

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Interprofissionalidade na Saúde: O Serviço Social e a Terapia da Fala

Joana Rita Paulo Braz de Jesus Guerra

Mestrado em Serviço Social

Orientadores:

Doutora Maria João Pena, Professora Auxiliar,
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

outubro, 2020



SOCIOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS

Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

Interprofissionalidade na Saúde: O Serviço Social e a Terapia da Fala

Joana Rita Paulo Braz de Jesus Guerra

Mestrado em Serviço Social

Orientadores:

Doutora Maria João Pena, Professora Auxiliar,
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

outubro, 2020

“Se quer ir depressa, vá sozinho. Se quer ir longe, vá acompanhado”

(Provérbio africano)

Agradecimentos

Chegou o momento de agradecer a todas as pessoas e experiências que, de alguma forma, contribuíram para esta longa e enriquecedora jornada.

Em primeiro lugar, o meu sincero agradecimento à Professora Doutora Maria João Pena pela orientação, conhecimento e, sobretudo, pela sua visão confiante e positiva neste percurso conjunto, bem como a toda a equipa docente deste mestrado.

A todos os meus colegas pela partilha, motivação e apoio, em particular à Ana Lisa Oliveira, Liliana Nogueira e Filipa Clemente, ninguém melhor do que eles para compreenderem inteiramente esta maravilhosa jornada.

A todos os terapeutas da fala e assistentes sociais, dois grupos profissionais na linha da frente, em especial aos que, em plena pandemia Covid-19, se disponibilizaram a contribuir com as suas práticas para este estudo, sem essa contribuição este trabalho não seria possível.

À minha família, avós, pais, irmãs e amigos. À Manuela Castro pela ajuda e disponibilidade, apesar da distância, ao Hélder Mouro pelo apoio e por tanto reler ao longo deste processo e à Ana Filipa Santo pela amizade, sincera e generosa, e por me lembrar, a cada dia, da importância deste tema.

E, por último, também a todas as pessoas que me fizeram duvidar da importância deste trabalho, fazendo-me refletir e ter a certeza do caminho a percorrer e, curiosamente, à quarentena que me obrigou a parar e a ter a disponibilidade necessária para finalizar esta dissertação, ensinando-me a aceitar que as dificuldades fazem parte da aprendizagem e que os obstáculos e limitações estão, apenas, na nossa mente

Sou profundamente grata!

Resumo

Este estudo procura compreender as práticas interprofissionais de intervenção na saúde, na perspectiva e colaboração dos assistentes sociais e terapeutas da fala, identificando a sua necessidade, domínios de competência, características essenciais, fatores que influenciam a colaboração, experiências de aprendizagem interprofissional e a forma como estes dois profissionais defendem o direito à comunicação, apresentando recomendações para estas práticas.

Seguindo uma abordagem qualitativa, foram entrevistados 12 sujeitos com experiência de trabalho em equipas interprofissionais, nomeadamente 6 assistentes sociais e 6 terapeutas da fala.

Na análise de conteúdo foi possível constatar que o nível de colaboração das equipas varia consoante o contexto e os próprios profissionais que a integram, uma vez que existem vários fatores (organizacionais, pessoais e profissionais) que influenciam positiva ou negativamente esta colaboração, como a capacidade de comunicação e a clareza e entendimento de papéis. No entanto, as diferenças podem ser enriquecedoras desde que se consigam promover soluções e atenuar situações suscetíveis de criar conflitos. Como existem competências específicas relacionadas com o trabalho em colaboração, a educação interprofissional revela-se fundamental na formação de profissionais de saúde.

A colaboração interprofissional entre assistentes sociais e terapeutas da fala é essencial no apoio a dificuldades de comunicação, na resposta a problemas de deglutição, autodeterminação e aumento da perceção da qualidade de vida do sujeito de intervenção e, de todos os inseridos no seu contexto, sendo fundamentais na defesa do direito à comunicação e promoção da acessibilidade comunicativa.

Palavras-chave: Práticas Interprofissionais na Saúde, Serviço Social, Terapia da Fala, Direito à Comunicação, Comunicação Acessível.

Abstract

This study seeks to understand the interprofessional practices of health intervention, based on to the perspective and collaboration of social workers and speech and language therapists, identifying the need for those practices, domains of competence, essential features, influencing collaboration factors, interprofessional learning experiences, how the right to communicate is uphold by these two groups of professionals, as well as introducing recommendations for best practices.

That way, following a qualitative approach, 12 subjects were interviewed with experience of working in interprofessional teams, 6 social workers and 6 speech and language therapists.

Through the content analysis it was possible to confirm that the level of collaboration of the teams varies according to the context and the professionals themselves that integrate it, once there are several decisive factors (organizational, personal and professional) that influencing positively or negatively this collaboration, such as communication skills and understanding of professional roles. However, the differences can be very enriching as long as they are able to promote solutions and mitigate potential conflicts. As there are specific skills listed to collaborative work, interprofessional education is essential during training to the health professionals.

Interprofessional collaboration between social workers and speech and language therapists is essential when supporting communication, responding to swallowing problems, self-determination and increasing the perception of the intervention subject quality of life and of all those involved in their context, being fundamental in upholding the right to communicate and promotes accessible communication.

Keywords: Interprofessional Practices in Healthcare, Social Work, Speech and Language Therapy, Communication Rights, Accessible Communication.

Índice

Resumo	i
Abstract.....	iii
Índice	v
Índice de Figuras.....	vi
Índice de Quadros	vi
Glossário de Siglas	vii
Introdução	1
Capítulo 1 – Enquadramento Teórico.....	3
1.1. O Serviço Social.....	3
1.1.1. O Serviço Social na Saúde	6
1.2. A Terapia da Fala	9
1.3. Comunicação Acessível	13
1.4. Práticas Interprofissionais.....	18
1.4.1. Práticas Interprofissionais entre o Assistente Social e o Terapeuta da Fala....	24
Capítulo 2 – Metodologia	29
2.1. Tipo de estudo e estratégias metodológicas.....	29
2.2. Universo e amostra	30
2.3. Técnicas de recolha e tratamento de dados.....	31
Capítulo 3 – Análise e Discussão de Resultados	33
3.1. Caracterização Sociodemográfica	33
3.1.1. Profissionais que integram a equipa de trabalho	34
3.2. Características da Colaboração Interprofissional	35
3.3. Integração e Valorização da Contribuição e Participação da Pessoa, Família e Comunidade	38
3.4. Análise Crítica das Práticas Interprofissionais	40
3.5. Clarificação dos Papéis Profissionais	41
3.7. Resolução de Conflitos Interprofissionais	45

3.7.1. Situações Suscetíveis de Criar Conflitos Interprofissionais	45
3.8. Liderança Colaborativa.....	47
3.9. Experiências de Aprendizagem Interprofissional.....	48
3.10. Defesa do Direito à Comunicação	50
3.11. Exemplo de um Caso Colaborativo entre o Assistente Social e o Terapeuta da Fala	52
3.12. Análise da Prática Colaborativa Interprofissional no Caso Hendricks.....	54
Conclusão	57
Referências Bibliográficas.....	65
Anexos	73
Anexo A – Termo de Consentimento Informado	75
Anexo B – Guião de Entrevista	77

Índice de Figuras

Figura 1. 1. Promoção da saúde em todos os setores. Fonte: DGS (2015, p. 18)	7
Figura 1. 2. Dimensões e domínios da linguagem. Fonte: Adaptada de Rombert (2013, p. 60).....	11
Figura 3. 1. Profissionais que integram a equipa de trabalho dos entrevistados.....	35

Índice de Quadros

Quadro 3. 1. Caracterização Sociodemográfica dos Entrevistados.....	33
---	----

Glossário de Siglas

APSS | Associação dos Profissionais de Serviço Social

APTF | Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala

AS | Assistente Social

ASHA | American Speech-Language-Hearing Association

AVC | Acidente Vascular Cerebral

BASW | British Association of Social Workers

CAA | Comunicação Aumentativa e Alternativa

CAIPE | Centre for the Advancement of Interprofessional Education

CIHCCPIS | Canadian Interprofessional Health Collaborative Consortium Pancanadien

Pour l'Interprofessionnelles em Santé

CP | Cuidados Paliativos

CPLOL | Comité Permanente de Ligação dos Terapeutas da Fala e Logopedistas da União

Europeia

EIP | Educação Interprofissional

ELI | Equipas Locais de Intervenção

IASSW | International Association of Schools of Social Work

ICP | International Communication Project

IFSW | International Federation of Social Workers

OMS | Organização Mundial de Saúde

ONU | Organização das Nações Unidas

PCF | Professional Capabilities Framework for Social Workers

SAAC | Sistemas Aumentativos e Alternativos de Comunicação

SARS-CoV-2 | Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

TF | Terapeuta da Fala

UCCI | Unidade de Cuidados Continuados Integrados

Introdução

A presente investigação foi desenvolvida no âmbito do mestrado em Serviço Social e tem por base a interprofissionalidade, tendo como motivação o contributo para a prática em Serviço Social, para a prática em Terapia da Fala e, conseqüentemente, para a sociedade em geral.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que a colaboração é o novo imperativo para gerir a saúde no século XXI (WHO, 2012), pelo que nas últimas duas décadas se iniciou uma mudança nas práticas de saúde e cuidados sociais, tornando a colaboração interprofissional, na maioria destes contextos, não apenas uma possibilidade, mas uma distinta probabilidade (Freeth et al., 2005).

O trabalho em equipa interprofissional “envolve membros de duas ou mais profissões com competências complementares em práticas colaborativas, visando objetivos comuns” (Barr & Low, 2013, p. 7) e quando eficaz, deve fornecer uma resposta melhor e mais adequada às necessidades complexas das pessoas mais vulneráveis (Wilson et al., 2011).

Para Wackerhausen (2009) esta necessidade de colaboração interprofissional será, cada vez mais, essencial para o bem-estar do sujeito de intervenção, uma vez que o autor defende que nenhuma profissão pode, isoladamente, trabalhar ou tirar proveito de todos os desafios e mudanças que estão para vir, tais como questões demográficas, de saúde, perfil de doenças, descobertas científicas e invenções tecnológicas, ou seja, o que uma qualquer profissão é capaz de fazer sem colaboração tenderá, gradualmente, a ser menor do que aquilo que as profissões em colaboração têm a capacidade de fazer.

No entanto, numa época em que este trabalho é tão valorizado e a maioria da literatura pedagógica das disciplinas recomenda colaborações profissionais com vista a uma melhor prática, ainda existe pouca evidência empírica sobre a quantidade, qualidade e eficácia da colaboração entre a área do Serviço Social e a Terapia da Fala (Edwards et al., 2015).

Para responder à pergunta de partida “de que forma é vista e desenvolvida a interprofissionalidade na saúde entre assistentes sociais e terapeutas da fala?”, pretende-se, como objetivo geral, compreender as práticas interprofissionais de intervenção na saúde, com base na perspetiva e colaboração dos assistentes sociais e terapeutas da fala. Mais especificamente:

1. Identificar a necessidade de práticas interprofissionais na saúde entre assistentes sociais e terapeutas da fala;
2. Identificar domínios de competências interprofissionais na prática colaborativa dos assistentes sociais e terapeutas da fala;
3. Compreender, na perspectiva dos assistentes sociais e terapeutas da fala, que características são essenciais para um trabalho colaborativo saudável e eficaz;
4. Identificar fatores que influenciam a colaboração interprofissional;
5. Identificar experiências de aprendizagem interprofissional;
6. Compreender de que forma é defendido o direito à comunicação por parte destes dois grupos profissionais;
7. Apresentar recomendações para práticas profissionais entre o assistente social (AS) e o terapeuta da fala (TF) na área da saúde.

Este trabalho encontra-se, assim, organizado em três capítulos. O primeiro capítulo é referente ao enquadramento teórico, o aprofundamento da revisão bibliográfica sobre alguns conceitos principais como o Serviço Social, o Serviço Social na saúde, a Terapia da Fala, a comunicação acessível, as práticas interprofissionais e, sobretudo, as práticas interprofissionais entre o assistente social e o terapeuta da fala.

O segundo capítulo identifica a escolha metodológica, um processo lógico que conta com a justificação do tipo de estudo e as suas estratégias, a definição do universo, da amostra e das técnicas de recolha e tratamento de dados utilizadas.

Posteriormente, o terceiro capítulo apresenta a análise e a discussão dos resultados repartida segundo os temas em estudo e, tendo como suporte para a inferência, a revisão bibliográfica.

E, por último, a conclusão que pretende dar resposta à pergunta de partida e aos objetivos de investigação mencionados.

Capítulo 1 – Enquadramento Teórico

1.1. O Serviço Social

Segundo a Associação dos Profissionais de Serviço Social (APSS), a definição de Serviço Social mais recente, aprovada em Melbourne pela Assembleia Geral da International Federation of Social Workers (IFSW) e da International Association of Schools of Social Work (IASSW) em Julho de 2014, considera que:

O Serviço Social é uma profissão de intervenção e uma disciplina académica que promove o desenvolvimento e a mudança social, a coesão social, o *empowerment* e a promoção da Pessoa. Os princípios de justiça social, dos direitos humanos, da responsabilidade coletiva e do respeito pela diversidade são centrais ao Serviço Social. Sustentado nas teorias do Serviço Social, nas ciências sociais, nas humanidades e nos conhecimentos indígenas, o Serviço Social relaciona as pessoas com as estruturas sociais para responder aos desafios da vida e à melhoria do bem-estar social (APSS, 2018, p. 5).

Desta definição, para além de se destacarem dois eixos de reflexão, um que diz respeito ao Serviço Social como uma profissão inserida no mundo das organizações e outro que apresenta o Serviço Social como uma disciplina científica capaz de produzir novo conhecimento científico (Santos, 2017), destacam-se, também, quatro dimensões/valores que definem globalmente o Serviço Social e que são objetivos morais da profissão, a mudança social, o bem-estar social, os direitos humanos, e a justiça social (Hugman, 2007). Deste modo, Amaro (2012) refere que esta definição veio amplificar o alcance do assistente social, atribuindo-lhe uma intenção de mudança social e não apenas individual.

Faleiros (2011) acrescenta que importa considerar a complexidade da ação e não apenas a diversidade da intervenção, articulando-se a mudança com a resolução de problemas e a participação na procura dos direitos humanos e da justiça social. Assim, a atividade profissional dos assistentes sociais dá resposta a problemas que resultam do funcionamento das estruturas socioeconómicas, políticas e dos seus sistemas, influenciando percursos de vida e identidades individuais e coletivas (Granja, 2008), tornando-se imprescindível referir os destinatários da intervenção do assistente social, que por serem a razão do seu agir profissional, têm um poder e saber passíveis de serem utilizados neste processo (Cruz, 2010).

Para Rogers et al. (2017) o Serviço Social é uma profissão em curso, uma vez que continua a sofrer mudanças consideráveis na sua infraestrutura e contextos de prática. No entanto, um aspeto que se mantém constante é a necessidade de um trabalho qualificado.

A British Association of Social Workers (BASW), no documento “Professional Capabilities Framework for Social Workers” (PCF), refere nove domínios de capacidades do assistente social. Os assistentes sociais demonstram compromisso profissional, assumindo responsabilidade pela sua própria prática, conduta e aprendizagem, protegendo a sua reputação como representantes da profissão (profissionalismo). Têm a obrigação de aplicar princípios éticos para orientar a sua prática profissional, comportando-se e tomando decisões de acordo com o seu código de ética, valores base da profissão e leis relevantes (ética e valores). Reconhecem a diversidade, entendem que esta molda o ser humano e é fundamental para a formação da sua identidade e promovem a igualdade (diversidade e igualdade). Promovem, também, os direitos humanos, a justiça social e o bem-estar económico consagrados nas leis, convenções e políticas nacionais e internacionais, trabalhando, sempre que possível, em parceria com os utilizadores do serviço e as suas famílias, de forma a potenciar forças, esperança e autodeterminação (direitos, justiça e bem-estar económico). Conhecem e aplicam teorias e métodos da prática em Serviço Social e entendem que o seu conhecimento diferenciado, para o qual todos os assistentes sociais contribuem, complementa o de outras disciplinas de modo a fornecer serviços eficazes (conhecimento). Analisam e refletem o processo de tomada de decisão e a sua prática profissional de forma a avaliar continuamente o impacto no sujeito de intervenção. Esta reflexão permite desafiar, manter a curiosidade profissional, a criatividade e a autoconsciência (análise e reflexão crítica). Utilizam o conhecimento para intervir junto dos indivíduos, famílias, comunidade, promovendo a independência, fornecendo apoio, prevenindo danos e possibilitando o processo. Constroem relações de trabalho produtivas com base numa comunicação eficaz (intervenções e capacidades). Os assistentes sociais envolvem-se, informam-se e adaptam-se a contextos organizacionais em mudança e aos ambientes sociais e políticos que moldam a sua prática. Contribuem para o desenvolvimento de organizações e serviços, incluindo ambientes multi organizacionais e interprofissionais, colaborando com outros assistentes sociais, outros profissionais, indivíduos e comunidades (contextos e organizações). Por último, desenvolvem e demonstram liderança, individual e coletiva, promovendo o propósito, as práticas e o impacto do Serviço Social, através da investigação, supervisão, ensino e dimensão política (liderança profissional) (BASW, 2018).

A APSS (2018) complementa que os assistentes sociais desenvolvem competências *políticas* de forma a exercer influência na opinião pública e no próprio sistema político; *relacionais* criando relações baseadas na confiança, no respeito e na empatia; *psicossociais* ajudando, capacitando e fornecendo o devido acompanhamento; *assistenciais* dando resposta imediata a situações que envolvam as necessidades básicas do indivíduo; e *técnico-operativas e reflexivas* intervindo com uma abordagem de base científica, multidisciplinar e interdisciplinar. A intervenção deste grupo profissional engloba o setor da segurança social, da saúde, da educação, do trabalho, da habitação, da justiça, da ação social e do desenvolvimento social e sustentável, onde se destacam como atos profissionais, o diagnóstico social, a elaboração de planos de ação adequados a cada pessoa e a promoção da participação dos indivíduos nas decisões que lhes dizem respeito.

Com base nestas competências, Rogers et al. (2017), mencionam a importância da comunicação centrada na pessoa (*person-centred communication*) que é essencialmente a adaptação das diferentes formas de comunicação (linguagem, paralinguagem e linguagem corporal) à singularidade e estilo de comunicação da pessoa. Os autores defendem que, desta forma, o assistente social está mais apto a comunicar com qualquer pessoa, independentemente do seu método de comunicação.

A comunicação é fundamental na criação das bases da intervenção, permitindo a identificação das necessidades e respostas associadas, pelo que é importante lembrar que a falta de capacidades verbais não significa incapacidade de comunicação, cabendo ao assistente social sair da sua zona de conforto comunicativa e trabalhar dentro do estilo de comunicação do sujeito de intervenção, não incorrendo no erro de interpretar incorretamente ou tomar decisões por ele (Rogers et al., 2017).

Mas afinal, o que é distintivo do Serviço Social? Wilson et al. (2011) consideram que importa clarificar o papel específico dos assistentes sociais num contexto multidisciplinar e interprofissional, sugerindo que essa especificidade não está nos seus conhecimentos e capacidades em si, mas no contexto no qual eles são compreendidos e efetivados. Deste modo, o Serviço Social apresenta uma orientação para modelos de prática psicossociais, onde o foco é o equilíbrio entre a dinâmica interna do indivíduo e as pressões sociais externas que podem ter impacto no seu comportamento.

Hugman (2007) e Taylor e Brannan (2014) acrescentam que em vez de procurar áreas de exclusividade, devia pensar-se sobre a forma como cada dimensão/qualidade particular do Serviço Social se combina, reforça e apoia. Qualidades, essas, que são a chave para o seu trabalho, tais como, o compromisso com um forte valor de base, uma prática anti-discriminatória e anti-opressiva (Dalrymple & Burke, 2006), o foco nas relações, a capacidade de equilibrar as necessidades do indivíduo bem como as da sociedade em geral, um grande foco na justiça social, e capacidades de negociação e coordenação (Taylor & Brannan, 2014).

Assim, o Serviço Social traz uma perspetiva social única que permite a compreensão do indivíduo no seu contexto familiar, grupo social e comunidade (Vatcher & Jones, 2014), como tal, promove o bem-estar e maximiza a capacidade das pessoas no seu quotidiano, fazendo-o de um modo que se estende além dos limites do indivíduo, através do destaque na interação indivíduo/ambiente (Taylor & Brannan, 2014).

1.1.1. O Serviço Social na Saúde

De acordo com Martinelli (2003), a relação do Serviço Social com a saúde é histórica, fazendo parte da constituição da sua identidade profissional. A autora refere a existência de registos históricos da presença desta profissão em equipas de saúde datados de 1880. No entanto, a partir de 1946, a pertinência da intervenção do Serviço Social na área da saúde foi reforçada e ganhou fundamentação através das orientações da OMS (Fazenda, 2012). Na sua constituição ficou definido que “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, passando a ser considerada um direito fundamental de todo o ser humano, sem distinção de raça, crença religiosa, política ou condição socioeconómica (WHO, 2014, p. 1), o que remete para uma atuação em diferentes áreas.

Branco (2012) acrescenta que, pela importância da saúde no bem-estar social e humano, bem como pelas desigualdades sociais no direito à saúde, este domínio apresenta-se atualmente com um dos campos de atuação mais relevantes da profissão.

Para a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (2010) corrigir as desigualdades na saúde é uma questão de justiça social e, por isso, um imperativo ético, convocando à redução dessas desigualdades no período de uma geração. Neste relatório final, onde são descritas as variadas determinantes sociais da saúde é referida, mais fortemente do que antes, a ligação entre o debate intersetorial e o compromisso com a equidade (WHO, 2012).

Nesta área, o assistente social atua em função desses fatores determinantes na saúde, centra-se na dimensão psicossocial¹ que pode influenciar negativamente ou promover a saúde dos indivíduos, atuando em conjunto com a restante equipa com base na construção de redes sociais (indivíduo, família e instituições), o que pressupõe a evolução da conceção de saúde de uma perspetiva biomédica para biopsicossocial (Branco & Farçadas, 2012; Carvalho, 2012).

Esta abordagem intersectorial, que evidencia as ações de setores fora da saúde como tendo repercussões positivas ou negativas na mesma, é enfatizada pelo conceito de “Políticas Saudáveis” descrito no Plano Nacional de Saúde (DGS, 2015).



Figura 1. 1. Promoção da saúde em todos os setores. Fonte: DGS (2015, p. 18)

Desta forma, estes profissionais intervêm com as famílias numa perspetiva integrada nos cuidados de saúde primários e em unidades de saúde familiar, em unidades hospitalares, em unidades de cuidados continuados integrados e paliativos, em saúde mental e comunitária, bem como na promoção da saúde em determinados grupos. Nos cuidados paliativos o Serviço Social contribui para ajudar a gerir a esperança na recuperação e a aceitação das limitações, já na saúde mental tem um papel relevante na promoção da autonomia e da integração social dos sujeitos (Carvalho, 2012).

Diversos autores têm vindo a sugerir que a saúde seja entendida como um sistema adaptativo complexo que resulta das múltiplas interações e processos dinâmicos incorporados, também eles, noutros sistemas complexos. Esta complexidade impõe a necessidade de uma perspetiva de sistemas que inclua a compreensão da interdependência geral de todos os

¹ Fatores de ordem económica, social, cultural, espiritual e psicológica que influenciam a saúde ou interferem no processo de reabilitação e reintegração sociofamiliar, profissional e escolar (DGS, 2007).

stakeholders e a natureza social do risco, as suas dimensões patrimoniais e motivações individuais (WHO, 2012).

Neste âmbito, e tendo em conta que um dos valores centrais do Serviço Social é a visão global da pessoa e dos seus sistemas, é referida como vantajosa a abordagem sistémica na prática profissional que tem origem na Teoria Geral dos Sistemas² proposta pelo biólogo austríaco Ludwig von Bertalanffy (Fazenda, 2012). Segundo Carvalho e Pinto (2014), esta estuda o caso como um sistema complexo e a ação profissional é transversal, valorizando o ser social. Parte, assim, do pressuposto que os indivíduos dependem de sistemas que envolvem o seu ambiente social, fazendo com que o trabalho social se centre nesses mesmos sistemas (família, organizações, comunidade, sociedade) (Payne, 2002).

Fazenda (2012) faz referência a alguns conceitos presentes nesta teoria que têm uma aplicação direta no Serviço Social e estão associados a diversos modelos de intervenção de base sistémica³. A *interação e retroação*, pois tendo em conta que toda a relação implica que haja uma resposta, o assistente social deve procurar as causas dos problemas na interação do indivíduo com o seu *contexto*, sendo este de extrema importância tanto no diagnóstico como na intervenção. A *mudança* para eliminar os problemas podendo ou não alterar a estrutura do próprio sistema, mas tendo a preocupação de manter a sua coesão e estabilidade (*equilíbrio dinâmico*). A *estrutura familiar* e o *ciclo vital* que permitem compreender o desenvolvimento do indivíduo e família ao longo do tempo. A *crise* como momento de mudança, reestruturação das regras da relação e organização do sistema e, por último, a *comunicação disfuncional* como um fator relevante na dinâmica relacional.

Segundo Martinelli (2003), esta posição na área da saúde implica ações cooperativas e complementares de práticas multi e interdisciplinares, mencionando que um dos primeiros requisitos do assistente social é desenvolver a capacidade de investir de forma continuada na construção de vínculos interdisciplinares, vendo a profissão “como uma teia a ser tecida juntamente com os fios que a ligam às outras profissões” (Martinelli, 2003, p. 14).

² Teoria biológica que afirma que todos os organismos podem ser entendidos como sistemas, que são constituídos por subsistemas, os quais, por sua vez, fazem parte de supersistemas (Fazenda, 2012; Payne, 2002).

³ Modelo Unitário de Goldstein, Modelo Ecológico de Maluccio, Modelo Existencial de Germain e Modelo dos Quatro Sistemas de Pincus e Minaham (Fazenda, 2012).

1.2. A Terapia da Fala

De acordo com o Comité Permanente de Ligação dos Terapeutas da Fala e Logopedistas da União Europeia (CPLOL, 2017), a Terapia da Fala é um domínio científico e uma profissão autónoma que, como ciência, está na interseção das ciências médicas, linguísticas, educacionais e psicológicas. Centra-se na etiologia, avaliação (triagem, identificação e diagnóstico) e intervenção (promoção, prevenção, aconselhamento, tratamento, consultadoria, gestão, reabilitação e educação) das perturbações da comunicação e deglutição. Desta forma, a Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala (APTF), membro do CPLOL, define o terapeuta da fala como:

O profissional responsável pela prevenção, avaliação, intervenção e estudo científico das perturbações da comunicação humana, englobando não só todas as funções associadas à compreensão e expressão da linguagem oral e escrita, mas também outras formas de comunicação não verbal. Intervém, ainda, ao nível da deglutição (passagem segura de alimentos e bebidas através da orofaringe de forma a garantir uma nutrição adequada). O terapeuta da fala avalia e intervém em indivíduos de todas as idades, desde recém-nascidos a idosos, tendo por objetivo geral otimizar as capacidades de comunicação e/ou deglutição do indivíduo, melhorando, assim, a sua qualidade de vida (APTF, 2017a).

Deste modo, a intervenção deste profissional diz respeito a perturbações adquiridas, do desenvolvimento ou degenerativas, que podem ocorrer ao nível da fala, voz, linguagem oral ou escrita (compreensão e expressão), comunicação e funções orofaciais, abrangendo todas as fases da vida, desde o nascimento até à idade adulta. Os terapeutas da fala trabalham com indivíduos que, devido às suas incapacidades, apresentam ou tendem a apresentar problemas de integração e adaptação no ambiente familiar, profissional ou social (CPLOL, 2017).

Esta prática profissional envolve três conceitos independentes, mas que por se relacionarem entre si são frequentemente confundidos. Importa, assim, esclarecer, de uma forma breve, os conceitos de comunicação, linguagem e fala.

A palavra comunicação deriva do latim *communicare*, que tem como significado “tornar comum”, “partilhar”, “ação de participar” (Infopédia, 2003) e que se define como “o processo ativo de troca de informação que envolve a codificação (ou formulação), a transmissão e a descodificação (ou compreensão) de uma mensagem entre dois, ou mais, intervenientes” (Sim-

Sim, 1998, p. 21). Neste sentido, a comunicação implica participação e interação (Aguilar, 2004), o que faz parte da condição humana, da condição de seres sociais, fazendo com que o ser humano seja por natureza um comunicador (Sim-Sim, 1998). Kagan (1998) acrescenta que esta tem como objetivo proporcionar uma troca de informação e possibilitar uma interação social eficaz.

Segundo Sim-Sim (1998), de todas as formas de comunicação usadas, a comunicação verbal é a mais elaborada, sendo o seu sistema linguístico o mais complexo dos códigos, contudo o ato de comunicar não está confinado ao uso da linguagem verbal utilizada pelo ser humano, existe comunicação em gestos, postura corporal, expressões faciais, entoação, ritmo e até em silêncios.

Por sua vez, a linguagem é considerada como “um sistema complexo e dinâmico de símbolos convencionados que é usado em várias modalidades de pensamento e comunicação” (ASHA, 1982). Sistema complexo e dinâmico por ser governado por regras, princípios e várias unidades que permitem a criação de novas unidades. Símbolos convencionados porque são representações da realidade partilhadas por um grupo social. Já as modalidades dizem respeito às vertentes oral, escrita e gestual, no caso da língua gestual, do sistema linguístico (Sim-Sim, 1998).

Segundo Hub Faria et al. (2005a), para muitos a linguagem oral é considerada a característica que distingue a espécie humana das restantes, a forma de comunicação por excelência e exclusiva do ser humano, pois ao longo da história tem vindo a verificar-se uma competência biológica para a mesma. Competência que se deve a uma capacidade cognitiva mais alargada e complexa, permitindo-lhe o seu uso de uma forma que não se verifica nas restantes espécies (Hub Faria, 2005).

Esta apresenta um conjunto de fases de execução que iniciam no momento em que é tomada a decisão do que se vai dizer e o momento em que o recetor compreende a mensagem transmitida, fases essas que competem ao sistema nervoso central (decisão, codificação e planeamento da execução) e ao sistema nervoso periférico (execução do planeamento) em momentos distintos do seu processo (Delgado-Martins, 2005), verificando-se relações de interdependência com alguns aspetos da cognição como a perceção, a atenção e a memória (Hub Faria, 2005).

No seu sistema governado por regras, a linguagem apresenta três grandes dimensões (forma, conteúdo e uso), onde por sua vez se encontram cinco domínios linguísticos, a fonologia, a morfologia, a sintaxe, a semântica e a pragmática (ASHA, 1982; Rombert, 2013).

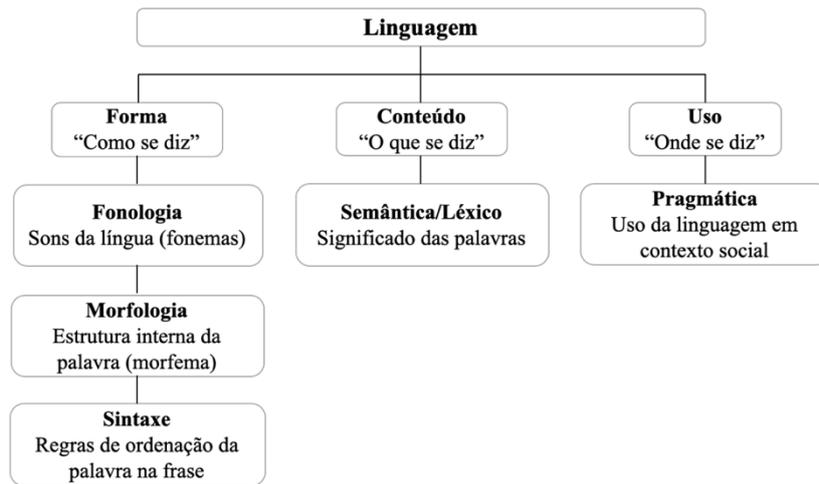


Figura 1. 2. Dimensões e domínios da linguagem. Fonte: Adaptada de Rombert (2013, p. 60)

No que concerne à forma, a fonologia refere-se à organização dos sistemas de sons das línguas e tem como unidades mínimas os fonemas que se distinguem pelos seus traços distintivos, propriedades sonoras que lhes são características (Hub Faria et al., 2005b; Mateus et al., 2005; Rombert, 2013). No caso da morfologia, o seu objeto de estudo é a palavra através da análise da sua estrutura interna e organização dos seus constituintes, pequenas unidades denominadas morfemas (Azuaga, 2005). Já as regras que determinam a organização das palavras para a criação de frases, como as relações gramaticais e funções sintáticas, são da responsabilidade da sintaxe (Rombert, 2013; Sim-Sim, 1998).

A semântica é referente ao conteúdo e está relacionada com o significado das palavras (vocabulário/léxico) e com a interpretação das combinações de palavras (Sim-Sim, 1998).

Por fim, a pragmática diz respeito às regras de uso que têm por base a adequação ao contexto comunicativo, portanto ao uso da linguagem em contexto social (Rombert, 2013; Sim-Sim, 1998). Gouveia (2005) refere que como disciplina linguística, os princípios reguladores da atividade verbal são o seu objeto de estudo.

Enquanto a fonologia, a morfologia, a sintaxe e a semântica se centram no estudo das línguas como sistemas formais de elementos e de regras de combinação dos mesmos, a pragmática encara as línguas como instrumentos de ação e de comportamento, também eles regidos por regras, dando simultaneamente conta da relação existente entre as línguas enquanto sistemas formais e a sua atualização em situações de uso (Gouveia, 2005, pp. 383-384).

Qualquer criança que seja exposta à linguagem oral vai adquiri-la de forma natural e espontânea, o que não acontece no caso da linguagem escrita, materialização da produção

linguística na forma gráfica, que requer aprendizagem (Delgado-Martins, 2005; Sim-Sim, 1998).

A linguagem torna-se, assim, indispensável ao ser humano, uma vez que a partilha de um sistema linguístico permite a agregação dos indivíduos num determinado grupo (Sim-Sim, 1998).

Por sua vez, a fala é o modo como são produzidos os sons, corresponde à variante fónica da linguagem que se processa através da articulação de sons (Sim-Sim, 1998). É um ato meramente motor que expressa a linguagem e inclui a respiração, a fonação (voz), a articulação verbal e a fluência do discurso (ASHA, s.d.a; Rombert, 2013).

Falar implica que um conjunto alargado de recursos fisiológicos funcione corretamente, sendo que das estruturas anatómicas que participam na produção de fala a nível periférico destacam-se, os pulmões, a laringe (pregas vocais), a boca (língua, lábios, dentes, palato) e as fossas nasais, onde são moldados os sons (Andrade & Viana, 2005; Mateus et al., 2005). Deste modo, envolve estruturas que também participam em funções vitais, como a respiração e a deglutição.

De uma forma resumida, a cadeia de fala tem início nos comandos cerebrais que controlam o fluxo de ar proveniente dos pulmões. Esse ar quando expirado, atravessa o aparelho fonador até ao exterior, gerando ondas sonoras com informação linguística (sinais acústicos) que se propagam em meio aéreo até ao seu interlocutor. Este, por sua vez, vai captar e processar esses sinais acústicos através do seu aparelho auditivo, transformando-os em sinais elétricos passíveis de ser interpretados pelo sistema nervoso, onde a mensagem é decodificada (compreensão). (Andrade & Viana, 2005; Mateus et al., 2005).

Uma das áreas que estuda este processo é a fonética, ocupando-se do estudo dos sons da fala humana e das suas características acústicas desde a sua produção até à perceção (Andrade & Viana, 2005; Mateus et al., 2005).

Esclarecidos estes conceitos, as perturbações em que o terapeuta da fala intervém podem então ocorrer ao nível da fala, quando um indivíduo apresenta dificuldade em produzir sons/fonemas correta (articulação) ou fluentemente (fluência), ou evidencia problemas de voz e/ou ressonância (emissão de som durante a fala). Ao nível da linguagem oral, quando uma pessoa tem dificuldade em entender os outros (compreensão) ou em partilhar pensamentos e ideias (expressão), podendo envolver os cinco domínios linguísticos (fonologia, morfologia, sintaxe, semântica e pragmática) e também ao nível da linguagem escrita, na conversão dos fonemas em grafemas. Quanto às perturbações da comunicação, estas ocorrem quando existe

uma dificuldade da comunicação verbal ou não verbal que impossibilita o uso da fala e/ou linguagem escrita para comunicar, podendo ser necessário recorrer a sistemas aumentativos e alternativos de comunicação (SAAC). No que diz respeito às funções orofaciais, as perturbações da motricidade orofacial estão relacionadas com os órgãos fonoarticulatórios e região cervical, e com as respetivas funções estomatognáticas: a sucção, mastigação, respiração e fala. Por último, a intervenção ao nível da deglutição ocorre quando existe uma incapacidade na ingestão de alimentos, por questões neurológicas ou mecânicas numa ou mais fases da deglutição (preparatória, oral, faríngea e esofágica), que compromete a nutrição e a hidratação do indivíduo (APTF, 2017b; ASHA, s.d.b).

No entanto, como a intervenção tem o objetivo de otimizar capacidades, promovendo a participação e qualidade de vida da pessoa (Rodrigues, 2017), o terapeuta da fala não intervém exclusivamente com situações patológicas, mas com todos os indivíduos que queiram comunicar de forma mais eficaz e aperfeiçoar a sua comunicação (APTF, 2017b).

Em suma, “a Terapia da Fala representa uma profissão de saúde em que a fala é apenas uma pequena parte da extensão da sua intervenção” e cuja a atuação se orienta pelas diretrizes da OMS que define a saúde não só como a ausência de doença, mas como um estado de completo bem-estar físico, mental e social (Rodrigues, 2017).

1.3. Comunicação Acessível

A acessibilidade é frequentemente vista apenas da perspetiva das incapacidades físicas e pouca atenção tem sido dada às questões de acessibilidade dos ambientes comunicativos e da informação (Worrall et al. 2007). No entanto, segundo Taveira (2012), é desde as primeiras etapas de vida que a acessibilidade à comunicação determina a capacidade de estabelecer trocas com o mundo e a partir delas construir a identidade da pessoa. A acessibilidade comunicativa é, portanto, um direito, uma vez que a comunicação representa uma necessidade básica de interação (Goldbart & Caton, 2010).

Tal como referido anteriormente, a comunicação faz parte do ser humano, da sua condição de ser social que interage e participa, no entanto, esta não se restringe ao uso da linguagem oral. O International Communication Project (ICP) criado em 2014 com base na premissa de que a comunicação é vital e que as perturbações da comunicação têm um impacto significativo na

vida dos sujeitos, acrescenta que a comunicação é um direito humano fundamental, uma vez que é considerada uma das capacidades humanas mais importantes para concretizar o potencial social, educacional e vocacional do indivíduo (ICP, 2018).

A comunicação como direito, está inserida no Artigo 19º da Declaração Universal dos Direitos Humanos adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU) que refere:

Todo o indivíduo tem direito à liberdade de opinião e de expressão, o que implica o direito de não ser inquietado pelas suas opiniões e o de procurar, receber e difundir, sem consideração de fronteiras, informações e ideias por qualquer meio de expressão (ONU, 1948).

Mas será que este artigo atende adequadamente às necessidades daqueles que apresentam perturbações da comunicação, uma vez que não apresenta um reconhecimento explícito das suas necessidades? (Mulcair et al., 2018).

Já o artigo 21º da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, reconhece a importância destas pessoas exercerem o seu direito à liberdade de expressão, opinião e acesso à informação “em condições de igualdade com os demais e através de todas as formas de comunicação da sua escolha” (linguagem oral, exibição de texto, língua gestual, braille, comunicação tátil, caracteres grandes, leitor humano, comunicação aumentativa, e todos outros meios, modos e formatos de comunicação acessíveis), sendo que para esse acesso, a informação destinada ao público em geral e a que é divulgada nos meios de comunicação social deve ser acessível aos diferentes tipos de deficiência (ONU, 2006).

Para Mulcair et al. (2018), não obstante esta declaração e convenção proporcionarem uma plataforma através da qual pode ser defendido o direito de comunicar, os profissionais que trabalham com indivíduos com perturbações da comunicação estão conscientes das limitações e barreiras existentes que restringem a capacidade destas pessoas usufruírem dos seus direitos. Defendem, assim, que os seus direitos devem ser claramente reconhecidos ao nível de políticas públicas e documentos estratégicos nos setores da saúde, deficiência, envelhecimento, justiça, educação e primeira infância, procurando corrigir problemas relacionados com a acessibilidade comunicativa de forma a possibilitar a participação destes indivíduos na sociedade.

O artigo 26º da convenção anteriormente referida, recomenda que seja promovido o uso de dispositivos e tecnologia de apoio que estejam relacionados com a habilitação e reabilitação⁴ destas pessoas (ONU, 2006). Deste modo, um indivíduo com dificuldades comunicativas

⁴ A reabilitação é vista como um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiência ou prestes a adquiri-la, a manterem a funcionalidade na interação com o seu ambiente (WHO, 2011).

necessita de utilizar um sistema aumentativo de comunicação de forma a promover a sua autonomia e qualidade de vida, pois estes sistemas permitem a interação com os outros, a manifestação de opiniões e sentimentos e processos de tomada de decisão. Possibilitam a participação na sociedade em matéria de igualdade de direitos e oportunidades (Direção Regional de Educação do Centro et al., 2012).

Tendo em conta que a discriminação com base na incapacidade é proibida por lei em muitos países do mundo, a comunicação acessível torna-se uma prioridade, uma vez que as pessoas com alterações comunicativas não podem ser marginalizadas por uma sociedade inacessível (Worral et al., 2007). Os autores referem que existe uma necessidade premente dos terapeutas da fala e outros profissionais trabalharem com estas pessoas de forma a ultrapassarem algumas das barreiras significativas que enfrentam no seu dia a dia.

Segundo a ASHA (s.d.c), a comunicação aumentativa e alternativa (CAA) é uma área da prática clínica que responde às necessidades dos indivíduos com perturbações complexas da comunicação, caracterizadas por dificuldades na produção e/ou compreensão da linguagem, incluindo a comunicação falada e escrita. Para isso, utiliza qualquer forma de comunicação de maneira a compensar ou substituir, temporária ou permanentemente, os recursos tradicionais funcionalmente alterados ou diminuídos (Taveira, 2012), através de várias técnicas e ferramentas, tais como: sistemas pictográficos para representação da linguagem (desenhos, fotos, imagens), escrita (alfabeto, sílabas, palavras ou textos), gestos e sinais manuais, tecnologias de apoio (quadros de comunicação, digitalizadores de fala e aplicações informáticas), e dispositivos de acesso adequados às limitações motoras do utilizador das tecnologias de apoio (manípulos e teclados virtuais) (Direção Regional de Educação do Centro et al., 2012).

Beukelman et al. (2007) referem a utilização da CAA em indivíduos com lesões do tronco cerebral, síndrome de *locked-in*, traumatismos crânio encefálicos, esclerose, múltipla, doença de Parkinson, doença de Huntington e demências, com o objetivo de manter a independência, a qualidade de vida e a participação. Os autores também preconizam a importância destes sistemas nas unidades de cuidados intensivos e de cuidados paliativos, através do desenvolvimento de *kits* de comunicação hospitalares.

Os benefícios da utilização da CAA são demonstrados em vários estudos, englobando diversas situações de necessidades complexas de comunicação como as perturbações

adquiridas, degenerativas ou temporárias, anteriormente descritas, mas também perturbações do desenvolvimento como as Perturbações do Espectro do Autismo ou Síndrome de Down (Light et al., 2019). O estudo de McNaughton et al. (2019) cita uma comunicação pessoal de Chris Klein (2018), um indivíduo com alterações da comunicação devido a uma paralisia cerebral, que considera a CAA a sua ponte para o mundo e uma janela para que o mundo também o possa conhecer, uma vez que o ajudou a ultrapassar a frustração de não se conseguir expressar, permitindo o relacionamento com os outros, como marido, professor e amigo, e dando-lhe as ferramentas necessárias a uma vida independente e com a possibilidade de participar na sociedade. “I can truly say augmentative alternative communication changed the course of my life”, acrescenta numa publicação no site The Help Hope Live (Klein, 2016).

Mas para a obtenção desses benefícios, os autores referem a importância da intervenção para que o indivíduo possa construir capacidades linguísticas, operacionais, sociais e estratégicas e para capacitar os seus parceiros de comunicação de estratégias de interação eficazes, devendo esta intervenção ir além do utilizador (McNaughton et al., 2019).

Como a comunicação inclui uma dimensão social, o modelo social é cada vez mais utilizado na prática clínica dos profissionais que trabalham nesta área. Este modelo defende que os problemas que as pessoas com alterações da comunicação enfrentam são, fundamentalmente, causados pelo ambiente físico e social, quando estes não têm em consideração as necessidades comunicativas dos indivíduos (Rautakoski, 2011). Rodrigues (2012a) acrescenta que o modelo de intervenção social foca a troca de informação e a parceria dos interlocutores de forma a garantir o cumprimento dos critérios de eficácia da interação comunicativa. Esta eficácia, para McNaughton et al. (2019), baseia-se tanto nas capacidades da pessoa com necessidades complexas da comunicação como nas capacidades de todos os intervenientes.

Assim, os parceiros de comunicação, incluindo profissionais de saúde, família, amigos, entre outros, desempenham um papel importante na comunicação de indivíduos com alterações da linguagem (Kagan et al., 2004), uma vez que estes podem facilitar ou, pelo contrário, criar mais barreiras ao seu processo comunicativo. Segundo Kent-Walsh et al. (2015), estes tendem a ocupar a maioria dos turnos de conversação, a fornecer poucas oportunidades de comunicação e a formular um número desproporcional de perguntas sim/não. Desta forma é fundamental tornar competentes os parceiros de comunicação para estabelecer interações adequadas e de qualidade, assim como tornar mais acessíveis os espaços e lugares que estas pessoas frequentam nos seus diferentes contextos de vida (Taveira, 2012). McNaughton et al. (2019) referem que melhorar o acesso, os serviços e os resultados exigirá uma maior divulgação da CAA e

assistência aos indivíduos com estas necessidades através de abordagens centradas na pessoa, a melhoria dos conhecimentos e atitudes dos profissionais, uma instrução apropriada tanto ao próprio sujeito como aos seus parceiros de comunicação, o desenvolvimento de suportes de comunicação na sociedade, e mais pesquisa para ajudar a impulsionar e melhorar continuamente a prática da CAA.

A Victorian Deaf Society (2010) e a Speakability (2013) referem algumas estratégias que os parceiros de comunicação devem adotar, no primeiro caso, dirigidas à comunicação com pessoas com perturbações auditivas e, no segundo, a pessoas com afasia⁵ (formatos *aphasia friendly*), no entanto, transversais à maioria das perturbações da comunicação. Fazem parte dessas estratégias: não direcionar a comunicação para o acompanhante da pessoa, ignorando-a; chamar a atenção da pessoa antes de falar; não gritar; dar-lhe tempo para responder; não tentar acabar as suas frases ou interromper; enfatizar palavras-chave através do ritmo e entoação; usar expressões faciais e gestos para adicionar significado à mensagem falada, pois grande parte da comunicação é não verbal; falar devagar, com frases simples e vocabulário familiar; articular claramente mas sem exagerar; estar preparado para repetir a informação ou tentar usar palavras diferentes; ter uma caneta e um papel à mão para que seja possível escrever ou desenhar uma mensagem ou recorrer ao uso das novas tecnologias; não fingir que se está a compreender quando isso não acontece; e tentar reduzir o barulho de fundo, pois este pode dificultar a compreensão.

Também a capacidade para a tomada de decisão é muitas vezes questionada em pessoas com alterações da linguagem, o que torna inexistente a participação nas decisões familiares e nas decisões ligadas à própria saúde. A oportunidade de revelar competência e assim cooperar na conversação está subjacente ao verdadeiro acesso comunicativo, permitindo a participação nas atividades do quotidiano (Rodrigues, 2012a). Um exemplo de acessibilidade é a adaptação de consentimentos livres e esclarecidos, assim como outro tipo de documentos informativos e avaliativos, às limitações linguísticas dos indivíduos (Rodrigues, 2012b). Podem facilitar a compreensão do documento e possibilitar a resposta, pequenos ajustes como: simplificar a informação escrita (vocabulário e construção frásica); utilizar um tipo de letra de fácil leitura (Arial ou Calibri); aumentar o tamanho da letra (entre 14 e 18 pts); salientar os aspetos mais

⁵ Perturbação neurológica adquirida da linguagem mais frequentemente causada por um acidente vascular cerebral (AVC) (Kagan, et al., 2004).

importantes através da cor ou tamanho da letra; aumentar o espaçamento entre as frases (espaçamento duplo); complementar a informação escrita com imagens de boa qualidade, adequadas à mensagem e próximas da realidade; utilizar escalas de *likert*; efetuar uma leitura em conjunto do documento; assegurar que a pessoa tem uma forma de responder e dar tempo para que isso aconteça (Rautakoski, 2011; Rodrigues, 2012b; Wallace et al., 2012).

De acordo com Light et al. (2019), poucos indivíduos com necessidades complexas de comunicação tinham acesso a técnicas e estratégias de comunicação aumentativa e alternativa há quarenta anos. Ao longo dos anos, com um maior número de pessoas a reconhecer os efeitos positivos da CAA, tem havido avanços significativos nesta área de forma a garantir que estes indivíduos tenham oportunidades, também elas significativas, contribuindo para reduzir a sua marginalização e isolamento. As tecnologias móveis com aplicações de CAA vieram oferecer uma maior funcionalidade e interconectividade que antes não eram possíveis.

No entanto, apesar de todos os avanços, o trabalho está longe de ser concluído, continuando o direito de todos à comunicação a ser o principal desafio. Desafio que é exacerbado pela necessidade de participação nos mais diversos ambientes, cada um com exigências distintas, sendo que, infelizmente, a maioria das tecnologias não são funcionais em todos esses ambientes e exigências (Light et al., 2019).

Neste sentido, nenhuma disciplina isoladamente é suficiente para resolver estes problemas complexos, sendo que a pesquisa e os desenvolvimentos técnicos mais inovadores estão geralmente associados à interseção entre várias disciplinas do saber, exigindo uma estreita colaboração com os técnicos de intervenção, os investigadores e os engenheiros que desenvolvem as tecnologias, não esquecendo o trabalho colaborativo no desenvolvimento de políticas nacionais e internacionais (Light et al., 2019).

1.4. Práticas Interprofissionais

Tendo em conta uma perspetiva holística, integrada e multidimensional de pessoa/sujeito de intervenção, ou seja, sabendo que nela estão incluídos os seus contextos e as suas relações, “que profissional estaria apto para intervir nesta complexidade?” (Franco, 2007, p. 114). Esta questão colocada pelo autor remete para uma intervenção implementada por equipas de diferentes profissionais numa orientação que baseia a sua atuação em cuidados globais.

O tema da prática interprofissional tem vindo a ganhar força nos últimos anos, quer na dimensão prática como política, embora não seja novo e haja literatura sobre o assunto há várias

décadas, o que se pode verificar com a comemoração, em 2007, do vigésimo aniversário do *The Journal of Interprofessional Care*, o primeiro jornal académico nesta área, bem como do influente *Centre for the Advancement of Interprofessional Education* (CAIPE) (Wilson et al., 2011). Segundo Pollard et al. (2014), as pressões políticas tiveram um papel fundamental nos últimos anos, chamando a atenção para esta colaboração que, quando eficaz, pode melhorar os serviços no âmbito social e da saúde. Mas, embora a sua relevância no sistema de saúde e serviços sociais esteja bem documentada, o mesmo não se pode dizer da sua prática (Careau et al., 2014).

Para Wilson et al. (2011) é essencial clareza na utilização da linguagem para descrever o trabalho interprofissional. Vários termos têm sido usados na descrição do que, muitas vezes, parece ser o mesmo tipo de atividade (Wilson et al., 2011), não considerando as suas características e diferenças (Rogers et al., 2017).

Nesse sentido, entende-se por colaboração o processo de trabalhar em conjunto (Wilson et al., 2011), sendo a prática colaborativa o trabalho em parceria entre profissionais e/ou entre organizações, pessoas, famílias, grupos e comunidades (Barr & Low, 2013). Já o termo interprofissional refere-se a qualquer tipo de interação que envolva pelo menos dois profissionais de disciplinas diferentes (Careu et al., 2014), implicando um nível de colaboração entre eles (Wilson et al., 2011), pelo que a prática interprofissional é entendida como a “colaboração na prática entre membros de duas ou mais profissões” (Barr & Low, 2013, p.6). Careu et al. (2014, p.7) acrescentam a esta definição a dimensão da prática centrada na pessoa e nos seus sistemas, definindo a colaboração interprofissional como “um processo no qual profissionais de diferentes disciplinas desenvolvem modalidades de prática que permitem responder de forma coerente e integrada às necessidades da pessoa, dos seus entes queridos ou da comunidade”.

No entanto, consoante a abordagem de intervenção adotada pela equipa, os profissionais das diferentes áreas podem atuar em conjunto em níveis de colaboração diferentes. Deste modo, podem considerar-se três grandes modelos de organização de trabalho em equipa, o modelo multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar (Franco, 2007). Estas três palavras apresentam a mesma raiz (disciplina), sendo que *multi* diz respeito a disciplinas que se pretendem juntar, *inter* a disciplinas que se articulam, que estão em inter-relação e, por fim, *trans* a disciplinas que vão além do que é próprio da disciplina (Pombo, 2004).

O modelo multidisciplinar reconhece a necessidade de múltiplos profissionais avaliarem e atuarem de acordo com as necessidades da pessoa, cada um dentro do limite de intervenção da própria disciplina, tomando decisões isoladamente e sendo fraca a interligação e a coordenação entre as disciplinas. Envolve apenas a justaposição dos vários profissionais, podendo haver troca de informação, no entanto sem cooperação entre eles (Fazenda, 2012; Franco, 2007; Japiassu, 1976; Pombo, 2004). Marriott et al. (2005), acrescentam que neste modelo cada disciplina se concentra na sua própria contribuição e trabalha em paralelo com outras disciplinas, sendo o foco a coordenação das contribuições individuais, e não a integração. Assim, para Wilson et al. (2011), uma abordagem multidisciplinar deve promover o trabalho interprofissional, mas não o pode garantir.

Um modelo mais integrado do que o anterior é o interdisciplinar, que pressupõe uma dinâmica de cooperação e diálogo entre disciplinas do conhecimento, onde a partilha de informação é fundamental e a ação é orientada por um interesse comum, objetivos comuns. Contribui, assim, para uma intervenção partilhada onde é valorizada a participação de cada profissão, no entanto a tomada de decisões sobre a intervenção pode continuar a ser individual (Fazenda, 2012; Franco, 2007; Japiassu, 1976; Pombo, 2004). Esta abordagem mais integrada e partilhada, supera algumas barreiras ao nível das estruturas profissionais e organizacionais, uma vez que pretende ofuscar os limites profissionais, requerendo confiança, tolerância e vontade em partilhar responsabilidades (Marriott et al., 2005; Nolan, 1995). Integra, assim, as capacidades e conhecimentos comuns a todas as profissões envolvidas, não deixando de reconhecer a experiência e o conhecimento individuais. De acordo com Viana da Costa et al. (2018), a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade apresentam uma relação de interdependência, com uma interação marcada pela colaboração entre as diferentes áreas, em prol de um objetivo comum.

Já o modelo transdisciplinar constitui o nível máximo de integração disciplinar, o mais radical, por apresentar uma filosofia de intervenção comum, em que o projeto é de coconstrução. Existe um conceito de equipa forte, estruturado e dinâmico, onde há total corresponsabilidade na avaliação e tomada de decisão e onde o suporte mútuo e a partilha de informação e conhecimento são essenciais, centrando-se fundamentalmente nas necessidades da pessoa e não na especialização dos técnicos. Existe uma unificação das disciplinas com vista à construção de uma linguagem comum e os limites do saber da disciplina são ultrapassados, pois este modelo exige uma atitude de partilha dos próprios saberes e de disponibilidade para dar e receber informação. Deste modo, enfatiza as relações humanas e interpessoais dentro da

própria equipa e tem como vantagens minimizar a duplicação de esforços e maximizar as forças dos seus membros, permitindo uma gestão de caso partilhada (Barr, 2000; Fazenda, 2012; Franco, 2007; Japiassu, 1976; Pombo, 2004). Fazenda (2012) acrescenta que este modelo se pode traduzir na criação de novas categorias profissionais ou em novos campos de intervenção, o que para alguns pode ser visto como uma ameaça.

Afigura-se, então, que o modelo multidisciplinar iniciou a visão de trabalho em equipa, não sendo o mais adequado a uma perspetiva holística e o transdisciplinar parece ainda demasiado radical, tendo em vista muitas barreiras. Assim, a ação interdisciplinar começa a surgir como resposta à diversidade, ampliando a eficácia interventiva (Lopes et al., 2013).

Para Marriott e Wright (2002) o trabalho interdisciplinar tem como características, enfatizar semelhanças entre grupos profissionais, facilitar uma abordagem de avaliação única e estabelecer metas centradas na pessoa, reconhecer áreas de competência partilhadas e promover um entendimento e ponto de vista partilhados.

Segundo Careau et al. (2014) e Taylor e Brannan (2014), não existe necessariamente um conceito consensual ou uma definição clara e precisa na comunidade científica no que diz respeito à prática interprofissional, para além disso a terminologia vai sofrendo variações ao longo do tempo de acordo com as políticas, trabalhos académicos e até com as próprias práticas, no entanto, segundo Taylor e Brannan (2014), o importante é ter em conta os princípios que orientam a prática.

Deste modo, o trabalho interprofissional apresenta inúmeros benefícios, sendo que o mais significativo diz respeito a um atendimento mais eficaz e holístico dos indivíduos, famílias e comunidades, pela oportunidade de reunir capacidades e conhecimentos, permitindo, também, uma utilização mais eficaz dos recursos e uma melhor gestão do tempo (Barr & Low, 2011; Pollard et al., 2014; Smith, 2009). Para além da qualidade de atendimento e eficiência organizacional, Pollard et al. (2014) referem como vantagem, ao nível dos papéis profissionais, a possibilidade de quebrar algumas barreiras hierárquicas tradicionais pelo facto de serem abordados diferenciais de poder entre os grupos profissionais envolvidos. Pode, ainda, argumentar-se que este trabalho em conjunto possibilita a criatividade, o que permite uma maior margem para pensar “fora da caixa” (Taylor & Brannan, 2014).

Segundo Fazenda (2012), na área da saúde, nomeadamente na saúde mental e reabilitação, o ideal é uma visão em torno de objetivos conjuntos, onde começa a ser comum a figura do

terapeuta ou técnico de referência (*case/care manager*). Este profissional pode ser qualquer um dos membros da equipa e tem como função fazer a ponte entre esta e o utente, coordenando todas as intervenções de acordo com as necessidades do indivíduo, sendo fundamental a participação e intervenção de todos os profissionais. No entanto, nem só de vantagens vive esta visão que pode ser limitada por algumas barreiras e desafios.

Muitas vezes surgem barreiras à colaboração interprofissional devido a uma série de fatores (Buzzota & Noble, 2011). A qualidade de atendimento e o benefício para o usuário que preconiza podem ser comprometidos devido à operação de hierarquias e *status* profissionais, muito comuns nas instituições e serviços de saúde; à falta de clareza e entendimento de papéis, identidade e território profissional (onde termina e começa o trabalho do outro profissional), o que também pode levar à criação de estereótipos profissionais; a dificuldades comunicativas e de partilha de informação; a discursos profissionais diferentes; a questões de confiança; a diferentes valores, perspetivas e crenças; a problemas de liderança; e a responsabilizações complexas e incerteza sobre a tomada de decisão. Todas as estas situações podem impactar na prestação de cuidados unificados e integrados (Buzzotta & Noble, 2011; Fazenda, 2012; Hall, 2005; Hood, 2018; Hudson, 2002; Rogers et al., 2017; Slusser et al., 2019; Smith, 2009; Taylor & Brannan, 2014; Whittington, 2003; Wilson et al., 2011).

Assim, é importante estar ciente que pessoas com *backgrounds* diferentes podem ver as coisas de forma distinta, o que pode influenciar positiva ou negativamente o trabalho interprofissional (Fazenda, 2012; Smith, 2009; Taylor & Brannan, 2014).

Para Day (2006) e Taylor e Brannan (2014), o trabalho interprofissional representa o caminho a seguir, pelo que a questão já não é a sua importância, mas sim qual a melhor forma de o fazer funcionar, tornando-se fundamental encontrar um equilíbrio entre a partilha de objetivos comuns e a diferenciação de cada grupo profissional, cada um com os seus valores e metodologias próprios (Fazenda, 2012).

De acordo com Careau et al. (2014) e Whittington (2003) trabalhar em conjunto engloba um grande número de competências e conhecimentos básicos, exigindo que os profissionais aprendam a ser capazes de exercer uma prática colaborativa eficaz e adequada.

O CIHCCPIS (2010) criou um referencial nacional de competências interprofissionais que incluem o trabalho colaborativo em equipa; o atendimento e serviços centrados na pessoa, familiares e comunidade; a clarificação de papéis; a comunicação interprofissional; a liderança colaborativa; e a resolução de conflitos interprofissionais. Careau et al. (2014), Hood (2018) e Keeping (2014) acrescentam a prática reflexiva a este conjunto de competências.

Os profissionais devem compreender os princípios que regem a dinâmica do trabalho em colaboração e serem capazes de contribuir para essa interação, respeitando os valores e a participação dos membros da equipa e estabelecendo relações de trabalho saudáveis e eficazes (CIHCCPIS, 2010). Como a pessoa, os seus familiares e a comunidade estão no centro de qualquer prática colaborativa (Careau et al., 2014), os profissionais devem, também, procurar integrar e valorizar as suas contribuições e participação vendo-os como parceiros no processo de tomada de decisão e prestação de cuidados e serviços, garantindo sempre que estes são ouvidos respeitosamente e que recebem e compreendem a informação necessária (CIHCCPIS, 2010). Mas para determinar com clareza as intenções de colaboração com base nas necessidades da pessoa é fundamental a prática reflexiva (Careau et al., 2014) no momento de explorar tomadas de decisão, resolução de problemas, responsabilidade coletiva e questões éticas associadas à prática interprofissional, promovendo soluções inovadoras e criativas (Buzzotta & Noble, 2011; Hood, 2018). Buzzotta e Noble (2011) mostram que utilizar modelos reflexivos, tais como o ciclo reflexivo de Graham Gibbs, pode melhorar o trabalho em equipa e a prática clínica. Segundo Rogers et al. (2017), este é um modelo bastante útil e popular que considera pensamentos e sentimentos. Knott (2010) refere a prática reflexiva como algo bastante comum na educação em Serviço Social, assim como nas profissões de saúde.

Os profissionais devem, igualmente, conseguir descrever o seu papel e o dos outros membros da equipa, reconhecendo e respeitando a diversidade, de modo a definir e atingir os objetivos da prestação de cuidados e serviços. Assim como comunicar responsável e abertamente, utilizando um vocabulário adequado de modo a desenvolver relações de confiança e chegar a um entendimento comum (CIHCCPIS, 2010). Para Hood (2018) a comunicação interprofissional requer capacidade de escuta ativa, empatia, respeito pela pessoa, mesmo que esta tenha pontos de vista discordantes, abertura a outras perspetivas, e uma boa capacidade de negociação, sendo honesto sobre a sua própria perspetiva. Para o autor a capacidade de negociar é vital, compreendendo a perspetiva e as razões do outro, sem julgamentos.

O reconhecimento de situações suscetíveis de criar conflitos, a criação de um ambiente favorável à expressão de diferentes opiniões, assim como uma atitude proactiva e construtiva são essenciais a uma boa gestão dos conflitos que, naturalmente, surgem no trabalho interprofissional. Para uma liderança compartilhada os profissionais devem contribuir para a criação de um ambiente propício em termos de espaço, clima, material, processos e

procedimentos, bem como promover relações de trabalho baseadas na interdependência (CIHCCPIS, 2010).

Careau et al. (2014) e Whittington (2003) defendem que estas competências e conhecimentos devem ser aprendidos, sendo que, para Keeping (2014), a educação conjunta é uma das estratégias fundamentais a uma boa prática interprofissional.

Este destaque para o treino e formação partilhados, remete-nos para a educação interprofissional (EIP), que segundo Barr e Low (2013, p. 6) “ocorre quando alunos ou membros de duas ou mais profissões aprendem com, a partir e sobre o outro para melhorar a colaboração e a qualidade do cuidado”. Esta forma de educação possibilita a compreensão, ajuda a quebrar estereótipos de grupos profissionais e a melhorar a colaboração através de processos relacionais que incluem a capacidade de trabalho em equipa, capacidade interpessoal e rutura de fronteiras entre profissões (Barr et al., 2005; Taylor & Brannan, 2014).

Desta forma os estudantes tornam-se mais capazes de entrar no mercado de trabalho como membros de uma equipa de prática colaborativa (Health Professions Network Nursing & Midwifery, 2010), o que começa a valorizar a EIP pelo mundo. Esta valorização deve-se em grande parte às iniciativas da OMS que exercem um papel importante na orientação das políticas de saúde e educação, contribuindo para incorporar a EIP através de diretrizes curriculares nacionais (Freire Filho et al., 2019).

O grupo de estudos em EIP e prática colaborativa da OMS conduziu, em 2008, um estudo internacional onde um dos objetivos era determinar a situação atual da EIP no mundo, pelo que contou com 396 participantes representantes de 42 países, incluindo Portugal. Os resultados indicaram que a EIP envolve alunos de várias disciplinas associadas à saúde, como o Serviço Social (9,3%) e a Terapia da Fala (4,7%), durante os cursos universitários (Health Professions Network Nursing & Midwifery, 2010). O governo norueguês, por exemplo, determinou em 1972 que os estudantes da área da saúde deveriam ser ensinados em conjunto, sendo que em 1995 recomendou currículos básicos comuns para as áreas sociais e da saúde que foram adotados por todas as universidades (Health Professions Network Nursing & Midwifery, 2010).

1.4.1. Práticas Interprofissionais entre o Assistente Social e o Terapeuta da Fala

Reabilitar é um processo que tem como objetivo melhorar ou manter funcionais os níveis físicos, sensoriais, intelectuais, psicológicos e sociais do sujeito de intervenção, através de ferramentas que potenciam a sua independência, tornando-se fundamental a colaboração entre múltiplas áreas do saber (Oliveira, 2014).

De acordo com o Código Deontológico dos Assistentes Sociais em Portugal, “o assistente social é um profissional da intervenção social com uma prática inter e transdisciplinar, que atua com e para as pessoas, numa lógica de cooperação” (APSS, 2018, p. 6). Já é sabido que, principalmente na área da saúde, a articulação do assistente social com a equipa é essencial para que a reabilitação e/ou reintegração do indivíduo na comunidade seja eficiente, de forma a evitar riscos acrescidos (Lopes et al., 2013).

Para Coulshed e Orme (2012) estes profissionais dependem da sua capacidade de comunicar com os utilizadores do serviço e respetivas famílias, referindo que uma comunicação eficaz é vital para uma boa prática em Serviço Social. No entanto, o que acontece quando o próprio sujeito de intervenção apresenta alterações severas da comunicação?

Os terapeutas da fala podem colaborar com os assistentes sociais no apoio à comunicação, autodeterminação e qualidade de vida dos sujeitos e famílias (Pollens & Lynn, 2011). Os autores referem que nos cuidados paliativos a colaboração entre estes profissionais traz uma sinergia única no que diz respeito ao aconselhamento centrado na adaptação à doença e na tomada de decisão médica.

De forma a poderem participar nas decisões de tratamento e planos de cuidados de longo prazo, fornecendo informações sobre a sua vontade até ao final da vida, alguns utentes podem necessitar de suporte comunicativo apropriado às suas necessidades. Cabe ao terapeuta da fala desenvolver estratégias adaptativas que possibilitem uma interação comunicativa mais eficaz, como por exemplo, escrever palavras-chave, criar quadros de comunicação, documentos digitais com a vida organizada em fotografias, ou próteses fonatórias (voz). Estas, dependendo das necessidades, podem ser desenvolvidas tanto com materiais simples e baratos como com equipamentos eletrónicos mais caros. Deste modo, permite-se que o sujeito discuta assuntos importantes com o assistente social, o que também contribui para a diminuição do *stress* do cuidador/familiar que se pode desenvolver em tempos de crise, e facilita a saúde social (Pollens & Lynn, 2011; Silva et al., 2017). Silva et al. (2017) acrescentam que o terapeuta da fala é o principal interlocutor na manutenção, mediação e adaptação da comunicação, entre a equipa, sujeito e família.

No entanto, apesar da comunicação ser de extrema importância para a intervenção, manutenção da dignidade e bem-estar dos indivíduos, e de existirem meios padronizados disponíveis, através da análise dos últimos 15 anos, Silva et al. (2017) referem que a atenção à

comunicação nos cuidados paliativos é algo recente e que é notório um desconhecimento, quer da população em geral quer dos profissionais, sobre a CAA.

A intervenção precoce nesta área é defendida por Silva et al. (2017), por possibilitar a manutenção da comunicação verbal enquanto possível, podendo ser necessário recorrer a uma válvula de fala e trabalhar a transição para a CAA, não havendo interrupções na possibilidade de comunicação.

Para além da comunicação, tanto o terapeuta da fala como o assistente social podem auxiliar o utente com dificuldades de deglutição, explorando decisões de cuidados prolongados ou na preparação para cuidados de fim de vida, sendo o terapeuta da fala responsável por avaliar os riscos de pneumonias por aspiração e garantir uma nutrição adequada, confortável e o mais prazerosa possível (Pollens & Lynn, 2011; Silva et al. 2017).

Num estudo de Attard et al. (2017) para determinar a eficácia da colaboração destes dois profissionais em intervenções de grupo na afasia ao nível da comunidade (*community aphasia groups*), visto esta não ser muito documentada na literatura, são referidas melhorias significativas no que diz respeito à qualidade de vida, gravidade da afasia, participação e fatores contextuais (pessoais e ambientais), quando a intervenção é realizada por uma equipa interdisciplinar, nomeadamente pelo assistente social e terapeuta da fala.

Também ao nível da saúde mental, principalmente na área infantojuvenil, é feita referência a este trabalho colaborativo. O relatório do All Party Parliamentary Group on Speech and Language Difficulties (2013) alerta para a necessidade de mais terapeutas da fala fazerem parte das equipas de saúde mental pela relação existente entre dificuldades de comunicação e desvantagem social. Num estudo de Arce (2014), cujo objetivo era propor novos arranjos clínicos baseados na interdisciplinaridade e na superação de ações isoladas de cada profissional na equipa de um centro de cuidado psicossocial no Brasil, as mudanças desenvolvidas permitiram ganhos qualitativos e quantitativos na intervenção com as crianças e adolescentes com doença mental e perturbações globais do desenvolvimento. Essas alterações, focadas no sujeito, família e comunidade, priorizaram as sessões de grupo, criaram grupos de pais coordenados pelo assistente social que contavam com a participação de todos os profissionais da equipa e que se revezavam semanalmente, criaram também oficinas terapêuticas para pais e cuidadores, e ainda reuniões semestrais com os professores das crianças em idade escolar. Desta forma, todos foram inseridos no plano terapêutico havendo uma maior integração e possibilidade de diálogo. A intervenção fragmentada foi substituída por um projeto terapêutico

individual proposto por todos os profissionais, diminuindo discordâncias em relação às abordagens terapêuticas utilizadas.

Pastor (2008) refere que a reabilitação, em casos de lesão cerebral adquirida, deve contemplar a participação de inúmeras disciplinas, visto tratar-se de uma realidade complexa em que é necessário intervir nos aspectos motores, psicológicos (cognitivos, emocional e familiar) e sociais. Nessa equipa de disciplinas inclui o assistente social e o terapeuta da fala, necessários para fornecer apoio terapêutico e informativo centrados na pessoa.

Na intervenção em necessidades educativas especiais esta colaboração também é referida por Pereira (2016) que menciona a articulação e colaboração com outros profissionais como um dos papéis do assistente social nesta área, de modo a assegurar a comunicação, a consistência, o trabalho em equipa e a partilha de informação relevante entre todos.

Por último, e relativamente a equipas de intervenção precoce, Boyer e Thompson (2014) apresentam um modelo transdisciplinar onde incluem estes dois profissionais. Bell et al. (2009) sugerem que os modelos transdisciplinares e interdisciplinares neste contexto apresentam vantagens para as equipas, famílias e crianças envolvidas. Muitas destas equipas baseiam a sua prática no âmbito escolar, o que exige um processo de consultas colaborativas entre profissionais com especialização diversificada, de modo a possibilitar soluções criativas para problemas definidos conjuntamente. O objetivo deste parecer colaborativo é a produção de soluções diferentes daquelas que seriam produzidas pelos membros da equipa individualmente, fornecendo programas abrangentes e eficazes para as crianças com necessidades educativas especiais. Deste modo, as equipas trabalham em conjunto para planear e implementar programas individualizados (Ritzman et al., 2006).

Edwards et al. (2015) referem que apesar da falta de literatura pedagógica em relação ao papel da educação e da pesquisa para melhorar a qualidade dos serviços colaborativos entre membros destas duas profissões, a prestação desses serviços entre assistentes sociais e terapeutas da fala é uma abordagem prática necessária para fornecer serviços efetivos às crianças e às suas famílias, pois ambos têm como prática uma abordagem centrada na pessoa e em todo o seu meio envolvente (casa e comunidade).

Os autores consideram, ainda, que seria benéfico educar para essa colaboração através de currículos de curso integrativos e, como ambos os programas académicos requerem estágios

práticos, existe a oportunidade de se desenvolverem posicionamentos de campo colaborativos entre as duas disciplinas (Edwards et al., 2015).

Capítulo 2 – Metodologia

A metodologia tem como objetivos analisar e descrever os métodos, clarificando os seus pressupostos, deste modo cria metas e limites, promovendo a compreensão do próprio processo científico (Kaplan, 1998). Vieira et al. (2019, p. 58), acrescentam que “a metodologia é a parte do processo de investigação que possibilita a sistematização de um conjunto de procedimentos metodológicos e técnicas necessárias para conduzir com sucesso uma pesquisa científica”.

Para responder à pergunta de partida é necessário todo este processo lógico que conta com a justificação do tipo de estudo e respetivas estratégias metodológicas, a definição do universo e amostra e as técnicas de recolha e tratamento de dados utilizadas.

2.1. Tipo de estudo e estratégias metodológicas

A finalidade deste estudo é a compreensão de práticas interprofissionais através da descrição dos participantes, de forma a contribuir para a criação de linhas orientadoras. Deste modo, no presente estudo é adotada uma metodologia qualitativa, de natureza descritiva com orientações interpretativo-constitutivas, remetendo, assim, para uma lógica indutiva.

Segundo Bryman (2012), a pesquisa qualitativa pode ser considerada uma estratégia de pesquisa pouco estruturada que pretende compreender comportamentos, valores e crenças, investigando as pessoas nos seus contextos naturais e enfatizando o seu ponto de vista. Ao contrário da pesquisa quantitativa, destaca as palavras e não a quantificação de dados. Pretende explorar e compreender o significado que os indivíduos ou grupos atribuem a um problema humano ou social (Creswell & Creswell, 2018) e interessa-se por estudar, aprofundadamente, um pequeno número de casos, tendo como objetivos compreender, descobrir, comparar realidades, interpretar significados, dar voz e avançar com novas teorias (Latorre et al., 2005; Ragin, 1994). Este tipo de metodologia, segundo Vilelas (2017), tenta captar a essência da experiência humana e possibilita o conhecimento e compreensão do significado de um fenómeno no contexto das experiências vividas pelos sujeitos, considerando “que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito, que não pode ser traduzido em números” (Vilelas, 2017, p. 163), pelo que não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas.

De acordo com Creswell e Creswell (2018), este tipo de abordagens permite uma visão mais inovadora e um trabalho mais de acordo com as estruturas projetadas pelo investigador. O processo de pesquisa envolve uma análise de dados construídos indutivamente, do particular para o geral, centrado no significado individual e na importância de interpretar a complexidade de uma situação. Neste caso, a intenção do investigador é particularizar (Shaw & Gould, 2001).

Uma visão indutiva da relação entre a teoria e a pesquisa acontece quando a primeira é gerada a partir da última (Bryman, 2012), ou seja, quando a interpretação do investigador da realidade que estuda permite a construção da teoria de um modo indutivo e sistemático à medida que os dados empíricos vão emergindo (Creswell & Creswell, 2018). A teoria surge, assim, *a posteriori* dos factos e a partir da análise dos dados, não se fundamentando em convenções prévias do investigador que teriam de ser comprovadas estatisticamente e posteriormente generalizadas (Coutinho, 2014).

Quanto à escolha do método de investigação, a pesquisa qualitativa é descritiva quando tem como objetivo principal a descrição de fenómenos (Coutinho, 2014), revelando a natureza de determinadas situações, processos e relações entre sujeitos (Peshkin, 1993).

No caso da orientação epistemológica, a posição interpretativista dá destaque à compreensão do mundo social através da interpretação dos participantes no estudo (Bryman, 2012). Este paradigma, sistema de crenças e princípios que dão sentido às práticas de pesquisa (Vilelas, 2017), substitui as noções científicas de explicação, previsão e controlo presentes no paradigma positivista pelas noções de compreensão, significado e ação (Coutinho, 2014). Por sua vez a posição ontológica construtivista, geralmente combinada com a interpretativista, apresenta as características sociais como resultados das interações entre os indivíduos, procurando compreender o fenómeno a partir dos dados e significados fornecidos e atribuídos pelos participantes do estudo, e não como um fenómeno separado daqueles que envolvem a sua construção (Bryman, 2012; Vilelas, 2017). Os significados são construídos pela interpretação do sujeito à medida que este se envolve com o mundo, desenvolvendo significados subjetivos das suas experiências de vida e de trabalho (Creswell & Creswell, 2018).

2.2. Universo e amostra

A pesquisa empírica centrou-se no estudo de assistentes sociais e terapeutas da fala que integram, conjuntamente, equipas de trabalho interprofissional na área da saúde.

Desta forma, selecionou-se um subconjunto da população, seis assistentes sociais e seis terapeutas da fala (N=12), constituindo uma amostra não probabilística por conveniência ou acessibilidade. Amostra não probabilística no sentido em que não é representativa do universo, não permitindo ao investigador generalizar e por conveniência ou acessibilidade porque o investigador seleciona os elementos a que tem acesso, ou seja, que lhe são facilmente disponíveis (Dias, 2010; Bryman, 2012; Quivy & Campenhoudt, 1992; Vilelas, 2017).

2.3. Técnicas de recolha e tratamento de dados

Tanto os dados quantitativos como qualitativos necessitam de ser coletados, analisados e interpretados (Creswell & Creswell, 2018), e segundo Lopes dos Reis (2018, p. 95) a entrevista é “um instrumento privilegiado nos estudos descritivos, com uma abordagem qualitativa”.

Desta forma, selecionou-se como técnica de recolha de dados a entrevista individual, semiestruturada por videoconferência, tendo em conta a pandemia COVID-19 provocada pelo coronavírus SARS-CoV-2. Recorreu-se, assim, à plataforma Zoom pela possibilidade de utilização num computador, *tablet* ou telemóvel, por permitir agendar e gravar sessões, e ainda, permitir a partilha de ecrã para visualização de perguntas, pois, segundo Vilelas (2017), o entrevistador deve combinar a linguagem oral e escrita na apresentação das questões.

As técnicas de entrevista são fundamentais para mapear práticas (Duarte, 2004) e permitem a criação de uma relação entre entrevistador e entrevistado de forma a aceder a informações relevantes para a investigação e descrição dos fenómenos (Lopes dos Reis, 2018), ou seja, uma troca durante a qual o entrevistado exprime as suas perceções, interpretações ou experiências (Quivy & Campenhoudt, 1992).

No caso específico da entrevista semiestruturada, esta é semelhante a uma conversa informal e fluida, pelo que se deseja que o discurso vá fluindo livremente, permitindo ao entrevistado falar abertamente de uma forma mais natural (Guerra, 2006; Pardal & Lopes, 2011; Quivy & Campenhoudt, 1992). Neste tipo de entrevista, a ordem pela qual são feitas as perguntas não é relevante, cabendo ao entrevistador evitar que haja um afastamento dos objetivos da investigação, conduzindo a conversa sempre que achar oportuno (Bryman, 2012; Gonçalves & Gonçalves, 2019; Guerra, 2006; Vilelas, 2017). Existe, assim, liberdade para

interromper o raciocínio adicionando questões de forma a clarificar ou retomar o contexto da entrevista (Lopes dos Reis, 2018; Vilelas, 2017).

A sua maior vantagem é a possibilidade de aceder a uma “grande riqueza informativa”, facilitando o esclarecimento ao longo da própria entrevista (Vilelas, 2017), para que os conceitos e teorias possam emergir dos dados (Bryman, 2012).

Deste modo, a entrevista semiestruturada tem por base a utilização de um quadro teórico e dos objetivos que decorrem da problematização, utilizados para a construção de um guião (Guerra, 2006; Lopes dos Reis, 2018). O guião de entrevista é constituído por um conjunto de questões descritivas, de número variável, podendo incluir subquestões em forma de tópicos com o objetivo de ajudar a direcionar a resposta e conduzir ao detalhe (Vilelas, 2017). Assim, a realização de uma boa entrevista exige ao investigador objetivos muito bem definidos e uma cuidadosa revisão bibliográfica (Duarte, 2004).

As entrevistas realizadas *online* decorreram durante o período de 14 de maio a 14 de julho de 2020, mediante assinatura de um consentimento informado⁶ sobre a natureza da pesquisa e as suas implicações e conforme o guião de entrevista elaborado⁷. Para facilitar o processo de recolha de dados procedeu-se à gravação em suporte vídeo/áudio e posterior transcrição integral das entrevistas.

Seguiu-se a análise de conteúdo recorrendo a uma grelha de análise e ao programa informático MAXQDA 2020. Este é um *software* intuitivo para análise qualitativa de dados e métodos mistos que permite organizar e sistematizar dados através da criação de categorias ou codificação (MAXQDA, 2019). Segundo Duarte (2004), os *softwares* para análise de dados qualitativos podem facilitar o trabalho analítico, ajudando a garantir a qualidade do trabalho.

⁶ Em Anexo A – Termo de Consentimento Informado.

⁷ Em Anexo B – Guião de Entrevista.

Capítulo 3 – Análise e Discussão de Resultados

Para a análise de conteúdo das doze entrevistas, o tema foi dividido em treze grandes categorias: categorização sociodemográfica dos entrevistados e profissionais que integram a equipa de trabalho; características da colaboração interprofissional; integração e valorização da contribuição e participação da pessoa, família e comunidade; análise crítica das práticas interprofissionais; clarificação dos papéis profissionais; comunicação interprofissional; resolução de conflitos interprofissionais e situações suscetíveis de criar conflitos interprofissionais; liderança colaborativa; experiências de aprendizagem interprofissional; defesa do direito à comunicação; exemplos de um caso colaborativo entre o assistente social e o terapeuta da fala; e análise da prática colaborativa interprofissional no caso Hendricks.

3.1. Caracterização Sociodemográfica

O quadro seguinte apresenta os dados obtidos relativamente à caracterização sociodemográfica dos entrevistados, no qual constam os códigos de identificação atribuídos, de modo a salvaguardar a sua identidade (AS.1, AS.2 (...) TF.5, TF.6), o sexo, a idade, o grau académico e respetiva área, a experiência profissional em anos, as áreas habituais de intervenção e o contexto de trabalho em que os profissionais exercem funções.

Quadro 3. 1. Caracterização Sociodemográfica dos Entrevistados

	Sexo	Idade	Grau académico	Experiência Profissional	Áreas de Intervenção	Contexto de Trabalho
AS.1	F	39	Mestrado em Serviço Social	6 anos	Saúde	Centro de Reabilitação
AS.2	F	57	Licenciatura em Serviço Social	31 anos	Saúde	Hospital
AS.3	F	59	Licenciatura em Serviço Social	36 anos	Habilitação e reabilitação de pessoas com alterações do desenvolvimento, decorrentes de lesão cerebral em fase imatura. Coordenação de equipas	Centro de Reabilitação
AS.4	F	33	Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos	11 anos	Saúde, incluindo saúde mental e gerontologia	UCCI e CP

AS.5	F	36	Licenciatura em Serviço Social	6 anos	Saúde, deficiência, intervenção precoce em crianças com necessidades educativas especiais	ELI
AS.6	F	37	Mestrado em Gerontologia Social	14 anos	Gerontologia	UCCI
TF.1	F	35	Mestrado em Psicologia da Saúde	15 anos	Patologia neurológica adquirida no adulto	UCCI e CP
TF.2	F	28	Mestrado em Terapia da Fala com especialização em Motricidade Orofacial e Deglutição	6 anos	Patologia neurológica adquirida no adulto	Centro de Reabilitação
TF.3	F	46	Mestrado em Gestão da Saúde	24 anos	Patologia neurológica adquirida no adulto	Centro de Reabilitação
TF.4	F	38	Doutoramento em Neurociências	15 anos	Patologia neurológica adquirida no adulto	UCCI e CP
TF.5	F	54	Licenciatura em Terapia da Fala	33 anos	Patologia neurológica do desenvolvimento em crianças e adultos	Centro de Reabilitação
TF.6	F	28	Mestrado em Terapia da Fala com especialização em Motricidade Orofacial e Deglutição	5 anos	Patologia neurológica adquirida no adulto	Centro de Reabilitação

De acordo com o quadro 3.1. é possível verificar que todos os entrevistados são do sexo feminino e têm idades compreendidas entre os 28 e os 59 anos. Relativamente ao grau académico, predomina o mestrado entre as entrevistadas e a experiência profissional situa-se entre os 5 e os 36 anos. As áreas de intervenção das assistentes sociais encontram-se no âmbito da saúde, reabilitação, gerontologia e intervenção precoce, já as áreas das terapeutas da fala estão, maioritariamente, relacionadas com a patologia neurológica adquirida no adulto. Por último, os centros de reabilitação destacam-se no que respeita ao contexto de trabalho, seguidos pelas unidades de cuidados continuados integrados.

3.1.1. Profissionais que integram a equipa de trabalho

Ainda relativamente à caracterização sociodemográfica importa salientar os profissionais que integram a equipa de trabalho dos entrevistados, tal como se pode verificar no gráfico que se segue.

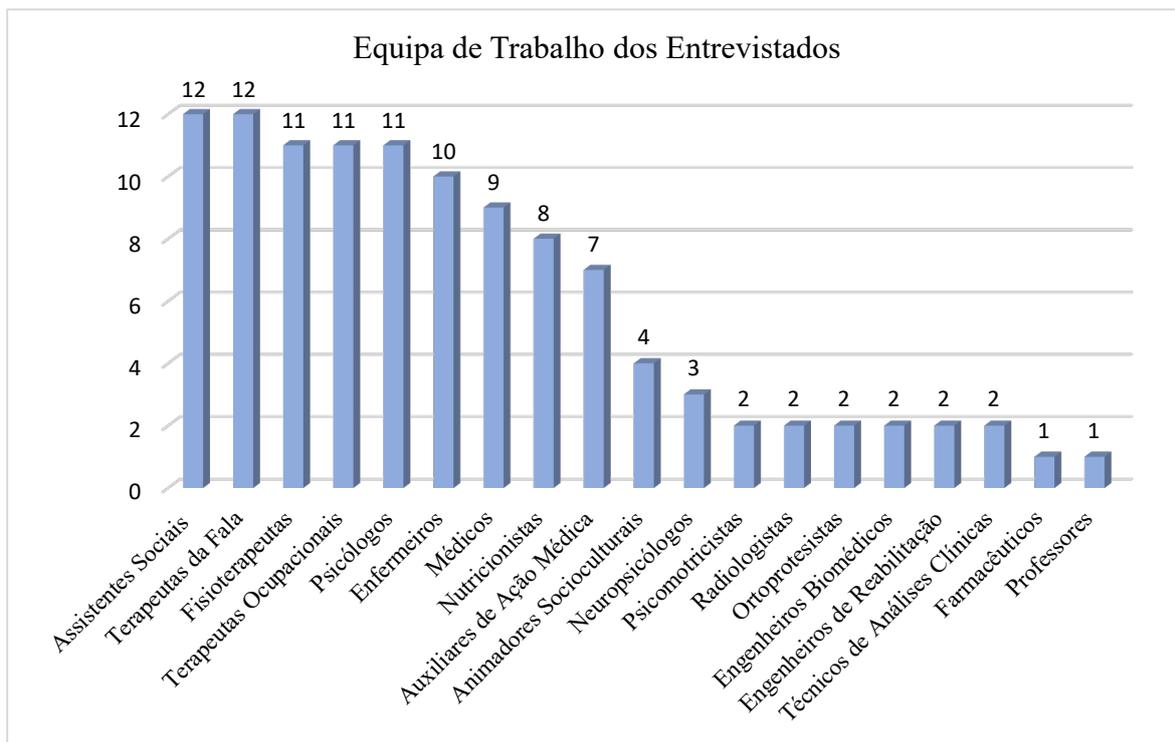


Figura 3. 1. Profissionais que integram a equipa de trabalho dos entrevistados.

Como era expectável, tendo em conta a seleção da população, as doze entrevistadas referiram a presença de assistentes sociais e terapeutas da fala nas suas equipas de trabalho, seguindo-se os fisioterapeutas, os terapeutas ocupacionais e os psicólogos, mencionados por onze entrevistadas. Em menor número surgem os farmacêuticos e os professores, referidos, cada um, por uma das entrevistadas.

3.2. Características da Colaboração Interprofissional

Para Viana da Costa et al. (2018) o verdadeiro trabalho em equipa requer muito mais do que partilhar ou dividir o mesmo espaço. Os profissionais devem entender os princípios que regem a dinâmica do trabalho em equipa e serem capazes de contribuir para os processos que facilitam o trabalho colaborativo (Careau et al., 2014). De forma a recolher informação neste sentido, as entrevistadas mencionaram algumas dinâmicas e características colaborativas que encontram nas suas equipas de trabalho.

Várias profissionais referiram os modelos de organização de trabalho em equipa (multi, inter e transdisciplinar), sendo o interdisciplinar o mais mencionado. Foi referido que cada profissional intervém de acordo com a sua área (AS.1, AS.3, AS.4, AS.6, TF.1 e TF.6) mas em colaboração constante, considerando os pareceres e conhecimentos das diferentes áreas técnicas em benefício do sujeito de intervenção (AS.3, AS.4, TF.2, TF.5 e TF.6), tendo em conta as aprendizagens da família para que a intervenção se possa aplicar aos seus contextos (AS.3), “se eu precisar de ajuda a posicionar um doente ou porque para cumprir o meu objetivo preciso que o meu colega invista mais numa determinada área, isso acontece” (TF.2).

Muito referidas foram, também, as reuniões de equipa, em algumas situações com momentos de discussão de casos em que existe espaço para a partilha de conhecimentos, decisões e estabelecimento de planos de intervenção e objetivos comuns em prol da pessoa, do sujeito de intervenção. Uma das entrevistadas (TF.6) fez, igualmente, referência à existência de sessões conjuntas com outros profissionais da equipa.

A TF.5 menciona um plano de trabalho “definido em função das características do utente, do sistema cliente, e tendo em conta os objetivos gerais da organização”, com objetivos específicos posteriormente definidos por cada uma das áreas técnicas de forma a alcançar o plano de trabalho conjunto.

No caso da TF.4 “as regras da própria rede nacional de cuidados continuados implicavam reuniões periódicas entre os membros da equipa”, permitindo elaborar um plano para cada utente, o plano individual de intervenção. Estabelecer objetivos que fossem do conhecimento da equipa era essencial.

Porque como é natural, o meu objetivo, não é meu, o objetivo é para aquela pessoa e eu tenho todo o interesse em que qualquer profissional envolvido naquela equipa, possa, de algum modo, dar continuidade àquilo que é o meu trabalho ou àquilo que são as minhas orientações (TF.4).

Para a AS.3 o trabalho na área da Paralisia Cerebral consiste numa intervenção que tem como objetivo obter o máximo de autonomia possível e o trabalho dessa autonomia implica diferentes disciplinas, focadas em objetivos comuns.

O trabalhar em colaboração significa para nós encontrar aquilo que cada área pode oferecer àquele contexto para melhorar o seu desenvolvimento (AS.3).

De um modo geral, foram expostas características como a disponibilidade, o respeito, a compreensão dos papéis de cada membro da equipa, a facilidade comunicativa, o à vontade para questionar, mesmo fora do âmbito formal das reuniões, e uma responsabilidade que, apesar de não ser inteiramente partilhada, permite a participação dos membros da equipa.

Eu acho que há uma boa comunicação, acho que as pessoas são disponíveis, são interessadas (...) há um grande respeito e partilha nas decisões (TF.2).

A responsabilidade é sempre médica, mas há muita colaboração e há sempre disponibilidade em todos os profissionais (AS.1).

Estamos todos no mesmo espaço (...) Temos esta proximidade e esta facilidade de comunicarmos uns com os outros (TF.3).

As equipas começaram a perceber quais eram os papéis de cada um dos membros (...) O à vontade com que os colegas se juntavam e perguntavam questões fora do âmbito mais formal das reuniões (...) que também, acaba por melhorar a colaboração (TF.4).

Somente uma das entrevistadas partilhou um contacto menos regular com os membros da sua equipa, à exceção dos médicos, o que considera menos positivo tendo em conta a sua “forma de olhar para o doente como um todo”.

O serviço não tem aquela característica de nos sentarmos todas as valências ao mesmo momento para falarmos do mesmo doente (...) Tenho reuniões semanais com os médicos (...) queria envolver outros profissionais, mas por questões da cultura do próprio serviço (...) ultrapassa-me (AS.2).

Outro aspeto mencionado por duas entrevistadas (AS.3 e AS.4) foi a dinâmica complexa deste trabalho colaborativo. A AS.3 considera que este é um trabalho muito exigente que implica uma dinâmica própria das equipas que tem de ser respeitada, mas considera que as competências e o conjunto de princípios que esta colaboração envolve se trabalham e que por vezes demoram algum tempo, sendo necessária formação contínua.

Este espírito de trabalho em equipa interdisciplinar, aprende-se, burila-se (...) exige um conjunto de princípios de relacionamento que são importantes para que as pessoas aprendam a olhar para o parecer especializado de cada um, na sua área, com consideração e a conseguir integrá-lo, independentemente de haver opiniões divergentes, que há sempre (AS.3).

Neste âmbito, é de acrescentar a referência à atualização dos conhecimentos, tanto com o aumento progressivo da formação profissional como através da entrada de pessoas mais jovens na equipa (AS.3 e TF.4).

Como características essenciais a um trabalho colaborativo saudável e eficaz, as entrevistadas consideraram, uma boa capacidade de comunicação aberta e o à vontade para o fazer livremente; o respeito pela pessoa, bem como pelas diferentes áreas técnicas, pelo trabalho do outro e pela sua opinião, mesmo que divergente; a clareza e o entendimento do papel de cada profissional “sendo que estes papéis podem não ser estanques” (TF.4) e se podem “cruzar”

(TF.6), bem como a compreensão do seu contributo, “num sentimento mútuo de contributo para o objetivo global da intervenção” (TF.5); a escuta ativa; a flexibilidade; a disponibilidade; a empatia; a solidariedade; a honestidade; a humildade “para assumir que não temos conhecimento em todas as áreas” (AS.5); a isenção de juízos de valor; a capacidade de partilha construtiva da informação; a ponderação conjunta; a abertura “para receber, aprender e expor dúvidas” (AS.5); e a reflexão/desenvolvimento pessoal e profissional.

As características referidas vão ao encontro do CIHCCPIS (2010) que vê a confiança, o respeito mútuo, a disponibilidade, a comunicação aberta e a escuta ativa como fundamentais na prática colaborativa para evitar lacunas, duplicação e erros que afetem a eficácia e eficiência dos cuidados. Wilson et al. (2011) reforçam que bons níveis de comunicação entre os membros da equipa e um certo nível de humildade pessoal são, também, importantes e Rogers et al. (2017) acrescentam as práticas de partilha e troca de informações, o conhecimento da profissão do outro, a localização da equipa e as culturas internas de trabalho.

Para a TF.5 o mais enriquecedor deste trabalho é precisamente a partilha com outras áreas profissionais e as aprendizagens que daí advêm. Estas práticas de partilha e troca de informações são, para Rogers et al. (2017), características que facilitam a prática interprofissional.

3.3. Integração e Valorização da Contribuição e Participação da Pessoa, Família e Comunidade

De um modo geral todas as equipas mostraram integrar e valorizar a contribuição e a participação da pessoa, família e comunidade, considerando-os parceiros na tomada de decisão, até mesmo parte integrante da equipa (TF.5). No entanto, a participação ou integração da comunidade, de uma forma direta, neste processo apresenta mais lacunas.

De acordo com Wilson et al. (2011) um trabalho interprofissional eficaz fornece uma resposta mais adequada às necessidades complexas de pessoas em situação de vulnerabilidade e, para Payne (2002), esse trabalho deve focar-se nos sistemas dos quais os indivíduos dependem (família, comunidade...).

Nós vemos a criança num sistema, tem a família, tem todas as suas redes, tem os técnicos de saúde, os técnicos da ELI (...) Não trabalhamos só com a criança isoladamente (AS.5).

Para a AS.3 a equipa só pode valorizar os diferentes parceiros na definição dos objetivos de trabalho, fazendo menção ao conceito de sistema-cliente, muito trabalhado pela equipa em ações de formação, que vê como um sistema “o conjunto de relações que estão estabelecidas

entre aquela criança ou pessoa, os seus cuidadores, o seu ambiente social e o seu ambiente de integração”. Considera, assim, muito importante que as pessoas estejam com a equipa “numa perspetiva integrada de vontades” e, também, de capacitação de parceiros.

Não há desenvolvimento numa pessoa, de competências e aprendizagens se elas não forem feitas no seu quotidiano (...) Portanto, a participação dos elementos que vivem com esta criança é tão importante e mais importante do que virem a uma hora de terapia ao centro de reabilitação (...) nenhuma terapia se faz sem a presença dos pais (...) Nós temos uma experiência de trabalho em Paralisia Cerebral de muitos anos, mas os pais sabem tudo a cerca do seu filho e do seu contexto cultural. (AS.3).

Para o CIHCCPIS (2010) o sujeito de intervenção e aqueles que lhe são próximos têm um papel crucial no desenvolvimento de planos de cuidados realistas por serem considerados especialistas das suas próprias experiências de vida. É essencial apoiar a participação das pessoas.

A AS.4 também considera que o utente tem de estar envolvido e aceitar as decisões de intervenção “para conseguir participar e ele próprio fazer algo por ele mesmo”, para isso a equipa trabalha com o utente, com a família e, posteriormente, no regresso à comunidade.

Na experiência da TF.2 a família acompanha o utente desde o acolhimento até ao momento da alta, integrando-o na comunidade e participando na reconversão do seu posto de trabalho.

Há ensinamentos que são feitos aos familiares que vêm cá, aprender a transferir o doente, a dar o banho, estratégias que possam facilitar a comunicação, quais são as restrições e as orientações de alimentação para a pessoa com disfagia (TF.2).

Tanto a TF.3 como a TF.4 dão o exemplo do trabalho de capacitação na implementação de um sistema de comunicação.

Eu tenho que ter a família comigo, senão aquele sistema não vai fazer sentido (...) eles são parceiros na tomada de decisão (TF.3).

Eu tinha sempre o cuidado de tentar capacitar a família para utilizar estratégias que facilitassem a comunicação (...) Não bastava só capacitar a equipa, nem só a família, mas também os outros, os pares (TF.4).

Apenas a AS.2 refere que a equipa acaba por integrar e valorizar, mas “um bocado por pontas soltas”.

No caso do sujeito de intervenção ou um familiar não falar português ou apresentar alterações da comunicação, as equipas garantem a partilha de informação ao longo do processo

com recurso à língua universal, o inglês e por vezes o francês, à Língua Gestual, ao *Google* tradutor, a intérpretes e muitas vezes a elementos da família que consigam fazer a tradução, à escrita, ao desenho, a fotografias, imagens, gestos e comunicação não verbal. É ainda referido o apoio dos terapeutas da fala da equipa, o recurso a SAAC e a material *aphasia friendly*. Esta preocupação em garantir que todas as partes envolvidas, ao longo do planeamento e da prestação de cuidados, recebem a informação necessária é, também, defendida pelo CIHCCPIS (2010).

3.4. Análise Crítica das Práticas Interprofissionais

A prática reflexiva é intrínseca a vários modelos de colaboração interprofissional (Hood, 2018) e, para Rogers et al. (2017), é a capacidade de pensar sobre as suas práticas e as ações dos outros profissionais após ou durante uma atividade ou intervenção, sendo importante considerar pensamentos e sentimentos, bem como fazer uma avaliação e uma análise antes de chegar a uma conclusão. Este tipo de prática contribui para uma tomada de decisão interdependente e para uma responsabilidade coletiva, promovendo soluções criativas e inovadoras (Hood, 2018).

Neste sentido, sete entrevistadas (AS.1, AS.3, AS.5, AS.6, TF.1, TF.2) fizeram referência ao hábito da equipa realizar uma análise crítica das suas práticas, quer formal como informalmente, sendo que uma delas referiu que esta análise não é regular (TF.5). A AS.3 mencionou a existência de um documento anual chamado relatório e análise crítica que relata as práticas ao longo do ano. Além disso refere, ainda, os encontros técnicos, um espaço mensal onde os técnicos se juntam em reunião a fim de debaterem um tema, “portanto, esses encontros servem, também, para fazer esta análise crítica e para se fazerem aqueles exercícios de análise SWOT” (AS.3).

As restantes cinco entrevistadas (AS.2, AS.4, TF.3, TF.4 e TF.6) não consideram que a equipa se reúna nesse sentido, olhando para essa análise como um processo mais individual. A AS.2 considera que seria válido, mas que é complicado tendo em conta a realidade da equipa que já vem de uma cultura com muitos anos. Já a TF.4 refere que essa reflexão era “mais de classe do que propriamente da equipa”, acontecendo de forma mais visível e ativa nos cuidados paliativos “porque era um tipo de população distinta e uma equipa também ela distinta”.

3.5. Clarificação dos Papéis Profissionais

O trabalho interprofissional eficaz depende da compreensão do papel de cada profissional (Wilson et al., 2011).

De um modo geral as assistentes sociais transmitiram facilidade em explicar o seu papel, embora, muitas vezes, seja desafiante fazê-lo. A AS.4. considera que só nas relações de trabalho essa explicação acontece e que a existência de um certo estereótipo relativamente à profissão não ajuda a esta compreensão. A falta de conhecimento de outras profissões promove a tendência de as estereotipar (Joint Improvement Team, 2009), pelo que é importante desenvolver o entendimento e a compreensão das contribuições de cada um (Wilson et al., 2011). Neste sentido a EIP pode ter uma participação importante (Barr et al., 2005; Taylor & Brannan, 2014).

Em relação à descrição do papel do terapeuta da fala, a maioria das assistentes sociais entrevistadas conseguiu descrevê-lo no contexto da sua equipa. Foi referido o trabalho ao nível da comunicação, da linguagem verbal, escrita e não verbal, da fala, da alimentação e da deglutição. A AS.6 mencionou, ainda, que o terapeuta da fala estuda, avalia e intervém ao nível das alterações mencionadas, otimizando as capacidades e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do utente. A AS.1 reportou não ter noção do papel deste profissional até trabalhar com ele, considerando o seu papel muito abrangente e interessante. Já a AS.4 referiu como essencial a existência de um terapeuta da fala na equipa. A AS.3, apesar de se mostrar muito à vontade na descrição do campo de atuação deste profissional, vê como fundamental a sua presença no momento de acolhimento, junto do assistente social, de modo a dar início à relação terapêutica, “e eu posso explicar qual é que é o papel dos técnicos da nossa equipa, mas normalmente, eu preciso sempre de ter o profissional comigo, porque a relação vai continuar e, portanto, é a partir daí que devem ser criadas as condições de melhor comunicação” (AS.3). A AS.5 menciona a intervenção ao nível da linguagem e da fala como uma prioridade para muitos pais.

Realmente a Terapia da Fala é uma necessidade muito grande (...) para os pais a criança não falar, não conseguir explicar as suas necessidades, as suas dificuldades e os seus sentimentos, é uma grande angústia (...) até pode haver uma panóplia de problemas a trabalhar, antes da Terapia da Fala, mas a primeira preocupação é, realmente, a fala e a linguagem (AS.5).

Apenas a AS.2 não o fez, por não ter um contacto frequente com estes profissionais, mesmo assim, vê nos terapeutas da fala uma ajuda para os casos de perturbações da comunicação e considera que estes profissionais não estão em número suficiente para as necessidades do serviço.

Como motivos para consultar um terapeuta da fala nos contextos das suas equipas, as assistentes sociais indicaram as dificuldades ao nível da alimentação e da sensibilidade intraoral (amamentação, sucção, mastigação, deglutição), da fala (articulação), da linguagem, da comunicação e da leitura e escrita. No caso da intervenção com adultos, todas referiram como exemplo casos com sequelas de AVC, nomeadamente com afasia.

Também as terapeutas da fala demonstraram existir facilidade em explicar o seu papel na equipa, apesar do nome redutor da profissão, “nós temos um problema enquanto terapeutas da fala que é o próprio nome, as pessoas assumem terapeuta da fala como uma coisa de fala, então nós temos uma limitação muito grande” (TF.4). Não obstante, grande parte refere que este papel vai sendo explicado com a própria prática, com formações internas aos profissionais de forma a clarificar papéis e uniformizar procedimentos (TF.1, TF.2 e TF.4) e mesmo com intervenção direta em sessões conjuntas (TF.5). A TF.4 acrescenta que mais do que explicar teoricamente o trabalho do terapeuta da fala é fazer a equipa ver isso na prática, fazê-los perceber o que este profissional pode dar à equipa e que as estratégias fornecidas por ele podem, também, facilitar e tornar mais eficaz o trabalho do outro. Para a TF.2 a equipa tem vindo a valorizar, cada vez mais, o seu trabalho nas diferentes áreas. No entanto, parece que a área da deglutição ainda vai levantando algumas questões ao nível da clareza e entendimento de papéis, principalmente com os enfermeiros da equipa, sobretudo desde o aparecimento da especialização em Enfermagem de Reabilitação, exigindo mais disponibilidade e trabalho integrado nesse sentido (TF.1, TF.2, TF.3 e TF.4).

Quanto à descrição do papel do assistente social, foi unanimemente referida a importância do seu trabalho. As terapeutas da fala entrevistadas consideram o assistente social fundamental e a ponte de ligação (TF.1, TF.3, TF.4 e TF.6) entre a equipa e a família, desde o processo de admissão até à alta dos utentes, elaborando todo o enquadramento social dos mesmos. Para a TF.1 e TF.4 eles são os gestores do processo do sujeito de intervenção, nomeadamente os gestores da alta. A TF.4 refere que neste momento lhe é difícil trabalhar sem um assistente social, “fiquei absolutamente rendida àquilo que é o papel de um assistente social” (TF.4), e considera que o que melhor o define é a sua capacidade “de gerir de uma forma holística e de uma forma global, aquilo que é a repercussão social daquele quadro clínico, daquela situação e

perceber até que ponto é que existem meios para poder capacitar melhor e ajudá-lo a reintegrar, sempre que possível” (TF.4). Apenas a TF.5 mencionou que no início da sua vida profissional não lhe era fácil descrever o papel do assistente social por ter uma ideia estereotipada, tal como referiu a AS.4, associada a um trabalho mais assistencialista da profissão. Atualmente considera que este tem um papel fundamental na auscultação das necessidades do sistema-cliente, na avaliação dos seus recursos e competências, mas também, na articulação com a comunidade. Tal como mencionado anteriormente, só o conhecimento e a compreensão das contribuições quebram os estereótipos.

As terapeutas da fala, no âmbito dos seus contextos de trabalho, indicaram como motivos para consultar um assistente social a obtenção de informação sobre o enquadramento social (familiar e profissional) do utente quando este não o consegue fornecer, de modo a compreender o meio em que se insere e quais as áreas que o podem ajudar a ser mais funcional e ter mais qualidade de vida (TF.3 e TF.6). Referidos, também, foram a gestão da alta e o levantamento das respostas sociais existentes na comunidade através do conhecimento das redes formais de apoio (TF.1, TF.2, TF.4, TF. 5). Por último, a colaboração na sensibilização à problemática da patologia e à aceitação da mesma (TF.5).

Para aceder aos direitos sociais que a pessoa tem por estar doente (...) as respostas sociais que a pessoa vai ter em termos de apoio quando se encontra numa situação de dependência, quer ela seja transitória ou já mais instalada. E para conseguir definir a situação do encaminhamento ou da sinalização, tanto em termos de novo internamento ou internamento, como de uma alta (TF.2).

3.6. Comunicação Interprofissional

Embora as capacidades de comunicação sejam fundamentais, Hall (2005) considera que, em contexto académico, estas estão mais focadas nas interações com os utentes e os familiares, do que na comunicação entre profissões.

No que concerne à comunicação nas suas equipas de trabalho, todas as profissionais fizeram menção às reuniões formais de equipa e à liberdade para, informalmente, comunicarem diariamente ou sempre que necessário, presencialmente, por telefone, através de e-mail ou de registos. Apenas a AS.2 refere reuniões exclusivamente com a equipa médica, recorrendo à comunicação informal para o contacto com as restantes áreas.

O que varia consoante as equipas é a frequência e o objetivo das reuniões. Estas podem ser semanais, quinzenais, mensais, ocorrendo entre dois a três momentos ao longo do internamento (início, meio e fim) com o objetivo de acompanhar a pessoa nas diferentes fases, e outras realizadas pontualmente. Nalgumas reuniões existe espaço para a discussão de casos (AS.3, AS.5, TF.5), “um momento em que cada elemento da equipa consegue falar mais da sua área, das suas preocupações e não só, também alegrias” (TF.5), noutras situações, de modo a facilitar esta discussão, tendem a optar por dois momentos de reunião diferentes, um com todos os membros da equipa e outro somente com os que acompanham determinado utente (TF.2).

Para além das reuniões, foram referidas consultas médicas agendadas (AS.3) e sessões conjuntas (TF.5 e TF.6) como sendo momentos de comunicação interprofissional.

Como técnicas ou estratégias de comunicação utilizadas pela equipa foram referidas a comunicação verbal presencial, por telefone, videochamada, via Zoom e WhatsApp mais frequente em fase de pandemia, a comunicação escrita (registos e e-mails), a utilização de programas de armazenamento e partilha de arquivos *online* como a Dropbox para a realização de relatórios conjuntos, a exposição e partilha de informações, a empatia, a escuta ativa, *brainstorming*, *rapport*, abertura para questionar e a utilização de um vocabulário acessível a todos as áreas. De acordo com o CIHCCPIS (2010) é necessário fazer um uso eficaz das tecnologias de informação e comunicação, a fim de melhorar os cuidados e serviços centrados na pessoa e na sua comunidade.

Para as profissionais são técnicas/estratégias eficazes, principalmente as que envolvem uma comunicação presencial, por ser mais rápida, mais pessoal e não ser tão suscetível a problemas de interpretação. Sheldon (2005) considera que este tipo de comunicação permite captar sinais não verbais e respostas imediatas, o que melhora a compreensão e a comunicação efetiva em grupo. No entanto, a comunicação escrita também é apontada como eficaz, evitando esquecimentos na passagem da informação (TF.1). “Todas elas são importantes dependendo do contexto” (AS.6). Para a AS.2 as mais eficazes são todas as que permitam mais canais de partilha para atingir o mesmo fim em função do doente. A AS.3 acrescenta que as estratégias devem ser claras e simples, “tendo em conta aquilo que são os princípios e a dinâmica da equipa, a honestidade, o respeito e a consideração por cada uma das especialidades” (AS.3). Para o CIHCCPIS (2010), a capacidade de comunicação, as relações de confiança e o respeito por todos os membros da equipa são essenciais, uma vez que a comunicação interprofissional respeitosa incorpora uma divulgação completa e a total transparência das interações.

3.7. Resolução de Conflitos Interprofissionais

Grande parte da literatura sobre colaboração profissional centra-se nas tensões e conflitos que podem surgir das diferenças (Hood, 2018). Segundo Hood (2018) e Rogers et al. (2017) as diferenças profissionais entre múltiplas perspetivas e práticas são inevitáveis.

De acordo com as assistentes sociais e terapeutas da fala entrevistadas, regra geral, as equipas lidam positivamente com as diferenças de opinião, com abertura, flexibilidade, respeito e perseverança, debatendo e discutindo os pontos de vista, ouvindo todos os membros de modo a chegar a um consenso. Foi referido que as diferenças de opinião são normais, aceitáveis e enriquecedoras, desde que se saiba lidar com elas (AS.3), que não são necessariamente negativas (TF.3) pois possibilitam o crescimento, “há sempre, se não houver não cria novas perguntas, não cria novas questões, não cria desenvolvimento” (AS.5), “opiniões diferentes fazem-nos pensar sobre pontos de vista diferentes, o que é benéfico para o grupo e para o utente” (AS.6). Hood (2018) e Rogers et al. (2017) consideram que estas não devem ser vistas como prejudiciais à colaboração, podendo ser positivas se aproveitadas como uma força criativa.

Para a AS.3 a forma de lidar com estas divergências tem a ver com a organização de cada equipa, implicando que essas situações sejam estudadas, reequacionadas e refletidas em autoanálise, no entanto, parece também depender de cada pessoa individualmente, da forma como cada uma manifesta essas diferenças (AS.4, TF.3 e TF.4). No caso de serem conflituosas com o objetivo comum e não ser possível chegar a um consenso, é necessário assumir uma posição de liderança, o gestor de caso, coordenador de equipa (TF.5) ou o médico (TF.3), dependendo de quem assume essa posição na equipa.

Apenas a AS.2 e a TF.6 consideraram que nem sempre a equipa lida da melhor forma com esta situação, sendo que a AS.2 tenta criar consensos e assumir um papel mediador. “Às vezes lida não lidando, não comunicando e comunicando de costas” (AS.2).

3.7.1. Situações Suscetíveis de Criar Conflitos Interprofissionais

Mesmo tendo como vantagem a sinergia criada pelo envolvimento de pessoas com diferentes crenças, valores, posições e perspetivas, são expectáveis divergências no funcionamento das equipas de trabalho (Wilson et al., 2011). Para controlar o desacordo de uma forma construtiva

é fundamental que os profissionais reconheçam a sua existência e as causas subjacentes (Hood, 2018).

Deste modo, as profissionais referiram como situações suscetíveis de criar conflitos interprofissionais as falhas de comunicação (AS.4; TF.1; TF.2; TF.4; TF.5; TF.6; Hood, 2018; Rogers et al., 2017; Slusser et al., 2019; Whittington (2003); Wilson et al. (2011), a invasão da área profissional do outro (identidade e território profissionais) (AS.3; AS.4; AS.6; TF.3; Hudson, 2002), a falta de respeito pelo outro e pelas diferentes áreas técnicas (AS.3; AS.4; TF.4; TF.5), as questões hierárquicas de poder e *status* profissional (AS.3; TF.3; TF.6; Fazenda, 2012; Hudson, 2002; Smith, 2009; Taylor & Brannan, 2014), a falta de clareza na definição dos papéis, principalmente em áreas que se cruzam (TF.1; TF.4; TF.6; Fazenda, 2012; Hall, 2005; Hood, 2018; Rogers et al., 2017; Smith, 2009; Taylor & Brannan, 2014; Wilson et al., 2011), as diferenças de opinião, valores e ideologias (AS.1; AS.2; AS.5; Rogers et al., 2017; Wilson et al. (2011), os choques de personalidade (AS.3; AS.5; TF.5), os problemas de liderança (AS.3; Hood, 2018; Wilson et al., 2011), a falta de transparência (AS.6; Rogers et al., 2017), o modelo clínico (AS.5; Rogers et al., 2017), a falta de flexibilidade (AS.3), a localização da equipa (separação por edifícios) (TF.2; Rogers et al., 2017), a competição (AS.3; Hood, 2018), o não cumprimento das funções/objetivos (AS.6) e a linguagem distinta entre profissões (jargão profissional) (TF.6; Fazenda, 2012; Rogers et al., 2017; Smith, 2009; Slusser et al., 2019; Taylor & Brannan, 2014).

Para Slusser et al. (2019) é fundamental a existência de uma linguagem comum que promova uma comunicação clara entre profissionais, uma vez que a linguagem especializada pode excluir alguns parceiros (Joint Improvement Team, 2009). Hood (2018) refere que os assistentes sociais, por exemplo, podem sentir-se desconfortáveis na discussão de diagnósticos e tratamentos. Wilson et al. (2011) consideram particularmente significativa a clareza e o entendimento de papéis, tendo em conta que pode haver sobreposição de competências e isso pode gerar confusão de papéis (*role blurring*), deixando os limites da prática de serem claros (Hall, 2005). Wilson et al. (2011) veem, também, a liderança como um elemento crítico na capacitação dos profissionais que permite orientar a equipa durante os processos de mudança. Para Rogers et al. (2017) é necessário ser capaz de alcançar confiança e respeito mútuo, de forma a aumentar a transparência e reduzir o conflito.

3.8. Liderança Colaborativa

Em relação à descrição do processo de tomada de decisão, grande parte das entrevistadas referiu um processo conjunto e partilhado de discussão em equipa onde a opinião de todos os profissionais é ouvida e tida em conta, procurando chegar a um consenso, apesar de haver uma hierarquia e a decisão final caber ao médico (AS.1, AS.2, TF.1, TF.2, TF.3 e TF.6), ao diretor técnico (AS.4) ou ao coordenador da equipa (AS.5). A TF.5 acrescenta como intervenientes nessa discussão os parceiros mais importantes, a família e o próprio utente. Tal como refere o CIHCCPIS (2010), os profissionais devem colaborar com todos os participantes na formulação, implementação e avaliação de cuidados e serviços, focando a melhoria dos resultados e contribuindo para a criação de um ambiente de trabalho que permita essa colaboração (espaço, clima, material, processos e procedimentos).

Já a AS.4 e a TF.4 referem que cada área profissional toma a sua decisão consoante os objetivos delineados e em prol do objetivo comum, “se fosse mais da área social essa tomada de decisão teria de ser do AS com base numa perspetiva, também, dos colegas, havendo sempre o respeito pela hierarquia” (AS.4).

Mesmo considerando alguma partilha durante este processo, para a AS.2, TF.3 e TF.6 não é suficiente para que se possa dizer conjunta, pesando mais a decisão do médico, “o médico decide porque o médico é que prescreve” (TF.3). A AS.3 argumenta que “um processo de tomada de decisão implica que as opiniões sejam consideradas todas ao mesmo nível e respeitadas como tal para depois se encontrar um consenso” e “que o modelo médico e a hierarquia das profissões pode levar a tomadas de decisão que nem sempre são esperadas ou desejadas”, pelo que é necessário estar atento a essas dinâmicas quando se tomam decisões. Gergerich et al. (2018) também referem a presença da hierarquia como uma fonte de conflito interprofissional, considerando que os sistemas de saúde têm uma natureza hierárquica histórica com médicos a assumir posições de liderança. McGrath (1991) citado por Creating an Interprofessional Workforce (2007) acrescenta que o trabalho interprofissional é sobre profissionais confiantes nas suas capacidades e especialidades, assim como conhecedores e confiantes das capacidades dos colegas, conduzindo a sua própria prática de uma forma não hierárquica. Um fator que, para os autores, pode igualmente dificultar a prática interprofissional é o impacto dos diferentes modelos de prática predominantes, como o modelo médico.

Regra geral, e apesar da decisão final passar por um regime hierárquico, a tomada de decisão parece estar focada no problema a resolver e nas necessidades da pessoa e família. Este compromisso com metas focadas numa melhor prestação dos serviços e resultados para os seus utilizadores, cuidadores e comunidade em geral é, segundo Rogers et al. (2017), um exemplo de boas práticas no desenvolvimento de colaboração interprofissional.

3.9. Experiências de Aprendizagem Interprofissional

A OMS e os seus parceiros veem a colaboração interprofissional na educação e na prática como uma estratégia inovadora na mitigação da crise global de trabalho em saúde (Health Professions Network Nursing & Midwifery, 2010), pelo que a intenção da EIP é preparar os alunos para trabalharem juntos, formando profissionais de saúde com os conhecimentos, capacidades e atitudes necessárias à colaboração interprofissional e prática colaborativa (Slusser et al., 2019).

As entrevistadas, quando questionadas sobre o seu processo de formação e a oportunidade de aprendizagem com alunos de outras categorias profissionais, mencionaram que formalmente essa oportunidade apenas existiu nos momentos de estágio e na prática profissional, sendo que esse contacto parece ter sido superior nos cursos de Terapia da Fala por estarem inseridos em universidades com outros cursos, nomeadamente, da área da saúde. A AS.3 referiu, também, as pós-graduações como momentos de interação com profissionais de outras áreas.

Embora os assistentes sociais tenham presentes princípios de práticas interdisciplinares e de colaboração, raramente têm contacto em sala de aula com outras profissões ou aprendem sobre os seus papéis e competências durante a formação. Do mesmo modo, também as profissões de saúde, raramente são apresentadas ao trabalho em Serviço Social no decorrer dos seus cursos (Rubin et al., 2017).

A minha faculdade era só de Serviço Social (AS.2).

Na altura dependia dos locais de estágio lidarmos com outros profissionais e no meu caso não houve essa hipótese (...) não havia outras áreas profissionais (AS.4).

Não com assistentes sociais (TF.4).

Estive numa faculdade em que também existia Terapia Ocupacional e Fisioterapia, mas nunca existiram aulas conjuntas, o que teria sido bastante benéfico (TF.6).

A aprendizagem sobre o conceito de interprofissionalidade também parece ter acontecido, maioritariamente, no exercício da própria profissão (AS.1, AS.2, AS.3, AS.5, TF.1, TF.2, TF.5), tendo sido dado ênfase aos modelos de equipa (TF.2 e TF.5) e à intervenção centrada na pessoa (TF.3 e TF.6). A TF.4 acrescenta que o conceito foi abordado do ponto de vista teórico,

mas que na prática podia não ser observável, pelo que o aluno “era convidado a refletir sobre isso”.

Deste modo, é unânime que vivenciar experiências de aprendizagem compartilhada é essencial para o desenvolvimento de competências para a formação de profissionais mais aptos a trabalhar em colaboração (AS.1, AS.2, AS.3, AS.4, AS.5, AS.6, TF.1, TF.2, TF.3, TF.4, TF.5 e TF.6). Esta aprendizagem é necessária para compreender o papel dos outros profissionais e perceber como se pode intervir em conjunto para benefício do utente, sabendo a quem recorrer quando é identificado determinado problema (TF.2 e TF.6), “é fundamental para uma abordagem que se quer centrada na pessoa e para o aproveitamento dos recursos de todos os profissionais em prol daquela pessoa” (TF.4). A TF.1 menciona que este é um tema que tenta abordar nas suas aulas, precisamente porque sentiu falta dele quando aluna, falta de ligação entre as disciplinas e de exemplos dessa partilha. A TF.5 considera importante que os alunos tenham uma noção de complementaridade e enriquecimento por vivenciar e compartilhar estas experiências em oposição à substituição e sobreposição de áreas.

Sendo assistente social não posso não perceber o que é a informação dada por um terapeuta, por um psicólogo ou por um neurologista. Eu tenho que dominar essa linguagem e essa informação dada a uma família (...) é preciso saber comunicar com as pessoas aquilo que os outros técnicos também nos comunicarem (AS.3).

Depois de mais de 50 anos de investigação, existe agora evidência suficiente de que a EIP permite uma prática colaborativa eficaz, modificando a forma como os profissionais interagem na prestação dos seus serviços (Health Professions Network Nursing & Midwifery, 2010). Para Rubin et al. (2017) aprender competências para construir relacionamentos interprofissionais antes da vida profissional parece ser um acréscimo natural às competências essenciais em saúde e cuidados sociais, uma vez que a aprendizagem conjunta tem como objetivos dissipar mal entendidos e expandir o conhecimento da prática de cada profissional para trabalharem juntos de forma a melhorar a qualidade da saúde e do bem-estar dos indivíduos, pois em última análise, a EIP e a prática colaborativa são sobre e para pessoas (Health Professions Network Nursing & Midwifery, 2010).

Deste modo, pelos benefícios educacionais e nas políticas de saúde, muitos políticos têm vindo a reconhecer o trabalho colaborativo como uma das melhores maneiras de enfrentar os complexos desafios de saúde, no entanto, ainda é necessário um esforço significativo de forma

a garantir o desenvolvimento, a implementação e a avaliação destas iniciativas. A EIP depende de currículos que liguem as diferentes atividades de aprendizagem, dos resultados e de uma avaliação do que foi aprendido, o que implica questões financeiras e legislativas (Gilbert, 2005; Health Professions Network Nursing & Midwifery, 2010).

As profissionais entrevistadas apesar de não revelarem um grande conhecimento do que está a ser feito a nível mundial neste sentido, reconhecem unanimemente a importância da criação de diretrizes curriculares nacionais em Portugal, para que os profissionais saiam mais preparados para o mercado de trabalho, contribuindo para novas e melhores práticas (AS.4), para um abordagem holística (AS.6) e sobretudo, para consolidarem a interprofissionalidade (AS.5). Não obstante o longo caminho a percorrer, há quem considere que tem havido uma evolução e que os estágios têm um papel preponderante nesse sentido (AS.3, AS.5, TF.4 e TF.6).

Isto já consta nas competências a adquirir e em objetivos de aprendizagem de muitas unidades curriculares (...) No Politécnico de Leiria havia um projeto de estágio na área dos idosos, absolutamente interessante, onde o objetivo era que o aluno fosse para um local em que era o único profissional daquela área e onde tivesse de mostrar aos restantes membros e trabalhar com eles para se integrar naquela equipa (TF.4).

Já tive estagiários de outras áreas a assistirem a sessões minhas para perceberem a importância de SAAC (TF.6).

3.10. Defesa do Direito à Comunicação

Quando questionadas sobre a defesa do direito à comunicação pelos assistentes sociais e pelos terapeutas da fala, as profissionais consideraram-na essencial, não só por parte destes, mas por todas as pessoas (AS.1, AS.4, TF.3 e TF.4), uma vez que “a comunicação é o pilar da civilização” (TF.4), está na essência do ser humano (AS.1), é uma área e um direito dos seres humanos (TF.4), tal como preconiza o ICP (2018) quando refere a comunicação como um direito humano fundamental, mas não só, para Mulcair et al. (2018) mais do que um direito, é a essência do que nos torna humanos. A TF.3 e a TF.5 mencionam o primeiro axioma da comunicação que refere a impossibilidade de não existir comunicação, “mesmo que eu não queira comunicar, já estou a comunicar qualquer coisa” (TF.3), segundo Watzlawick et al. (2011) qualquer comportamento numa situação de interação tem valor comunicativo, quer sejam palavras ou silêncio, atividade ou falta dela, o outro vai receber a mensagem e ser influenciado por ela.

Para a TF.2 seria importante haver mais legislação, considerando que a existente é demasiado abrangente “as lojas do cidadão até estão muito *friendly* com setinhas com diferentes cores para realmente haver mais acessibilidade, mas acho que este direito à comunicação para pessoas com alterações da comunicação é muito descorado”. Para Mulcair et al. (2018) este direito deve ser explicitamente reconhecido através de mais políticas públicas e documentos estratégicos nos mais variados setores, uma vez que ainda existem muitas barreiras a restringir a possibilidade de usufruir dele plenamente.

De um modo geral, os assistentes sociais e os terapeutas da fala podem ajudar na defesa deste direito dando ferramentas para a família saber comunicar com o utente (AS.1), ouvindo a pessoa (AS.2 e TF.1), observando (AS.2), esclarecendo e orientando (AS.5), dando voz e passando mensagens através de informação escrita, comunicação social e redes sociais (AS.2, AS.5 e TF.1), potenciando a comunicação nas suas formas possíveis (TF.1) e trabalhando em parceria de modo a diminuir situações de stress (TF.6).

Mais especificamente, os terapeutas da fala podem ajudar a assegurar este direito através do seu trabalho e experiência ao nível da comunicação (AS.3, TF.2, TF.4 e TF.5), avaliando, adaptando e criando formas de comunicação acessíveis, alternativas ou aumentativas para estas pessoas (TF.2) e capacitando os seus parceiros de comunicação, como por exemplo os assistentes sociais, para comunicarem mais eficazmente e, também eles, conseguirem garantir este direito (TF.4). Segundo a Direção Regional de Educação do Centro et al. (2012), o facto de se possuir um equipamento de comunicação não significa que o mesmo funcione, não só é fundamental este estar integrado nos contextos do utilizador, como é crucial o papel do interlocutor na eficácia da interação comunicativa.

Muitas vezes coloca-se o foco na pessoa com problemas de comunicação quando o foco está, na maioria das vezes, no interlocutor que não é eficaz (...) este tem de ser capaz de potenciar a comunicação das pessoas (TF.4).

Quem precisa de comunicar melhor não é o senhor que tem afasia, mas todos os outros no seu contexto (AS.3).

Neste sentido, de proporcionar um ambiente acessível, a TF.4 criou um caderno de comunicação generalista por cada ala da UCCI, plastificado, com separadores por áreas e em tamanho A5, de modo a facilitar a consulta. Nesse caderno constava informação referente à equipa, às diferentes áreas da unidade, à roupa, objetos pessoais, medicamentos e comidas

preferidas. Já nos cuidados paliativos, a tabela de comunicação era maior e estava relacionada com as questões de ventilação mecânica.

No caso específico dos assistentes sociais, e porque a comunicação é desenvolvida em contexto social (TF.5), através da informação das diferentes formas culturais de comunicar (AS.3), do *empowerment* do cidadão, ajudando-o a perceber que tem competências, direitos, deveres e possibilidade de escolher de maneira informada (AS.3 e AS.5), da identificação das pessoas com necessidades complexas da comunicação, da atribuição de apoios monetários ou produtos de apoio⁸, tais como dispositivos de apoio à comunicação (TF.2) e através da experiência na criação de redes para chegar a altas entidades (AS.5).

O *empowerment* tem como objetivo fortalecer, através de direitos e participação, pessoas sujeitas a discriminação e/ou exclusão, pelo que um dos seus conceitos chave é o conceito de *advocacy* (Fazenda, s.d). Os assistentes sociais defendem e representam os interesses dos seus clientes promovendo legislação que tenha um efeito positivo na comunidade, contribuindo assim para a mudança social. Este é um elemento distintivo do Serviço Social que está enraizado no Código Deontológico dos Assistentes Sociais (APSS, 2018) e que fornece a estes profissionais uma base para apoiar agendas políticas, de reforma e de ação para abordar questões de justiça e direitos económicos e sociais (Cox et al., 2019).

3.11. Exemplo de um Caso Colaborativo entre o Assistente Social e o Terapeuta da Fala

Como referido anteriormente, o Serviço Social e a Terapia da Fala conduzem a uma sinergia única no aconselhamento à adaptação da doença e no processo de tomada de decisão clínica (Pollens & Lynn, 2011). Assim, no âmbito das práticas interprofissionais entre assistentes sociais e terapeutas da fala foi solicitado um exemplo de um caso em que este trabalho colaborativo tivesse facilitado o suporte à comunicação, autodeterminação e qualidade de vida da pessoa, familiares e comunidade.

Neste sentido, um momento bastante referido desta colaboração, em casos de internamento, foi o planeamento e a discussão da alta do utente (AS.2, AS.4, AS.6, TF.1, TF.3 e TF.4), de forma a reintegrá-lo ou dar continuidade ao seu processo de reabilitação. Maioritariamente

⁸ A lista homologada de produtos de apoio encontra-se no Despacho n.º 7197/2016, publicado no *Diário da República*, II Série – N.º 105 de 1 de junho, emitido pelo Presidente do Instituto Nacional para Reabilitação, I.P., e dela constam produtos de apoio para terapia e treino da comunicação e produtos de apoio para o treino de comunicação alternativa e aumentativa.

foram referidos casos com dificuldades de comunicação, casos de afasia por sequela de AVC⁹ (AS.2, AS.4, TF.1 e TF.4) que beneficiaram de estratégias ao nível da comunicação e/ou utilização de SAAC (AS.1, AS.2, AS.3, AS.4, AS.5, TF.1, TF.2, TF.3, TF.4 e TF.5) para regressarem a casa com mais qualidade de vida e até ao seu trabalho, com as devidas adaptações às suas capacidades (TF.1 e TF.3), evidenciando o seu poder de tomada de decisão e de participação (TF.5). “O TF trabalhou no sentido de criar um sistema de comunicação adaptado ao trabalho e o AS apoiou nas questões legais relacionadas com os direitos e deveres da pessoa” (TF.3). Os utentes com alterações da comunicação podem participar do processo de tomada de decisão utilizando estratégias e meios de comunicação aumentativos adequados, sendo uma forma de apoiar a sua autodeterminação (Pollens & Lynn, 2011).

Estas estratégias também podiam ser utilizadas pelo assistente social através do trabalho de capacitação do terapeuta da fala para uma comunicação mais eficaz, o que “fazia com que este profissional conseguisse assegurar o direito daquela pessoa de escolher o que é que queria do ponto de vista da sua alta” (TF.4).

Além da comunicação, a AS.6 mencionou o apoio à reaprendizagem da deglutição na aceitação do cuidador no regresso ao domicílio. Pollens e Lynn (2011) acrescentam que o assistente social e o terapeuta da fala podem auxiliar o utente com disfagia e a sua família na exploração de decisões a longo prazo. Para a AS.4 esta colaboração, no sentido de facilitar o regresso a casa, é essencial para que não seja considerada a hipótese de institucionalização numa estrutura residencial para idosos. A TF.5 deu como exemplo o trabalho colaborativo com o assistente social e outros técnicos da equipa, feito ao longo dos anos, para a aceitação da utilização de SAAC por parte das famílias.

A TF.2 focou-se no processo de acolhimento, onde está presente o assistente social que entrega, neste primeiro contacto, um formulário criado pela equipa de terapeutas da fala com o objetivo de traçar o perfil comunicativo da pessoa, fornecendo dados essenciais para o trabalho do terapeuta da fala na implementação de um futuro sistema de comunicação.

No caso da intervenção com crianças, os exemplos também se centraram nas questões comunicativas, onde o trabalho conjunto passa, fundamentalmente, pela utilização de estratégias facilitadoras e pela passagem destas mesmas estratégias aos familiares e pares da

⁹ Numa amostra de 881 pessoas que sofreram um AVC, 38% foram diagnosticadas com afasia (Pedersen et al., 1995).

criança (AS.3 e AS.5), que ainda valorizam muito a comunicação verbal (AS.5). A AS.5 refere que utiliza algumas estratégias fornecidas pelo terapeuta da fala, como o chegar à criança através das suas áreas de preferência, recorrendo também quando necessita de perceber o nível de desenvolvimento da mesma. A AS.3 menciona uma reunião na escola em que a professora se queixava do comportamento desafiador de um aluno sem oralidade e utilizador de SAAC, comportamento esse que foi valorizado pela assistente social, considerando-o um ato de integração e conjuntamente com a terapeuta da fala, foram dadas ferramentas para a capacitação dos parceiros de comunicação, neste caso a professora e os colegas, que passaram a ter símbolos de comunicação nas suas mesas, dando “mais participação aos outros para comunicar com ele” o que valorizou, também, a professora.

3.12. Análise da Prática Colaborativa Interprofissional no Caso Hendricks

Para além dos exemplos experienciados pelas entrevistadas, foi igualmente solicitado o comentário de um caso à luz da prática colaborativa interprofissional, evidenciando os mesmos conceitos de comunicação, autodeterminação e qualidade de vida. O caso Hendricks¹⁰ (Pollens & Lynn, 2011) apresenta uma situação de cuidados paliativos no domicílio com a esposa como cuidadora de um senhor com alterações da comunicação e perda cognitiva, espelhando o primeiro contacto do assistente social quando se depara com uma cuidadora sobrecarregada e uma situação de frustração e stress familiar.

Começando pela prática interprofissional, foi consensual que houve uma boa interação entre profissionais e que a presença de outros elementos é uma mais-valia para apoiar e avaliar a situação de outro ponto de vista. A assistente social desencadeou todo o processo de prática colaborativa assim que solicitou a consulta de Terapia da Fala. Valorizou e identificou o profissional adequado à situação, reconhecendo a necessidade da intervenção de outro técnico, mostrando ter conhecimento dessa área de atuação, o que implica uma boa definição de papéis, e utilizou as estratégias de comunicação fornecidas pelo terapeuta da fala, o que também contribuiu para uma melhoria da sua prática. “A AS foi o catalisador de tudo o resto” (TF.3).

Depois do encaminhamento, através das estratégias facultadas pelo terapeuta da fala, não só foi possível melhorar a interação familiar como perceber os gostos do utente, o que proporcionou mais um encaminhamento, neste caso para a Musicoterapia. Segundo Pollens e

¹⁰ Em Anexo B – Guião de Entrevista, questão 27.

Lynn (2011), alguns utentes podem necessitar de apoio a nível comunicativo para poderem participar no estabelecimento de objetivos, para reduzir o stress do cuidador e facilitar o trabalho do assistente social.

Apenas foi assinalado como ponto negativo, a possível falta de acompanhamento na ida para casa que podia ter minimizado esta dificuldade de interação e frustração (TF.1).

Um aspeto fundamental neste caso, referido pelas entrevistadas, foi a comunicação eficaz, quer entre a equipa quer entre o casal, sendo que o direito à comunicação foi defendido por todos os profissionais da equipa (TF.6) através da utilização de estratégias facilitadoras que permitiram diminuir a frustração e a agressividade (AS.1, AS.3, AS.5, AS.6, TF.1, TF.2, TF.4, TF.5 e TF.6). Essas estratégias tiveram em conta que existem várias formas de comunicar, tais como a escrita, as imagens e mesmo a música que acabou por ser essencial (AS.1, AS.3, TF.1 e TF.2).

Por sua vez, a melhoria da capacidade comunicativa contribuiu para a autodeterminação do utente, fazendo-o sentir-se compreendido, mais motivado para comunicar com os outros e mais participativo na sua própria vida, com a possibilidade de tomar decisões, de fazer valer as suas vontades, os seus desejos, passando a ter uma voz ativa e não dependendo da decisão dos outros (AS.1, AS.2, AS.3, TF.1, TF.4, TF.5 e TF.6).

Consequentemente, todas as entrevistadas consideraram que a intervenção destes profissionais terá proporcionado um aumento da perceção da qualidade de vida não só do utente, mas do casal que passou a comunicar melhor, minimizando o desgaste físico e psicológico de ambos.

As profissionais entrevistadas evidenciaram uma interligação entre estes três conceitos uma vez que a comunicação veio contribuir para a autodeterminação que, por sua vez, contribuíram para o aumento da perceção da qualidade de vida do utente, da esposa e do casal.

Estes três conceitos estão ligados e são um só, um contexto que comunica melhor com uma pessoa que tem afasia, dá-lhe mais oportunidades de escolha, portanto, autodeterminação e favorece este bem-estar (AS.3).

Estes três conceitos vêm interligados do início para o fim, ou seja, foi a melhoria da comunicação que permitiu uma verdadeira autodeterminação que, com certeza, se transmitiu num aumento da qualidade de vida (TF.4).

Conclusão

Numa época em que a prática interprofissional é considerada essencial para intervir na complexidade dos contextos em que as pessoas se inserem, sendo, por isso, uma grande aposta da OMS, importa compreender a colaboração entre os assistentes sociais e os terapeutas da fala, dois grupos profissionais que intervêm na área da saúde e que, segundo Edwards et al. (2015), têm por base uma abordagem centrada na pessoa e nos seus sistemas.

Assim, para responder à questão de partida desta investigação (De que forma é vista e desenvolvida a interprofissionalidade na saúde entre assistentes sociais e terapeutas da fala?), tendo em conta o objetivo geral de compreender as práticas interprofissionais de intervenção na saúde, com base na perspetiva e colaboração dos assistentes sociais e terapeutas da fala, e os objetivos específicos propostos é possível concluir que as práticas interprofissionais na saúde entre assistentes sociais e terapeutas da fala são essenciais, nomeadamente nos casos de perturbações da comunicação em que é necessário garantir a partilha de informação ao longo de todo o processo através da utilização de estratégias, tais como material *aphasia friendly* e SAAC, sendo que o terapeuta da fala tem um papel fundamental na capacitação de parceiros de comunicação, incluindo o assistente social. Esta sinergia também pode contribuir para a sensibilização às problemáticas da comunicação e da deglutição e sua aceitação, ajudando no regresso ao domicílio e na exploração de decisões a longo prazo.

Estas práticas são fundamentais na reintegração social do sujeito de intervenção, contribuindo para a sua autodeterminação, participação e, conseqüentemente, para o aumento da perceção da qualidade de vida, minimizando o desgaste físico e psicológico, tanto do utente como do cuidador. O reconhecimento da necessidade da intervenção de outro técnico implica uma boa clarificação dos papéis, permitindo desencadear práticas interprofissionais.

No que se refere às competências interprofissionais foram identificadas pelas entrevistadas a colaboração; a prática centrada na pessoa, família e comunidade; a prática reflexiva; a clareza e entendimento de papéis; a comunicação interprofissional; a resolução de conflitos interprofissionais e a liderança colaborativa.

O trabalho em colaboração implica a compreensão do contributo de cada área tendo em conta objetivos comuns, no entanto, as entrevistadas não deixaram de mencionar a sua dinâmica complexa e exigente que requer competências específicas, formação contínua e respeito pelas

diversas opiniões. O nível de colaboração parece ser inferior em contexto hospitalar, onde o modelo médico ainda está muito enraizado.

Para as profissionais entrevistadas a integração e valorização da contribuição, e a participação da pessoa, família e comunidade é imprescindível, uma vez que o sujeito de intervenção faz parte de um sistema, de um conjunto de relações e redes, não podendo ser visto isoladamente. Neste sentido, é importante capacitar e integrar a família e a comunidade na reabilitação quotidiana da pessoa, e ainda, fomentar a sua própria participação nas decisões de intervenção, garantindo a partilha de informação ao longo de todo o processo, mesmo em situações cuja comunicação se encontre dificultada. De um modo geral as entrevistadas tendem a considerar a pessoa, a família e a comunidade como parceiros na tomada de decisão e parte integrante da equipa, sendo que em meio hospitalar nem sempre isso acontece.

A maioria das equipas tende a fazer uma análise crítica regular das práticas interprofissionais, formal ou informalmente, por exemplo, através da redação de relatórios anuais e de encontros técnicos para debate de temas. Por outro lado, verificou-se que em algumas equipas essa análise acaba por ser um processo mais individual, nomeadamente em contexto hospitalar.

Relativamente à clareza e entendimento de papéis, tanto as assistentes sociais como as terapeutas da fala entrevistadas demonstraram facilidade em explicar o seu papel no âmbito da equipa, apesar de muitas vezes o considerarem desafiante, quer devido a estereótipos, quer devido ao nome redutor da profissão. Maioritariamente essa explicação acontece com a própria prática, como por exemplo, através de formações internas e sessões conjuntas. Existe também facilidade em explicar o papel do outro profissional (AS/TF), considerando que o terapeuta da fala pode intervir ao nível das dificuldades de alimentação, fala, linguagem, comunicação e leitura e escrita, e que o assistente social desempenha um papel fundamental como ponte de ligação entre a equipa e a família em todo o processo, fazendo o enquadramento social do utente, colaborando na sensibilização à problemática da patologia e à aceitação da mesma, e articulando com a comunidade.

No que diz respeito à comunicação interprofissional, todas as entrevistadas, à exceção da assistente social que trabalha em contexto hospitalar, mencionaram reuniões formais de equipa, algumas com espaço para discussão de casos e liberdade para comunicar diariamente ou sempre que necessário, variando apenas a frequência e o objetivo das mesmas. Como técnicas ou estratégias de comunicação, destacaram-se a comunicação verbal presencial, por ser mais

rápida, mais pessoal e não ser tão suscetível a problemas de interpretação, a comunicação escrita por evitar perdas na passagem da informação, e o recurso às novas tecnologias.

As profissionais entrevistadas referiram que, de uma forma geral, as equipas lidam positivamente com as diferentes opiniões e que estas diferenças nem sempre são vistas de uma forma negativa, também são vistas como enriquecedoras e promotoras de desenvolvimento, sendo que o desacordo deve ser controlado de uma forma construtiva para se chegar a um consenso.

Relativamente à liderança colaborativa, grande parte das entrevistadas mencionou um processo conjunto e partilhado de discussão em equipa, apesar da existência de uma hierarquia. No entanto, nem todas as profissionais consideram esta partilha suficiente para que se diga conjunta, devido ao predomínio do modelo médico.

Foram consideradas algumas características individuais e profissionais indispensáveis a um trabalho colaborativo saudável e eficaz, que vão ao encontro da literatura existente, tais como respeito, disponibilidade, flexibilidade, humildade, honestidade, empatia, clareza e entendimento dos papéis de cada membro, facilidade comunicativa e comunicação aberta, partilha construtiva, prática reflexiva individual e interprofissional, participação conjunta nas decisões e aprendizagem contínua. Bem como, características que podem influenciar essa colaboração, tais como problemas de comunicação, invasão da área profissional do outro, questões hierárquicas, linguagem distinta, e diferenças de opinião, valores e ideologias.

Foi unanime, neste estudo, que a vivência de experiências de aprendizagem compartilhada é essencial para o desenvolvimento de competências colaborativas. Apesar das poucas vivências mencionadas neste sentido, as entrevistadas consideram que o caminho ainda é longo, mas que existe evolução e que os estágios têm um papel preponderante nesta aprendizagem. As profissionais fizeram menção a projetos interessantes neste âmbito, no entanto, e apesar de não revelarem um grande conhecimento do panorama mundial, consideram a criação de diretrizes curriculares nacionais em Portugal no sentido de uniformizar e consolidar a interprofissionalidade.

A defesa do direito à comunicação foi referida como fundamental, tanto por parte dos assistentes sociais e terapeutas da fala, como por todas as pessoas, sendo importante haver mais legislação para assegurar a acessibilidade comunicativa. As profissionais entrevistadas consideram que os terapeutas da fala podem contribuir para um ambiente acessível criando

formas de comunicar alternativas e aumentativas e capacitando os parceiros de comunicação, nomeadamente os assistentes sociais, que também o podem fazer através da identificação da pessoa com necessidades complexas da comunicação, do seu *empowerment*, da atribuição de apoios monetários e produtos de apoio, e da sua experiência na criação de redes.

A colaboração do assistente social com o terapeuta da fala em contextos de saúde pode ocorrer em qualquer faixa etária e, tal como mencionam Pollens e Lynn (2011), promove o apoio à comunicação, autodeterminação e aumento da perceção da qualidade de vida da pessoa, família e comunidade. Deste modo, é possível apresentar algumas recomendações para estas práticas profissionais, através das seguintes linhas orientadoras:

- A necessidade de práticas interprofissionais implica clareza dos respetivos papéis profissionais, sendo que essa clarificação pode ir acontecendo com a própria prática através de formações internas e sessões conjuntas;
- A valorização de todo o sistema do sujeito de intervenção (ambiente) em que a rede de proximidade é parte integrante da equipa, pelo seu conhecimento e possibilidade de dar continuidade ao processo terapêutico no seu quotidiano;
- A capacitação dos parceiros de comunicação, assegurando o direito à escolha e à participação através da utilização de estratégias e meios de comunicação adequados que tornem os contextos de comunicação mais *friendly*, ajudam a minimizar situações de desgaste, frustração e, conseqüente, agressividade por parte dos intervenientes;
- Tendo em conta que todo o ambiente deve ser o mais acessível possível de forma a permitir a participação do sujeito na sua própria vida, era importante a existência de mais legislação para assegurar a acessibilidade comunicativa;
- A colaboração na exploração de decisões a longo prazo, quer relativamente a alterações da comunicação como da deglutição, pode permitir a atribuição de apoios monetários ou produtos de apoio adequados, assim como, a reintegração no posto de trabalho;
- Existe a necessidade de formação contínua e de mais experiências de aprendizagem compartilhada, para que o conhecimento prático das áreas de intervenção de outros profissionais não dependa exclusivamente dos locais de estágio, incluindo aulas conjuntas com estudos de caso e noção de complementaridade e enriquecimento.

Pela sua relevância e pelos desafios que ainda apresenta, considera-se pertinente a continuação do estudo desta temática, nomeadamente ao nível dos currículos nas instituições

de ensino superior, para um desenvolvimento contínuo de competências e para novas e melhores práticas interprofissionais na saúde.

“Individualmente, somos uma gota. Juntos, somos um oceano”

(Ryunosuke Satoro Akutagawa)

Fontes

Despacho n.º 7197/2016 do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social – Instituto Nacional para a reabilitação (2016). Diário da República: II Série, n.º 105.

<https://dre.pt/home/-/dre/74587625/details/maximized>

ONU (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. ONU.

ONU (2006). *Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência*. ONU.

Referências Bibliográficas

- Aguiar, V. (2004). *O verbal e o não verbal*. Editora UNESP.
- All Party Parliamentary Group on Speech and Language Difficulties. (2013). *The links between speech, language and communication needs and social disadvantage*. All Party Parliamentary Group on Speech and Language Difficulties. <http://www.thedyslexia-spldtrust.org.uk/media/downloads/inline/all-party-parliamentary-group-on-speech-and-language-difficulties-inquiry-report.1363944304.pdf>
- Amaro, M.I. (2012). *Urgências e Emergências do Serviço Social: fundamentos da profissão na contemporaneidade*. Universidade Católica Editora.
- Andrade, A. & Viana, M.C. (2005). Fonética. In Hub Faria, I., Ribeiro Pedro, E., Duarte, I. & Gouveia, C.A.M. (Eds.). *Introdução à Linguística Geral e Portuguesa* (2ª ed., pp. 115-167). Caminho.
- APSS. (2018). *Código Deontológico dos Assistentes Sociais em Portugal*. <https://www.apss.pt/wp-content/uploads/2018/12/CDAS.pdf>
- APTF. (2017a). *O terapeuta da fala*. <http://www.aptf.org/o-terapeuta-da-fala>
- APTF. (2017b). *Campo de atuação*. <http://www.aptf.org/reas-de-interveno>
- Arce, V. (2014). Speech, Language and Hearing Sciences and Mental Health: Redirecting the Work According to Psychosocial Care. *CEFAC*, 16 (3), 1004-1011. <https://doi.org/10.1590/1982-021620146613>
- ASHA. (s.d.a). *What is Speech? What is Language?* https://www.asha.org/public/speech/development/language_speech/
- ASHA. (s.d.b). *Speech-Language Pathologists*. <https://www.asha.org/Students/Speech-Language-Pathologists/>
- ASHA. (s.d.c). *Augmentative and Alternative Communication*. <https://www.asha.org/public/speech/disorders/aac/>
- ASHA. (1982). *Language*. <https://www.asha.org/policy/rp1982-00125.htm>
- Attard, M.C., Loupis, Y., Togher, L. & Rose, M.L. (2017). The efficacy of an inter-disciplinary community aphasia group for living well with aphasia. *Aphasiology*, 32 (2), 105-138. <https://doi.org/10.1080/02687038.2017.1381877>
- Azuaga, L. (2005). Morfologia. In Hub Faria, I., Ribeiro Pedro, E., Duarte, I. & Gouveia, C.A.M. (Eds.). *Introdução à Linguística Geral e Portuguesa* (2ª ed., pp. 215-244). Caminho.
- Barr, H. (2000). Interprofessional practice. In Davies, M. (Eds.). *The Blackwell Encyclopedia of Social Work* (pp. 175-176). Blackwell Publishing.
- Barr, H., Koppel, I., Reeves, S., Hammick, M. & Freeth, D. (2005). *Effective Interprofessional Education: Argument, Assumption & Evidence*. Blackwell Publishing.
- Barr, H. & Low, H. (2011). *Principles of Interprofessional Education*. CAIPE.
- Barr, H. & Low, H. (2013). *Introdução à Educação Interprofissional*. CAIPE.
- BASW. (2018). *Professional Capabilities Framework for Social Work in England*. BASW.
- Bell, A., Corfield, M., Davies, J. & Richardson, N. (2009). Collaborative transdisciplinary intervention in early years – putting theory into practice. *Child: care, health and development*, 36 (1), 142-148. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.01027.x>
- Beukelman, D., Garrett, K. & Yorkston, K. (2007). *Augmentative communication strategies for adults with acute or chronic medical conditions*. Brookes Publishing.

- Boyer, V. & Thompson, S. (2014). Transdisciplinary Model and Early intervention: Building Collaborative Relationships. *Young Exceptional Children*, 17 (3), 19-32. <https://doi.org/10.1177%2F1096250613493446>
- Branco, F. (2012). Prefácio. In Carvalho, M. I. (Eds.), *Serviço Social na Saúde* (2ª ed., pp. XXI-XXII). PACTOR.
- Branco, F. & Farçadas, M. (2012). O Serviço Social nos Cuidados de Saúde Primários: Contexto, Perspetivas e Desafios. In Carvalho, M. I. (Eds.). *Serviço Social na Saúde* (2ª ed., pp. 1-24). PACTOR.
- Bryman, A. (2012). *Social Research methods*. (4ª ed.). Oxford University Press.
- Buzzota, L. & Nobel, H. (2011). The Dimensions of Interprofessional Practice. *British Journal of Nursing*, 20 (5), 310-315. <https://doi.org/10.12968/bjon.2011.20.5.310>
- Canadian Interprofessional Health Collaborative Consortium Pancanadien Pour l'Interprofessionnelles em Santé (CIHCCPIS). (2010). *Référentiel National de Compétences em Matière d'Interptofessionalisme*. College of Health Disciplines, Université de la Colombie – Britannique.
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M. & Museux, A.C. (2014). *Continuum des Pratiques de Collaboration Interprofessionnelle em Santé et Services Sociaux: Guide Explicatif*. Réseau de Collaboration sur les Pratiques Interprofessionnelles em Santé et Services Sociaux (RCPI).
- Carvalho, M.I. (2012). Introdução. In Carvalho, M.I. (Eds.). *Serviço Social na Saúde* (2ª ed., pp. XXIII-XXVIII). PACTOR.
- Carvalho, M.I. & Pinto, C. (2014). *Serviço Social: Teorias e Práticas*. PACTOR.
- Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (2010). *Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais* (NLM Classification: WA 525). Organização Mundial da Saúde. <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Redução-das-Desigualdades-no-per%C3%ADodo.pdf>
- Coulshed, V. & Orme, J. (2012). *Social Work Practice*. (5ª ed.). Palgrave Macmillan.
- Coutinho, C. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. (2ª ed.). Almedina.
- Cox, L.E., Tice, C.J. & Long, D.D. (2019). *Introduction to Social Work: An Advocacy-Based Profession*. (2ª Ed.). SAGE Publications.
- CPLOL (2017). *Professional Practice*. <https://cplol.eu/the-profession/professional-practice.html>
- Creating an Interprofessional Workforce. (2007). *Creating an Interprofessional Workforce: An Education and Training Framework for Health and Social Care in England*. CIPW.
- Creswell, J. & Creswell, D. (2018). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. (5ª ed.). SAGE Publications.
- Cruz, S. (2010). *Rede social: o agir profissional do assistente social e o desenvolvimento social em contexto local* [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga]. Repositório ISMT. <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/171>.
- Dalrymple, J. & Burke, B. (2006). *Anti-Oppressive Practice: Social Care and the Law*. (2ª ed.). Open University Press.
- Day, J. (2006). *Interprofessional Working: An Essential Guide for Health and Social Care Professionals*. Nelson Thornes.
- Delgado-Martins, M.R. (2005). Representações da Linguagem Verbal. In Hub Faria, I., Ribeiro Pedro, E., Duarte, I. & Gouveia, C.A.M. (Eds.), *Introdução à Linguística Geral e Portuguesa* (2ª ed., pp. 85-102). Caminho.
- DGS (2007). *Manual de boas práticas para os assistentes sociais da saúde na rede nacional de cuidados continuados integrados*. <https://www.dgs.pt/gestao-integrada-da>

- doenca/documentos/manual-de-boas-praticas-para-os-assistentes-sociais-da-saude-na-rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-pdf.aspx
- DGS (2015). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020*. <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Dias, M.O. (2010). *Planos de Investigação: Avançando passo a passo*. Edições Afrontamento.
- Duarte, R. (2004). Entrevistas em Pesquisas Qualitativas. *Educar*. Nº 24, 213-225. <https://doi.org/10.1590/0104-4060.357>
- Edwards, C.M., Newell, J.M., Waldrep Rich, D. & Hitchcock, L.I. (2015). Teaching Interprofessional Practice: An Exploratory Course Assignment in Social Work and Speech Language Pathology. *Journal of Teaching in Social Work*, 35 (5), 529-543. <https://doi.org/10.1080/08841233.2015.1087449>
- Faleiros, V.P. (2011). O que Serviço Social quer dizer. *Serviço Social & Sociedade*, n. 108, 748-761.
- Fazenda, I. (2012). Serviço Social na Área da Saúde Mental: Princípios, Modelos e Práticas. In Carvalho, M.I. (Eds.). *Serviço Social na Saúde* (2ª ed., pp. 219-250). PACTOR.
- Fazenda, I. (s.d.). *Empowerment e Participação, uma Estratégia e Mudança*. Centro Português de Investigação e História e Trabalho Social.
- Franco, V. (2007). Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce. *Interação em Psicologia*, 11 (1), 113-121. <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v11i1.6452>
- Freeth, D., Hammick, M., Reeves, S., Koppel, I. & Barr, H. (2005). *Effective Interprofessional Education: Development, Delivery and Evaluation*. Blackweel Publishing.
- Freire, Filho, J.R., Gonçalves Silva, C.B., Viana da Costa, M. & Cassanho Forster, A. (2019). Educação Interprofissional nas Políticas de Reorientação da Formação Profissional em Saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 43 (Spe.1), 86-96. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s107>
- Gergerich, E., Boland, D. & Scott, M.A. (2018). Hierarchies in Interprofessional Training. *Journal of Interprofessional Care*, 33 (5), 1-8. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1538110>
- Gilbert, J.H.V. (2005). Interprofessional learning and higher education structural barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (Suppl.1), 87-106. <https://doi.org/10.1080/13561820500067132>
- Goldbart, J. & Caton, S. (2010). *Communication and people with the most complex needs: what Works and why this is essential*. Research Institute for Health and Social Change.
- Gonçalves, J. & Gonçalves, S. (2019). Um Olhar sobre a Entrevista de Investigação. In Azeredo, Z. (Eds.). *Teoria e Prática em Investigação Qualitativa* (pp. 11-28). Edições Piaget.
- Gouveia, C.A.M. (2005). Pragmática. In Hub Faria, I., Ribeiro Pedro, E., Duarte, I. & Gouveia, C.A.M. (Eds.). *Introdução à Linguística Geral e Portuguesa* (2ª ed., pp. 383-419). Caminho.
- Granja, B.P. (2008). *Assistente social – identidade e saber* [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto]. Repositório UP. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7188/2/ASSISTENTE%20SOCIAL%208211%20IDENTIDADE%20E%20SABER.pdf>
- Guerra, I.C. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo: Sentidos e Formas de Uso*. Príncipia Editora.

- Hall, P. (2005). Interprofessional Teamwork: Professional Cultures as Barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (Suppl.1), 188-196. <http://dx.doi.org/10.1080/13561820500081745>
- Health Professions Network Nursing and Midwifery. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*. WHO, Department of Human Resources for Health.
- Hood, R. (2018). *Complexity in Social Work*. SAGE Publishing.
- Hub Faria, I. (2005). Linguagem Verbal: Aspectos Biológicos e Cognitivos. In Hub Faria, I., Ribeiro Pedro, E., Duarte, I. & Gouveia, C.A.M. (Eds.). *Introdução à Linguística Geral e Portuguesa* (2ª ed., pp. 35-55). Caminho.
- Hub Faria, I., Ribeiro Pedro, E., Duarte, I. & Gouveia, C.A.M. (2005a). Introdução. In Hub Faria, I., Ribeiro Pedro, E., Duarte, I. & Gouveia, C.A.M. (Eds.). *Introdução à Linguística Geral e Portuguesa* (2ª ed., pp. 11-23). Caminho.
- Hub Faria, I., Ribeiro Pedro, E., Duarte, I. & Gouveia, C.A.M. (2005b). Resumos dos Capítulos. In Hub Faria, I., Ribeiro Pedro, E., Duarte, I. & Gouveia, C.A.M. (Eds.). *Introdução à Linguística Geral e Portuguesa* (2ª ed., pp. 25-32). Caminho.
- Hudson, B. (2002). Interprofessionalism in Health and Social Care: The Achilles' heel of Partnership? *Journal of Interprofessional Care*, 16 (1), 7-17. <https://doi.org/10.1080/13561820220104122>
- Hugman, R. (2007). The Place of Values in Social Work Education. In Lymbery, M & Postle, K. (Eds.). *Social Work: A Companion to Learning* (pp. 20-29). SAGE Publications.
- ICP (2018, dezembro 10), *Celebrating the Universal Declaration of Human Rights*. <https://internationalcommunicationproject.com/70th-anniversary-universal-declaration-human-rights/>
- Infopédia. (2003). Comunicação. In Infopédia Dicionários Porto Editora. Consultado em maio 28, 2018, [https://www.infopedia.pt/\\$comunicacao](https://www.infopedia.pt/$comunicacao)
- Japiassu, H. (1976). *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Imago Editora.
- Joint Improvement Team. (2009). *Health, Social Care and Housing Partnership Working: Briefing Notes for Practitioners and Managers*. Joint Improvement Team.
- Kagan, A. (1998). Supported conversation for adults with aphasia: methods and resources for training conversation partners. *Aphasiology*, 12 (9), 851 – 864. <https://doi.org/10.1080/02687039808249575>
- Kagan, A., Winckel, J., Black, S., Felson Duchan, J., Simmons-Mackie, N. & Square, P. (2004). A set of observational measures for rating support and participation in conversation between adults with aphasia and their conversation partners. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 11 (1), 67-83. <https://doi.org/10.1310/cl3v-a94a-de5c-cvbe>
- Kaplan, A. (1998). *The Conduct of Inquiry: Methodology for Behavioral Science*. Transaction Publishes.
- Keeping, C. (2014). The Processes Required for Effective Interprofessional Working. In Thomas, J., Pollard, K. & Sellman, D. (Eds.). *Interprofessional Working in Health and Social Care*. (2ª ed., pp. 22-34). Red Globe Press.
- Kent-Walsh, J., Murza, K.A., Malani, M.D. & Binger, C. (2015). Effects of communication partner instruction on the communication of individuals using AAC: a meta-analysis. *Augmentative and Alternative Communication*, Vol. 31, 271-284. <https://doi.org/10.3109/07434618.2015.1052153>
- Klein, C. (2016, outubro 3). I can truly say augmentative alternative communication changed the course of my life, (Klein). [Comentário em “Overcoming Barriers with Cerebral Palsy”]. *HelpHopeLive*. <https://helphopelive.org/breaking-barriers-with-cerebral-palsy/>
- Knott, C. (2010). Reflective Practice Revisited. In Knott, C. & Scragg, T. (Eds.). *Reflective Practice in Social Work*. (2ª ed.). Learning Matters Ltd.

- Latorre, A., del Rincón, D. & Arnal, J. (2005). Bases Metodológicas de la Investigación Educativa. Ediciones Experiencia.
- Light, J., McNaughton, D., Beukelman, D., Kock Fager, S., Fried-Oken, M., Jakobs, T. & Jakobs, E. (2019). Challenges and opportunities in augmentative and alternative communication: Research and technology development to enhance communication and participation for individuals with complex communication needs. *Augmentative and Alternative Communication*, 35(1), 1-12. <https://doi.org/10.1080/07434618.2018.1556732>
- Lopes, M. A., Ribeiro, A.R., Espírito Santo, I., Ferreira, F. & Frederico, L. (2013). Serviço Social e Qualidade em Contexto Hospitalar. In Carvalho, M. I. (Eds.) *Serviço Social na Saúde* (2ª ed., pp. 25-54). PACTOR.
- Lopes dos Reis, F. (2018). *Investigação Científica e Trabalhos Académicos: Guia Prático*. Edições Sílabo.
- Marriott, A. & Wriqth, H. (2002, maio 16). *All for one*. <https://www.communitycare.co.uk/2002/05/16/all-for-one/>
- Marriott, A., Reid, G., Jones, K., de Villiers, R. & Kennedy, C. (2005). Interdisciplinary Working in Intermediate care: Generic Working or the Key to a Person Centred Approach? In Roe, B. & Beech, R. (Eds.). *Intermediate and continuing care: Policy and Practice* (pp. 78-94). Blackwell Publishing.
- Martinelli, M.L. (2003). Serviço Social na área da saúde: uma relação histórica. *Intervenção Social*, nº 28, 9-18.
- Mateus, M. H., Falé, I. & Freitas, M. J. (2005). *Fonética e Fonologia do Português*. Universidade Aberta.
- MAXQDA (2019). *MAXQDA 2020: Guia de Introdução*. VERBI Software.
- McNaughton, D., Light, J., Beukelman, D.R., Klein, C., Nieder, D. & Nazareth, G. (2019). Building capacity in AAC: A person-centred approach to supporting participation by people with complex communication needs. *Augmentative and Alternative Communication*, 35(1),56-68. <https://doi.org/10.1080/07434618.2018.1556731>
- Mulcair, G., Pietranton, A. & Williams, C. (2018). The International Communication Project: Raising global Awareness of Communication as a Human Right. *International Journal of Speech-Language Pathology*, nº 20, 34-38. <https://doi.org/10.1080/17549507.2018.1422023>
- Nolan, M. (1995). Towards an Ethos of Interdisciplinary Practice. *BMJ Clinical Research*, Vol. 3, 305-307. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7000.305>
- Oliveira, J.P. (2014, setembro 30). *Reabilitar, trabalho em equipa: visão do enfermeiro*. JustNews. <https://www.justnews.pt/artigos/reabilitar-trabalho-em-equipa-visao-do-enfermeiro/#.WxEzVy9OrR1>
- Pardal, L. & Lopes, E. (2011). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Areal Editores.
- Pastor, I. (2008). El daño cerebral sobrevenido: un abordaje transdisciplinar dentro de los servicios sociales. *Intervención Psicosocial*, 17 (3), 237-244.
- Payne, M. (2002). *Teoria do Trabalho Social Moderno*. Quarteto.
- Pedersen, P.M., Jørgensen, H.S., Nakayama, H., Raaschou, H.O. & Olsen, T.S. (1995). Aphasia in Acute Stroke: Incidence, Determinants, and Recovery. *Journal of the American Neurological Association and The Child Neurology Society*, 38 (4), 659-666. <https://doi.org/10.1002/ana.410380416>
- Pereira, A. (2016). *Prática Profissional do Assistente Social no Contexto da Incapacidade Intelectual* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Educação e Ciências Sociais]. Repositório IPL. <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/1942/1/Dissertação.pdf>

- Peshkin, A. (1993). The Goodness of Qualitative Research. *Educational Researcher*, 22 (2), 23-29. <https://doi.org/10.3102%2F0013189X022002023>
- Pollard, K.C., Sellman, D. & Thomas, J. (2014). The need for Interprofessional Working. In Thomas, J., Pollard, K. & Sellman, D. (Eds.). *Interprofessional Working in Health and Social Care* (2ª ed, pp. 9-21). Red Globe Press.
- Pollens, R. & Lynn, M. (2011). Social Work and Speech Pathology: Supporting Communication in Palliative Care. In Altilio, T. & Otis-Green, S. (Eds.). *Oxford Textbook of Palliative Social Work* (pp. 483-487). Oxford University Press.
- Pombo, O. (2004). *Interdisciplinaridade: ambições e limites*. Relógio D'Água Editores.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Gradiva.
- Ragin, C. (1994). *Constructing Social Research: The Unity and Diversity of Method*. Pine Forge Press.
- Rautakoski, P. (2011). Training total communication. *Aphasiology*, 25 (3), 344-365. <https://doi.org/10.1080/02687038.2010.530671>
- Ritzman, M., Sanger, D. & Coufal, K. (2006). A case study of a collaborative speech-language pathologist. *Communication Disorders Quarterly*, 27 (4), 221-231. <https://doi.org/10.1177%2F15257401060270040501>
- Rodrigues, I.T. (2012a). Conversação suportada para adultos com afasia. *Comunicativa*, nº4, 8-10.
- Rodrigues, I.T. (2012b). As especificidades de um consentimento livre e esclarecido para pessoas com afasia. *Cadernos de Saúde*, 5 (1 e 2), 40-46. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2012.2828>
- Rodrigues, I.T. (2017, junho 06). *Uma terapia muito maior do que a fala*. Público. <https://www.publico.pt/2017/03/06/sociedade/opiniao/uma-terapia-muito-maior-do-que-a-fala-1763955>
- Rogers, M., Whitaker, D., Edmondson, D. & Peach, D. (2017). *Developing Skills for Social Work Practice*. SAGE Publishing.
- Rombert, J. (2013). *O gato comeu-te a língua? – Exercícios, técnicas e conselhos para pais e educadores ajudarem as crianças no desenvolvimento da fala, da linguagem, da leitura e da escrita*. A Esfera dos Livros.
- Rubin, M., Konrad, S.C., Nimmagadda, J., Scheyett, A. & Dunn, K. (2017). Social Work and Interprofessional Education: Integration, Intersectionality, and Institutional Leadership. *Social Work Education: The International Journal*, 37 (1), 17-33. <https://doi.org/10.1080/02615479.2017.1363174>
- Santos, C. (2017). Fatores influenciadores da ação ética no Serviço Social. In Patrão Neves, M.C. & Bagão Félix, A. (Eds.). *Ética aplicada: Proteção Social* (pp. 169-191). Edições 70.
- Shaw, I. & Gould, N. (2001). *Qualitative Research in Social Work*. SAGE Publications.
- Silva, C.L., Bertencelo, C., Brandão Barros, A.P. & Padovani, M. (2017). Caracterização dos recursos de comunicação utilizados por pacientes em cuidados paliativos – revisão integrativa. *CEFAC*, 19 (6), 879-888. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201719613816>
- Sim-Sim, I. (1998). *Desenvolvimento da linguagem*. Universidade Aberta.
- Smith, R. (2009). Inter-Professional Learning and Multi-Professional Practice for PQ. In Higham, P. (Eds.). *Post-Qualifying Social Work Practice* (pp.135-147). SAGE Publications.
- Direção Regional de Educação do Centro, CRID/ESECS/IPLEIRIA, CRTIC Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Pombal & Viseu. (2012). *Comunicação Aumentativa*. Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Educação e Ciências Sociais.
- Sheldon, L.K. (2005). *Communication for Nurses: Talking with Patients*. Jones and Bartlett Publishers.

- Slusser, M.M., García, L.I., Reed, C. & McGinnis, P.Q. (2019). *Foundations of Interprofessional Collaborative Practice in Health Care*. Elsevier.
- Speakability (2013). *I have Aphasia*. Speakability.
- Taveira, L. (2012). Comunicação Aumentativa. *Comunicativa*, nº4: 11-13.
- Taylor, R & Brannan, J. (2014). Interprofessional Practice. In Lishman, J., Yuill, C., Brannan, J. & Gibson, A. (Eds.). *Social Work: An introduction* (pp. 198-212). SAGE Publications.
- Vatcher, A. & Jones, K. (2014). Social Work. In Thomas, J., Pollard, K. & Sellman, D. (Eds.), *Interprofessional Working in Health and Social Care* (2^a ed., pp. 174-198). Red Globe Press.
- Viana da Costa, M., Peduzzi, M., Freire Filho, J.R. & Gonçalves Silva, C.B. (2018). *Educação Interprofissional em Saúde*. SEDIS-UFRN.
- Victorian Deaf Society (2010). *Information sheet: effective strategies for communication partners*. Vicdeaf.
- Vieira, F.A., Moura, M. & Ferreira, B. (2019). A Metodologia Qualitativa em Estudos Etnográficos de Dança Tradicional e Popular Portuguesa. In Azeredo, Z. (Eds.). *Teoria e Prática em Investigação Qualitativa* (pp. 57-90). Edições Piaget.
- Vilelas, J. (2017). *Investigação: O processo de Construção do Conhecimento*. (2^a Ed.). Edições Sílabo.
- Wackerhausen, S. (2009). Collaboration, professional identity and reflection across boundaries. *Journal of Interprofessional Care*, 23 (5), 455-473. <https://doi.org/10.1080/13561820902921720>
- Wallace, S.E., Dietz, A., Hux, K. & Weissling, K. (2012). Augmented input: the effect of visuographics supports on the auditory comprehension of people with chronic aphasia. *Aphasiology*, 26 (2), 162-176. <https://doi.org/10.1080/02687038.2011.628004>
- Watzlawick, P., Beavin Bavelas, J. & Jackson, D.D. (2011). *Pragmatics of Human Communication: A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes*. W.W. Norton and Company, Inc.
- WHO (2011). *Summary: World Report on Disability* (WHO/NMH/VIP/11.01). World Health Organization & The World Bank. https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en/
- WHO (2012). *Governance for Health in the 21ST Century*. World Health Organization Regional Office for Europe.
- WHO (2014). *Basic Documents* (NLM Classification: WA 540.MW6). World Health Organization. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf>
- Whittington, C. (2003). A Model of Collaboration. In Weinstein, J., Whittington, C. & Leiba, T. (Eds.). *Collaboration in Social Work Practice*. Jessica Kingsley Publishers.
- Wilson, K., Ruch, G., Lymbery, M. & Cooper, A. (2011). *Social Work: An Introduction to Contemporary Practice* (2^a ed.). Pearson Education Limited.
- Worrall, L., Rose, T., Howe, T., McKenna, K. & Hickson, L. (2007). Developing an evidence-base for accessibility for people with aphasia. *Aphasiology*, 21 (1), 124-136. <https://doi.org/10.1080/02687030600798352>

Anexos

Anexo A – Termo de Consentimento Informado



Consentimento Informado

Joana Rita Paulo Braz de Jesus Guerra, aluna de Mestrado em Serviço Social no **ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa**, vem solicitar a sua colaboração, informada, livre e esclarecida, no estudo “Interprofissionalidade na saúde: O Serviço Social e a Terapia da Fala”, orientado pela Professora Doutora Maria João Pena.

Este estudo tem como principal objetivo compreender as práticas interprofissionais de intervenção na saúde com base na perspetiva e colaboração dos assistentes sociais e terapeutas da fala, pelo que a sua participação é essencial para apresentar recomendações para práticas interprofissionais.

A recolha de dados consistirá numa entrevista semiestruturada *online*, via Zoom, de aproximadamente 40 minutos, a qual será gravada para facilitar os processos de recolha e tratamento da informação, podendo também ser realizadas algumas anotações.

A participação no estudo é estritamente **voluntária**, não lhe trará qualquer prejuízo e é passível de ser interrompida a qualquer momento sem ter de prestar justificações, invalidando que a informação até à data recolhida seja utilizada. A sua participação é também **anónima** e **confidencial**, pelo que apenas serão divulgados os resultados obtidos do tratamento de dados, salvaguardando a sua identidade, através da utilização de códigos de identificação.

Terá oportunidade de solicitar todas as informações que considerar pertinentes no decorrer deste processo e este estudo poderá ser consultado após a sua defesa e posterior publicação.

Declaro que fui informado(a) e compreendi os objetivos e procedimentos desta investigação, aceitando participar de livre vontade neste estudo.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ___ / ___ / _____

Anexo B – Guião de Entrevista

I – Caracterização Sociodemográfica

1. Qual a sua idade?
2. Qual o seu grau académico? (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado, Doutoramento)
3. Em que área(s)?
4. Qual(ais) a(s) sua(s) área(s) de intervenção?
5. Quantos anos de experiência profissional tem?
6. Que profissionais integram a sua equipa de trabalho?

II – Interprofissionalidade

Prática Colaborativa

7. Que características considera que a sua equipa tem para que possamos dizer que trabalha em colaboração?
(Valores e objetivos comuns, confiança e respeito mútuo, disponibilidade, tomada de decisão e responsabilidade partilhada)
8. E que características julga essenciais a um trabalho colaborativo saudável e eficaz?

Prática Centrada na Pessoa, Família e Comunidade

9. A equipa integra e valoriza a contribuição e a participação da pessoa, família e comunidade, considerando-os parceiros na tomada de decisão?
- Se sim, especifique.
- Se não, considera que o deveria fazer? Especifique.
10. Por exemplo, se o sujeito de intervenção ou um familiar não falar português ou apresentar alterações da comunicação, como é que a equipa garante a partilha de informação ao longo do processo?

Clareza e Entendimento de Papéis

11. Tem facilidade em explicar aos outros o seu papel? Como explicaria?
12. E consegue descrever o papel dos outros profissionais, nomeadamente do AS/TF?
Como explicaria?

13. Nomeie dois motivos pelos quais seria necessário consultar um AS/TF.

Comunicação Interprofissional

14. Com que frequência a equipa comunica e de que forma o faz?

(Tipos de comunicação: comunicação verbal e/ou escrita)

15. Que técnicas/estratégias de comunicação são utilizadas? E quais considera mais eficazes?

(Adequação do vocabulário, escuta ativa, empatia, abertura e transparência, uso das TIC...)

Prática Reflexiva

16. A equipa tem por hábito fazer uma análise crítica das suas práticas?

- Se sim, de que forma o faz? Com que frequência? E com que objetivos?

- Se não, sente essa necessidade?

(Análise de desempenho e decisões, compreender a eficácia das contribuições de cada membro, detetar barreiras, conflitos e promover soluções criativas e inovadoras para os problemas)

Resolução de Conflitos Interprofissionais

17. Que situações lhe parecem suscetíveis de criar conflitos interprofissionais?

(Ambiguidade de papéis, restrições hierárquicas, objetivos divergentes, diferentes abordagens de tratamento...)

18. De que forma a equipa lida com as diferenças de opinião?

(Permite que todos os membros sejam ouvidos? Aprecia a natureza positiva dos conflitos?...)

Liderança Colaborativa

19. Como descreve o processo de tomada de decisão?

(Liderança conjunta? Baseada na disciplina ou determinada pelas necessidades específicas da pessoa e família?)

20. Como é desenvolvido o trabalho tendo em conta as diferentes formações profissionais?

(Tem em conta a diversidade entre os membros da equipa e o seu potencial de desenvolvimento?)

Educação Interprofissional

21. Pensando agora no seu processo de formação, teve a oportunidade de aprender com alunos de outras categorias profissionais?

- Se sim, em que instituição(ões) de ensino?

22. E de aprender sobre interprofissionalidade?

- Se sim, na(s) mesma(s) instituição(ões) de ensino?

23. E considera que vivenciar essas experiências de aprendizagem compartilhada pode contribuir para o desenvolvimento de competências para a formação de profissionais mais aptos a trabalhar em colaboração?

24. A discussão sobre a educação interprofissional tem ganhado força nos últimos 30 anos por todo o mundo e países como o Reino Unido, Canadá, Estados Unidos e Brasil têm vindo a desenvolver políticas de ensino com diretrizes curriculares nacionais. Qual a sua opinião em relação à criação destas diretrizes em Portugal?

Serviço Social e Terapia da Fala

25. De acordo com o artigo 21º da convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência que reconhece a importância da liberdade de expressão e de opinião e acesso à informação “em condições de igualdade com os demais e através de todas as formas de comunicação da sua escolha”, considera que o direito de comunicar pode ser defendido pelos assistentes sociais e pelos terapeutas da fala?

- Se sim, de que forma?

- Se não, especifique.

26. Dê um exemplo de um caso em que o trabalho colaborativo entre o assistente social e o terapeuta da fala tenha facilitado o suporte à comunicação, autodeterminação e qualidade de vida da pessoa/família/comunidade.

27. Comente o seguinte caso à luz da prática colaborativa interprofissional, evidenciando os conceitos de comunicação, autodeterminação e qualidade de vida.

CASO: “Hendricks, um senhor com 63 anos e uma afasia resultante de um glioblastoma, estava em casa com a esposa como cuidadora primária. A sua comunicação verbal era muito limitada e apresentava perda cognitiva adicional. Quando

o assistente social conheceu o Sr. Hendricks e a sua esposa, esta estava chorosa e sobrecarregada.

O seu marido começava a ficar irritado e agressivo com ela por não conseguir entender as suas tentativas de comunicação. O assistente social solicitou uma consulta de Terapia da Fala para avaliar as competências comunicativas do paciente e a interação comunicacional familiar.

Após uma avaliação inicial, o terapeuta da fala apresentou algumas estratégias que poderiam ajudar a Sra. Hendricks a moldar a sua interação comunicativa de forma a torná-la mais eficaz. Por exemplo, ela aprendeu a escrever palavras-chave durante a conversação de forma a ajudar o marido a entender o que ela queria dizer, tal como pequenas listas para que ele indicasse a sua escolha quando não a pudesse verbalizar (Lasker, Garrett & Fox, 2007, citados por Pollens & Lynn, 2011).

A Sra. Hendricks aprendeu a determinar com mais eficácia os principais tópicos ou direção das tentativas de comunicação do seu marido. Ganhou senso de competência, porque agora tinha ferramentas para a ajudar a entender as suas preocupações. As alterações comunicativas permaneceram, mas a esposa passou a valorizar os desafios e limitações relacionados com a doença do marido. O assistente social notou que o casal estava mais capaz de funcionar como uma unidade para enfrentar as necessidades diárias de cuidado e que o paciente aparentava ter reduzido a frustração. O assistente social também conseguiu utilizar as estratégias comunicativas para motivar o paciente para a terapia de reminiscência onde foi possível perceber que a música gospel estava associada a boas lembranças quando criança. Desta forma, o assistente social informou a enfermeira que a música gospel podia ser uma ferramenta para aliviar a dor e o sofrimento do Sr. Hendricks, pelo que procedeu também ao encaminhamento para o musicoterapeuta” (Pollens & Lynn, 2011).

