promovam estilos de vida saudáveis (Lemos & Bazzo, 2010).

Que ações são desenvolvidas pelos TF's que podem identificar-se enquanto EpS?

A propósito desta segunda questão, importa analisar os dados partindo dos tipos de intervenção referidos pelos participantes, explorando em que medida se enquadram na caracterização de PD, PS e EpS e especificando a situação atual do TF em EpS.

A intervenção indireta e a intervenção em equipa surgem como os tipos de intervenção mais frequentemente realizados pelos participantes, ou seja, aliam a sua intervenção direta à partilha de informação com o cliente, família e outros profissionais, de forma presencial (na sessão, em reuniões via oral ou escrita) e/ou através de tecnologias de informação (ex: envio de emails). O exposto é reforçado nas seguintes palavras:

“Em termos de as pessoas entenderem o que estamos a fazer, se calhar, aderem muito mais facilmente à terapia, as crianças sentem-se mais seguras e aprendem muito mais se estiverem envolvidos os familiares, a escola. Do que eu tenho visto, os ganhos são muito maiores, do que só existindo uma intervenção direta, em gabinete, em que ninguém tem conhecimento do que estamos a fazer. Acho que a intervenção indireta faz muito mais sentido combinando, claro, com uma intervenção direta...”

Ao olhar para a PD e para a PS evidencia-se a noção de partilha de informação, quer para prevenir algo, como para promover a adoção de comportamentos saudáveis, respetivamente, de forma construtiva e continuada no tempo. Isto é, trata-se de recorrer à EpS, enquanto “ação exercida sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de adquirem e conservarem hábitos de saúde saudáveis (...) estando capacitados para tomar, individualmente ou coletivamente, as decisões que implicam a melhoria do seu estado de saúde” (OMS, 1969). De forma mais próxima aos TF's, os participantes conseguem demonstrar o seu contributo no decorrer de todo o ciclo vital (Penteado & Servilha, 2004), mediante a partilha de informação e parceria com a família e outros profissionais ao nível: do planeamento familiar, sobre o desenvolvimento normal da comunicação e interação social da futura criança; da saúde materna, a respeito da motricidade e sensibilidade das estruturas oro-faciais (face, lábios, mandíbula, língua, palato mole e duro) (C. Oliveira et al., 2010) e hábitos orais disfuncionais (ex: sucção digital); da saúde infantil, sobre o desenvolvimento esperado e sinais de alerta; da saúde escolar, relativamente à linguagem oral e escrita e demais competências comunicativas (Santana et al., 2009); da saúde do adulto, a respeito da manutenção das competências comunicativas,

dentre elas o cuidado com a voz, bem como a diversificação da alimentação (Bitar, 1997; Penteado & Servilha, 2004; Santana et al., 2009); e da saúde do idoso, sobre a importância de manter o adequado funcionamento das funções necessárias para comunicar e alimentar-se. Esta partilha deve manter-se não apenas entre o profissional, o cliente, a família e outros profissionais, mas também refletir-se em ações de divulgação e informação para toda a comunidade. Por conseguinte, constata-se a existência de situações típicas da intervenção dos TF's em EpS, cuja mais-valia em colaborar com outros profissionais traduz-se quer na melhoria da qualidade de vida da comunidade, quer no próprio reconhecimento desta perante o seu trabalho.

Explorando a responsabilidade partilhada nas ações em saúde, é possível interligar os contextos de intervenção dos TF's com os elementos responsáveis pelas ações em saúde, referidos pelos participantes. Assim, quando intervêm no contexto da saúde privilegia-se a relação com os Cuidados de Saúde Primários / Centros de saúde e Hospitais, enquanto no contexto da educação salientam-se as instituições de ensino superior, sendo possível a cooperação com profissionais de diversas áreas em ambos os contextos. Como destinatária da intervenção indireta e intervenção em equipa, assim como das ações de divulgação e informação dos TF's, surge toda a população (em todo o seu ciclo de vida), a qual também constitui o principal alvo das ações de SP. Desta forma, confirma-se que os parceiros e o público-alvo são comungados entre os TF's e outros profissionais que atuam em SP, sempre que a problemática assim o exija.

De forma geral, os dados referentes aos aspetos suscetíveis de facilitar ou condicionar as ações em saúde podem resumir-se aos seguintes quatro pontos: as competências, os recursos e o poder de decisão de quem as define / concretiza, a par da informação e literacia em saúde de quem as recebe.

Os profissionais tomam conhecimento com algumas das competências que é suposto desenvolver na formação de base (como referido na primeira questão de investigação), completando-se enquanto profissionais no decorrer da sua prática. Particularizando as competências comunicativas, as quais, por um lado, os participantes assumem que o facto de serem “bons comunicadores” os beneficia, por outro reconhecem a ainda dificuldade em tornar acessível a comunicação nos diferentes contextos. De resto, esta é simultaneamente uma qualidade e uma dificuldade sentida por vários profissionais de saúde e de educação, já que têm em comum o facto de lidarem com vários tipos de população, cada uma com as suas particularidades, neste caso, comunicativas. Lacunas na formação de base, limitadas oportunidades para interagir com tipos de populações diferenciados e reduzida capacidade de se adaptar ao interlocutor, decorrente de traços da sua personalidade, poderão argumentar estes aspetos a melhorar.

Ao afirmarem que “(...) é uma questão de recursos humanos, mais até do que materiais”, os participantes demonstram que muitas vezes o ter uma boa equipa ultrapassa os reduzidos recursos logísticos e materiais nas ações em saúde. É certo que trabalhar em contexto institucional pode propiciar parcerias internas e externas úteis à sua concretização. Ou talvez não, uma vez que:

“seria mais fácil se as chefias onde for, seja num hospital, numa IPSS ou noutro sítio qualquer, valorizassem este trabalho e percebessem que é um ganho acima de tudo apostar nessa área [informação em saúde].”

A última decisão é tomada pelos responsáveis institucionais e superiormente por quem define as políticas públicas de saúde, os quais nem sempre estão conscientes das necessidades de saúde locais e regionais, nem sensibilizados de que um técnico pode ir para além da tradicional intervenção direta no gabinete. Aproximar quem define de quem concretiza as ações em saúde pode ser um primeiro passo: quem governa é “convidado” a conhecer de perto a realidade e quem pratica pode utilizar a sua experiência para responder a necessidades reais. Esta pode ser uma forma de serem criadas e/ou melhoradas as políticas nacionais de valorização dos profissionais (I. Mendes, Trevizan, Mazzo, Godoy, & Ventura, 2011), melhorando a acessibilidade e satisfação perante os serviços públicos (Ceccim & Feuerwerker, 2004).

Quando se pensa nos destinatários das ações em saúde, importa saber que informação possuem e de qual carecem, a que fontes recorrem e qual a sua disponibilidade para receber novo conhecimento ou reformular o possuído. Desta forma, pretende-se melhor adequar as estratégias e os materiais a utilizar (Antunes et al., 2006; Moysés & Rodrigues, 2004). Embora os participantes reconheçam a utilidade da literacia em saúde da população, frequentemente esta não demonstra procura ativa de informação (Kaplpwitz et al., 2002), considerando-a complexa demais (Wuhlisch & Pascoe, 2011). E até mesmo a constante evolução dos instrumentos de informação e divulgação, como sejam a televisão, a rádio, o jornal ou a *internet*, que se esperaria contribuir para uma população mais literada em saúde, desnuda as ainda notórias dificuldades no acesso à informação e sua correta interpretação. Se, por um lado, tem-se globalmente uma população jovem e adulta com maior formação no ensino superior, por outro, a maioria dos idosos, que, por sinal, é o grupo que previsivelmente mais problemas de saúde possui, não acompanhou o ritmo desta evolução, permanecendo à margem de um mundo de que precisa mas com o qual tem dificuldade em interagir.

Posto isto, os participantes defendem que:

“se se comesse por respeitar, por fazer um levantamento daquilo que culturalmente as pessoas sabem e já fazem, e depois juntasse com aquilo que pode ter um valor mais institucional e muito mais da ciência formal [educação científica], se calhar, aí as ações [em saúde] teriam mais efeito.”

Reitera-se a ideia anterior, em que o atual afastamento entre os altos cargos e quem trabalha traduz-se na não contextualização à realidade e descontinuidade de algumas ações de sensibilização e (in)formação. Tudo isto se reflete na maior ou menor disponibilidade da comunidade para participar nas ações em saúde. Apesar de, através do trabalho na e com a comunidade os participantes partirem das potencialidades encontradas para colmatar as necessidades, o domínio do modelo tradicional ainda se evidencia na mentalidade das pessoas, prevalecendo

“uma atitude de remediação e não é uma atitude de prevenção.”

Interligando os aspetos expostos com as ações desenvolvidas pelos TF's, passíveis de ser enquadradas na EpS, é útil potenciar as competências das pessoas envolvidas, ser-se realista quanto aos parceiros e destinatários das ações, e sobretudo sustentar as práticas em dados válidos que demonstrem o benefício a médio e curto prazo em apostar-se na PS e não apenas na PD. Mais certa estará a disponibilidade da comunidade para participar nestas iniciativas, garantindo a sustentabilidade de ambientes e estilos de vida saudáveis.

1) Os TF's identificam essas ações enquanto EpS?

Embora alguns participantes tenham mostrado respostas mais consistentes do que outros, constata-se uma gradual aproximação entre serem TF's e a EpS no decorrer das entrevistas. Tal facto evidencia-se ao contrapor as caracterizações de conceitos em saúde (PD, PS e EpS) com os exemplos que dão do seu contributo desde o planeamento familiar até à saúde do idoso. Ou seja, ter levado os participantes a pensar sobre os conceitos enunciados poderá ter tido um primeiro efeito: o de reflexão sobre a sua prática em saúde. Também à medida que os participantes analisam o seu contributo na SP (87%), a relação entre intervenção indireta e EpS (98%) e o seu papel de educadores para a saúde (100%), é notória a crescente identificação com a sua realidade de TF's. Ou seja, à semelhança de outros profissionais, os TF's têm um lugar na SP, há ações que são feitas em intervenção indireta que são identificadas enquanto EpS (como exemplificado na questão anterior), as quais fazem parte do seu trabalho enquanto TF's. Embora estes dados sejam animadores e

indiciem que há condições para os TF's serem tão úteis em SP como, por exemplo, os enfermeiros, as falhas na formação de base (ex: insuficiente ensino e clarificação de conceitos em saúde, a par dos reduzidos momentos de estágio neste âmbito) leva ao não reconhecimento e à não automatização destas práticas na realidade. Desta forma, os TF's partem com uma “frágil” bagagem teórica e prática da formação de base que não os incita a atuar de forma firme enquanto educadores para a saúde. Por seu turno, embora as condicionantes referidas anteriormente possam limitar a sua atuação, importa que estes profissionais se apoiem nas adequadas competências, nos recursos tidos ao seu alcance e nos contextos em que atuam para se valorizarem enquanto educadores para a saúde e demonstrarem a importância dos outros também o fazerem. Antes de mais,

“(...) nós temos que nos conceber a ter um papel [na educação para a saúde]. Os caminhos não estão abertos, os caminhos têm que ser feitos.”

Para fazer estes “caminhos” os TF's devem sustentar-se no seu conhecimento e experiência na comunicação, deglutição e funções associadas, no cliente e comunidade envolvente, tanto enquanto parceiros, como destinatários das suas ações, ocupando um espaço que é seu de direito. Só desta forma poderão tornar legítimo o seu papel de educadores para a saúde. É importante (re)olhar a intervenção indireta e reconhecer a sua importância na prática, afirmação reforçada pelos participantes:

“Eu acho que é necessário saber como fazer esta ponte entre uma coisa e outra, dando segurança aos familiares e aos utentes, mas a minha experiência diz-me que a educação para a saúde e a intervenção indireta é uma mais-valia que não tem preço. Portanto, do ponto de vista daquilo que é o bem-estar daquela pessoa, daquilo que é a atuação e a “recompensa terapêutica” do meu trabalho é fundamental. (...) e os frutos que eu colho daí são (...) muito importantes, porque toda a postura da equipa se modifica, toda a forma de olhar para o terapeuta da fala se modifica, toda a forma de atuação dos familiares para com os doentes se modifica e, portanto, as mais-valias para aquela pessoa são incontáveis. (...) é fundamental mesmo existir esta forma de olhar também para a nossa intervenção. Eu dizia “Há todo um mundo para além do gabinete” e, às vezes, pode ter mais importância ainda do que aquilo que nós fazemos em sessão.”

Conclusões, limitações do estudo e sugestões para o futuro

Com o objetivo de analisar o trabalho de Educação para a Saúde (EpS) desenvolvido em Portugal por Terapeutas da Fala (TF's), explorando a intervenção indireta realizada, procedeu-se à realização de entrevistas semiestruturadas a 24 TF's portugueses. Da análise feita conclui-se que, embora existam lacunas na formação de base dos TF's, esta contempla áreas diversas e incentiva o desenvolvimento de competências necessárias aos campos da saúde e educação. No âmbito da intervenção indireta, o TF realiza ações que se coadunam com a EpS. Salientam-se, como exemplos, a partilha de orientações / material escrito, o trabalho conjunto com o cliente e seu contexto envolvente e o desenvolvimento de ações de divulgação, sensibilização, (in)formação para a comunidade. Como principais facilitadores às ações referidas surgem as competências adequadas dos profissionais, ao passo que os recursos humanos e materiais desfavoráveis constituem fortes barreiras à sua concretização. Assim, a maioria dos participantes assume o seu contributo na Saúde Pública (SP), relacionando a Intervenção indireta à EpS. O conhecimento e experiência nas áreas da comunicação e alimentação e perturbações com elas relacionadas, cujas repercussões, transversais a faixa etária, género, etnia e condições gerais de vida, intersejam os contextos de saúde, de educação e social, permitem que o TF seja um agente ativo na educação e formação da comunidade em que se insere. O presente estudo veio reforçar esse pressuposto teórico, através da afirmação dos participantes quanto ao seu papel de educador para a saúde enquanto TF's.

As limitações do estudo em questão situam-se ao nível do enquadramento teórico, em que a escassez de literatura nacional evidenciou-se no maioritário recurso a literatura estrangeira, e metodológico, uma vez que como os dados se referem a um número restrito de respostas seria necessário um estudo mais alargado para confirmar se estes dados são traduzíveis numa escala mais alargada. Posto isto, salienta-se a pertinência de serem realizadas investigações sobre esta temática no panorama nacional, como forma sobretudo de estimular uma atuação realmente holística. Dado tratar-se de um estudo exploratório referente a ideias iniciais sobre o papel do TF enquanto educador para a saúde, sugere-se a realização de estudos mais específicos sobre quais os contextos (áreas, população-alvo, instituições) de atuação de TF, e seus potenciais facilitadores e condicionantes, em que já se faz um trabalho mais consistente.

Os dados obtidos permitem que a investigadora avance sugestões para intervenções mais enquadradas na EpS, nomeadamente ao nível de áreas, população-alvo e atividades. Embora seja importante apostar em todas as áreas, destaca-se a motricidade oro-facial, a comunicação e interação social, deglutição e funções relacionadas. No que à população-

alvo diz respeito, os adultos e idosos, profissionais da voz, jovens delinquentes e estudantes constituem grupos de especial interesse para atuação. Aos primeiros importa chamar a atenção para manterem as capacidades necessárias para comunicar e alimentar-se; aos segundos, para os quais a voz é muitas vezes o principal instrumento de trabalho, é relevante consciencializar para o seu adequado cuidado; estudos estrangeiros associam as dificuldades no desenvolvimento linguístico a atos de criminalidade mais tarde, os quais poderiam ter sido evitados / atenuados com uma intervenção atempada; aos estudantes, cada vez mais com formação de nível superior, é útil o alerta para reverem os seus comportamentos, os quais por alguma falta de conhecimento, preocupação ou simples negligência podem comprometer o seu futuro (ex: ter relações sexuais sem proteção adequada). Opções de atividades a desenvolver no âmbito da EpS poderão passar por: ações de sensibilização, informação e promoção da saúde em geral (ex: desenvolvimento da linguagem, saúde vocal) em vários contextos (Lipay & Almedia, 2007); contribuição para o aumento da acessibilidade da informação em saúde (Schillinger et al., 2002); participação em campanhas públicas (Fernandes & Cintra, 2010) e em reuniões de equipa e na comunidade; realização e divulgação de pesquisas referentes à sua atuação; proposta de instrumentos de avaliação das ações de terapia da fala; construção e disponibilização de material impresso com orientações (folhetos, cartazes, livros, jogos) (Brites, Souza, & Lessa, 2008); incentivo à formação contínua (Fernandes & Cintra, 2010); criação de grupos de discussão sobre diversos temas (Kerr, Bertachini, Ferrarini, & Reis, 1997); desenvolvimento de peças teatrais e proposta de colónias de férias subordinadas a temas de saúde (Fagundes, 2011). Ao nível mais global surgem atividades como: diagnóstico de problemas ambientais suscetíveis de condicionar o comportamento saudável; realização de rastreios populacionais; encaminhamento para especialidades mais adequadas (Lipay & Almedia, 2007); integração no processo de seleção e capacitação de recursos humanos; integração nas entidades representativas da população; participação no planeamento e gestão na área das políticas públicas (Fernandes & Cintra, 2010).

Em suma, os dados encontrados corroboram a visão da investigadora, sendo demonstrado que a EpS, no âmbito da intervenção indireta, tem espaço em todas as áreas de atuação dos TF's e pertinência junto dos seus parceiros e público-alvo. O seu reconhecimento é o primeiro passo para que os TF's assumam o seu contributo na melhoria da qualidade de vida da comunidade, valorizando-se e sendo por esta mais valorizados.

Referências Bibliográficas

- Academies, I. o. M. o. t. N. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. Washington, DC.
- Alves, F. (2013). *Saúde, Medicina e Sociedade: Uma visão sociológica*. Lisboa: Lidel.
- Andrade, C. (1996). *Fonoaudiologia preventiva: teoria e vocabulário técnico-científico*. São Paulo: Lovise.
- Antunes, L., Soraggi, M., Antunes, L., & Corvino, M. (2006). Avaliação da percepção das crianças e conhecimento dos educadores frente à saúde bucal, dieta e higiene. *Pesq Bras Odontopediatria Clin Integr cit. por Bottan, E., Campos, L., & Verwiebe, A. (2008). Significado do Conceito de Saúde na Perspetiva de Escolares do Ensino Fundamental. RBPS, 21, 240-244. .*
- APTF. (1999). Código Ético e Deontológico do Terapeuta da Fala.
- APTF. (2004). A Terapia da Fala em Portugal.
- Araújo, M., & Assunção, R. (2004). A atuação do agente comunitário de saúde na Promoção da Saúde e na Prevenção de Doenças. *Revista Brasileira de Enfermagem, 57, 19-25*.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: EDIÇÕES 70.
- Barreto, S., & Castro, L. (2011). Formação e práticas em saúde de fonoaudiólogos inseridos em serviços públicos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva, 16(1), 201-210*.
- Befi, D. (1997). Fonoaudiologia na atenção primária à saúde. In D. Befi (Ed.), *Fonoaudiologia na atenção primária à saúde* (Vol. 3). São Paulo: Lovise cit. por Casanova, I., Moraes, A., & Ruiz-Moreno, L. (2010). O ensino da promoção da saúde na graduação de fonoaudiologia na cidade de São Paulo. *Pro-Posições, 21(3), 219-234*.
- Benner, P. (1994). *Interpretive phenomenology: embodiment, caring and thics. Health and illness*. Thousand Oaks: Sage cit. por Fortin, M. (1999). O processo de investigação - da conceção à realização. Loures: Lusociência.
- Bertakis, K. (1977). The communication of information from physician to patient: a method for increasing patient retention and satisfaction. *J Fam Pract, 5(2), 217-222* cit. por Cardoso, R. (2012). Competências Clínicas de Comunicação. Porto: Unidade de Psicologia Médica, Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Bitar, M. (1997). A construção da relação Fonoaudiólogo-Creche. In D. Befi (Ed.), *A Fonoaudiologia na atenção Primaria à Saúde* (Vol. 3, cit. por Motta, A., Crato, A.,

- Oliveira, D., & Cunha, T. (2004). Atuação da fonoaudiologia no projeto Creche das Rosinhas: trabalho multidisciplinar de educação e saúde em creches. Paper presented at the Anais do 7º Encontro de Extensão da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.). São Paulo: Lovise.
- Blaxter, M. (1990). *Health and Lifestyles*. Londo: Tavistock/Routledge cit. por Reis, J., & Fradique, F. (2004). Significações leigas de saúde e de doença em adultos. *Análise Psicológica*, 3, 475-485.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação - uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora cit. por Mota, D. (2011). Trabalhar a educação para a saúde nas escolas: percepções de profissionais de saúde e de professores. (Dissertação de Mestrado), Universidade do Porto, Porto.
- Brandão, C. (1995). Educação? Educações: aprender com o Índio. In C. Brandão (Ed.), *O que é educação*. . São Paulo: Brasiliense cit. por Rodríguez, C., Kolling, M., & Mesquida, p. (2007). Educação e Saúde: um Binômio que Merece ser Resgatado. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 30, 60-66.
- Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). *Poverty, equity, human rights and health*. . Bulletin of the World Health Organization cit. por Alves, F. (2013). Saúde, Medicina e Sociedade: Uma visão sociológica. Lisboa: Lidel.
- Briceno-León, R. (1996a). Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(1), 7-30.
- Briceno-León, R. (1996b). Siete tesis sobre la educacion sanitária para la populacion comunitária. *Cad Saúde Pública* cit. por Gazzinelli, M., Gazzinelli, A., Reis, D., & Penna, C. (2005). Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiência da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 200-206.
- Brites, L., Souza, A., & Lessa, A. (2008). Fonoaudiólogo e agente comunitário de saúde: uma experiência educativa. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 13(3), 258-266.
- Buss, P. (2001). Promoção da saúde na infância e adolescência. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 1(3), 279-282.
- Bydlowski, C., Westphal, M., & Pereira, I. (2004). Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! . *Saúde e Sociedade*, 13(1), 14-24.
- Cáceres, C. (1995). La construcción epidemiológica del SIDA. In E. Hardy, M. Osis & E. Crespo (Eds.), *Ciências sociais e medicina, atualidades e perspectivas latino-americanas* (pp. 131- 171). Campinas: Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas cit. por Gazzinelli, M., Gazzinelli, A., Reis, D., & Penna, C. (2005).

- Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiência da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 200-206.
- Campbell, T. (2003). The Effectiveness of Family Interventions for Physical Disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2), 263-281.
- Carrota, F. (2006). A importância da informação em saúde para a fonoaudiologia no SUS. *Revista da FONOAUDIOLOGIA*(68), 10-15.
- Carta de Ottawa*. (1986). Paper presented at the Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa, Canadá.
- Casanova, I., Moraes, A., & Ruiz-Moreno, L. (2010). O ensino da promoção da saúde na graduação de fonoaudiologia na cidade de São Paulo. *Pro-Posições*, 21(3), 219-234.
- Ceccim, R., & Feuerwerker, L. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis : Revista de Saúde Coletiva*, 14(1), 41-65.
- Chiesa, A., & Veríssimo, M. (2001). A educação em saúde na prática do PSF *Manual de enfermagem*. São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde.
- Chor, D. (1999). Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(2), 423-425.
- Colomé, J., & Oliveira, D. (2012). Educação em Saúde: Por quem e para quem? A visão de estudantes de graduação em Enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21, 177-184.
- Costa, I. (2010). A Educação como Instrumento de Suporte em Ações que Promovem Saúde: Relatos de Experiências Compartilhadas *Promoção da Saúde Oral: Contributos para a Organização e Aplicação de Programas* (pp. 105-118): Coisas de Ler.
- Costa, R., & Rodrigues, C. (2010). Percepção dos usuários acerca das práticas de promoção da saúde, vivenciados em grupos, em uma Unidade básica de saúde da família. *Revista de APS*, 13(4), 465-475.
- Coulehan, J., Platt, F., Egener, B., & al., e. (2000). "Let me see if I have this right...": Words tha build empathy. *Ann Intern Med*, 135(3), 221-227 cit. por Cardoso, R. (2012). Competências Clínicas de Comunicação. Porto: Unidade de Psicologia Médica, Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Coyne, J., Rohrbaugh, M., Shoham, J., Nicklas, J., & Cranford, J. (2001). Prognostic importance of marital quality for survival of congestive heart failure. *Am J Cardiol*, 88(5), 526-529 cit. por Cardoso, R. (2012). Competências Clínicas de Comunicação.

- Porto: Unidade de Psicologia Médica, Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- CPLOL. (1993). Código de Ética e de Conduta Profissional da União Europeia.
- CPLOL. (1997). *Perfil Profissional dos Terapeutas da Fala da União Europeia*.
- Crane, J. (1997). Patient comprehension of doctor-patient communication on discharge from the emergency department. *J Emerg Med*, 15(1), 1-7 cit. por Cardoso, R. (2012). Competências Clínicas de Comunicação. Porto: Unidade de Psicologia Médica, Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Cyrino, A., & Cyrino, E. (1997). Integrando Comunicação, Saúde e Educação: experiência do UNI-Botucatu. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 1(1), 157-168.
- Czeresnia, D. (1999). The concept of health and the difference between promotion and prevention. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(4), 701-710 cit. por Penteado, R., & Servilha, E. (2004). Fonoaudiologia em saúde pública/coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde. *Distúrbios da Comunicação*, 2016(2001), 2107-2116.
- Declaração de Alma-Ata*. (1978). Paper presented at the Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS.
- Declaração Ministerial do México para a Promoção da Saúde*. (2000). Paper presented at the Quinta Conferência Global sobre Promoção da saúde, Cidade do México.
- Delgado, A., Cesar, C., Gomes, C., & Carvalho, M. (1997). A importância da família no processo terapêutico: relato da experiência em clínica - escola. In M. Lagrotta & C. Cesar (Eds.), *A fonoaudiologia nas instituições* (pp. 53-54). São Paulo: Lovise cit. por Pereira, M. (1999). Fonoaudiologia: Uma vivência em Saúde Pública. Especialização, Centro de Especialização de Fonoaudiologia Clínica, São Paulo.
- Dias, M. R., Duque, A. F., Silva, M. G., & Durá, E. (2004). Promoção da saúde: O renascimento de uma ideologia? *Análise Psicológica*, 3(XXII), 463-473.
- Domingues, C. (2012). Saúde, Terapia da Fala e Educação para a Saúde: À conquista da legitimidade! Porto: Faculdade de Medicina e Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Universidade do Porto.
- Dowell, J., Jones, A., & Snadden, D. (2002). Exploring medication use to seek concordance with "non-adherent" patients: a qualitative study. *J Fam Pract* 49(9), 24-32 cit. por Cardoso, R. (2012). Competências Clínicas de Comunicação. Porto: Unidade de Psicologia Médica, Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

- Dussault, G., & Souza, L. (2000). *Strategic management on human resources in health services*: University of Montreal. School of Medicine, Department of Health Administration. Summer School on Public Health.
- Fagundes, L. (2011). Abordagens inovadoras em educação em saúde na perspetiva da promoção da saúde: visão do profissional enfermeiro. *Revista de APS*, 14(3), 336-342.
- Fernandes, E., & Cintra, L. (2010). A inserção da fonoaudiologia na estratégia da saúde da família: relato de caso. *Revista de APS*, 13(3), 380-385.
- Ferreira, F. (1963). *Saúde pública: higiene, medicina preventiva, medicina social, administração e legislação sanitária*. Porto: Livraria Fernando Machado, cit. por Almeida, L. (2010). Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(1), 79-92.
- Ferreira, P. (1992). Medição do estado de saúde em crianças. *Saúde Infantil*, 14, 157-163, cit. por Noronha, M., & Rodrigues, M. (2011). Saúde e bem-estar de crianças em idade escolar. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 2015(2012), 2395-2401.
- Filho, H., Ferreira-Borges, C., & Frasquilho, M. (2008). *Organização de Intervenções Preventivas*.: Coisas de Ler.
- Flick, U. (2000). Qualitative Inquiries into Social Representations of Health. *Journal of Health Psychology* cit. por Reis, J., & Fradique, F. (2004). Significações leigas de saúde e de doença em adultos. *Análise Psicológica*, 3, 475-485.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação - da conceção à realização*. Loures: Lusociência
- Fraga, N., Mattos, C., & Cassa, G. (2008). O marketing profissional e suas interfaces: a valorização do bibliotecário em questão. *Perspetivas em Ciência da Informação*, 13(2), 148-167.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.
- Freire, R. (1992). Fonoaudiologia em saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, 26(3), 179-184.
- Gérvas, J., & Fernández, M. (2003). Genética y prevención cuaternaria : el ejemplo de la hemocromatosis. *Atención Primaria* cit. por Almeida, L. (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(1), 91-96.
- Gittell, J., Fairfield, K., Bierbaum, B., Head, W., Jackson, R., Kelly, M., & al., e. (2000). Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and lenght of stay: a nine-hospital study of surgical patients. *Med Care*

- 38(8), 807-819 cit. por Cardoso, R. (2012). Competências Clínicas de Comunicação. Porto: Unidade de Psicologia Médica, Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Goulart, B., & Chiari, B. (2011). Comunicação humana e saúde da criança – Reflexão sobre promoção da saúde na infância e prevenção de distúrbios fonoaudiológicos. *Revista CEFAC*, 22.
- Goulart, B., Henckel, C., Klering, C., & Martini, M. (2010). Fonoaudiologia e Promoção da Saúde: relato de experiência baseado em visitas domiciliares. *Revista CEFAC*, 12(5), 842-849.
- Gutierrez, P., & Oberdiek, H. (2001). Conceções sobre a saúde e a doença. *Bases da saúde coletiva*. Londrina (PR): UEL cit por. Rosa, R., Maffaccioli, R., Nauderer, T., & Pedro, E. (2006). A educação em saúde no currículo de um curso de enfermagem. o aprender para educar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 27, 185-192.
- Hesse, B., Nelson, D., Kreps, G., Croyle, R., Arora, N., Rimer, B., & al., e. (2005). Trust and sources of health information: the impact of the Internet and its implications for health care providers: findings from the first Health Information National Trends Survey. *Arch Intern Med*, 165(22), 2618-2624 cit. por Cardoso, R. (2012). Competências Clínicas de Comunicação. Porto: Unidade de Psicologia Médica, Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Hester, E., & Stevens-Ratchford, R. (2009). Health Literacy and the Role of the Speech-Language Pathologist. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 18, 180-191.
- Hochbaum, G. (1958). *Public participation in medical screening programs: a sociopsychological study*. Washington, D.C: Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Bureau of State Services, Division of Special Health Services, Tuberculosis Program, cit. por Camilo, C., & Lima, M. (2010). No que se pensa quando se pensa em doenças?: estudo psicométrico dos riscos de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 140-154.
- Janz, N., & Becker, M. (1984). The health belief model: a decade later. *Health Education Quarterly* 11, 1-47, cit. por Camilo, C., & Lima, M. (2010). No que se pensa quando se pensa em doenças?: estudo psicométrico dos riscos de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2028(2012), 2140-2154.
- Johnson, C., Levenkron, J., Suchman, A., & Manchester, R. (1988). Does physician uncertainty affect patient satisfaction? *J Gen Intern Med*, 3(2), 144-149 cit. por Cardoso, R. (2012). Competências Clínicas de Comunicação. Porto: Unidade de

- Psicologia Médica, Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Kaplpwitz, S., Campos, S., & Chiu, W. (2002). Cancer patients's desires for communication of prognosis information. . *Health Commun* 14(2), 221-241 cit. por Cardoso, R. (2012). Competências Clínicas de Comunicação. Porto: Unidade de Psicologia Médica, Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Kerr, F., Bertachini, L., Ferrarini, M., & Reis, D. (1997). A sensibilização dos profissionais da saúde para com os distúrbios da comunicação humana. In M. Lagrotta & C. Cesar (Eds.), *A fonoaudiologia nas instituições* (pp. 187-196). São Paulo: Lovise cit. por Pereira, M. (1999). Fonoaudiologia: Uma vivência em Saúde Pública. Especialização, Centro de Especialização de Fonoaudiologia Clínica, São Paulo.
- Last, J. (Ed.) (2001). Nova Iorque: Oxford University Press, Inc. [On-line], <http://books.google.pt/books?id=RPaQY8cG4N4C&pg>, 21/04/13.
- Lemos, M., & Bazzo, L. (2010). Formação do fonoaudiólogo no município de Salvador e consolidação do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2563-2568.
- Leydon, G., Boulton, M., Moynihan, C., Jones, A., Mossman, J., Boudioni, M., & al., e. (2000). Cancer patients's informaryion needs and information seeking behaviour: in depth interview study. *BMJ* 320(7239), 903-913 cit. por Cardoso, R. (2012). Competências Clínicas de Comunicação. Porto: Unidade de Psicologia Médica, Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Lipay, M., & Almedia, E. (2007). A fonoaudiologia e sua inserção na saúde pública. *Revista de Ciências Médicas* 16(1), 31-41.
- Lown, B., Clark, W., & Hanson, J. (2009). Mutual influence in shared decision making: a collaborative study of patients and physicians. *Health Expect*, 12(2), 160-174 cit. por Cardoso, R. (2012). Competências Clínicas de Comunicação. Porto: Unidade de Psicologia Médica, Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Lupton, D. (1999). *Risk*. New York: Routlege, cit. por Colomé, J. O., D. (2012). Educação em Saúde: Por quem e para quem? A visão de estudantes de graduação em Enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21, 177-184.
- Maia, L., Miranda, G., Santiago, R., Nascimento, C., Silva, V., & Lessa, F. (2006). *Análise da inserção das políticas públicas nos projetos pedagógicos dos cursos de fonoaudiologia*. Paper presented at the Anais do XIV Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia, Salvador, Bahia, cit. por Barreto, S., & Castro, L. (2011). Formação

- e práticas em saúde de fonoaudiólogos inseridos em serviços públicos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1), 201-210
- Makoul, G. (2001). Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med*, 76(4), 390-393 cit. por Cardoso, R. (2012). Competências Clínicas de Comunicação. Porto: Unidade de Psicologia Médica, Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Mendes, A., Santos, M., Oliveira, I., Frey, A., Mogas, S., Cunha, M., . . . Vital, A. P. (2004). Implementação do Processo de Bolonha e a Formação na Área da Terapia da Fala. Implementação do Processo de Bolonha a Nível Nacional por Área do Conhecimento - Tecnologias da Saúde.
- Mendes, I., Trevizan, M., Mazzo, A., Godoy, S., & Ventura, C. (2011). *Marketing profissional e visibilidade social na enfermagem: uma estratégia de valorização de recursos humanos* Paper presented at the 62º Congresso Brasileiro de Enfermagem.
- Mika, V., Kelly, P., Price, M., Franquiz, M., & Villarreal, R. (2005). he ABCs of health literacy. *Family Community Health*, 28, 351–357, cit. por Hester, E., & Stevens-Ratchford, R. (2009). Health Literacy and the Role of the Speech-Language Pathologist. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 2018, 2180-2191.
- Moreira, M., & Mota, H. (2009). Os caminhos da fonoaudiologia no sistema único de saúde - SUS. *Revista CEFAC*, 11(3), 516-521.
- Moura, L., Moura, M., & Toledo, O. (2006). Dental caries in children that participated in a dental program providing mother and child care. *J Appl Oral Sci* cit. por Guarienti, C., Barreto, V., & Figueiredo, M. (2009). *Conhecimento dos Pais e Responsáveis Sobre Saúde Bucal na Primeira Infância. Pesquisa Bras Odontop Clin Integr*, João Pessoa, 9, 321-325.
- Moysés, S., & Rodrigues, C. (2004). Ambientes saudáveis: uma estratégia de promoção da saúde bucal de crianças. In M. Bonecker & A. Sheiham (Eds.), *Promovendo saúde bucal na infância e adolescência: conhecimentos e práticas*. São Paulo: Livraria e Editora Santos cit. por Bottan, E., Campos, L., & Verwiebe, A. (2008). Significado do Conceito de Saúde na Perspetiva de Escolares do Ensino Fundamental. *RBPS*, 21, 240-244.
- Murray, C., & Evans, D. (2003a). *Health systems performance assessment : debates, methods and empiricism*. Geneva: WHO cit. por Almeida, L. (2010). Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(1), 79-92.

- Murray, C., & Evans, D. (2003b). Health systems performance assessment : goals, framework and overview *Health systems performance assessment : debates, methods and empiricism*. Geneva: WHO.
- Noro, L., & Torquato, S. (2011). Perceção sobre o aprendizado de saúde coletiva e o SUS entre alunos concludentes de curso de Odontologia. *Trabalho, Educação e Saúde*, 8(3), 439-447.
- Ogata, M., & Carvalho, A. (2000). *Concepções de saúde e doença: um estudo de representações sociais de profissionais de saúde*. Tese USP, Ribeirão Preto (SP) cit. por Moreira, P., & Dupas, G. (2003). Significado de saúde e de doença na percepção da criança. *Rev Latino-am Enfermagem*, 11(6), 757-762.
- Ogden, J. (2007). *Health psychology: a textbook* (4 ed.). Maidenhead: Open University Press - McGraw-Hill Education, cit. por Camilo, C., & Lima, M. (2010). No que se pensa quando se pensa em doenças?: estudo psicométrico dos riscos de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 140-154.
- Oliveira, C., Vasconcelos, J., & Rodrigues, L. (2010). *Fonoaudiologia e Saúde Coletiva: descrição da experiência de promoção de saúde em fonoaudiologia em uma creche*. Bacharel, Fundação Educacional de Fernandópolis, Fernandópolis.
- Oliveira, D. (2005). A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(3), 423-431.
- OMS. (1946). *Carta de Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)*, Nova Iorque.
- OMS. (1969). *Bulletin of the World Health Organization*. Gêneve: OMS.
- Ong, L., Visser, M., Lammes, F., van Der Velden, J., Kuenen, B., & de Haes, J. (2000). Effect of providing cancer patients with the audiotaped initial consultation on satisfaction, recall, and quality of life: a randomized, double-blind study. *J Clin Oncol* 18(16), 3052-3060 cit. por Cardoso, R. (2012). Competências Clínicas de Comunicação. Porto: Unidade de Psicologia Médica, Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Paasche-Orlow, M., & Parker, R. (2007). Improving the effectiveness of patient education : a focus on limited health literacy. In T. King Jr & M. Wheeler (Eds.), *Medical management of vulnerable and underserved patients : principles, practice and populations* (pp. 101-109, cit. por Almeida, L. (2010). Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2028(2011), 2079-2092.). New York: McGraw-Hill.

- Parahoo, K. (2006). *Nursing Research. Principles, Process and Issues*. London: Palgrave Macmillan cit. por Carvalho, A. (2007). Promoção da Saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de Enfermagem e de outros cursos do ensino superior. (Tese de Doutoramento), Universidade do Minho, Braga.
- Penteado, R., & Servilha, E. (2004). Fonoaudiologia em saúde pública/coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde. *Distúrbios da Comunicação*, 16(1), 107-116.
- Pereira, G. (1993). *O profissional de saúde e a educação em saúde: representações de uma prática*. Mestrado em Saúde e Sociedade, cit. por Pinafo, E., Nunes, E., González, A., & Garanhani, M. (2011). Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. *Trabalho, Educação e Saúde*, 9(2), 201-221. , Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Pereira, M. (1999). *Fonoaudiologia: Uma vivência em Saúde Pública*. Especialização, Centro de Especialização de Fonoaudiologia Clínica, São Paulo.
- Potter, P., & Perry, A. (2004). *Fundamentos de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cit. por Remor, C., Pedro, V., Ojeda, B., & Gerhardt, L. (2009). Percepções e conhecimentos das mães em relação às práticas de higiene de seus filhos. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(4), 786-792.
- Queiroz, M., & Jorge, M. (2006). Estratégias de educação em saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em pediatria: a interação, o vínculo e a confiança nos discursos dos profissionais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 10(19), 117-130.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1995). *Manual de investigação em ciências sociais*. Paris: Gradiva.
- Ramos, A., & Bortagarai, F. (2011). A comunicação não-verbal na área da saúde. *Revista CEFAC*, 14(164-170).
- Rao, P. (2007). Health Literacy: The Cornerstone of Patient Safety. *The ASHA Leader*, 8.
- Rigoli, F., & Dussalt, G. (2003). The interface between health sector reform and human resources in health. *Human Resources for Health*, 1(9).
- Rodriguez-Osorio, C., & Dominguez-Cherit, G. (2008). Medical decision making: paternalism versus patient-centered (autonomous) care. *Curr Opin Crit Care* 14(6), 708-713 cit. por Cardoso, R. (2012). Competências Clínicas de Comunicação. Porto: Unidade de Psicologia Médica, Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Rodríguez, C., Kolling, M., & Mesquida, p. (2007). Educação e Saúde: um Binômio que Merece ser Resgatado. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 30, 60-66.

- Rosenstock, I. (1966). The health belief model and preventive health behaviour. *Health education monographs* 354-386, cit. por Camilo, C., & Lima, M. (2010). No que se pensa quando se pensa em doenças?: estudo psicométrico dos riscos de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2028(2012), 2140-2154.
- Santana, M., Brandão, K., Goulart, B., & Chiari, B. (2009). Fonoaudiologia e saúde do trabalhador: vigilância é informação para ação! . *Revista CEFAC*, 11(3), 522-528.
- Saupe, R., Cutolo, L., Wendhausen, A., & Benito, G. (2005). Competências dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(18), 521-536.
- Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., & al., e. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA*, 288(4), 475-482 cit. por Cardoso, R. (2012). Competências Clínicas de Comunicação. Porto: Unidade de Psicologia Médica, Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Siegrist, M., Keller, C., Kastenholz, H., Frey, S., & Wiek, A. (2007). Laypeople's and Experts' Perception of Nanotechnology Hazards. *Risk Analysis*, 27(1), 59-69.
- Silva, L. (2008). *Saber Prático de Saúde, As Lógicas do saudável no quotidiano*. Porto: Afrontamento cit. por Alves, F. (2013). Saúde, Medicina e Sociedade: Uma visão sociológica. Lisboa: Lidel.
- Silva, R., & Araújo, M. (2007). Promoção da saúde no contexto interdisciplinar. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 20(3), 141-142.
- Slovic, P., Malmfors, T., Krewski, D., Mertz, C., Neil, N., & Bartlett, S. (1995). Intuitive toxicology. II. Expert and lay judgments of chemical risks in Canada. *Risk Analysis*, 15, 661-675, cit. por Camilo, C., & Lima, M. (2010). No que se pensa quando se pensa em doenças?: estudo psicométrico dos riscos de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2028(2012), 2140-2154.
- Smeke, E., & Oliveira, N. (2001). Educação em saúde e concepções de sujeito. In E. Vasconcelos (Ed.), *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde* (pp. 115-136). São Paulo: Hucitec cit. por Santana, M., Goulart, B., Chiari, B., Melo, A., & Silva, E. (2010). Aleitamento materno em prematuros: atuação fonoaudiológica baseada nos pressupostos da educação para promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(2), 411-417.
- Smeltzer, S., & Bare, B. (2005). Prestação de cuidados de saúde e prática de enfermagem *Tratado de enfermagem medicocirúrgica* (pp. 4-19). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan cit. por Remor, C., Pedro, V., Ojeda, B., & Gerhardt, L. (2009). Percepções e

- conhecimentos das mães em relação às práticas de higiene de seus filhos. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(4), 786-792.
- Smith, T. (2000). The art of oncology: when the tumor is not the target. Tell it like is. *J Clin Oncol*, 18(19), 3441-3445 cit. por Cardoso, R. (2012). Competências Clínicas de Comunicação. Porto: Unidade de Psicologia Médica, Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Soto, R. (1997). *Promoción de Salud compilaciones*. Cuba: Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud cit. por Penteado, R., & Servilha, E. (2004). Fonoaudiologia em saúde pública/coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde. *Distúrbios da Comunicação*, 16(1), 107-116.
- Souza, A., Colomé, I., Costa, L., & Oliveira, D. (2005). A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 26(2), 147-153.
- Stacey, M. (1988). *The Sociology of Health and Healing*. London: Unwin Hyman cit. por Reis, J., & Fradique, F. (2004). Significações leigas de saúde e de doença em adultos. *Análise Psicológica*, 3, 475-485.
- Sylva, K., & Lunt, I. (1994). *Iniciação ao desenvolvimento da criança*. São Paulo: Martins Fontes, cit. por Noronha, M., & Rodrigues, M. (2011). Saúde e bem-estar de crianças em idade escolar. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 15(2), 395-401.
- Talbot, L. (1995). *Principles and practice UHF nursing research*. St. Louis: Mosby cit. por Fortin, M. (1999). O processo de investigação - da conceção à realização. Loures: Lusociência.
- Tattersall, M., Butow, P., Griffin, A., & Dunn, S. (1994). The take-home message: patients prefer consultation audiotapes to summary letters. *J Clin Oncol*, 12(6), 1305-1311 cit. por Cardoso, R. (2012). Competências Clínicas de Comunicação. Porto: Unidade de Psicologia Médica, Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Terris, M. (1992). Concepts of health promotion: dualities in public health theory. *Journal of Public Health Policy*, 13, 267-276.
- Tuckman, B. (2000). *Manual de Investigação em Educação: como conceber e realizar o processo de investigação em educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian cit. por Mota, D. (2011). Trabalhar a educação para a saúde nas escolas: perceções de profissionais de saúde e de professores. (Dissertação de Mestrado), Universidade do Porto, Porto.

- Turnock, B. (2004). *Public health: what it is and how it works* (3 ed.). Boston: Jones and Bartlett Publishers, cit. por Almeida, L. (2010). Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(1), 79-92.
- Valença, A. (1998). *A educação em saúde na formação do cirurgião-dentista: da necessidade à prática participativa*. Niterói: EdUFF, cit. por Costa, I. (2010). A Educação como Instrumento de Suporte em Ações que Promovem Saúde: Relatos de Experiências Compartilhadas Promoção da Saúde Oral: Contributos para a Organização e Aplicação de Programas (pp. 105-118): Coisas de Ler.
- Valla, V., & Stotz, E. (1997). *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, cit. por Colomé, J. O., D. (2012). Educação em Saúde: Por quem e para quem? A visão de estudantes de graduação em Enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21, 177-184.
- Vasconcelos, E. (1999). *Educação popular nos serviços de saúde*. São Paulo: Hucitec cit. por Pinafo, E., Nunes, E., González, A., & Garanhani, M. (2011). Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. *Trabalho, Educação e Saúde*, 9(2), 201-221.
- Vasconcelos, E. (2001). *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: Hucitec.
- Vasconcelos, E. (2006). Formar profissionais de saúde capazes de cuidar do florescer da vida. In E. Vasconcelos, L. Frota & E. Simon (Eds.), *Perplexidade na universidade: vivências nos cursos de saúde* (pp. 265-308, cit. por Barreto, S., & Castro, L. (2011). Formação e práticas em saúde de fonoaudiólogos inseridos em serviços públicos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2016(2011), 2201-2210.). São Paulo: Hucitec.
- Weiss, B., Hart, G., McGee, D., & D'Estelle, S. (1992). Health status of illiterate adults: relation between literacy and health status among persons with low literacy skills. *J Am Board Fam Pract*, 5(3), 257-264 cit. por Cardoso, R. (2012). Competências Clínicas de Comunicação. Porto: Unidade de Psicologia Médica, Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Wendhausen, A., & Saupe, R. (2003). Concepções de educação em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Texto & Contexto Enfermagem*, 12(1), 17-25, cit. por Pinafo, E., Nunes, E., González, A., & Garanhani, M. (2011). Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2019(2012), 2201-2221.
- Wertner, H. (1997). Ambulatório de fonoaudiologia em unidades básica de saúde. In D. Befi (Ed.), *Fonoaudiologia na atenção primária à saúde*. São Paulo: Lovise cit. por

- Fernandes, E., & Cintra, L. (2010). A inserção da fonoaudiologia na estratégia da saúde da família: relato de caso. *Revista de APS*, 13(3), 380-385.
- White, A., Pichert, J., Bledsoe, S., Irwin, C., & Entman, S. (2005). Cause and effect analysis of closed claims in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol* 105, 1031-1038 cit. por Cardoso, R. (2012). *Competências Clínicas de Comunicação*. Porto: Unidade de Psicologia Médica, Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- WHO. (1976). Statistical indices of family health. New York cit. por Campbell, T. (2003). The Effectiveness of Family Interventions for Physical Disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 2029(2002), 2263-2281.
- WHO. (1998). Health promotion evaluation: recommendations to policymakers. Copenhagen.
- Williams, M., Barker, D., Honig, E., Lee, T., & Nowlan, A. (1998). Inadequate literacy is a barrier to asthma knowledge and self-care. *Chest*, 114(4), 1008-1015 cit. por Cardoso, R. (2012). *Competências Clínicas de Comunicação*. Porto: Unidade de Psicologia Médica, Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Williams, M., Barker, D., Parker, R., & Nurss, J. (1998). Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. A study of patients with hypertension and diabetes. . *Arch Intern Med*, 158(2), 166-172 cit. por Cardoso, R. (2012). *Competências Clínicas de Comunicação*. Porto: Unidade de Psicologia Médica, Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Wuhlisch, F., & Pascoe, M. (2011). Maximizing health literacy and client recall in a developing context: speech-language therapist and client perspectives. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 46(5), 592-607.
- Zabalza, M. (2004). *O ensino Universitário seu e seus protagonistas*. Porto Alegre: Artmed cit. por Backes, V. M. S., Lino, M. M., Prado, M. L., Reibnitz, K. S., & Canaver, B. P. (2008). Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61, 858-865.

Apêndices

Apêndice 1

Divulgação e contextualização do estudo

Saúde, Terapia da Fala e Educação para a Saúde: ***(Re)olhar a intervenção indireta***

O meu nome é Catarina Domingues, sou Terapeuta da Fala e atualmente frequento o 2º ano do Mestrado em Educação para a Saúde da Faculdade de Medicina e Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Encontro-me a desenvolver a dissertação intitulada “Saúde, Terapia da Fala e Educação para a Saúde: *(Re)olhar a intervenção indireta*”, sob orientação da Professora Doutora Isabel Amaral, cujo objetivo consiste na análise do trabalho de EpS desenvolvido em Portugal por TF's, explorando a intervenção indireta realizada.

Sabe-se que conceitos como a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida integram o quotidiano da comunidade atual, numa evidente relação de interdependência, transversal a faixa etária, género, etnia e condições gerais de vida e cujas implicações intersejam os contextos de saúde, de educação e social. Considerando o conhecimento e experiência nas áreas da comunicação e alimentação e perturbações lhes relacionadas do profissional em questão, a par da importância do trabalho transdisciplinar entre os vários elementos da equipa, concretizado quer direta como indiretamente, todos devem assumir-se como responsáveis pela Saúde Pública. Pese embora a pertinência da temática, constata-se que a literatura nacional a seu respeito é escassa, quando comparada com o investimento e iniciativas desenvolvidas noutros países da Europa e do Mundo.

Para efeitos deste trabalho foram estabelecidas as seguintes questões de investigação:

- 1) Como se caracteriza a formação dos TF's no que se refere a EpS?
- 2) Que ações são desenvolvidas pelos TF's que podem identificar-se enquanto EpS?
- 3) Os TF's identificam essas ações enquanto EpS?

Tendo sido definidos como critérios de inclusão os seguintes:

- Ser Terapeuta da Fala;
- Ter estudado numa das dez escolas portuguesas onde o curso de Terapia da Fala é lecionado;
- Possuir 4 anos de formação base;
- Exercer a profissão no mesmo contexto (instituição, serviço e equipa), em território nacional, há pelo menos 3 anos.

Através da realização de entrevistas semiestruturadas espera-se obter dados de contributo útil para os fins desta investigação. Tratando-se de uma investigação qualitativa, o objetivo não é testar os conhecimentos, competências e experiência dos TF's selecionados, mas sim contribuir para o melhor conhecimento do papel destes profissionais na área da EpS.

Caso preencha os requisitos expostos e seja do seu interesse participar neste estudo, agradeço que me indique a sua disponibilidade, em termos de local e data, uma vez que as entrevistas serão realizadas presencialmente.

Possíveis locais e datas:

Contato(s) para ser agendada a entrevista:

Tlm: _____

Tel: _____

e-mail:

Agradeço, desde já, a atenção e colaboração dispensadas, aguardando respostas até **final do mês de outubro**. Para qualquer esclarecimento adicional, poderá contatar-me.

Com os melhores cumprimentos,

Catarina Domingues
912923364 / 961928436
catarinaisabel88@hotmail.com

Apêndice 2

Caracterização dos sujeitos participantes no estudo

Caracterização dos sujeitos participantes no estudo

Participantes	Formações após licenciatura			Anos de experiência			
	Pós-graduação	Mestrado	Doutoramento	3-5A	6-10A	11-20A	>21A
1	Em realização	Não	Não		x		
2	Em realização	Sim	Não		x		
3	Não	Sim	Não		x		
4	Não	Sim	Em realização		x		
5	Sim	Sim	Em realização		x		
6	Sim	Sim	Em realização			x	
7	Não	Não	Não				x
8	Sim	Não	Em realização	x			
9	Não	Sim	Em realização			x	
10	Não	Não	Não	x			
11	Em realização	Não	Não	x			
12	Sim	Não	Não		x		
13	Não	Em realização	Não		x		
14	Sim	Não	Não	x			
15	Não	Sim	Em realização			x	
16	Sim	Não	Não		x		
17	Não	Sim	Não				
18	Não	Em realização	Não		x		
19	Em realização	Sim	Não			x	
20	Em realização	Sim	Não				x
21	Em realização	Não	Sim				x
22	Em realização	Sim	Não		x		
23	Sim	Não	Não	x			
24	Não	Sim	Em realização		x		
Totais (sim)	7	12	1	5	12	4	3
Totais (não)	10	10	16				
Em realização	7	2	7				

Apêndice 3

Guião da entrevista

Guião da Entrevista

Saúde, Terapia da Fala e Educação para a Saúde: *(Re)olhar a intervenção indireta*

1. Profissão: Terapia da Fala

Formação Académica

- 2.1. Porquê o curso de Terapia da Fala?
- 2.2. No decorrer do curso que áreas o atraíram mais? Porquê?
- 2.3. E quais as que não o cativaram tanto? Porquê?
- 2.4. Quais as principais aprendizagens retiradas das experiências de estágio curricular? Porquê?
- 2.5. No decorrer da sua formação sentiu necessidade de especializar-se em alguma área ou interessou-se um pouco por todas?
- 2.6. Teve formação noutras áreas da saúde? Se sim, quais?
- 2.7. Com que expectativas partiu para o mundo do trabalho?

Formação Profissional

- 2.8. Como foi a sua primeira experiência profissional?
- 2.9. Teve oportunidade de intervir que áreas?
- 2.10. E em que contextos? (local, população)
- 2.11. Como desenrolava a sua intervenção (de forma direta/indireta, com o cliente/família/instituição/comunidade)?
- 2.12. Especificando a intervenção indireta, dê exemplos concretos de ações desenvolvidas neste âmbito?
- 2.13. Cria materiais? Se sim, como e quais?
- 2.14. Quais as principais diferenças que encontra entre esta e a intervenção direta? A que se poderá dever a sua existência?
- 2.15. E em termos dos cuidadores e outros profissionais, que ideia pensa que terão sobre estas diferenças?
- 2.16. Exerceu/exerce funções para além de TF? Em que circunstâncias? De que forma esse(s) cargo(s) contribuiu/tem contribuído para o seu crescimento profissional?
- 2.17. Teve oportunidade de ser orientador de estágios e/ou lecionar? Se sim, como foi ou tem sido a experiência, em termos de vantagens e dificuldades?
- 2.18. Como se caracteriza enquanto profissional?

2. Contexto: Saúde

- 2.1. Direcionando-nos, agora, para o campo global da Saúde, considera um conceito alvo de mudanças até à atualidade?
- 2.2. Como a encara hoje?
- 2.3. E o conceito de Doença?
- 2.4. Tem consciência da evolução do tipo de doenças ao longo do tempo? Se sim, de que forma ocorreu?
- 2.5. O que entende por Saúde Pública?
- 2.6. Banalizam-se conceitos como Prevenção vs Promoção vs Educação para a Saúde. A seu ver, quais as características que os distinguem?
- 2.7. Que níveis de prevenção conhece?
- 2.8. Sobre quem e/ou que setores da sociedade poderá recair a responsabilidade das ações anteriormente referidas? De que forma?
- 2.9. Enquadrar-se-ão intervenções multi, inter e/ou transdisciplinares? Porquê?
- 2.10. Considera que a componente cultural (crenças, valores, tradições) influencia a perceção individual do estado de saúde? Se sim, como se reflete?
- 2.11. Portanto, que facilitadores enunciaria?
- 2.12. E obstáculos?
- 2.13. Que comentários tece a respeito da literacia em saúde da população? (acessibilidade, linguagem, áreas, frequência, contextos)
- 2.14. Considera que terá algum efeito sobre o seu estado de saúde? Se sim, qual/quais?
- 2.15. O que é para si uma comunicação efetiva em saúde?
- 2.16. Que ponto da situação faz da atual prestação de serviços de saúde (públicos, privados, outros)?
- 2.17. Encara-se como um elemento de contributo útil para a Saúde Pública? De que forma?

3. Responsabilidade: Educação para a Saúde no contexto da Intervenção indireta

- 3.1. Faz-lhe sentido falar em Educação quando intervém indiretamente?
- 3.2. Assim, como entende a Educação para a Saúde?
- 3.3. Por quem deve ser realizada?
- 3.4. A quem se destina?
- 3.5. Deverá traduzir-se em intervenções individuais e/ou em grupo? Porquê?
- 3.6. Poderá ser uma forma de promover valores? Se sim, quais?

- 3.7. Em contraponto à educação científica especializada, considera que a educação popular poderá desempenhar algum papel? Se sim, qual e porquê?
- 3.8. E qual poderá ser o contributo das instituições do ensino superior?
- 3.9. E da Associação Portuguesa dos Terapeutas da Fala?
- 3.10. Das seguintes, em quais das seguintes áreas considera haver mais “espaço” para a Educação para a Saúde: Planeamento Familiar, Saúde Materna, Saúde Infantil, Saúde Escolar, Saúde do Adulto, Saúde do Idoso, outra?
- 3.11. Consegue fazer algum paralelismo com áreas de intervenção do TF (fala, linguagem, comunicação, motricidade oro-facial, alimentação)? Se sim, exemplifique o mesmo.
- 3.12. E, por seu turno, em que áreas falta apostar? Porquê?
- 3.13. Considerando os vários temas abordados no decorrer desta entrevista, encara a intervenção indireta como uma forma de Educação para a Saúde? Porquê?
- 3.14. Quais considera os principais fatores que facilitam as ações de Educação para a Saúde por parte do TF?
- 3.15. E os obstáculos?
- 3.16. Faz-lhe sentido constituir-se como uma forma de dar resposta aos casos em espera? Porquê?
- 3.17. Será pertinente a formação permanente em EpS? Porquê?
- 3.18. Posto isto, legitima o papel de Educador para a Saúde enquanto Terapeuta da Fala? Argumente.
- 3.19. Para finalizar, poderá deixar uma mensagem para estudantes/profissionais desta área?

Data:

Catarina Domingues

Apêndice 4

Formulário de consentimento informado

Formulário de Consentimento Informado

Nome do Estudo: “Saúde, Terapia da Fala e Educação para a Saúde: *(Re)olhar a intervenção indireta*”

Âmbito do Estudo: Dissertação do 2º Ciclos de Estudos em Educação para a Saúde da Faculdade de Medicina e Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

Equipa de Investigação: Catarina Domingues, Isabel Amaral

Agradecemos por participar voluntariamente neste estudo de investigação.

O objetivo deste formulário é explicar, por escrito, em que consiste este estudo, permitindo-lhe, de modo informado, dar o seu consentimento, através da assinatura deste documento.

O presente estudo tem como objetivo analisar o trabalho de Educação para a Saúde (EpS) desenvolvido em Portugal por Terapeutas da Fala (TF's), explorando a intervenção indireta realizada.

Decorrente do objetivo enunciado, foram estabelecidas as seguintes questões de investigação:

- 1) Como se caracteriza a formação dos TF's no que se refere a EpS?
- 2) Que ações são desenvolvidas pelos TF's que podem identificar-se enquanto EpS?
- 3) Os TF's identificam essas ações enquanto EpS?

Os critérios de inclusão aplicáveis aos participantes são os seguintes:

- 1) Ser Terapeuta da Fala;
- 2) Ter estudado numa das dez escolas portuguesas onde o curso de Terapia da Fala é lecionado;
- 3) Possuir 4 anos de formação base;
- 4) Exercer a profissão no mesmo contexto (instituição, serviço e equipa) há pelo menos 3 anos.

Partindo do guião da entrevista semiestruturada construída pela equipa de investigação, serão questionados aspetos relativos à sua formação base em Terapia da Fala, ao contexto de Saúde e ao papel enquanto Educador para a Saúde. A entrevista decorrerá no local e data previamente acordados, sendo gravada em formato áudio através do gravador digital de voz da marca *Philips: Voice Tracer* gravador digital LFH0622. Este procedimento não é

invasivo e não tem quaisquer riscos associados. A duração da entrevista dependerá das respostas dos participantes e do surgimento de outras questões pertinentes no seu decorrer. O nome dos participantes é confidencial, pelo que não será divulgado em apresentações ou publicações resultantes deste estudo. Na condução da investigação, será salvaguardada a segurança dos participantes durante todo o processo. Os dados recolhidos serão utilizados, unicamente, para o fim de investigação.

Finalmente gostaríamos de o(a) informar que não terá qualquer tipo de compensação pela sua participação neste estudo, podendo desistir a qualquer momento sem penalização. Se tiver dúvidas, comentários ou recomendações a fazer sobre o mesmo, poderá contactar a equipa de investigação.

Contatos

Investigador Principal:

Catarina Domingues

Tlm: 912923364 E-mail: catarinaisabel88@hotmail.com

Orientador:

Isabel Amaral

Docente aposentada do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde

Eu, (letras maiúsculas e de imprensa) _____
_____, declaro que li e compreendi a informação acima descrita
e, voluntariamente, participo neste estudo. Compreendo que não há compensações por esta
participação, que os registos são totalmente confidenciais e tenho o direito de desistir desta
participação a qualquer momento.

Recebi e assinei este formulário por concordar com as condições deste estudo.

(Assinatura do Participante)

Certifico que expliquei a natureza e o objetivo deste estudo, os potenciais benefícios e a
ausência dos riscos associados à participação nesta investigação. Respondi a todas as
questões colocadas pelo participante.

_____, ____ de _____ de _____

(Assinatura de um Membro da Equipa de Investigação)

Apêndice 5

Transcrição integral de uma entrevista

Entrevista 5

Entrevistador (E): Boa tarde!

Participante 5 (P5): Boa tarde!

(E): Abordando a sua formação de base, porquê o curso de terapia da fala?

(P5): [Escolhi o curso de terapia da fala] Porque sempre me interessei muito pela parte de comunicação. Eu não sabia muito bem o que era a terapia da fala, apenas quando comecei mesmo a pesquisar. Mas gostava muito das questões do português, a parte comunicativa em si, portanto, acho que foi muito porque gostava da parte da linguagem, essencialmente foi isso.

(E): Assim, durante o curso quais foram as áreas que mais a atraíram?

(P5): Inicialmente, por necessidades de trabalho, porque comecei a trabalhar com miúdos, foi a questão da linguagem.

(E): Mas ainda durante a formação?

(P5): Durante a formação [a área que mais me atraiu] foi linguagem. Eu acho que sim...deixa-me pensar...era, era linguagem.

(E): Em crianças?

(P5): Sim, crianças e adultos, mas, se calhar, mais crianças, a parte do desenvolvimento linguístico.

(E): E, por seu turno, quais foram as áreas que não a cativaram tanto?

(P5): [As áreas que não me cativaram tanta foram] Voz e gaguez, sobretudo gaguez.

(E): Em termos de estágios curriculares quais foram as principais aprendizagens?

(P5): Quais e onde?

(E): Pode relacioná-las com o tipo de áreas, locais...

(P5): O estágio que mais me marcou foi o de intervenção precoce na margem sul, porque tive muitos miúdos, porque foram os contactos mais diretos que tive com famílias, com deficiências...tive uma grande variedade de casos. Acho que esse foi o estágio que mais me marcou. E também foi o último, onde senti que tinha mais competências teóricas para aplicar. Acho que também foi por aí.

(E): Durante a sua formação sentiu necessidade de especializar-se em alguma área ou tento interessar-se um pouco por cada uma?

(P5): [Interessei-me] Um pouco por cada uma, porque não sabia com o que é que poderia vir a trabalhar no futuro, não tinha ideias.

(E): Em paralelo com a licenciatura fez outras formações em saúde ou em educação?

(P5): Ah eu fui fazendo em áreas diferentes. Lembro-me de ter feito [formações] em fendas palatinas, surdez, leitura e escrita, dislexia, fui fazendo várias de várias áreas.

(E): Com que expectativas partiu para o mundo do trabalho?

(P5): A expectativa de fazer essa formação era complementar esses conhecimentos com aqueles que eu estava a adquirir na escola, para depois sentir-me minimamente preparada para, quando saísse, começar a trabalhar com qualquer tipo de população. Não fazia ideia com o que é que iria começar a trabalhar nem com o quê é que queria trabalhar quando saísse do curso.

(E): Assim, a sua primeira experiência profissional foi é que foi, em que contexto?

(P5): O primeiro trabalho foi inesperado, nunca pensei em ir para intervenção precoce nem para miúdos. Foi uma coisa que surgiu, apareceu, foi um trabalho que apareceu na minha terra, eu enviei currículo, fiquei e foi quase de um dia para o outro. Foi uma coisa muito inesperada, mesmo o local e tudo não foi nada pensado.

(E): Mas já tinha terminado a licenciatura?

(P5): Não, foi no bacharelato, foi quando eu terminei o bacharelato. Terminei em junho e comecei a trabalhar...comecei o quarto ano em setembro e comecei a trabalhar em outubro.

(E): E como foi a experiência de estar a trabalhar e a estudar ao mesmo tempo?

(P5): Foi muito trabalhosa, mas no quarto ano depois consegui, como estava a ter a experiência de trabalho, acho que o quarto ano foi mais proveitoso, porque acabei por trazer dúvidas da minha parte clínica durante o último ano de estudo da licenciatura.

(E): Portanto, em intervenção precoce, em termos de áreas de terapia da fala...

(P5): O que é que havia mais [em intervenção precoce]...comunicação, linguagem e um caso de...fala, portanto, um caso ou outro de motricidade e um caso ou outro de disfagia.

(E): Como desenrolava a sua intervenção? De forma direta, indireta? Só com o cliente...

(P5): Nós tínhamos que fazer sempre intervenção direta e indireta. Por exemplo, nós recebíamos uma sinalização de um miúdo. Havia uma primeira avaliação em equipa e nessa avaliação determinávamos as áreas fortes e fracas do miúdo. Se, por exemplo, uma das áreas fracas...uma das competências fracas fosse as competências linguísticas, eu fazia uma avaliação mais específica. Avaliava todas as componentes possíveis dentro daquilo em que o miúdo demonstrava dificuldade. Nós quando recebíamos a sinalização já sabíamos o que é que os pais ou os educadores se queixavam. Depois havia uma intervenção direta com a criança, mas o âmbito de intervenção precoce era com a família. Portanto, eu tinha que criar estratégias de capacitação e de ensino à família para lidar com o problema do miúdo e para ajudar a superar ou minimizar as dificuldades. E tinha que haver sempre uma ponte com a educadora.

(E): E em termos de intervenção indireta dê exemplos de ações concretas que fazia.

(P5): Por exemplo, [na intervenção indireta] estabelecíamos...os pais diziam-me as necessidades em casa. Fazíamos, por exemplo, uma entrevista baseada nas rotinas, que é uma coisa utilizada em intervenção precoce, para os pais identificarem quais eram as rotinas em que sentiam mais dificuldades com os miúdos e porquê. Depois, com base nisso nós estabelecíamos objetivos comuns e eu passava-lhes estratégias que eles podiam utilizar naqueles contextos com o miúdo. Era basicamente isto. Com, por exemplo, auxiliares ou educadores nós também víamos o que poderia ser trabalhado na escola, o que é que era, quem é que trabalhava e com que estratégias podiam ser trabalhadas. Por exemplo, em sistemas de comunicação aumentativos, tínhamos uma miúda que ainda não falava, que tinham multideficiência, não falava ainda, depois veio a desenvolver fala, mas que era, a nível verbal, muito expressiva. Então, nós utilizamos os símbolos e era da competência da educadora e da auxiliar utilizarem no dia a dia, para não ser só na terapia da fala, não é, para ser também na escola. A educadora foi capacitada a utilizar mas foi designada uma tarafeira específica para aquela criança, uma auxiliar. Então, eu ensinei-lhe os princípios básicos do sistema comunicativo para depois ela utilizar com a miúda no dia a dia. Pronto, para não ser só naquele contexto da terapia, mas para ser em todos os contextos de vida da miúda, neste caso.

(E): Criou materiais?

(P5): Sim, sim. Nós criávamos materiais, mas aquilo que era preconizado nas IP era utilizarmos os materiais ou os brinquedos ou o que existisse no contexto de vida da criança. Portanto, havia coisas que eu criava que podiam ficar com o miúdo, por exemplo, o sistema comunicativo, havia outras coisas que o miúdo já tinha ou...utilizávamos o que havia na escola, por exemplo.

(E): Em termos de intervenção direta vs indireta quais para si são as principais diferenças e semelhanças?

(P5): Então, as semelhanças [entre intervenção direta e intervenção indireta] é que tudo visa um objetivo comum, certo? As diferenças é que na intervenção direta eu estou a trabalhar diretamente e com estratégias terapêuticas as competências ou dificuldades, neste caso, dos miúdos, falando especificamente da intervenção precoce. Mas também pode ser dos adultos. Por exemplo, adultos afásicos é uma intervenção direta nas competências deles, terapeuta-utente. Na intervenção indireta é transmitir ou passar conhecimentos suficientes à família daquilo que eles têm necessidade para no dia a dia generalizar as aprendizagens que são trabalhadas em gabinete, ou minimizar as dificuldades que a família ou escola identifica nas crianças.

(E): Para si ambas são importantes?

(P5): Sim, sem dúvida nenhuma [que ambas as intervenções são importantes].

(E): E sente que a família, o utente, os outros cuidadores e profissionais valorizam também ambos os tipos de intervenção?

(P5): Depende. Eu acho que há famílias que delegam em nós profissionais essa tarefa, há outras que, como sentem as dificuldades em casa...isto depende muito das patologias. Por exemplo, um afásico não fluente, a família sente necessidade de comunicação com ele e aí acaba por ser a família a pedir [intervenção indireta]. Se for uma questão que não interfira tanto neste aspeto, eu acho que a família delega em nós isso. Por exemplo, um miúdo que não diz os “L”, é muito mais fácil a família delegar em nós, é mais comum a família delegar isso em nós...”Já que vem treinar, treina na terapia da fala”...do que, por exemplo, os casos neurológicos em que a família tem necessidade disso, eles próprios pedem.

(E): Exerceu ou exerce funções para além de terapeuta da fala, no âmbito clínico?

(P5): Não, só mesmo terapeuta da fala.

(E): Teve ou tem oportunidade de orientar estágios ou lecionar?

(P5): Sim, sim.

(E): E como têm sido essas experiências, em termos de principais desafios, aprendizagens?

(P5): Eu acho que é muito importante [a experiência de orientação de estágio]. Primeiro, porque é uma responsabilidade e uma forma de nós podermos contribuir para o conhecimento...o conhecimento que nos foi transmitido, passarmos aos alunos e, de alguma forma, ajudá-los a serem profissionais mais competentes. E, por outro lado, para mim tem sido ótimo porque também obriga-me a atualizar-me, a rever coisas, para lhes esclarecer dúvidas eu tenho que ir procurar e tenho de saber. Portanto, acaba por ser uma aprendizagem. Tudo é uma aprendizagem constante, mas, neste caso, eu acho que acelera um bocadinho esse processo.

(E): Portanto, tem orientação de estágio?

(P5): Tenho.

(E): Enquanto profissional como se caracteriza?

(P5): Muito proactiva, estou sempre a inventar coisas. Por exemplo, identifico uma necessidade, invento logo uma maneira de fazer um projeto de encontro a essa necessidade que eu sinto. Não tenho quaisquer problemas em comunicar com a minha equipa e em solicitar ajuda e em trocar informação. Portanto, acho que sou uma terapeuta dinâmica, acho que, sobretudo, é assim que eu me caracterizo.

(E): Abordando, agora, o campo mais alargado da saúde, considera que tem sido um conceito alvo de mudanças até à atualidade?

(P5): Como assim?

(E): Se o que para si é hoje a saúde...

(P5): Ah sim, tem vindo a mudar muito [a saúde]. Em termos de...para já, de competências terapêuticas, depois, antes eu acho que os terapeutas, não só da fala mas geral, que se focavam muito só naquele campo dele específico e agora as pessoas já têm necessidade de adquirir conhecimentos noutras áreas, que lhe permitem depois tratar holisticamente o utente, ou tentar. Eu acho que agora também há mais o sentido de trabalho em equipa, que já se percebe que há importância em fazer a maior parte das coisas em equipa, acho que essa é a principal mudança, que eu tenho sentido.

(E): Portanto, para si atualmente a saúde é...

(P5): Para mim a saúde deverá ser um trabalho de equipa, em que o utente deve ser tratado como um todo e com as especialidades que tem necessidade de ser avaliado, intervencionado, tudo isso. Não sei se é, mas há muita gente que tem vontade que o seja.

(E): E a doença, como a encara hoje?

(P5): A doença...eu acho que hoje há mais meios para tratar, reabilitar, para minimizar dificuldades, para compensar dificuldades. Eu acho que a doença hoje não é como a doença de antigamente. Antigamente estavam doentes, pronto olha, nada a fazer. Agora já se aposta muito mais na parte de reabilitação, na parte da adaptação do meio. Eu acho que, para mim, deve ser essa a principal diferença.

(E): Tem alguma noção da evolução do tipo de doenças ao longo do tempo?

(P5): Não muito, não muito [a noção da evolução do tipo de doenças ao longo do tempo]. Agora aquilo que nós notamos [em termos de doenças] lá é que...olha, ainda ontem estive a ver estatísticas. Há mais casos oncológicos, por exemplo. Nós ali recebemos também mais casos oncológicos mesmo em terapia da fala e antes isso não acontecia. Não sei se isso tem de ver com o facto de haver mais ou do facto de as pessoas estarem mais despertas para o nosso papel nesses casos. É isso que eu tenho sentido.

(E): O que entende por Saúde Pública?

(P5): Saúde pública é todo e qualquer projeto, programa, intervenção que se faça a nível global, a nível da comunidade, para tentar atingir um determinado tipo de utente ou uma determinada doença. Depende do objetivo que nós queremos, mas acho que é principalmente para promover saúde na população.

(E): Para além de promoção, conceitos de prevenção e educação para a saúde são, muitas vezes, utilizados de forma semelhante. Para si são conceitos semelhantes, são diferentes?

(P5): Eu acho que para haver prevenção tem que haver educação para a saúde. Pronto, para nós prevenirmos determinado acontecimento tem que haver um ensino de como o fazer. Não sei se isto é o correto mas, para mim, é isto.

(E): E promoção?

(P5): Promoção, para mim, significa um conjunto de ações que permitem sensibilização para a necessidade de prevenção ou de educação para a saúde. Isto é aquilo que eu entendo.

(E): Em termos da prevenção tem alguma noção dos níveis de prevenção?

(P5): Não, já ouvi mas não sei dizer o que são [os níveis de prevenção].

(E): Estas ações que tem vindo a dizer sobre que setores, elementos, pessoas, entidades da sociedade deverá recair a responsabilidade de...

(P5): Prevenção?

(E): Da prevenção, da promoção, quer em termos de planeamento, avaliação, concretização...

(P5): [A responsabilidade das ações em saúde deve ser] de estruturas essencialmente, acho que deve ser no atendimento primário, por exemplo, centros de saúde, que estão mais voltados para a comunidade. Mas não quer dizer que, por exemplo, a nível hospitalar nós não tenhamos de o fazer, que temos. Por exemplo, o que é que nós temos... Por exemplo, na pediatria as questões da amamentação... eu acho que sobretudo a enfermagem está muito envolvida nessa parte, prevenção do cancro de mama e tudo isso. Isso são coisas que eu sinto que são mais a nível de centro de saúde do que propriamente hospitais.

(E): Falou em termos de estruturas e em termos de cidadãos, poderá haver uns que terão uma responsabilidade acrescida?

(P5): Pessoal de saúde. Eu acho que a referência a nível primário deve ser do médico de família, eu atribuo ao médico de família ou à equipa de enfermagem, de família do utente.

(E): Poderão enquadrar-se intervenções multi, inter e transdisciplinares?

(P5): Sim, sim. Por exemplo, na intervenção precoce nós constituíamos uma equipa transdisciplinar. Neste momento, temos uma atuação multidisciplinar a nível hospitalar. Mas acho que todas [multi, inter e transdisciplinar] têm importância, de certa forma, em diferentes tipos de população. Eu acho que é perfeitamente enquadrável, dependendo do contexto em que o utente seja atendido.

(E): Considera que a componente cultural, os valores, as crenças, as tradições, poderá influenciar o estado de como a pessoa se sente, em termos de saúde?

(P5): Ah sim sim, sem dúvida, sem dúvida nenhuma. Por exemplo, na convalescença tenha duas utentes com o mesmo problema. Há uma que está sempre a chorar, porque teve muitos problemas na vida, teve não sei quê...ou seja, aquilo que ela acaba por investir na reabilitação, e nós notamos isso, ela passa mais tempo a queixar-se do que a fazer os exercícios ou participar ativamente no processo de reabilitação. A outra senhora tem mais ou menos os mesmos défices e está muito mais motivada para a reabilitação em si, porque não tem por hábito o chorar aquilo que já passou. Acho que isso [a componente cultural] influencia muito o processo de reabilitação.

(E): Portanto, poderá facilitar ou criar uma barreira?

(P5): Sim, [pode facilitar ou criar uma barreira] à reabilitação.

(E): Que outros poderão influenciar para, não só nesta questão da reabilitação, mas também da promoção, educação, prevenção, neste âmbito?

(P5): O que é que pode influenciar? Olha, a rede de apoio do utente. É diferente um utente que está em família e que criou uma rede de ajuda ou assim do que, por exemplo, um utente que está em lar. Portanto, institucionalização vs domicílios com uma rede de apoio familiar. O acesso a serviços de saúde também. O nível de conhecimento das pessoas. Pronto, as crenças, etc, etc que já foram faladas. Mas eu acho que são estas.

(E): E em termos de obstáculos?

(P5): Aqui nós temos muito isolamento, pessoas que vivem nos montes, pessoas que não têm tanto acesso, não têm transportes para vir, por exemplo, ao centro de saúde. Barreiras...falta de conhecimento...falta de recursos humanos para atender toda a gente, listas de espera nomeadamente. E, às vezes, também a forma como o sistema está montado. Às vezes, a pessoa precisa de uma especialidade e tem que dar n voltas para chegar ao médico otorrino ou ao médico não sei quê ou ao terapeuta não sei quê. Eu acho que isso também influencia muito...o tempo, o tempo que se leva a chegar a um especialista.

(E): Falou do conhecimento ou da falta dele, que as pessoas têm, em saúde, portanto, a literacia em saúde.

(P5): Sim.

(E): Que comentários tece a este respeito?

(P5): Olha, nós aqui, aquilo que eu vejo muito é o pessoal mais velho, com AVC, por exemplo, são geralmente pessoas analfabetas, que a nível de experiências de vida, muito poucas e não fazem a mínima ideia do que devem fazer ou não, porque é que aconteceu o AVC ou não, o que é que podem fazer para prevenir ou não. Eu noto muito isso nesta zona

do Alentejo. Depois, em pessoas mais novas, eu acho que também advém um bocadinho do grupo etário, em pessoas mais novas nós já vemos que eles já estão alerta para determinadas coisas...mas acho que isto é um crescendo e tem também a ver um bocadinho com a faixa etária.

(E): Este conhecimento poderá influenciar o estado de saúde da pessoa ou a forma como o percebe?

(P5): Sim, sim, sim [o conhecimento pode influenciar o estado de saúde da pessoa]. Uma pessoa que tem conhecimento muito mais facilmente vai ao médico ver o que é que se passa, uma pessoa que não deixa andar.

(E): E uma comunicação efetiva em saúde...

(P5): O que é que é?

(E): Sim.

(P5): Uma comunicação efetiva, tanto para o utente como dentro da equipa? Para mim é haver dados concretos acerca do estado de saúde do utente, da análise do utente, da passagem de informação, de...porque acontece muitas vezes, o perder-se informação entre um e outro, depois foi encaminhado para aqui, depois não foi...Para mim uma comunicação efetiva tem de ser acerca do estado de saúde do utente e entre a equipa.

(E): Que ponto faz da atual prestação de serviços de saúde, quer seja públicos, privados, público-privados? Quer enquanto terapeuta da fala, quer enquanto cidadão que a eles recorre.

(P5): Acho que há, muitas vezes, falhas de comunicação no sistema [de prestação de serviços de saúde], acho que os utentes, às vezes, ficam perdidos. Nós notamos isso aqui, nem todos, mas muitos deles ficam perdidos entre uma consulta e outra, por exemplo.

(E): Considera-se um elemento de contributo útil para a saúde pública?

(P5): Eu acho que sim. Eu acho que todo e qualquer profissional tem um papel diferente ou poderá acrescentar alguma coisa a isso [à Saúde pública].

(E): Indo, agora, para a última parte, em termos de responsabilidade em educação para a saúde. Faz-lhe sentido falar em educação quando intervém indiretamente?

(P5): Sim [faz-me sentido falar em educação quando intervenho indiretamente].

(E): Assim, como entende a educação para a saúde?

(P5): Por exemplo, quando eu estou a fazer algum trabalho com os utentes, sempre a explicar o porquê, como é que ele deve fazer. Portanto, só a simples passagem de estratégias ou o explicar o que está a acontecer e porquê, para mim é educação para a saúde.

(E): Por quem deve ser realizada?

(P5): Por qualquer profissional que trabalhe com o utente.

(E): E a quem se destina?

(P5): Ao utente, família, toda a gente que intervém ou, de alguma forma, está envolvida nos diferentes contextos da pessoa.

(E): Deverá traduzir-se em intervenções individuais e/ou em grupo?

(P5): Ambas [intervenções individuais e em grupo].

(E): E poderá ser uma forma de promover valores?

(P5): Eu acho que sim, eu acho que sim. [Pode ser uma forma de promover] Valores, por exemplo, de entreajuda, eu acho que sem dúvida nenhuma.

(E): Em contraponto à educação científica especializada, considera que a educação popular poderá desempenhar algum papel na educação para a saúde?

(P5): Eu acho que sim, porque, às vezes, a educação popular pelos mitos e lendas disto, daquilo e do outro, às vezes facilita, mas outra não. Aliás, são mais as vezes que não facilita que aquelas que facilita.

(E): As instituições de ensino superior poderão ter algum contributo?

(P5): Sim, sem dúvida nenhuma. Na promoção de ações, que já o fazem, eu acho que conseguem [as instituições de ensino superior] chegar mais facilmente à população e à comunidade. Eu acho que sim.

(E): E em termos dos seus estudantes de que forma poderão incentivá-los, despertá-los para a educação para a saúde?

(P5): Eles na intervenção já contemplam um plano para o utente e um plano, por exemplo, para a família e eles começam a perceber a importância disso. Do não ser só ali no gabinete mas também da importância de passar estratégias lá para fora.

(E): A Associação Portuguesa dos Terapeutas da Fala qual o papel que poderá ter?

(P5): Muito importante, eu acho que sim. Eu acho que centrar-se sobretudo, pelo menos na disseminação de informação, devem ser eles [Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala] que devem ter um papel predominante.

(E): Destas áreas de educação para a saúde que, no fundo, percorrem as várias faixas etárias, e considerando as áreas de atuação do terapeuta da fala, consegue fazer um paralelismo, se as áreas de terapia da fala se encaixam?

(P5): Sim, sim, sim, nas várias, sim. Em todas sim, sem dúvida nenhuma. Quer exemplos? Saúde materna, por exemplo, nas questões da alimentação, nas questões depois do desenvolvimento. Saúde infantil, desenvolvimento da linguagem. Saúde do adulto, questões de alimentação, questões de motricidade, todas, parte comunicativa. Pronto, acho que já está.

(E): Considera que em todas já há um caminho aberto para a educação para a saúde?

(P5): Eu acho que sim, eu acho que sim. Pelo menos já existem Terapeutas da Fala envolvidos nisso [na educação para a saúde].

(E): Poderá haver áreas em que se apostasse ou deveria apostar-se mais?

(P5): Em todas, acho que é muito pouco o trabalho que está feito.

(E): Encara a intervenção indireta como uma forma de educação para a saúde?

(P5): Sim [encaro a intervenção indireta como uma forma de educação para a saúde].

(E): Sendo terapeuta da fala, quais considera serem os principais facilitadores para educar para a saúde?

(P5): Enquanto terapeuta da fala? Mas com o utente mas no geral da comunidade?

(E): No seu âmbito ou...

(P5): Por exemplo, ali no hospital, sendo especializados em determinadas áreas é muito mais fácil para nós educarmos aquelas pessoas, aquelas famílias ou as pessoas que estão no contexto em como devem prevenir, como devem promover. Eu acho que advém muito de, enquanto terapeuta da fala, tenho estas especialidades, tenho estas áreas específicas, então, se calhar, eu sou a melhor pessoa para contribuir nesta área.

(E): E os obstáculos?

(P5): Dificuldade de comunicação e interesse pela parte do exterior.

(E): Poderá ser uma forma de dar algum tipo de resposta aos casos em espera, ou que são rastreados ou avaliados mas que depois não têm logo acompanhamento?

(P5): Sim. Eu costumo chamar, quando tenho lista de espera, costumo chamar, dar orientações para não ficarem sem nada.

(E): A formação permanente é uma mais-valia?

(P5): Sim, muito, muito [importante a formação permanente em educação para a saúde].

(E): Legitima o papel de educador para a saúde enquanto terapeuta da fala?

(P5): Se deve ser só ele? Se deve haver um papel específico?

(E): Não, se se considera um educador para a saúde sendo terapeuta da fala?

(P5): Sim, sim [considero-me um educador para a saúde sendo terapeuta da fala].

(E): Para finalizar, uma mensagem para estudantes e profissionais sobre os aspetos que considera mais relevantes.

(P5): Para apostarem mais na parte indireta e para não se cingirem apenas ao gabinete. Tem de haver uma atuação em todos os contextos.

(E): Obrigada!

(P5): De nada!

Apêndice 6

Categorização dos dados

Categorização dos dados

FORMAÇÃO DE BASE

1- Justificação da escolha do curso

- a. Opção a outros cursos → Escolha do curso de terapia da fala como segunda opção ou após ter frequentado outros cursos
- b. Interesse pela área de saúde → Escolha do curso de terapia da fala devido ao interesse pela área de saúde
- c. Conhecimento da profissão → Escolha do curso de terapia da fala devido a conhecimento sobre a profissão

2- Características do processo de formação:

- a. Componentes de maior interesse → Áreas de maior interesse
- b. Componentes de menor interesse → Áreas de menor interesse
- c. Principais aprendizagens em estágio → Aspectos mais importantes retirados das experiências de estágio
- d. Considerações sobre a especialização → Finalidade do estudo aprofundado e investimento em áreas em particular
- e. Formações em simultâneo → Realização de outro tipo de formações que não a formação de base em simultâneo com esta

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

1- Primeira experiência profissional

- a. Balanço da experiência → Aspectos positivos e dificuldades da primeira experiência profissional

2- Características da intervenção

- a. Contexto de intervenção → Instituição, população-alvo e áreas de intervenção ao longo da experiência profissional
- b. Tipos de intervenção → Descrição das intervenções direta e indireta, combinação de ambas, trabalho em equipa e ações de informação e divulgação

3- Docência

- a. Orientação de estágio → Caracterização da experiência, principais preocupações, benefícios e dificuldades do orientador, a par das perceções sobre o estagiário
- b. Participação em aulas → Caracterização da experiência, principais preocupações, benefícios e dificuldades do docente, a par das perceções sobre o aluno

4- Desempenho de outros papéis

- a. Participação no meio social → Desempenho de outras funções cujo alvo principal é a comunidade

5- Caracterização

- a. Autoacaracterização → Principais características que definem o entrevistado enquanto profissional
- b. Metas profissionais → Principais finalidades do entrevistado enquanto profissional

SAÚDE

1- Conceito de saúde

- a. Descrição do conceito → Definição e caracterização do conceito de saúde
- b. Evolução do conceito → Constatações atuais resultantes da evolução do conceito de saúde

2- Conceito de doença

- a. Caracterização do conceito → Definição e caracterização do conceito de doença
- b. Mudança do conceito → Constatações atuais resultantes da evolução do conceito de doença

3- Perspetiva sobre Saúde Pública

- a. Descrição → Definição e caracterização do conceito de saúde pública
- b. Finalidade → Objetivos da saúde pública

4- Ações de Saúde Pública

- a. Prevenção da doença → Caracterização / descrição, tipos e finalidade das ações de prevenção da doença, a par de constatações atuais resultantes da evolução da sociedade e seus estilos de vida
- b. Promoção da saúde → Caracterização / descrição e finalidade das ações de promoção da saúde
- c. Educação para a saúde → Caracterização / descrição e finalidade das ações de educação para a saúde
- d. Responsabilidade das ações → Elementos responsáveis pelo planeamento, concretização, avaliação e reavaliação das ações em saúde
- e. População-alvo → População a quem se destinam as ações em saúde
- f. Facilitadores → Aspetos que facilitam o planeamento, concretização, avaliação e reavaliação de ações em saúde
- g. Barreiras → Aspetos que dificultam o planeamento, concretização, avaliação e reavaliação de ações em saúde
- h. Perceção do seu contributo → Avaliação da utilidade do seu contributo na saúde pública

5- O papel da formação:

- a) Formação de base → Caracterização da formação de base do entrevistado
- b) Formação contínua → Finalidade da formação contínua ao longo da experiência profissional do entrevistado

INTERVENÇÃO INDIRETA E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

1- Perceções do profissional

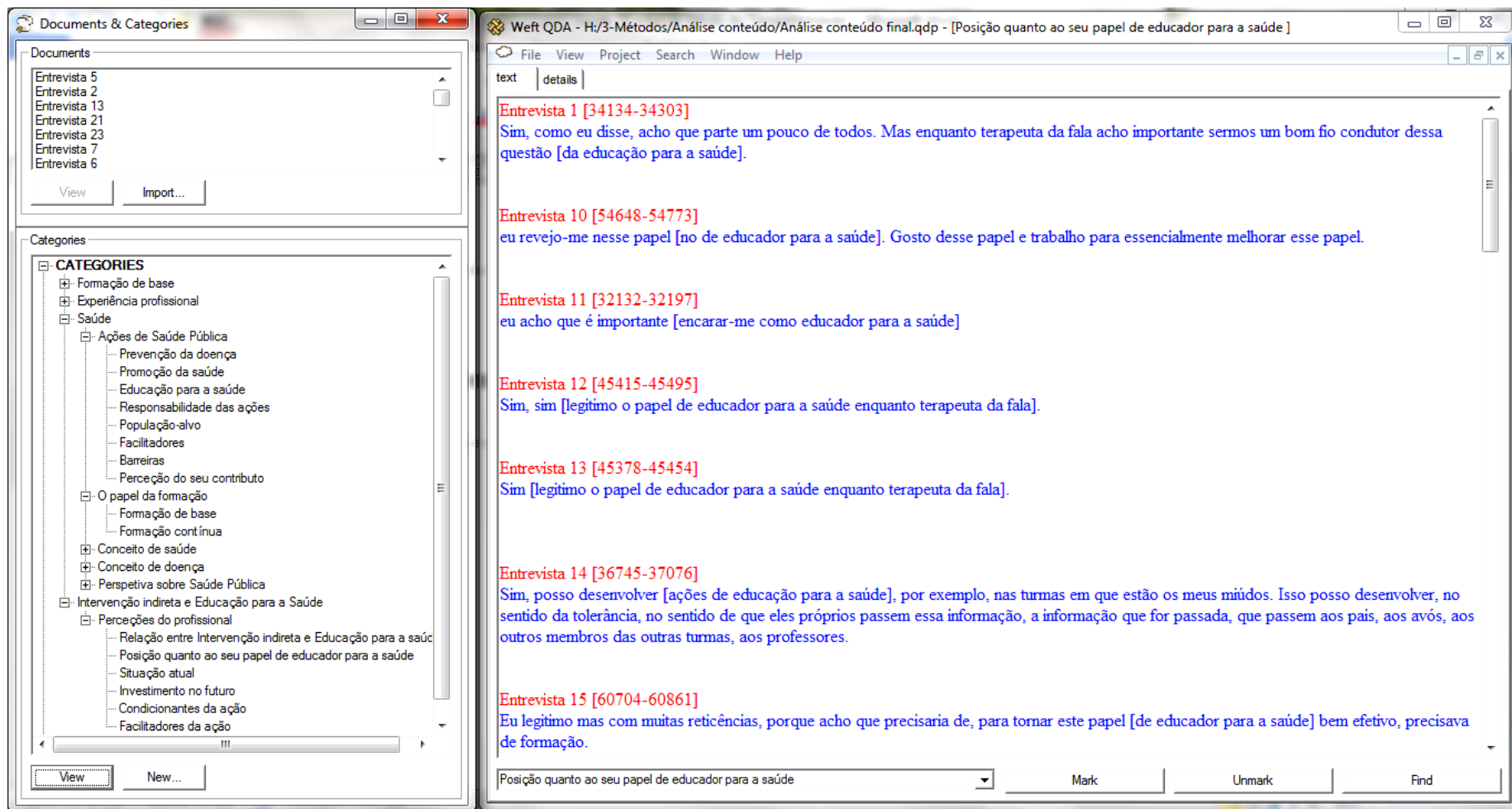
- a. Relação entre Intervenção indireta e Educação para a saúde → Posição do entrevistado face à associação entre intervenção indireta e educação para a saúde
- b. Posição quanto ao seu papel de educador para a saúde → Avaliação do seu contributo enquanto educador para a saúde sendo terapeuta da fala
- c. Situação atual → Correspondência entre as áreas de intervenção em terapia da fala e as áreas de educação para a saúde
- d. Facilitadores da ação → Aspetos que enquanto profissional facilitam o planeamento, concretização, avaliação e reavaliação de ações de educação para a saúde

- e. Condicionantes da ação → Aspetos que enquanto profissional dificultam o planeamento, concretização, avaliação e reavaliação de ações de educação para a saúde
- f. Investimento no futuro → Aspetos cujo investimento futuro justifica a pertinência do terapeuta da fala enquanto educador para a saúde

Apêndice 7

Exemplo de categorização no programa *Weft QDA* versão 1.0.1

Exemplo de categorização no programa Weft QDA versão 1.0.1



Apêndice 8

Exemplo de matriz de análise de conteúdo

Exemplo de matriz de análise de conteúdo

N.º da entrevista	Excerto	Subcategoria	Categoria	Tema
Entrevista 1 [152-422]	Não posso dizer que foi por vocação, porque eu queria Fisioterapia mas acabei por entrar em terapia da fala...e depois no primeiro ano do curso gostei tanto das cadeiras que foram lecionadas que decidi enveredar pela terapia da fala. Mas não foi a minha primeira escolha.	Opção a outros cursos	Justificação da escolha do curso	Formação de base
Entrevista 10 [167-535]	Quando entrei em terapia da fala, à partida, não era a profissão que eu queria para mim. Eu queria ser enfermeiro e dei três meses para “se eu não gostar do curso, desisto do curso de terapia da fala e, pronto, espero mais um ano para me candidatar a enfermagem”. Mas isso não aconteceu. Comecei a apaixonar-me pelo curso desde o início e a querer aprender mais e mais			
Entrevista 11 [526-635]	Até aí a minha ideia era completamente diferente, era engenharia do ambiente, pronto, que não tem nada a ver.			
Entrevista 12 [225-475]	Eu tirei um curso na área da gestão hospitalar e [fiz um estágio profissional onde] estava integrado na equipa de recursos humanos do hospital local. Entretanto, como eu tinha que passar por todos os serviços, vi o que é que a terapia da fala fazia.			
Entrevista 13 [560-676]	eu meti fisioterapia primeiro, isto é, em termos de escolha, só que consegui a colocação e entrei em terapia da fala			
Entrevista 15 [719-1108]	terapia da fala, mas sem saber o que era terapia da fala, sem nunca falar com um terapeuta da fala para saber o que era isso, mas parecia-me que aquilo que eu queria em medicina [pediátrica como meu desejo inicial, mas que não consegui ter média para entrar] conseguiria em terapia da fala. E entrei na primeira opção entrei em terapia da fala, porque já tinha de lado a parte de medicina			

Apêndice 9

Exemplo de matriz de sistematização de dados

Exemplo de matriz de sistematização de dados

Matriz de sistematização de dados			
Tema: Formação de base		Categoria: Justificação da escolha do curso	Subcategoria: Conhecimento da profissão
Indicadores	Exemplos	Número da entrevista	Total de ocorrências
Finalidade	“apareceu, fiquei curiosa, fui ver o trabalho e identifiquei-me com aquele tipo de trabalho”	12, 18, 23, 7	7
	“lidar ou trabalhar com pessoas ou uma visão mais idealista de tentar ajudar pessoas”	20, 9	
	“ver a pessoa mais como um todo”	15	
População-alvo	“trabalhar com crianças”	12, 14, 3, 8	6
	“tive contacto com crianças com perturbações da comunicação enquanto jovem escuteira”	19, 21	
Áreas	“a parte comunicativa em si, portanto, acho que foi muito porque gostava da parte da linguagem”	12, 5, 8	6
	“ajudar os meninos a falar melhor, era a noção que eu tinha”		
	“a área da voz, a área da postura, também pela relação com fisio”	16, 22, 24	
Outros	“curso da área da saúde que tinha mais autonomia”	17, 18, 19, 20, 21,	10
	“soube em todas as áreas em que nós entrevistamos e depois fiquei ainda mais motivada pela abrangência que tem a nossa profissão”	23, 3, 4, 6, 7	
Tema: Formação de base		Categoria: Justificação da escolha do curso	Subcategoria: Opção a outros cursos
Indicadores	Exemplos	Número da entrevista	Total de ocorrências
Fisioterapia	“eu queria Fisioterapia mas acabei por entrar em terapia da fala”	1, 13, 9	3
Medicina	“parecia-me que aquilo que eu queria em medicina [pediátrica como meu desejo inicial, mas que não consegui ter média para entrar] conseguiria em terapia da fala”	15, 4	2
Outros	“Quando entrei em terapia da fala, à partida, não era a profissão que eu queria para mim. Eu queria ser enfermeiro e dei três meses para “se eu não gostar do curso, desisto do curso de terapia da fala e, pronto, espero mais um ano para me candidatar a enfermagem”. Mas isso não aconteceu”	10, 11, 12, 16, 17, 23, 24, 3	8
Catarina Domingues			100

Tema: Formação de base		Categoria: Justificação da escolha do curso	Subcategoria: Interesse pela área de saúde	
Indicadores	Exemplos		Número da entrevista	Total de ocorrências
Relação com áreas da saúde	“sabia na altura que queria ter uma profissão mais ligada à pediatria”		1, 13, 15, 16	4
Relação com saúde em geral	“eu sempre gostei muito da área de saúde”		3, 6, 8	3
Tema: Formação de base		Categoria: Características do processo de formação	Subcategoria: Componentes de maior interesse	
Indicadores	Exemplos		Número da entrevista	Total de ocorrências
Áreas	“linguagem na criança”		10, 15, 17, 18, 19,	44
	“linguagem no adulto”		22, 23, 3, 4, 5	
	“linguagem escrita”			
	“Voz”		10, 12, 16, 18, 22,	
			24, 3, 6, 7	
	“Comunicação”		21, 23, 3, 4, 9	
	“Motricidade oro-facial”		1, 16, 18, 23, 9	
	“Deglutição”		17, 23, 4, 9	
	“Gaguez” (fluência)		22, 24, 8	
	“Fala”		11, 24	
	Várias (“durante os quatro anos de licenciatura sempre quis dar o meu melhor em todas as unidades curriculares. Para mim todas valiam, tinham o seu valor independentemente de umas serem mais objetivas ou outras mais subjetivas, umas serem diretamente relacionadas com terapia da fala e outras serem associadas à terapia da fala” - estatística, administração e gestão da saúde)		1, 10, 13, 16, 20, 22	

Tema: Formação de base		Categoria: Características do processo de formação	Subcategoria: Componentes de menor interesse	
Indicadores	Exemplos	Número da entrevista	Total de ocorrências	
Áreas	“disfluência” (fluência)	1, 11, 18, 2, 23, 5	26	
	“atraso de desenvolvimento da linguagem”	1, 16, 3, 7, 8, 9		
	“afasias”			
	“a disfagia não existia [durante a minha formação de base]” (alimentação)	12, 13, 18, 19, 7		
	“Voz”	11, 19, 5, 7		
	Outras (motricidade oro-facial, anatomofisiologia, bioestatística, gestão e economia da saúde)	13, 15, 16, 18, 22		
Tema: Formação de base		Categoria: Características do processo de formação	Subcategoria: Principais aprendizagens em estágio	
Indicadores	Exemplos	Número da entrevista	Total de ocorrências	
Competências profissionais	“Foi o adequar da realidade” “Contextos diferentes, pessoas diferentes, intervenientes diferentes” “para além de técnicas e estratégias específicas da terapia da fala” “[o interesse mais pela intervenção com adultos] fez [-se notar] quando eu fiz o primeiro estágio de intervenção em adultos” “permitiram uma construção da identidade”	1, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 2, 21, 22, 23, 24, 3, 4, 5, 6, 9	20	
Trabalho em equipa	“o contacto com outros profissionais”	10, 11, 15, 17, 2, 24, 6	10	
	“percebi que, de facto, sem falar com os pais não fazemos trabalho nenhum”	11, 23, 8		
Competências pessoais e de relação com o outro	“Acho que o maior impacto que tive [dos estágios] foi mesmo pessoalmente” “Aprender que os outros são diferentes, que têm experiências de vida diferentes, que passaram por momentos difíceis também e que, portanto, têm a sua própria vida e isso é importante nós termos noção” “desenvolver competências ao nível da relação com o outro”	1, 10, 14, 16, 20, 21, 4, 7, 8	9	
Funcionamento organizacional	“fizeram-me ver como (...) [eram] os processos dentro das instituições” “muitas vezes, a parte logística condiciona o nosso trabalho, temos (...) de lutar por melhores condições”	13, 2	2	

Tema: Formação de base		Categoria: Características do processo de formação	Subcategoria: Considerações sobre a especialização	
Indicadores	Exemplos	Número da entrevista	Total de ocorrências	
Investir na formação de base	“Eu tento sempre não deixar nenhuma área de parte, porque nós não sabemos o que nos vai acontecer no dia a seguir”	12, 13, 14, 15, 17, 19, 22, 3, 5, 7	10	
Investir em áreas em que intervêm	“Todos nós temos áreas de especialização mesmo que não de forma explícita, mas acho que todos nós sentimos mais afinidade e acabamos por pesquisar mais sobre determinadas áreas” “eu só invista em áreas que de facto vou utilizar”	1, 11, 12, 14, 2, 8, 9	7	
Investir em áreas que não dominam	“depois do curso, como eu não fiz estágio curricular em paralisia cerebral e como achei que era uma lacuna não ter passado por essa área, optei por pedir um estágio de observação” “especializar-me nas situações em que estava a estagiar, para aprofundar os conhecimentos”	13, 16, 18, 21, 23, 24	6	
Como meio de diferenciação	“se calhar, a nossa diferenciação deveria passar por especialização”	20, 24, 4, 6	4	
Tema: Formação de base		Categoria: Características do processo de formação	Subcategoria: Formações em simultâneo	
Indicadores	Exemplos	Número da entrevista	Total de ocorrências	
Em terapia da fala	“quase todas as formações que fiz, foram centradas na terapia da fala” “[formações] a nível de comunicação aumentativa e alternativa” “Na licenciatura procurava muito formações na área da motricidade e da disfagia muito” “Lembro-me de ter feito [formações] em fendas palatinas, surdez, leitura e escrita, dislexia, fui fazendo várias de várias áreas”	15, 20, 21, 23, 24, 4, 5, 7, 8	9	
Noutras áreas	“curso de cinema” “curso de formação de formadores” “Em Coaching”	1, 12, 16, 6	4	

Apêndice 10

Matriz de frequência de dados

Matriz de frequência de dados

Tema: Formação de base		Categoria: Justificação da escolha do curso	Subcategoria: Conhecimento da profissão
Indicadores		Total de ocorrências	
Finalidade		7	
População-alvo		6	
Áreas		6	
Outros		10	
Total		29	
Tema: Formação de base		Categoria: Justificação da escolha do curso	Subcategoria: Opção a outros cursos
Indicadores		Total de ocorrências	
Fisioterapia		3	
Medicina		2	
Outros		8	
Total		13	
Tema: Formação de base		Categoria: Justificação da escolha do curso	Subcategoria: Interesse pela área de saúde
Indicadores		Total de ocorrências	
Relação com áreas da saúde		4	
Relação com saúde em geral		3	
Total		7	
Tema: Formação de base		Categoria: Características do processo de formação	Subcategoria: Componentes de maior interesse
Indicadores		Total de ocorrências	
Áreas		44	
Tema: Formação de base		Categoria: Características do processo de formação	Subcategoria: Componentes de menor interesse
Indicadores		Total de ocorrências	
Áreas		26	
Tema: Formação de base		Categoria: Características do processo de formação	Subcategoria: Principais aprendizagens em estágio
Indicadores		Total de ocorrências	
Competências profissionais		20	

Trabalho em equipa	10
Competências pessoais e de relação com o outro	9
Compreensão do funcionamento organizacional	2
Tema: Formação de base Categoria: Características do processo de formação Subcategoria: Considerações sobre a especialização	
Indicadores	Total de ocorrências
Investir na formação de base	10
Investir em áreas em que intervém	7
Investir em áreas que não domina	6
Como meio de diferenciação	4
Tema: Formação de base Categoria: Características do processo de formação Subcategoria: Formações em simultâneo	
Indicadores	Total de ocorrências
Em terapia da fala	9
Noutras áreas	4
Tema: Experiência Profissional Categoria: Primeira experiência profissional Subcategoria: Balanço da experiência	
Indicadores	Total de ocorrências
Aspetos positivos	15
Dificuldades	13
Tema: Experiência Profissional Categoria: Características da intervenção Subcategoria: Contexto de intervenção	
Indicadores	Total de ocorrências
População-alvo	25
Área	18
Instituição	9
Tema: Experiência Profissional Categoria: Características da intervenção Subcategoria: Tipos de intervenção	
Indicadores	Total de ocorrências
Intervenção indireta	45
Trabalho em equipa	35
Intervenção direta	22
Combinação da intervenção direta e indireta	15

Ações de informação e divulgação	12
Tema: Experiência Profissional Categoria: Docência Subcategoria: Orientação de estágio	
Indicadores	Total de ocorrências
Perceções sobre o estagiário	32
Preocupações do orientador	21
Benefícios para o orientador	20
Caracterização da experiência	10
Dificuldades do orientador	8
Tema: Experiência Profissional Categoria: Docência Subcategoria: Participação em aulas	
Indicadores	Total de ocorrências
Benefícios para o docente	16
Preocupações do docente	8
Caracterização da experiência	6
Dificuldades do docente	4
Perceções sobre o aluno	4
Tema: Experiência Profissional Categoria: Desempenho de outros papéis Subcategoria: Participação no meio social	
Indicadores	Total de ocorrências
Formação / dar formação noutras áreas	8
Integração em associações	7
Gestão / trabalho na área comercial	6
Atividades de lazer	5
Orientação / participação em projetos e investigação	4
Realização de voluntariado	3
Tema: Experiência Profissional Categoria: Caracterização Subcategoria: Autocaracterização	
Indicadores	Total de ocorrências
Caraterísticas positivas	22
Características negativas	4

Tema: Experiência Profissional Categoria: Caracterização Subcategoria: Metas profissionais	
Indicadores	Total de ocorrências
Finalidade	36
Tema: Saúde Categoria: Conceito de saúde Subcategoria: Descrição do conceito	
Indicadores	Total de ocorrências
Definições / Caracterização	39
Tema: Saúde Categoria: Conceito de saúde Subcategoria: Evolução do conceito	
Indicadores	Total de ocorrências
Constatações atuais	23
Tema: Saúde Categoria: Conceito de doença Subcategoria: Caracterização do conceito	
Indicadores	Total de ocorrências
Definições / Caracterização	15
Tema: Saúde Categoria: Conceito de doença Subcategoria: Mudança do conceito	
Indicadores	Total de ocorrências
Constatações atuais	39
Tema: Saúde Categoria: Perspetiva sobre Saúde Pública Subcategoria: Descrição	
Indicadores	Total de ocorrências
Definições / Caracterização	20
Tema: Saúde Categoria: Perspetiva sobre Saúde Pública Subcategoria: Finalidade	
Indicadores	Total de ocorrências
Finalidade	17
Tema: Saúde Categoria: Ações de Saúde Pública Subcategoria: Prevenção da doença	
Indicadores	Total de ocorrências
Caracterização / Descrição de ações	32
Finalidade	15
Prevenção primária	7
Prevenção secundária	7
Prevenção terciária	4

Constatações atuais	3
Tema: Saúde Categoria: Ações de Saúde Pública Subcategoria: Promoção da Saúde	
Indicadores	Total de ocorrências
Finalidade	13
Caracterização / Descrição de ações	7
Tema: Saúde Categoria: Ações de Saúde Pública Subcategoria: Educação para a Saúde	
Indicadores	Total de ocorrências
Finalidade	17
Caracterização / Descrição de ações	13
Tema: Saúde Categoria: Ações de Saúde Pública Subcategoria: Responsabilidade das ações	
Indicadores	Total de ocorrências
Instituições, associações e outras organizações	75
Equipas	29
Profissionais com competências em vários dos domínios	23
População no geral	11
Família	6
Outros	2
Tema: Saúde Categoria: Ações de Saúde Pública Subcategoria: População-alvo	
Indicadores	Total de ocorrências
Indivíduo e grupos	22
População no geral	21
Casos em espera	20
Outros	2
Tema: Saúde Categoria: Ações de Saúde Pública Subcategoria: Facilitadores	
Indicadores	Total de ocorrências
Comunicação efetiva	43
Adequada literacia em saúde	22
Combinação dos conhecimentos científico e popular	19

Adequação dos instrumentos de informação e divulgação	13
Disponibilidade da população-alvo	8
Recursos favoráveis	7
Elevado poder de decisão	5
Tema: Saúde Categoria: Ações de Saúde Pública Subcategoria: Barreiras	
Indicadores	Total de ocorrências
Recursos desfavoráveis	15
Desadequada literacia em saúde	14
Separação dos conhecimentos científico e popular	10
Indisponibilidade da população-alvo	9
Comunicação não efetiva	8
Desadequação dos instrumentos de informação e divulgação	7
Reduzido poder de decisão	3
Tema: Saúde Categoria: Ações de Saúde Pública Subcategoria: Perceção do seu contributo	
Indicadores	Total de ocorrências
Positiva	21
Pouco relevante	3
Tema: Saúde Categoria: O papel da formação Subcategoria: Formação de base	
Indicadores	Total de ocorrências
Incentiva a concretização de ações de saúde para a comunidade	10
Foca a teoria	5
Foca o modelo biomédico	3
Foca a intervenção direta	3
Contempla outras áreas	3
Tema: Saúde Categoria: O papel da formação Subcategoria: Formação contínua	
Indicadores	Total de ocorrências
Finalidade	24

Tema: Intervenção indireta e Educação para a Saúde			Categoria: Percepções do profissional			Subcategoria: Relação entre Intervenção indireta e Educação para a saúde		
Indicadores				Total de ocorrências				
Definida				40				
Indefinida				1				
Tema: Intervenção indireta e Educação para a Saúde			Categoria: Percepções do profissional			Subcategoria: Posição quanto ao seu papel de educador para a saúde		
Indicadores				Total de ocorrências				
Faz parte do trabalho de TF				24				
Tema: Intervenção indireta e Educação para a Saúde			Categoria: Percepções do profissional			Subcategoria: Situação atual		
Indicadores				Total de ocorrências				
Várias áreas de intervenção				24				
Crescimento pessoal dos destinatários				3				
Tema: Intervenção indireta e Educação para a Saúde			Categoria: Percepções do profissional			Subcategoria: Facilitadores da ação		
Indicadores				Total de ocorrências				
Recursos humanos favoráveis				12				
Recursos materiais adequados				8				
Conhecimento em saúde e educação				5				
Contexto institucional				5				
Competências				3				
Contacto com a comunidade				2				
Tema: Intervenção indireta e Educação para a Saúde			Categoria: Percepções do profissional			Subcategoria: Condicionantes da ação		
Indicadores				Total de ocorrências				
Recursos materiais desfavoráveis				24				
Priorização da intervenção direta				6				
Inconsistência de políticas em saúde pública				2				
Comunicação desadequada				2				
Designação de técnico				2				
Outras				3				

Tema: Intervenção indireta e Educação para a Saúde		Categoria: Perceções do profissional	Subcategoria: Investimento no futuro
Indicadores		Total de ocorrências	
Áreas de interesse a investir		22	
Atividades a desenvolver		16	
Alterações na formação de base		14	
População-alvo a investir		8	
Reorganização do sistema de saúde		6	
Participação ativa na e da APTF		5	
Reconhecimento na prática da importância da intervenção indireta		4	
Reorganização da intervenção em equipa		4	
Aposta na formação contínua		3	