

CÁTIA MANUELA MORAIS DE BESSA

Perceção dos Médicos de Família em relação ao papel de intervenção dos Terapeutas da Fala

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PORTO

2013

CÁTIA MANUELA MORAIS DE BESSA

Perceção dos Médicos de Família em relação ao papel de intervenção dos Terapeutas da Fala

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PORTO

2013

CÁTIA MANUELA MORAIS DE BESSA

Perceção dos Médicos de Família em relação ao papel de intervenção dos Terapeutas da Fala

Atesto a originalidade do trabalho

(Cátia Manuela Morais de Bessa)

“Trabalho apresentado à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos requisitos
para a obtenção do grau de licenciatura em
Terapêutica da Fala.”

PORTO

2013

Resumo

Atuar, pensar, saber enquanto profissional, no âmbito da saúde, consiste numa tarefa complexa que implica a ligação de várias áreas do conhecimento humano, uma atuação articulada das diversas profissões desta área e, especialmente, entre os diversos serviços, trabalhando em equipa. Sendo o Terapeuta da Fala um membro integrante da saúde e membro de uma equipa multidisciplinar, juntamente com Médicos de Família e outros profissionais, surge, como objetivo deste estudo, a necessidade de perceber quais os conhecimentos dos Médicos de Família acerca do papel/áreas de intervenção dos Terapeutas da Fala. Deste modo, foram aplicados 21 questionários a Médicos de Família do distrito do Porto.

Apesar do presente estudo apresentar uma amostra limitada, o que dificulta obter mais e melhores conclusões acerca dos resultados, foi possível concluir que os Médicos de Família revelam, de uma forma geral, mais conhecimento nas áreas em que a Terapia da Fala, aquando o seu surgimento em Portugal, exercia a sua prática clínica. Demonstram, também, lacunas de conhecimento acerca das áreas/papel de intervenção dos Terapeutas da Fala, sendo este influência nos encaminhamentos, na importância que os Médicos de Família atribuem à Terapia da Fala, bem como a opinião que possuem acerca desta profissão da saúde. Este facto revela a necessidade dos Terapeutas da Fala serem mais proativos, uma vez que se constata nesta área escassez de evidência científica. Logo, este estudo demonstra a necessidade de fazer sensibilização das áreas/papel de intervenção dos Terapeutas da Fala junto dos Médicos de Família, bem como, a necessidade de evidência científica nesta profissão.

Abstract

Acting, Thinking, knowing as a professional in the health field, is a complex task that involves the binding of various areas of human knowledge, a team work of the various professions in this area and especially between different services working in team. Being the Speech Therapist an integrating member of the health and member of a multidisciplinary team, along with Family Doctors and other professionals, emerges as the goal of this study, the necessity to understand the knowledge of Family Doctors

about the role / areas intervention of speech Therapists. Thus, questionnaires were administered to 21 Family Doctors in the district of Porto.

Although the present study has a limited sample, making it difficult to draw more and better conclusions about the results, it was concluded that the Family Doctors reveal, generally, better knowledge in the areas which the Speech Therapy, upon its emergence in Portugal, exercised in their clinical practice. They also demonstrate gaps in knowledge about the areas / intervention role of Speech Therapists, which influence on referrals, in the importance that Family Doctors assign to Speech Therapy, as well as the opinion that they have about this health profession. This fact shows the necessity for Speech Therapists be more proactive, since this area has a lack of scientific evidence. So, this study demonstrates the need for awareness of the areas / intervention role of Speech Therapists among Family Doctors, and the need for scientific evidence in this profession.

Agradecimentos

Agradeço à Doutora Eva Bolle Antunes pela orientação, disponibilidade e, conhecimento que me passou ao longo destes anos, enquanto docente e orientadora.

A todos os docentes com quem contactei durante este percurso na Universidade Fernando Pessoa, que em muito contribuíram para o meu conhecimento e crescimento enquanto pessoa e futura profissional de Terapêutica da Fala.

Ao meu Médico de Família e amigo, Doutor Alan Rocha Melo, pelo carinho, disponibilidade, e ajuda no acesso à entrega dos questionários aos colegas do Centro de Saúde de Lousada.

A todos os Médicos de Família que colaboraram no meu estudo, o meu muito obrigada.

Aos meus colegas de curso, em especial à Susana Rocha Freitas pela amizade, companhia, apoio e pela partilha de momentos inesquecíveis.

Aos meus pais que tudo fizeram para contribuir para a minha educação e formação e, em tornar-me na pessoa que sou hoje.

Aos meus irmãos pelo carinho e apoio ao longo do meu percurso académico. Em especial, ao meu irmão mais novo pela paciência dispensada e pelas palavras que ajudaram a suavizar dificuldades, que me ajudaram a ultrapassa-las e a minimiza-las.

Ao meu futuro marido Vítor, que sem dúvida foi um pilar muito importante para que eu chegasse a esta etapa. A ele agradeço todo o seu carinho, dedicação, paciência, motivação e compreensão.

A todos os que de algum modo deram o seu contributo para a realização do presente estudo, os meus maiores agradecimentos.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	12
I. REVISÃO DA LITERATURA	
1. O perfil do Terapeuta da Fala em Portugal	15
2. O perfil do médico de família em Portugal	23
3. Trabalho em equipa e modelos de atuação na saúde	29
II. FASE EMPÍRICA	
1. Delineação do estudo e objetivos	34
2. Tipo de estudo	35
3. Instrumento e recolha de dados	37
4. Variáveis	40
5. Seleção e caracterização da população	41
6. Apresentação dos dados	42
7. Discussão dos resultados	51
III. CONCLUSÃO	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

ANEXOS

Anexo I – Instrumento de recolha de dados.

Anexo II – Pedido de autorização aos coordenadores clínicos do centro de saúde.

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Caraterização da amostra em estudo (n=21) relativamente à idade e anos de profissão.	42
Tabela 2 – Caraterização dos participantes em estudo (n=21) relativamente ao local de trabalho.	43
Tabela 3 – Caraterização dos participantes em estudo (n=21) relativamente ao sexo.	43
Tabela 4 – Caraterização da amostra em estudo (n=21) relativamente ao conhecimento acerca das áreas de T.F. (Terapia da Fala).	44
Tabela 5 – Caraterização da amostra em estudo (n=21) relativamente aos encaminhamentos realizados para a valência de T.F. (Terapia da Fala).	44
Tabela 6 – Caraterização da amostra em estudo (n=21) relativamente aos encaminhamentos realizados para a valência de T.F.	45
Tabela 7 – Caraterização da amostra em estudo (n=21) relativamente ao trabalho em equipa multidisciplinar.	47
Tabela 8 – Caraterização da amostra em estudo (n=21) relativamente aos resultados dos encaminhamentos realizados para a valência de T.F.	48
Tabela 9 – Caraterização da amostra em estudo (n=21) relativamente à opinião acerca da valência de T.F.	49

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 – Caraterização da amostra em estudo (n=21) relativamente aos encaminhamentos realizados para a valência de T. F.	46

I. INTRODUÇÃO

No âmbito da disciplina Projeto de Graduação, do curso de Terapêutica da Fala, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, surge como requisito para a obtenção do grau de Licenciatura, a realização do presente trabalho de investigação. Assim, torna-se possível a transferência e aperfeiçoamento dos métodos e técnicas inerentes à investigação científica, bem como realizar uma pesquisa mais detalhada acerca de conceitos relacionados com a problemática em estudo.

Os objetivos deste trabalho de investigação visam concretizar um meio de avaliação, permitindo adquirir o grau de licenciatura em Terapêutica da Fala; aprofundar conhecimentos relacionados com a temática em estudo e ganhar aptidões na área da investigação que possibilitem, futuramente, enveredar por outros trabalhos de pesquisa.

Perante um campo abrangente de temáticas, decidiu-se seguir pelo tema “Perceção dos Médicos de Família em relação ao papel de intervenção dos Terapeutas da Fala”. A escolha deste tema deve-se, ao facto de o Terapeuta da Fala ser membro integrante de uma equipa multidisciplinar, e ao facto dos Médicos de Família serem um dos técnicos que realizam encaminhamentos de doentes para a valência de Terapia da fala. Deste modo, torna-se necessário perceber se estes profissionais se encontram devidamente sensibilizados acerca das áreas/papel de intervenção de Terapia da Fala, ou se será necessário que os Terapeutas da Fala façam um trabalho de sensibilização acerca do mesmo.

Decorrente desta temática torna-se fundamental formular uma questão: “qual a perceção do Médicos de Família em relação ao papel de intervenção dos Terapeutas da Fala?” capaz de orientar a investigação no intuito da obtenção de resultados e do objetivo geral de:

- Conhecer a perceção do Médicos de Família em relação ao papel de intervenção dos Terapeutas da Fala;

Os objetivos específicos são:

- Identificar o conhecimento que os Médicos de Família têm acerca das áreas de intervenção de Terapia da Fala;
- Identificar que tipo de encaminhamentos os Médicos de Família fazem para a valência de Terapia da Fala;
- Identificar a importância que os médicos de Família atribuem à existência dos Terapeutas da Fala como parte integrante na equipe multidisciplinar;
- Identificar os resultados atribuídos pelos Médicos de Família relativamente à intervenção dos Terapeutas da Fala nos encaminhamentos efectuados pelos mesmos;
- Identificar a importância que os Médicos de Família atribuem à área de Terapia da Fala, bem como ao papel de intervenção dos Terapeutas da Fala;

O presente trabalho é composto por três capítulos, sendo o primeiro concernente à revisão bibliográfica, passando depois pela fase empírica, e finalizando com a conclusão do estudo. O capítulo inicial, revisão bibliográfica, passará por um aprofundamento de conhecimentos com as teorias pertinentes ao tema. O capítulo seguinte abordará as metodologias e técnicas usadas, e formas de pesquisa que foram levadas a cabo. Por fim, no último capítulo, será realizada uma síntese das ideias explícitas nos dois primeiros capítulos, ou seja, do estudo.

Na presente investigação, enveredou-se pela realização de um estudo quantitativo, descritivo e transversal, recorrendo-se a um questionário, sendo este o instrumento de recolha de dados. O questionário é constituído, apenas, por questões fechadas de acordo com uma escala de Likert, escala ordinal (sim, talvez, não), e escolha múltipla, tendo sido aplicado a 21 Médicos de Família.

Ao longo da execução desta investigação foram sentidas algumas limitações, entre elas, dúvidas relacionadas com conhecimentos em investigação científica, sendo superadas com o apoio da docente/orientadora deste estudo, mas sobretudo no que concerne à

recolha de dados/aceitação dos Médicos de Família a participar no presente estudo, que não possibilitou a finalização desta investigação no tempo destinado.

Contudo, a realização deste estudo contribuiu para a aquisição de conhecimentos relativos à temática percepção dos Médicos de Família em relação às áreas e papel de intervenção dos Terapeutas da Fala, bem como para o desenvolvimento de competências no âmbito da metodologia científica. Para além disto, suscitou que enquanto futura Terapeuta da Fala, enverede primeiramente, pela sensibilização das áreas/papel de intervenção dos Terapeutas da Fala junto dos Médicos de Família, para que futuramente se evitem lacunas nos encaminhamentos.

II. REVISÃO DA LITERATURA

Uma revisão da literatura assume uma notável importância num trabalho deste tipo. De acordo com Fortin (2009, pp.87-88)

A investigação baseia-se nos conhecimentos que existem sobre um tema e conduz à aquisição de novos conhecimentos. (...) A revisão da literatura incide sobre (...) fontes que têm relação com o tema de investigação.

Desta forma, pretende-se abordar, neste capítulo, temas fundamentais como: O perfil do Terapeuta da Fala em Portugal; o perfil do Médico de Família em Portugal e trabalho em equipa e modelos de atuação na saúde.

1. O perfil do Terapeuta da Fala em Portugal

Em Portugal, a Terapia da fala é uma área de atuação relativamente recente apresentando-se em expansão e desenvolvimento. Debruçando-nos na história é possível constatar que desde o século XVIII existiram profissionais dedicados à intervenção em problemas de fala, tais como médicos, professores, entre outros, nomeadamente no que concerne aos problemas de surdez e gaguez, no entanto desenvolvendo-se e afirmando-se como profissão relativa ao exercício de Terapia da Fala no início do século XX (Batista, 2011, p.1)

Como se pode presumir, a Terapia da Fala surge de uma junção de conhecimentos teóricos oriundos de múltiplas áreas, nomeadamente da Medicina, Linguística e Psicologia, advindos do exercício e resultados práticos dos membros destas áreas. Assim, esta área foi evoluindo e definindo o seu campo de atuação, começando pela área das perturbações da fala, e atualmente em todas as perturbações da deglutição e da comunicação humana (Batista, 2011, p.1).

Segundo dados apresentados por Batista (2011, p.1), foi na antiga Escola de Reabilitação de Alcoitão, em 1965, que se formaram os primeiros Terapeutas da Fala em Portugal. Desde então pôde-se verificar o surgimento de novas escolas com o curso de Terapia da Fala e, por influência a criação de locais de trabalho para profissionais

desta área, bem como o desenvolvimento de novas áreas, verificando-se um efeito de desenvolvimento da Terapia da Fala no nosso país.

Consultando o Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/Logopèdes de l'Union Européenne (CPLOL) (2007, pp. 3-7) pode-se verificar que as competências profissionais a serem desenvolvidos pelos estudantes de Terapia da Fala se apresentam repartidas em três áreas:

- a) Prática Clínica, na qual se pretende a aquisição de competências ao nível da prevenção, avaliação, diagnóstico, intervenção e aconselhamento relativamente aos pacientes e à comunidade;
- b) Organização e Administração, cuja remete para o conhecimento das leis e dos pré-requisitos para trabalhar numa organização e para uma organização no país;
- c) A profissão, implicando o conhecimento dos princípios da conduta profissional e do desenvolvimento da profissão.

Relativamente aos conteúdos, segundo o CPLOL são:

- 1) Disciplinas teóricas como: Ciências biomédicas; Ciências da linguagem; Ciências do comportamento; Patologias da fala e de linguagem; capacidades de investigação e Saúde pública;
- 2) Prática clínica e conteúdos práticos do programa: no qual se deverá adquirir capacidades de adaptação da forma como se comunica com o paciente de forma a ser capaz de identificar qual a razão do paciente se apresentar na terapia; identificar, descrever e avaliar a competência comunicativa do paciente; obter conclusões adequadas e realizar um diagnóstico; desenvolver programas terapêuticos e aplica-los, e ser capaz de avaliar o efeito da intervenção/terapia. Também, para obter conhecimento profundo dos métodos de avaliação, bem como métodos de intervenção adequados a cada caso e incluindo aconselhamento e intervenção precoce; e, por fim, para compreender como colaborar com outros membros de equipas multidisciplinares e transdisciplinares.

Em Portugal, o plano de estudos do curso é realizado por cada Universidade, sendo, posteriormente, publicado em Diário da República. Após a integração do processo de Bolonha no nosso país, criou-se o Grupo de Trabalho do curso de Terapia da Fala, composto por representantes do curso das várias Universidades, com o intuito de se

delinear as competências e o perfil da prática do Terapeuta da Fala sendo, assim, definidas as áreas, os conteúdos, os créditos concernentes ao currículo nacional mínimo para a formação destes profissionais de saúde em Portugal (Batista, 2011, p.9).

De acordo com Batista, (2011, p.10) e segundo a Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala (APTF):

a formação dos primeiros Terapeutas da Fala foi feita com o objetivo de dar resposta às necessidades de reabilitação no campo das perturbações da linguagem, na previsão da abertura do Centro de Reabilitação de Alcoitão (...).

Assim, a Santa Casa de Misericórdia de Lisboa enviou portugueses para adquirirem formação no estrangeiro, regressando a Portugal em 1962, dando início a funções de docência sendo, deste modo, a formação em Terapia da Fala foi iniciada pela Escola de Reabilitação de Alcoitão.

A 11 de Maio de 1978 foi criada a Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala (APTF), sendo a única entidade de auto-regulação desta profissão em Portugal, sendo esta membro do CPLOL e do International Association of Logopedics and Phoniatrics (IALP) (Batista, 2011, p.10). Em 1982, deu-se na Escola Técnica dos Serviços de Saúde do Porto, atual Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto (ESTSP), a iniciação do curso de Terapia da Fala, sendo esta, também a primeira escola pública a lecionar o curso em Portugal. (Batista, 2011, p.10).

Atualmente existem dez escolas a lecionar este curso, sendo cinco de ensino público (ESTSP – Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto; ESSUA – Escola Superior de Saúde da Universidade do Aveiro; ESSIPS – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal; ESSUAlg – Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve, e a ESSIPL - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria) e cinco de ensino privado (ESSA – Escola Superior de Saúde de Alcoitão; ESSUEM - Escola Superior de Saúde da Universidade Egas Moniz; ESSUFP – Escola Superior de Saúde da Universidade Fernando Pessoa; ESSUAtl - Escola Superior de Saúde da Universidade Atlântica, e ISAVE – Instituto Superior de Saúde do Alto Ave). Verifica-se que existem duas designações dissemelhantes para o curso de terapia da Fala,

variando conforme a Universidade entre “Terapia da Fala” e Terapêutica da Fala” (Batista, J. S. N. 2011, p.10).

O Terapeuta da Fala assume em Portugal, segundo o Decreto-lei nº564/99 de 21 de Dezembro, o estatuto de técnico de diagnóstico e terapêutica. É, assim, ainda segundo o mesmo Decreto-lei, responsável pelo:

desenvolvimento de atividades no âmbito da prevenção, avaliação e tratamento das perturbações da comunicação humana, englobando não só todas as funções associadas à compreensão e expressão da linguagem oral e escrita mas também outras formas de comunicação não-verbal.

Segundo Batista, (2011, p.12) verifica-se a ausência de uma função do Terapeuta da Fala no Decreto-lei nº 564, que é referida pela IALP, CPLOL e pela American Speech-Language-Hearing Association (ASHA), ou seja, a investigação científica e a avaliação e intervenção em perturbações da deglutição. Assim a autora supracitada apresenta uma definição mais abrangente, traduzida e adaptada da definição da IALP:

O Terapeuta da Fala é o profissional responsável pela prevenção, avaliação, intervenção, gestão e estudo científico das perturbações da comunicação humana e deglutição. (...) a comunicação humana engloba todos os processos e funções associadas à produção de fala, compreensão e expressão oral e escrita da linguagem, bem como, formas de comunicação não-verbal. Deglutição refere-se à passagem segura de alimentos e bebidas através da orofaringe de forma a garantir uma nutrição adequada.

A mesma autora salienta, acrescentando, que a ASHA elucida que o Terapeuta da Fala avalia e intervém em indivíduos de todas as idades, desde recém-nascidos aos idosos, tendo como objetivo máximo a qualidade de vida dos mesmos, cumprindo o objetivo de otimizar as capacidades de comunicação e/ou de deglutição do indivíduo (Batista, 2011, p.12).

Seguindo o documento elaborado pelo Grupo de Trabalho do curso de Terapia da Fala (2004) pretende-se apresentar, de seguida, as áreas e perturbações que são objeto de prevenção, avaliação, intervenção e investigação científica do Terapeuta da Fala. As principais perturbações inerentes à atuação destes profissionais podem ser divididas, segundo o Grupo de Trabalho do curso de Terapia da Fala (2004), em seis áreas de atuação:

- 1) Fala – articulação, fluência, ressonância, voz (incluindo as componentes aerodinâmicas da respiração);

- 2) Linguagem – envolve a compreensão e expressão nas modalidades oral, escrita, gráfica e gestual, bem como competências de pré-literacia e literacia. As componentes da linguagem podem afetar todas ou algumas componentes tais como: Forma da linguagem (morfologia, sintaxe, fonologia); Conteúdo da linguagem (semântica); Função da linguagem (pragmática);
- 3) Comunicação não-verbal – traços supra-segmentais e mímica, assim como a utilização de métodos/meios de comunicação aumentativa e/ou alternativa;
- 4) Aspectos cognitivos da comunicação – Atenção, memória, resolução de problemas e funções executivas;
- 5) Deglutição ou funções relacionadas;
- 6) Funções sensoriais no âmbito da comunicação, da deglutição, ou de outras áreas relacionadas, como por exemplo défice de audição.

Segundo Grupo de Trabalho do curso de Terapia da Fala (2004), a motricidade orofacial (M.O.) não aparece citada acima, pois esta pode ser trabalhada juntamente com a articulação e deglutição. No entanto Batista (2011, p.13) diz que a M.O. por ser também trabalhada de forma isolada, ou seja, através de técnicas e exercícios que não implicam articulação nem deglutição de alimentos, e que por isso pode ser considerada com uma área de atuação da Terapia da Fala.

Após uma apresentação das áreas de atuação dos Terapeutas da Fala, torna-se necessário apresentar, de acordo com cada grupo etário, algumas das principais etiologias de perturbações da comunicação e da deglutição, assim como algumas das perturbações que são objeto da intervenção destes profissionais da saúde, apresentadas por área de intervenção.

Algumas das principais etiologias de perturbações da comunicação e da deglutição (ASHA, 2007, Peranich et al., 2010 cit in Batista, 2011, pp. 13-14):

1- Bebés, crianças e adolescentes

- Problemas neonatais (como por exemplo prematuridade e baixo peso à nascença);
- Perturbações do desenvolvimento (exemplo: atraso de desenvolvimento global, perturbação do espectro do autismo, dislexia, perturbação específica da linguagem);

- Perturbações de audição (exemplo: perda auditiva ou surdez);
- Anomalias orofaciais (exemplo: fenda lábio palatina; maloclusão dentária, macroglossia);
- Compromisso respiratório (exemplo: displasia broncopulmonar, doença pulmonar obstrutiva);
- Anomalias faríngeas (exemplo: obstrução das vias aéreas superiores, insuficiência/incompetência velofaríngea);
- Doenças genéticas (Síndrome de Down, Síndrome do X frágil, síndrome de Rett).

2- Adultos:

- Perturbações a nível laríngeo (exemplo: patologia das cordas vocais, estenose traqueal, traqueostomia);
- Disfunção ou doença neurológica (exemplo: traumatismo crânio-encefálico, acidente vascular cerebral, demência, doença de Parkinson, esclerose lateral amiotrófica);

3- Idosos:

- Disfunção ou doença neurológica (exemplo: acidente vascular cerebral, demência, doença de Parkinson).

Algumas das perturbações objeto de intervenção do Terapeuta da Fala por área de intervenção (ASHA, 2007, Peranich et al., 2010 cit in Batista, 2011, p.14):

1- Linguagem:

- Atraso de desenvolvimento da Linguagem;
- Perturbação específica do desenvolvimento da linguagem;
- Perturbação da linguagem;
- Disfunção comunicativa;
- Afasia;
- Perturbação da leitura e/ou escrita.

2- Articulação:

- Perturbação articulatória ou Perturbação fonética;
- Perturbação fonológica;
- Perturbação mista ou fonético-fonológica;

- Disartria;
- Apraxia do discurso.

3- Fluência:

- Gaguez;
- Taquifémia.

4- Deglutição:

- Disfagia.

5- Voz:

- Disfonia.

Segundo o Grupo de trabalho do curso de Terapia da Fala (2004) a prática de Terapia da Fala implica:

- Atuar no âmbito de prevenção, rastreio, consultadoria, avaliação e diagnóstico, tratamento, intervenção, gestão, aconselhamento e seguimentos dos pacientes com perturbações da comunicação e da deglutição;
- Estabelecer técnicas e estratégias de comunicação aumentativa incluindo a construção, seleção e orientação da escolha dos sistemas e materiais a utilizar;
- Utilizar instrumentação (ex. tecnologia computadorizada) para observar, recolher dados e medir parâmetros de comunicação, deglutição ou outras funções relacionadas, de acordo com os princípios da prática baseada na evidência;
- Colaborar na seleção e adaptação de próteses/materiais adaptativos para a comunicação, para a deglutição e outras funções relacionadas (ex. próteses traqueoesofágicas);
- Formar e aconselhar indivíduos, famílias, colegas, educadores e outros relativamente à aceitação, à adaptação e à tomada de decisão sobre questões relacionadas com a comunicação, com a deglutição e outras funções com elas relacionadas;
- Defender os direitos dos indivíduos pela consciencialização da comunidade, pela formação e por programas de treino que promovam e

facilitem o acesso à participação plena dos indivíduos na comunicação, incluindo a eliminação das barreiras sociais;

- Colaborar com profissionais de Saúde, de Educação ou outros, de acordo com as necessidades de cada paciente;
- Saber lidar com comportamentos (ex. atos repetitivos ou disruptivos) e com contextos (ex. posicionamento do paciente para deglutir com segurança ou para facilitar a comunicação) que afetam a comunicação, a deglutição ou outras funções relacionadas;
- Prestar serviços para modificar ou otimizar a performance comunicativa (ex. modificação da acentuação, cuidados e melhoria da qualidade da voz profissional, efetividade comunicativa pessoal/profissional);
- Reconhecer a necessidade de fornecer e adequar os serviços de diagnóstico e de tratamento a pessoas de culturas diferentes e de ajustar todos os serviços prestados de forma apropriada.

Em Portugal, à semelhança de outros países, o Terapeuta da Fala exerce as suas funções tanto a nível privado como a nível público. No que diz respeito à sua atuação no serviço público ou público/privado o Terapeuta da Fala exerce as suas funções na área da saúde, na área social, na área da educação e na área da investigação e/ou docência (Grupo de trabalho do curso de Terapia da Fala, 2004).

Relativamente à área da saúde o exercício desta profissão pode-se verificar em instituições de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados (centros de saúde, hospitais, centros de medicina de reabilitação). Na área social o Terapeuta da fala exerce funções em instituições particulares de solidariedade social; instituições de reinserção social e centros de dia e lares de idosos. No que concerne à área da educação verifica-se que estes podem-se encontrar em creches e jardins-de-infância; escolas de ensino básico e secundário e em estabelecimentos de ensino particular e cooperativo. Já na área de investigação e/ou de docência os Terapeutas da Fala atuam em unidades de investigação e em universidades públicas (Grupo de trabalho do curso de Terapia da Fala, 2004).

Concernente ao contexto privado, os Terapeutas da Fala podem executar as suas funções em consultórios privados; clínicas privadas; em domicílios aos pacientes; em empresas de cuidados ao domicílio; em universidades privadas entre outros (Grupo de trabalho do curso de Terapia da Fala, 2004).

2. O perfil do Médico de Família em Portugal

A realidade dos Cuidados de Saúde Primários, em Portugal, sofreu uma reestruturação despoletada pela necessidade de resposta à mudança e aumento de necessidades em saúde por parte de cada cidadão, nos últimos anos. Decorrente deste processo de reestruturação e necessidades que ressurgem a Medicina Geral e Familiar e se redefine o Médico de Família como “prestador especializado de uma medicina orientada para cada indivíduo e para a comunidade em que se integra (Empis, & Viegas, R. 2010, p.530).

A medicina geral e familiar institucionalizou-se nos princípios da década de 80 em Portugal. Foi a partir desta época que, pela primeira vez, a maioria da população começou a usufruir de cuidados de saúde primários e, desde então, a medicina geral e familiar portuguesa iniciou a sua evolução. Ocorrem mudanças diversas que se traduziram na definição do perfil do Médico de Família, bem como do seu papel dentro dos cuidados de saúde em Portugal (Sousa, et al, 2001, p.63).

Após a constatação por parte dos responsáveis pela saúde em Portugal da falta de uma cobertura médica satisfatória à população, na década de 60, foram criados os Serviços Médico-Sociais (SMS) das caixas de previdência que mais tarde associadas em federações (Sousa, et al, 2001, p.64).

Estas assumem os cuidados de saúde essencialmente na área da prevenção secundária aos indivíduos que através do seu trabalho contribuem para o sistema, situação mais tarde alargada às suas famílias.

Essa estrutura abrange um grande número de cidadãos, mas exclui todos os não-contribuintes (...)

(Portugal.DEPS.Divisão de Planeamento e Normalização cit in Sousa, 2001, p.64).

O direito à saúde para todos os cidadãos foi reconhecido, pela primeira vez, em 1971 pelo Estado, sendo criados, em quase todos os concelhos, centros de saúde, especialmente direcionados para os cuidados de saúde materna e infantil, contendo a vacinação, posteriormente alargados ao planeamento familiar, no entanto não conseguem abranger toda a população-alvo (Sousa, et al, 2001, p.64).

Posto isto, em 1979 é criado o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e é feita a integração da Federação das Caixas de Previdência no Ministério de Saúde e são nacionalizados os hospitais das misericórdias. Neste contexto surge a necessidade de um tipo de médico diferente, à semelhança do que acontecia noutros países mais evoluídos, que assumisse os cuidados à população numa perspetiva personalizada (Sousa, et al, 2001, p.64). Como tal, a disciplina da medicina geral e familiar promove uma abordagem sistémica dos fenómenos de saúde e doença, ao assumir um comportamento holístico e ao ter como referência um modelo biopsicossocial (Jordão, 1995, p.28).

Segundo Jordão, (1995, p.28) o Médico de Família:

(...) está especializado em nós próprios, como pessoas, potencialmente detentoras de vários problemas com grande complexidade, inseridos no nosso contexto familiar, profissional, cultural e social. Para satisfazer as nossas necessidades de saúde, compete ao médico de família tentar praticar o melhor, ao longo de múltiplos contactos, fundamentado numa relação pessoal adequada e na detenção da informação relevante que esses contactos e essa relação permitem.

A partir desta altura, do surgimento/renascimento de uma clínica geral moderna, verificaram-se movimentos no sentido de alterarem a designação para “clínica familiar” ou “medicina familiar”, pois defendiam que “clínica geral” estava ligada a uma prática indiferenciada onde não se constatava a diferença que a “nova clínica geral” pretendia significar, nem dava ênfase à nova disciplina/conhecimentos que se desenvolviam. Em tempos seguintes a designação ainda era, por vezes, interpretada de forma diferente, ou seja, o termo “familiar” significando o novo “corpo de conhecimentos” interligados com saúde e com a família e, o termo “médico de família” como alternativa a “clínico geral” (Jordão, 1995, p.29).

Em Portugal, segundo Jordão (1995, p.30) o termo “Medicina Geral e Familiar” é utilizado para designar a área de ensino e o exercício médico, e o termo “Médico de família” é utilizado para identificar o profissional que exerce esta especialidade, enquanto o termo “Medicina Geral” faz correspondência a um conceito mais abrangente tendo como objeto de intervenção o processo global de saúde/doença. Ainda segundo o autor supracitado (1995, p.33) a medicina geral e familiar é uma especialidade que abarca conhecimentos de outras áreas/disciplinas, como por exemplo da Medicina Interna, Medicina Preventiva, Saúde Pública, Pediatria, Obstetrícia, ginecologia, cirurgia e a Psiquiatria, combinando as “ciências do comportamento com as tradicionais

ciências biológicas e clínicas”. Este conjunto de conhecimentos inerentes a esta especialidade fornece ferramentas ao Médico de Família tornando-o um profissional capaz de fazer prestação de cuidados de saúde globais dos seus pacientes (Jordão, 1995, p.34).

A disciplina de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar) caracteriza-se, segundo a Sociedade Europeia de Clínica Geral e Medicina Familiar, 2002, p.6, como:

1. Ser normalmente o primeiro ponto de contato médico com o sistema de saúde, proporcionando um acesso aberto e ilimitado aos seus utentes e lidando com todos os problemas de saúde, independentemente da idade, sexo, ou qualquer outra característica da pessoa em questão.
2. Utilizar eficientemente os recursos da Saúde, coordenando a prestação de cuidados, trabalhando com outros profissionais n contexto dos cuidados primários e gerindo a interface com outras especialidades, assumindo um papel de advocacia do paciente sempre que necessário.
3. Desenvolver uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o individuo, a família e a comunidade.
4. Ter um processo de Consulta singular em que se estabelece uma relação ao longo do tempo, através de uma comunicação médico-paciente efetiva.
5. Ser responsável pela prestação de cuidados continuados longitudinalmente consoante as necessidades do paciente.
6. Possuir um processo de tomada de decisão determinado pela prevalência e incidência de doença na comunidade
7. Gerir simultaneamente os problemas, tanto agudos como crónicos, dos pacientes individuais.
8. Gerir a doença que se apresenta de forma indiferenciada, numa fase precoce da sua história natural, e que pode necessitar de intervenção urgente.
9. Promover a saúde e bem-estar através de intervenções tanto apropriadas como efetivas.
10. Ter uma responsabilidade específica pela saúde da comunidade.
11. Lidar com os problemas de saúde em todas as dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial.

Constata-se que estas características vão de encontro ao que diz McWhinney, (cit in Jordão, 1995, p.33) ou seja, que os Médicos de Família devem apresentar capacidade de resolução de problemas indiferenciados no contexto de uma relação personalizada e continuada com os indivíduos e as famílias; pôr em prática a atuação preventiva com a identificação dos riscos e dos desvios precoces da normalidade, e a intervenção terapêutica, com a prática da relação médico-doente para potenciar a efetividade de todos os tipos de tratamentos.

A medicina geral e familiar, segundo Portugal Direção nacional da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (cit in Sousa et al, 2001, p.65), é primeiramente uma “medicina da pessoa”, deste modo cada indivíduo deve ser compreendido e avaliado na sua globalidade biológica, psicológica, social e cultural. Esta especialidade aborda, então, a pessoa no enquadramento familiar (o adoecer na família, a família face à doença, a família doente, etc.) e como parte integrante da comunidade. Então, o Médico de Família deve ser o médico a quem os pacientes recorrem em primeiro lugar. (Sousa et al, 2001, p.65).

Relativamente à definição do perfil profissional do Médico de família, verifica-se que têm assumido expressões variadas, no entanto, existe um consenso universal no que concerne à área de intervenção e à disciplina académica que fundamenta a especialidade e o seu ensino (Jordão, 1995, p.38). A American Board of Family Practice, (cit in Jordão, 1995, p.38), define Medicina Geral como prestação de cuidados de saúde globais e continuados aos indivíduos e famílias abrangendo todas as idades, sexos, todas as doenças, assumindo-se como uma especialidade que incorpora as ciências biológicas, clínicas e do comportamento. No que concerne à definição da Union Européenne des Médecins Omnipraticiens, (cit in Jordão, 1995, p.38), esta apresenta-se como:

A Medicina Geral é definida pelas suas tarefas. O clínico geral tem como trabalho a prestação de cuidados globais às pessoas, desde o seu nascimento até à morte, independentemente da idade, sexo, etnia ou crença religiosa. As actividades do clínico geral iniciam-se com a prevenção e prolongam-se até à reabilitação, tendo em linha de conta o especial conhecimento que possui da família do paciente e das suas circunstâncias profissionais e sociais. Com esta finalidade, o clínico geral tomará decisões médicas necessárias e assumirá a responsabilidade pelo tratamento das doenças agudas e dos doentes portadores de doenças crónicas e recorrentes ou incuráveis. Os deveres do clínico geral incluem o aconselhamento dos seus pacientes, quando necessário, para a consulta de um especialista ou um serviço hospitalar adequados, dando-lhes apoio, mediante o papel de coordenação, quando

outros serviços de saúde são utilizados. O clínico geral trabalha em estreita relação com a população, sendo o primeiro a ser consultado, tendo um conhecimento global do paciente, do seu ambiente, das suas circunstâncias, continuando a ser médico de família”.

Segundo a Sociedade Europeia de Clínica Geral e Medicina Familiar, (2002, pp.7 e 12):

Os médicos de família são médicos especialistas treinados nos princípios da sua Disciplina. São médicos pessoais, principalmente responsáveis pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que os procurem, independentemente da idade, sexo ou afecção. Cuidam de indivíduos no contexto das suas famílias, comunidades e culturas, respeitando sempre a autonomia dos seus pacientes. (...) Os médicos de família desempenham o seu papel profissional promovendo a saúde, prevenindo a doença e prestando cuidados médicos de acompanhamento, curativos e paliativos. Conseguem-no quer directamente, quer através dos serviços de outros profissionais, consoante as necessidades de saúde e os recursos disponíveis na comunidade servida, auxiliando os pacientes, sempre que necessário, a acederem àqueles serviços.

Segundo Tones (cit in Hespanhol et al, 2008, p. 49) os princípios fundamentais de “educação para a saúde” são preventivos, sendo possível constatar na prática clínica a existência de diversos tipos de cuidados de saúde. Os cuidados de saúde primários dizem respeito à promoção do comportamento que evite a doença e ocasione bem-estar, tal como praticar exercício, realizar vacinação, entre outros. Já a “*educação para a saúde secundária*” é referente à realização de rastreios para a deteção de doenças, bem como a utilização adequada dos Serviços de Saúde. Por fim, no que respeita a “*educação para a saúde terciária*” diz respeito à utilização dos serviços de reabilitação, pretendendo-se reduzir a incapacidade provocada pela doença já instalada.

Os Médicos de Família assumem um papel importante enquanto membros de equipas de saúde interdisciplinares, cujos têm como objetivo a promoção da saúde, a prevenção da doença e o tratamento individual e comunitário (Jordão, 1995, p.40).

As características e funções inerentes ao desempenho da medicina familiar, segundo Rakel, (cit in Jordão, 1995, p.41), são:

- 1- Forte sentido de responsabilidade para os cuidados continuados e globais prestados aos indivíduos e às famílias na saúde, na doença e na reabilitação;
- 2- Compaixão e empatia, com sinceridade e interesse pelo paciente e pela família e com desejo forte de manter a máxima satisfação dos pacientes, reconhecendo a necessidade de uma relação continuada;

- 3- Motivação para lidar com um conjunto complexo de elementos físicos, emocionais e sociais dos cuidados holísticos personalizados e capacidade de controlo do *stress* e de resposta rápida, lógica e eficaz;
- 4- Atitude inquiridora de constante curiosidade, aliada ao entusiasmo pelos problemas médicos mal definidos e a sua resolução, bem como interesse na ampla área de intervenção médica;
- 5- Capacidade para, confortavelmente, lidar com os problemas múltiplos que ocorrem simultaneamente num doente e apetência pelos frequentes desafios intelectuais e técnicos;
- 6- Capacidade para apoiar as crianças durante o seu crescimento, desenvolvimento e ajustamento à família e à sociedade;
- 7- Capacidade para assistir aos pacientes cooperando na resolução dos problemas diários e na manutenção de estabilidade da família e da comunidade e, para atuar como coordenador de todos os recursos de saúde necessários àqueles cuidados;
- 8- Motivação para identificar problemas nos seus estadios precoces, aptidão para a gestão das doenças crónicas e capacidade para assegurar a reabilitação máxima após a doença aguda;
- 9- Compromisso para a educação dos pacientes e famílias sobre as doenças e sobre as bases de uma boa saúde;
- 10- Entusiasmo pela aprendizagem e interesse na actualização dos conhecimentos, mediante a formação médica contínua, aliado ao sentimento de satisfação pessoal decorrente da relação próxima com os pacientes, desenvolvida durante o contacto prolongado.

Concluindo, de acordo com Sousa et al (2001 p.66), a medicina familiar deve direccionar a sua prática essencialmente numa perspectiva de promoção da saúde e de prevenção da doença, inserindo a sua atuação num âmbito de trabalho em equipa multidisciplinar, atuando na promoção da saúde, no diagnóstico, no tratamento e na reabilitação e reinserção na comunidade. Então o Médico de Família é o técnico de saúde que melhor conhece o paciente e a sua família, que melhor entende as suas necessidades e mantém toda a informação relativa ao paciente na ficha clínica, tendo assim um conhecimento acumulado importante.

Posto isto, sendo o Médico de Família um dos primeiros profissionais de saúde a contactar com os pacientes, e o que realiza encaminhamentos para as diversas valências, nomeadamente no que respeita à Terapia da Fala, é importante que estes estejam devidamente sensibilizados para as problemáticas e áreas de intervenção dos Terapeutas da Fala, de forma a que sejam realizados, devidamente, encaminhamentos para esta valência. O desconhecimento, por parte dos Médicos de Família, das áreas de intervenção dos Terapeutas da Fala pode ser um fator de lacunas nos encaminhamentos precoces dos pacientes, podendo trazer desvantagens na reabilitação dos pacientes, uma vez que a intervenção precoce e atempada assume-se como condição importante para o sucesso terapêutico.

3. Trabalho em equipa e modelos de atuação na saúde

Na nossa perspetiva, a relação entre os saberes no campo da saúde assume uma importância extrema, visto todos os profissionais terem um interesse supremo comum, ou seja, a saúde e bem-estar do paciente. Assim, as necessidades de saúde apelam a uma multiplicidade de cuidados, praticadas por vários profissionais de saúde, várias ações, e não apenas por um único profissional ou uma única disciplina.

Posto isto, a natureza das relações do trabalho em equipa merece, neste trabalho de investigação, um importante realce.

Praticar isoladamente a sua área de intervenção, é constantemente origem de erro e de incerteza. Nos tempos que correm é de extrema importância trabalhar em equipa, tendo em conta a complexidade na abordagem dos problemas de saúde que impõem o recurso a equipas multidisciplinares (Empis & Viegas, R. 2010, p.530). O trabalho em equipa representa uma estratégia de promoção de qualidade nos serviços de saúde, promovendo intervenções mais criativas e redução de intervenções desnecessárias por falta de comunicação entre os profissionais (Pinho, 2006, p.70). No entanto, a condição que assume extrema importância para o sucesso do trabalho em equipa é o respeito entre as várias disciplinas, ou seja, as várias especialidades, pois apesar de exercerem funções diferentes são complementares, o que revela a impossibilidade de uma só especialidade ser capaz de avaliar e tratar os pacientes de um modo eficaz (Pittioni, 2001, p.14). De acordo com Pittioni, (2001, p.14), o facto da Terapia da Fala ser uma profissão da saúde relativamente recente, e por, também, se integrar junto de uma equipa multidisciplinar, leva à necessidade destes profissionais de saúde informarem os restantes profissionais

acerca do seu papel dentro da equipa e do seu âmbito/áreas de atuação, que contribuições podem dar à equipa e ao paciente, para que usufrua de uma melhor compreensão e integração pelos restantes membros da equipa.

O trabalho em equipa condiciona que a prática em saúde seja desencadeada e pensada por vários agentes desta área, sendo positivo a formação de uma equipa, na medida em que permite a troca de informações, assim como um melhor plano terapêutico, agindo em cooperação. A equipa multiprofissional consiste numa “modalidade de trabalho coletivo” onde se verifica uma ação recíproca de troca de informação, desenvolvendo-se a articulação das ações multiprofissionais e cooperação (Ferreira; Varga; Silva, 2009, p.1423).

Segundo Matumoto et al., (cit in Silva & Santos, 2012, p.156), a nomenclatura “equipa” não diz respeito apenas à existência de vários profissionais de diferentes áreas, mas é considerada equipa quando se verifica a interação das diversas disciplinas e conhecimentos, em que estes profissionais agem como elemento integrante desse grupo, dessa equipa. O trabalho em equipa na saúde é, também, aquele em que não se valoriza, apenas, a individualidade/especificidade de cada saber técnico, mas o que produz consenso para atender a necessidade específica de cada paciente, partilhando-se o diferentes saberes, havendo uma conexão dos conhecimentos trazidos por cada membro, e chegando à tomada de decisão relativamente aos cuidados que serão prestados pela equipa (Silva & Santos, 2012, p.157). Nesse sentido, o trabalho em equipa multidisciplinar implica a criação de novas práticas e saberes, rompendo com o trabalho isolado por parte dos profissionais de saúde (Silva & Santos, 2012, p.158).

Segundo Severo e Seminotti, (cit in Silva, & Santos, 2012, p.158):

Esse novo olhar no contexto do processo de trabalho em saúde rompe com a visão do trabalho fragmentado (...), buscando construir com o outro um trabalho integral como membro da equipe, com o usuário e com o sistema no qual está inserido.

Assim, cada elemento da equipa multiprofissional e membro integrante do trabalho em equipa apresenta e partilha diversos conhecimentos, saberes e experiências, realizando um trabalho interprofissional e interdisciplinar. Deste modo a equipa multiprofissional representa um elemento facilitador que contribui para a integralidade (Severo e Seminotti, cit in Silva & Santos, 2012, p.158). Neste sentido, torna-se necessário que os

membros da equipa se familiarizem com os conceitos e se aproximem dos colegas, de forma a dominar competências sobrepostas e compartilhar responsabilidades (Hall e Weaver cit in Pinho, 2006, p.72). Pedersen e Easton, (cit in Pinho, 2006, p.72), defendem que para uma equipa ter sucesso devem apresentar objetivos comuns; clara definição de papéis; respeito; comunicação; competência e habilidades; aptidão, por parte dos membros da equipa, para funcionar como uma unidade e não apenas como um grupo de indivíduos. Cada elemento que integra a equipa deve sentir-se responsável pelo trabalho, não apenas o que desenvolve, mas o trabalho coletivo (Teixeira, 2011, p.40). Assim, de acordo com Canoletti, (cit in Teixeira, 2011, p.40):

tanto o processo de planeamento como a tomada de decisão são desenvolvidos por todos os agentes do grupo, sendo que a tarefa de liderar a equipe é alternada entre os seus membros, de acordo com as necessidades do trabalho (...).

A prática profissional, no âmbito da saúde, envolve uma tarefa complexa que implica a ligação de várias áreas do conhecimento humano, uma ação articulada das diversas profissões desta área e, especialmente, entre os diversos serviços, atuando, assim, em equipa. Existem vários conceitos/modelos de atuação na saúde, entre eles a Multidisciplinaridade, a Pluridisciplinaridade a Interdisciplinaridade, e a Transdisciplinaridade, sendo adotados (conforme as necessidades, âmbito de trabalho, e visão) pelos profissionais constituintes de uma equipa de trabalho.

A Multidisciplinaridade diz respeito ao conjunto de disciplinas que tratam uma dada questão em simultâneo, sem que profissionais implicados estabeleçam “efectivas relações no campo técnico ou científico” entre si (Almeida cit in Oliveira 2007, p.21). O modelo que se fundamenta na multidisciplinaridade é para Mattos, cit in Oliveira 2007, p.21, importante na medida em que permite a sistematização e delimitação do objeto de estudo. No entanto, provoca a tendência à rigidez nos limites entre as diversas disciplinas, e “com isso a ilusão do saber completo a partir dessa visão fragmentada e incompleta da realidade”.

A Pluridisciplinaridade refere-se à justaposição de diferentes disciplinas num processo de tratamento de uma temática, em que os profissionais desenvolvem relações, tendo objetivos comuns e as disciplinas encontram-se, normalmente, num mesmo nível hierárquico (Almeida cit in Oliveira 2007, p.21). No entanto, segundo Mendes; Lewgoy; Silveira; (2008, p.29), tanto na multidisciplinaridade como na

pluridisciplinaridade, não implica que haja, necessariamente, um trabalho de equipa coordenado, apenas evocam uma simples “justaposição num trabalho determinado pelos recursos de várias disciplinas”. Neste âmbito um paciente poderá ser, em primeiro lugar, atendido pelo Médico de Família, após diagnosticado poderá ser encaminhado para um outro profissional de saúde e, se necessário, este último ainda pode encaminhar para outro especialista. Ou seja, assim, cada profissional atua separadamente, sem cooperação direta (Saupe et al, 2005, p.524).

A Interdisciplinaridade não implica a anulação da disciplinaridade, nem a especificidade de cada saber. Este modelo de atuação possibilita uma compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença (Araújo, & Rocha, 2007, pp.460-461). Os mesmos autores defendem que:

A construção da interdisciplinaridade tem sido um processo contínuo e crescente, no sector da saúde, dada a necessidade de superação da fragmentação do conhecimento humano, na busca de uma visualização globalizada que dê conta da complexa dimensão do processo saúde-doença.

Drinka, (cit in Pinho, 2006, pp.75-76), define a equipa interdisciplinar como um conjunto de indivíduos com diversas formações que trabalham juntos como uma unidade, colaborando continuamente para resolver os problemas apresentados pelos pacientes, uma vez que os problemas de saúde assumem extrema complexidade, não podendo ser resolvidos apenas por uma disciplina ou várias em sequência. Segundo Mancopes et al, (2009, p.176), seguir o modelo interdisciplinar não simboliza substituir “especificidades por generalidades, nem o seu saber por um saber geral (...)”, mas sim, promover a articulação as diferentes profissões da saúde, pois este modelo de atuação permite por uma troca de informação entre especialistas, devendo este ser entendido como uma possibilidade de trabalho conjunto com intuito de encontrar soluções.

Tendo em conta que:

O processo saúde-doença é um fenómeno complexo que envolve várias dimensões da pessoa humana e do seu existir dentro de uma realidade biopsicossociocultural. (...) deve ser compreendido de forma integral. Por isso, (...) a necessidade de uma equipe interdisciplinar mais consciente e mais participativa. Para que haja integralidade na atenção à saúde, os profissionais da saúde devem ampliar a base conceitual da sua ação em cada nível de atenção à saúde, objectivando não apenas delimitar o seu campo de atuação, mas atentar para as reais necessidades dos usuários dos serviços de saúde (Oliveira, 2007, p.25).

Assim, na abordagem interdisciplinar, o problema em causa é observado conjuntamente, bem como se procura soluções “criativas” para resolve-lo (Saupe et al, 2005, p.524).

A Transdisciplinaridade é descrita por Rosenfield et al (cit in Saupe et al, 2005, p.524), como “trabalho coletivo que compartilha estruturas conceituais, construindo juntos, teorias, conceitos e abordagens para tratar problemas comuns. O paciente é avaliado num momento onde estão todos os elementos da equipa transdisciplinar procurando determinar o diagnóstico acerca do caso. A problemática não deve ser solucionada perante cada uma das áreas, mas sim à “luz de um novo entendimento”. A transdisciplinaridade deve, então, ser vista como uma meta comum a todos os profissionais, sendo necessário que cada um dos membros se interesse pela área do seu colega, devendo fazer reuniões em que cada membro expõe as suas ferramentas de trabalho, teorias, o seu entendimento acerca do caso (Ferreira; Varga, & Silva, 2009, p. 1243).

III. FASE EMPÍRICA

1. Delineação do estudo e objetivos

Segundo Fortin (2009, p.6) a investigação é vista como um elemento necessário a qualquer matéria derivando conhecimentos que apresentarão incidências na prática. A mesma autora define a investigação científica como o:

(...) meio privilegiado de aquisição de conhecimentos. (...) é um método de aquisição de conhecimentos que permite encontrar respostas para questões precisas. (...) consiste em descrever, em explicar, em prever e em verificar factos, acontecimentos e fenómenos (2009, p.4).

Por outro lado, esta investigação reflete um momento de aplicação prática dos conhecimentos adquiridos ao longo da Licenciatura, e permite o conhecimento da situação atual em relação à percepção dos Médicos de Família em relativamente às áreas/papel de intervenção dos Terapeutas da Fala.

Na nossa ótica o conhecimento dos Médicos de Família acerca das áreas/papel de atuação dos Terapeutas da Fala é fulcral, na medida em que serão feitos os encaminhamentos devidos para esta valência, pois estes são um dos profissionais de saúde que com mais regularidade acompanha os doentes e é responsável pelo encaminhamento respeitante ao serviço nacional de saúde pública. Assim, a delimitação de um estudo:

Consiste num conjunto de directrizes correspondentes ao tipo de estudo escolhido (...) segundo se visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, examinar relações de associação entre variáveis ou prever relações de causalidade entre variáveis (...) (Fortin. 2009, p.214-215).

O investigador deve escolher a definição que melhor se adapte aos objetivos que procura, assim como o método mais apropriado para a obtenção de respostas para as suas questões (Fortin. 2009, p.6).

De acordo com Fortin (2009, p.215) perante um objetivo de descrever um fenómeno pouco conhecido recorre-se ao estudo do tipo descritivo, formulando-se, deste modo, questões de investigação. Assim, a partir da problemática delimitada, enunciou-se a seguinte questão:

-Qual a percepção do Médicos de Família em relação ao papel de intervenção dos Terapeutas da Fala?

Em direção à questão proposta, definiu-se como objetivo geral:

-Conhecer a percepção do Médicos de Família em relação ao papel de intervenção dos Terapeutas da Fala.

E como objetivos específicos:

- Identificar o conhecimento que os Médicos de Família têm acerca das áreas de intervenção de Terapia da Fala;

- Identificar que tipo de encaminhamentos os Médicos de Família fazem para a valência de Terapia da Fala;

- Identificar a importância que os médicos de Família atribuem à existência dos Terapeutas da Fala como parte integrante na equipe multidisciplinar;

- Identificar os resultados atribuídos pelos Médicos de Família relativamente à intervenção dos Terapeutas da Fala nos encaminhamentos efectuados pelos mesmos;

- Identificar a importância que os Médicos de Família atribuem à área de Terapia da Fala, bem como ao papel de intervenção dos Terapeutas da Fala.

2. Tipo de estudo

Segundo a autora Fortin, o trabalho de investigação compreende dois componentes: o paradigma do investigador, que diz respeito à visão do investigador acerca do mundo e às suas crenças a partir das quais ele coloca uma questão de investigação um fenómeno; e a estratégia usada para alcançar o objetivo referente à metodologia que o investigador utiliza para estudar o fenómeno, uma questão. Assim, a orientação de uma investigação pode seguir um método quantitativo ou qualitativo (Fortin, 2009, p.26).

No presente estudo, optou-se pelo método quantitativo, visto ser o que vai de encontro aos objetivos estabelecidos. Outro facto que leva a que seja um estudo deste tipo deve-se ao uso de um método de recolha de dados por questionário, que deste modo, só faz sentido quando os resultados são analisados exclusivamente de forma quantitativa, permitindo a comparação de categorias de resposta, bem como analisar as suas correlações (Quivy e Campenhoudt, 1998, pp.184-185).

Segundo a autora Fortin, o método quantitativo:

(...) visa sobretudo explicar e prever um fenómeno, (...) pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos, suscetíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos (2009, p.27).

A autora supracitada defende ainda que este é um:

(...) processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e fenómenos que existem independentemente do investigador (1999, p.22).

No método quantitativo existem vários tipos de investigação, sendo que o presente estudo se caracteriza por ser descritivo simples, visto se utilizar para recolha dos dados a analisar um questionário, tendo como principal objetivo caracterizar a população ou um fenómeno (Fortin, 2009, pp.34-35) e, também, por:

O estudo descritivo simples consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta (Fortin. 1999, p.163).

Também é caracterizado como um estudo transversal, uma vez que consiste em analisar num determinado momento apenas, a população ou um ou vários grupos de indivíduos, em relação com um fenómeno presente no momento da investigação.(Fortin, 2009, p.252).

3. Instrumento e recolha de dados

Como instrumento de investigação neste estudo, desenvolveu-se um questionário que foi aplicado a Médicos de Família, exercendo a sua profissão no Distrito do Porto, durante o período de Dezembro a Março de 2013.

Segundo Quivy e Campenhoudt (1998, p.188), um questionário:

Consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas (...) às suas opiniões, ao seu nível de conhecimentos (...), ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse aos investigadores.

Inicialmente, numa fase prévia à construção do questionário, procedeu-se a uma pesquisa exaustiva de modelos de questionários, tipos de escalas, benefícios das questões abertas ou fechadas. De acordo com as recomendações de Quivy e Campenhoudt (1998, p.188), dado o carácter quantitativo deste estudo, as respostas presentes neste instrumento foram previamente codificadas, sendo de escolha fechada, em que os participantes deveriam, obrigatoriamente, escolher uma das opções de resposta propostas.

Relativamente às variantes do questionário, este classifica-se como sendo de “administração direta”, já que são os inquiridos que o preenchem, após este lhe ter sido entregue em mão pelo investigador, sendo possível fornecer todos os esclarecimentos necessários inerentes ao estudo (Quivy e Campenhoudt, 1998, p.188).

Como vantagens da utilização de um questionário neste tipo de estudos, Quivy e Campenhoudt (1998, pp.186) referem o “ (...) carácter muito preciso e formal da sua construção e da sua aplicação prática.”, o facto de ser possível quantificar uma grande variedade de dados e de executar diversas análises de correlação (Quivy e Campenhoudt, 1998, p. 189) e também a segurança e liberdade de expressão das opiniões dos inquiridos relativamente ao anonimato (Fortin, 1999, p.254).

O questionário presentemente utilizado foi elaborado pela autora do trabalho e pela aluna Susana Rocha Freitas no âmbito da disciplina de Construção e Validação de Instrumentos. Por essa razão, e com o consentimento da orientadora deste estudo,

existem partes comuns entre ambos os trabalhos. Seguindo linhas de orientação de Quivy e Campenhoudt (1998, p. 182), foi nessa altura realizado um pré-teste a 5 Médicos de Família, com o intuito de verificar as dificuldades inerentes ao preenchimento do mesmo, quer a nível da compreensão das perguntas, quer ao nível das respostas. Estes pertenciam ao grupo em estudo. A realização do pré-teste permitiu verificar quais as dificuldades sentidas pelos participantes, tendo estas sido consideradas na reformulação do instrumento. Estas passaram pela anulação das questões abertas, organização da ordem dos domínios, e das questões por domínio. Ainda pela clareza da formulação das perguntas, possíveis resistências em responder a determinadas perguntas, adequação e suficiência das opções de resposta, clareza das instruções de transposição de perguntas (como acontece no instrumento de recolha de dados na questão 17), e do tempo necessário para o seu preenchimento. Para além destas, foram minimizadas as dificuldades de compreensão salientadas pelos participantes neste pré-teste, foi tido em conta o uso de frases curtas e o número de perguntas pouco alargado, de forma a não tornar o preenchimento do questionário cansativo e, também, para que estes não perdessem a motivação em responder com sinceridade.

De acordo com as indicações de Quivy e Campenhoudt (1998, p. 181), a realização do pré-teste, teve como objetivo a reformulação de perguntas de modo a que estas se tornassem claras e precisas, pois pretende-se que sejam interpretadas da mesma forma pelos diferentes inquiridos. Por outro lado, foi tido em conta o tipo de resposta mais adequado a cada pergunta, o tipo de escala de medida associada às respostas e ainda os métodos a utilizar na análise de dados. O tipo de resposta utilizado foi a qualitativa, sendo esta definida por Hill e Hill (2000, pp. 84-85), como sendo “(...)a escolhida pelo respondente a partir de um conjunto de respostas alternativas fornecido pelo autor do questionário”.

Perante a escolha do tema desta investigação, deu-se a possibilidade de utilização desse mesmo instrumento, no entanto, sofrendo as devidas alterações, e posteriormente, corrigido pela orientadora/docente, dando origem à versão consenso (Anexo I).

O instrumento de recolha de dados apresenta inicialmente um texto introdutório no qual se apela a uma colaboração com a máxima autenticidade. Este divide-se em duas partes, sendo a primeira referente à caracterização dos sujeitos da amostra e a segunda

respeitante a 24 questões, sendo estas do tipo fechado e com um único formato. As questões fechadas permitem ao respondente escolher uma das opções de resposta apresentadas. Apresentam vantagens como a fácil aplicação de análises estatísticas ou outras análises mais sofisticadas nas respostas e como desvantagens a informação limitada em algumas situações e, ainda, o facto de poderem conduzir a conclusões demasiado simples. (Hill e Hill, 2000, p. 94) Como escala de medida associada às respostas utilizou-se uma escala de Likert, e escolha múltipla.

O questionário utilizado divide-se em seis domínios, sendo estes seleccionados em conformidade com a informação considerada relevante, e que se pretendia obter. São eles:

- dados socio-demográficos (instituição(s) onde exerce a profissão; idade; anos de profissão; sexo; local de trabalho; especialidade),
- conhecimento que os Médicos Dentistas têm das áreas de intervenção dos Terapeutas da Fala;
- a importância que atribuem aos encaminhamentos para Terapia da Fala de adultos e crianças, e quais as áreas para as quais encaminham;
- a importância atribuída à Terapia da Fala como valência integrante de uma equipa multidisciplinar;
- quais os resultados obtidos relativa aos casos encaminhados para Terapia da Fala;
- opinião sobre a confiança no trabalho dos Terapeutas da Fala, quantidade destes na zona de intervenção, acesso às consultas, importância que atribui a esta valência, e por fim, a questão se recorreriam à Terapia da Fala caso necessitassem.

De forma a organizar o questionário e facilitar, posteriormente, a análise dos resultados, os itens foram devidamente agrupados por domínios em função do objeto de estudo. Posteriormente, para a realização do estudo procedeu-se aos pedidos de autorização (anexo II) aos coordenadores clínicos, sendo estes validados, sendo, também dado consentimento por parte dos participantes na colaboração do presente estudo, através do preenchimento do questionário.

4. Variáveis

Perante a utilização de um instrumento como o presentemente utilizado, no âmbito desta investigação, as variáveis são medidas através das questões presentes neste (Hill e Hill, 2000, p.83).

Segundo Fortin (2009, p.171), as variáveis são “(...) unidades de base da investigação, (...) qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas (...), suscetíveis de mudar ou variar no tempo”, e formam “(...) a substância das questões de investigação e das hipóteses.” (Fortin, 2009, p.53). Segundo esta autora, são os conceitos aos quais são atribuídos valores numéricos, devendo ser formadas com uma perspectiva concetual e operacional de forma a poderem servir de medida (2009, p.53).

As variáveis passíveis de serem utilizadas num estudo deste âmbito, podem apresentar diferentes classificações, sendo que as variáveis atributo, segundo Fortin, 2009, p.172, são:

(...) características pré-existentes dos participantes (...) geralmente constituídas por dados demográficos (...) analisados no fim do estudo para obter um perfil demográfico das características da amostra.

Seguindo as linhas de orientação da autora supracitada, as variáveis atributo presentes no instrumento da presente investigação são a idade, anos de profissão, sexo e local de trabalho. Tendo em conta que a variável independente, é “ (...) a causa do efeito produzido na variável dependente.” (Fortin, 2009, p.171) identifica-se no presente estudo como sendo esta variável a especialidade de Medicina Familiar. Relativamente à variável dependente identifica-se como sendo a percepção que os Médicos de Família têm acerca da intervenção dos Terapeutas da Fala, sendo esta “a que sofre o efeito da variável independente” (Fortin, 2009, p.171). Também foi tido em conta que as escalas de resposta fossem sempre organizadas da mesma forma, da mais positiva para a mais negativa, ou seja do “muito importante” para o “irrelevante”; do “sempre” para o “nunca”; do “muitas vezes” para o “nenhuma”; de “muita” para “nenhuma”; de “muito satisfatório” para “insatisfatório”, e de “muito bem” para “muito mal”.

As variáveis presentes neste estudo, apresentadas com pormenor no tópico 3, página 39 são:

- Dados socio-demográficos
- Conhecimento
- Encaminhamentos
- Equipa multidisciplinar
- Resultados
- Opinião

5. Seleção e caracterização da população

Para a execução deste trabalho de investigação, que incide na perceção relativamente à intervenção dos Terapeutas da Fala, vai ser estudada uma população, que Fortin (2009, pp.310-311) define como um “conjunto de elementos que têm características comuns (...) estabelecidas por critérios de seleção de elementos que a irão compor”. É, também, constituída por todos os elementos que satisfaçam os critérios de seleção definidos pelo autor do estudo, e através dos quais se fará generalizações, a esta se denomina de população-alvo.

A população-alvo é, então, o “conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente” (Fortin. 2009, p.311). Os critérios de inclusão correspondem aos Médicos de Família do Distrito do Porto, que exerçam a profissão numa Unidade de Saúde Familiar. Por outro lado, como critérios de exclusão serão todos os restantes profissionais de saúde e, Médicos de Família que se encontrem aposentados.

Este estudo englobou 21 participantes que responderam ao questionário. No entanto, foram entregues 31 instrumentos de recolha de dados, sendo que 10 não foram preenchidos por opção dos Médicos de Família não querem participar no estudo. Deste modo, são 21 elementos que constituem a população do presente estudo.

6. Apresentação dos dados

Para a autora Fortin (1999, p.42) “ A análise de dados permite resultados que podem ser interpretados pelo investigador. Os dados são analisados em função do objeto de estudo (...)”.

Os dados recolhidos serão analisados através do programa “Microsoft Excel 2010” para se realizar a estatística descritiva dos dados. Por forma a descrever os elementos em estudo aplicaram-se metodologias de análise descritiva apropriadas, nomeadamente gráficos e tabelas, uma vez que facilitam a visualização e interpretação dos resultados, pretendendo-se tornar, desta forma, a análise dos dados mais acessível e imediata, seguindo-se de comentários breves da observação realizada e de um comentário crítico acerca dos mesmos. As variáveis medidas sobre as escalas ordinais, nominais e de Likert, variáveis categóricas ou discretas (hipóteses de resposta do questionário), foram descritas a partir de frequências absolutas (n) e relativas (%). As variáveis medidas sobre escalas de intervalos, de razão ou visual analógica, ou seja, variáveis contínuas (idade e anos de profissão), foram analisadas empregando medianas, mínimos, máximos, média e desvio padrão (dp) (Fortin,1999, p. 275). Os gráficos e as tabelas, seguidamente apresentados, encontram-se organizados e agrupados pelos domínios do questionário inerentes a este estudo.

Tabela 1 – Caraterização da amostra em estudo (n=21) relativamente à idade e anos de profissão.

	Média	(dp)	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade (em anos)	51	+/-11	56	30	62
Anos de profissão	26	+/-11	31	4	37

dp – desvio padrão

A partir da Tabela 1, verifica-se que a população exhibe uma idade compreendida entre os 30 e os 62, que a média da idade da população é de 51 anos, e que estes exercem a sua área entre 4 e 37 anos e a média de anos de exercício da profissão é de 26.

Tabela 2 – Caraterização dos participantes em estudo (n=21) relativamente ao local de trabalho.

	Participantes	
	n=21	(%)
Centro de saúde de Lousada	9	43%
Centro de saúde de Freamunde	12	57%

Relativamente à caraterização da amostra, em relação ao local de trabalho é possível verificar, a partir da tabela 2, que os participantes em estudo são na sua maioria do Centro de Saúde de Freamunde, ou seja 12 elementos, correspondente a 57% da população em estudo. Os restantes 9 participantes exercem a sua profissão no Centro de Saúde de Lousada, sendo estes 43% da população em estudo.

Tabela 3 – Caraterização dos participantes em estudo (n=21) relativamente ao sexo.

	Participantes	
	n=21	(%)
Masculino	9	43%
Feminino	12	57%

No que respeita à caraterização da amostra relativamente ao sexo, constata-se através da tabela 3, que na sua maioria os participantes em estudo são do sexo feminino, ou seja 12 elementos correspondendo a 57% da população em estudo, e 9 elementos pertencentes ao sexo masculino, correspondendo estes a 43% da população em estudo.

Tabela 4 – Conhecimento acerca das áreas de T.F. (Terapia da Fala).

	Participantes	
	n=21	(%)
1. Conhece as áreas de intervenção dos Terapeutas da Fala		
Muito bem	1	(5)
Razoavelmente	12	(57)
Pouco	6	(29)
Muito mal	2	(10)
2. Quais as áreas da Terapia da Fala que conhece?		
Voz	20	(36)
Deglutição	8	(14)
Motricidade orofacial	9	(16)
Neonatologia	1	(2)
Linguagem/Comunicação	18	(32)

É possível verificar através da tabela 4 que 57% dos Médicos de Família consideram conhecer “razoavelmente” as áreas de intervenção dos Terapeutas da Fala e, apenas 5% consideram que conhecem “muito bem” as áreas de intervenção dos Terapeutas da Fala. Também, que as áreas de intervenção dos Terapeutas da Fala mais conhecidas pelos mesmos são: “voz” (36%) e “linguagem e comunicação” (32%). As áreas menos conhecidas pelos participantes são: “motricidade orofacial”; “deglutição”, e, finalmente, “neonatologia” (2%).

Tabela 5; 6 e Gráfico 1 – Encaminhamentos realizados para a valência de T. F.

Tabela 5

	Participantes	
	n=21	(%)
3. Costuma encaminhar crianças para Terapia da Fala com frequência?		
Sempre	4	(19)
Algumas vezes	12	(57)
Poucas vezes	5	(24)
Raramente	0	(0)

**4. Costuma encaminhar adultos para
Terapia da Fala com frequência?**

Sempre	1	(4)
Algumas vezes	9	(43)
Poucas vezes	6	(29)
Raramente	5	(24)

Relativamente à caracterização da amostra, em relação aos encaminhamentos realizados para a valência de Terapia da Fala é possível verificar, a partir da tabela 5, que os participantes em estudo na sua maioria, 57%, encaminham crianças “algumas vezes” para Terapia da fala, 24% encaminham “poucas vezes”, e 19% encaminham “sempre”. Também é possível constatar que 43% encaminham adultos “algumas vezes” para Terapia da fala, 29% encaminham “poucas vezes”, 24% “raramente” encaminham, e 4% encaminham “sempre”.

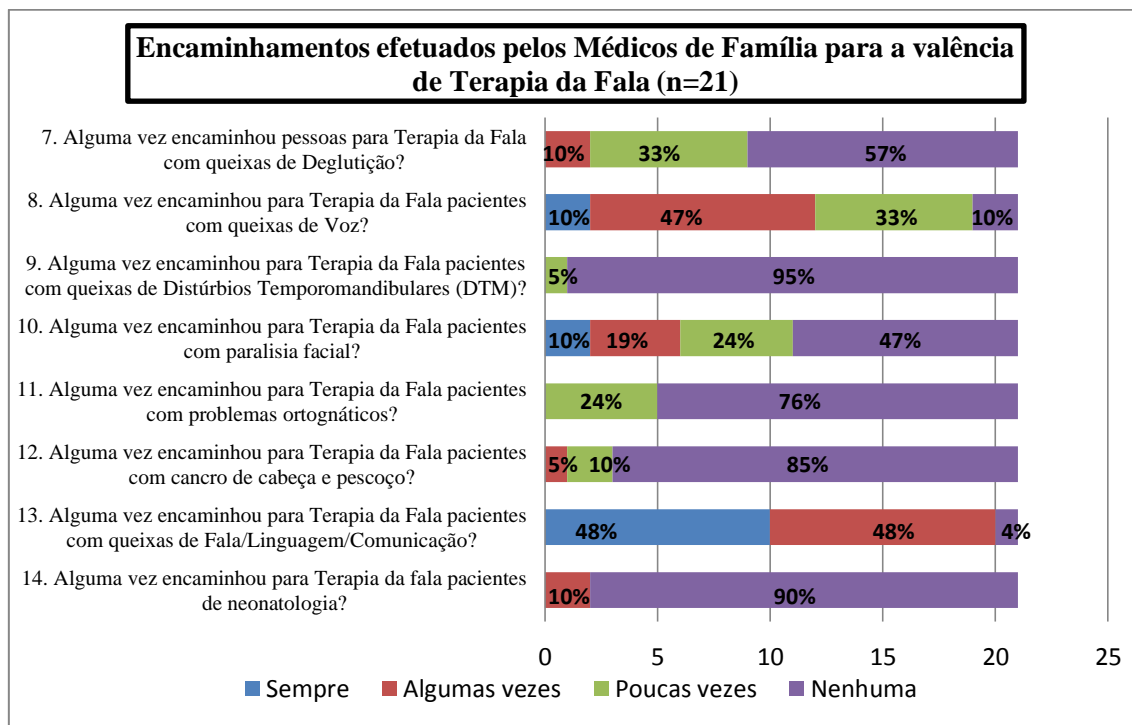
Tabela 6

	Participantes	
	n=21	(%)
5. Acha importante que os adultos sejam encaminhados para Terapia da Fala?		
Sempre	2	(10)
Algumas vezes	15	(71)
Poucas vezes	3	(14)
Raramente	1	(5)
6. Acha importante que as crianças sejam encaminhados para Terapia da Fala?		
Sempre	12	(57)
Algumas vezes	8	(38)
Poucas vezes	1	(5)
Raramente	0	(0)

Analisando a tabela 6 é possível verificar que os participantes em estudo na sua maioria, 71%, consideram “importante” que os adultos sejam encaminhados para Terapia da fala, 14% consideram “pouco importante”, 10% consideram “muito importante”, e 5% consideram “irrelevante” encaminhar adultos para a valência supracitada. Quanto a efetuar encaminhamentos de crianças para a valência de Terapia da Fala, 57% dos

Médicos de Família consideram “muito importante”, 38% consideram “importante”, e 5% consideram “pouco importante”.

Gráfico 1



Observando o gráfico 1 é possível constatar que 57% dos participantes em estudo nunca (“nenhuma”) encaminhou pacientes para Terapia da Fala com queixas de deglutição, 33% encaminharam “poucas vezes”, e 10% encaminharam “algumas vezes”. Observando o gráfico e a questão 8 verifica-se que 47% encaminharam “algumas vezes” pacientes com queixas de voz para Terapia da Fala, 33% “poucas vezes”, 10% encaminharam “sempre”, e 10% “nunca” encaminharam pacientes com queixas de voz para T. F. Na questão 9 verifica-se que 5% encaminharam “poucas vezes” pacientes com queixas de distúrbios Temporomandibulares (DTM) para Terapia da Fala, e 95% nunca encaminharam. Na questão 10 verifica-se que 47% nunca encaminharam pacientes com paralisia facial para Terapia da Fala, 24% “poucas vezes”, 19% encaminharam “algumas vezes”, e 10% “sempre” encaminharam pacientes com paralisia facial para a valência de T. F. Na questão 11 verifica-se que 76% nunca encaminharam pacientes com problemas ortognáticos para Terapia da Fala, e 24% encaminharam “poucas vezes” pacientes com problemas ortognáticos para a valência de Terapia da Fala. Na questão 12 verifica-se que 85% nunca encaminharam pacientes com cancro de cabeça e pescoço para Terapia da Fala, 10% encaminharam “poucas vezes” e

5% encaminharam “algumas vezes” pacientes com cancro de cabeça e pescoço para a valência de Terapia da Fala. Na questão 13 verifica-se que 48% encaminharam “sempre” pacientes com queixas de fala/linguagem/comunicação para Terapia da Fala, 48% encaminharam “algumas vezes” e 4% nunca encaminharam pacientes com queixas de fala/linguagem/comunicação para a valência de Terapia da Fala. Na questão 14 verifica-se que 90% nunca encaminharam pacientes de neonatologia para Terapia da Fala, e 10% encaminharam “algumas vezes”.

Tabela 7 – Caraterização da amostra em estudo (n=21) relativamente ao Trabalho em equipa multidisciplinar.

	Participantes	
	n=21	(%)
15. Acha necessária a existência da valência de Terapia da Fala no seu local de trabalho?		
Sempre	7	(33)
Algumas vezes	8	(38)
Poucas vezes	4	(19)
Nunca	2	(10)
16. Alguma vez debateu com os seus colegas de saúde sobre a área de Terapia da Fala?		
Sempre	0	(0)
Algumas vezes	7	(33)
Poucas vezes	8	(38)
Raramente	6	(29)

Na tabela 7 encontram-se os dados obtidos relativamente à importância do Terapeuta da Fala no âmbito de uma equipa multidisciplinar, atribuída pelos Médicos de Família. É possível verificar que 38% consideram necessária “algumas vezes” a existência da valência de Terapia da Fala no seu local de trabalho; 33% consideram que esta valência é “sempre” necessária no seu local de trabalho; 19% atribuem “poucas vezes” a importância da necessidade de Terapia da Fala no local onde exercem a profissão, e, por fim, 10% definem como “nenhuma” a necessidade desta valência no seu local de trabalho. Relativamente a debater com os colegas de saúde sobre a área de Terapia da Fala, verifica-se que 38% responderam “poucas vezes”; 33% “algumas vezes”, e 29% “nenhuma”.

Tabela 8 – Caracterização da amostra em estudo (n=21) relativamente aos resultados dos encaminhamentos realizados para a valência de T.F.

	n	(%)
17. Dos casos encaminhados para Terapia da Fala acompanhou a evolução terapêutica do mesmo?		
Sempre	13	(62)
Algumas vezes	4	(19)
Poucas vezes	3	(14)
Nenhuma	1	(5)
Um dos participantes em estudo não respondeu à questão, pois não acompanhou a evolução terapêutica, logo avançam para a questão 20.		
18. O que achou do resultado dessa(s) intervenção(s) de Terapia da Fala?		
Muito satisfatório	2	(10)
Satisfatório	16	(80)
Pouco satisfatório	1	(5)
Insatisfatório	1	(5)
19. Acha que a Terapia da Fala foi relevante na reabilitação desse(s) caso(s)?		
Muito importante	4	(20)
Importante	14	(70)
Pouco importante	2	(10)
Irrelevante	0	(0)

Na Tabela 8 encontram-se os dados obtidos relativamente aos resultados dos encaminhamentos realizados para a valência de T.F. pelos Médicos de Família. É possível verificar que 62% acompanharam “sempre” a evolução terapêutica dos casos encaminhados para Terapia da Fala, 19% acompanharam “algumas vezes”, 14% acompanharam “poucas vezes”, e 5% nunca acompanharam a evolução terapêutica. Também se verifica que 80% consideraram “satisfatório” o resultado dessa intervenção, 10% consideraram “muito satisfatório”, 5% consideraram “pouco satisfatório”, e 5% “insatisfatório”. Verifica-se, ainda, que 70% dos Médicos acharam que a T. F. foi “importante” para a reabilitação desses casos, 20% “muito importante”, e 10% “pouco importante”.

Tabela 9 – Caraterização da amostra em estudo (n=21) relativamente à opinião acerca da valência de T.F.

	n	(%)
20. Sente confiança no trabalho dos Terapeutas da Fala?		
Muita	7	(33)
Alguma	13	(62)
Pouca	1	(5)
Nenhuma	0	(0)
21. Acha que a quantidade de Terapeutas da Fala na sua zona de intervenção é:		
Muita	0	(0)
Alguma	13	(62)
Pouca	8	(38)
Nenhuma	0	(0)
22. Qual a sua opinião em relação ao acesso às consultas de Terapia da Fala?		
Muito fácil	3	(14)
Fácil	14	(67)
Um pouco difícil	3	(14)
Difícil	1	(5)
23. De uma forma geral acha a Terapia da Fala uma área importante da saúde?		
Muito importante	4	(19)
Importante	15	(71)
Pouco importante	2	(10)
Irrelevante	0	(0)
24. No seu caso, se teve/tivesse algum problema relacionado com o âmbito de intervenção dos Terapeutas da Fala, recorreria estes profissionais de saúde?		
Sim	18	(86)
Talvez	3	(14)
Não	0	(0)

Na Tabela 9 é possível verificar que 62% sentem “alguma” confiança no trabalho dos Terapeutas da Fala, 33% sentem “muita confiança”, e 5% sentem “pouca” confiança.

Também se constata que 62% da amostra acham que existe “alguma” quantidade de T.F. na sua zona de intervenção, e 38% consideram ser “pouca”. Em relação ao acesso às consultas de Terapia da Fala, 67% consideram ser “fácil”, 14% “muito fácil”, 14% “um pouco difícil”, e 5% “difícil”. Concernente à importância atribuída pelos participantes em estudo relativamente à valência de Terapia da Fala verifica-se que 71% considera a Terapia da Fala uma área “importante” da saúde, 19% “muito importante”, e 10% “pouco importante”. Por fim, observa-se que 86% dos participantes dizem que recorreriam à valência de Terapia da Fala caso tivessem um problema relacionado com o âmbito de intervenção destes profissionais de saúde, e 14% respondeu que “talvez” recorreriam.

7. Discussão dos resultados

Os participantes em estudo exercem a sua profissão entre 4 e 37 anos, sendo 12 do sexo feminino e 9 do sexo masculino, sendo que 9 destes trabalham no Centro de Saúde de Lousada e 12 no Centro de Saúde de Freamunde.

Concernente ao primeiro objetivo em estudo foi possível constatar que os Médicos de Família consideram, maioritariamente, conhecer “razoavelmente” as áreas de intervenção de Terapia da Fala. Uma percentagem significativa da amostra (10%) em estudo refere conhecer “muito pouco”, tal pode ser explicado uma vez que estes indivíduos já concluíram as suas formações há muitos anos, uma vez que, segundo Batista (2011, p.1) a Terapia da Fala é uma área de atuação da saúde relativamente recente em Portugal. Debruçando-nos nas áreas que os Médicos conhecem como áreas de atuação dos Terapeutas da Fala, constata-se que Voz e Linguagem/Comunicação são as áreas mais conhecidas por estes, sendo que 36% conhece Voz e 32% Linguagem/Comunicação. Apesar de não haver nenhuma das áreas que seja totalmente desconhecida pela população alvo, segundo o que se pode constatar nos questionários, os Médicos que conhecem Motricidade Orofacial, Deglutição são maioritariamente jovens e que exercem a sua profissão há relativamente poucos anos. Ainda no caso da área de Neonatologia, o único participante em estudo que respondeu conhecer esta vertente referiu conhecer por debater assuntos de saúde e reabilitação com a autora do trabalho. O facto de se verificar conhecimento mais significativo nas áreas acima mencionadas, também se deve ao percurso que a profissão de Terapia da Fala teve desde o seu surgimento em Portugal, referido no capítulo II-1. Ou seja, a Terapia da Fala nasceu da combinação de conhecimentos oriundos de diversas áreas, principalmente da Linguística, Medicina, e foi crescendo definindo o seu âmbito de intervenção, sendo inicialmente mais dirigida para perturbações da fala, e atualmente para todas as perturbações da comunicação humana e da deglutição (Batista, 2011, p.1).

Relativamente aos encaminhamentos verifica-se que os Médicos encaminham mais crianças para Terapia da Fala do que adultos, bem como se constata uma disparidade na importância atribuída em encaminhar adultos ou crianças para a valência supracitada. Ou seja, 71% acham “importante” que os adultos sejam encaminhados, e 57%,

consideram “muito importante” que as crianças sejam encaminhadas para Terapia da Fala.

Ainda acerca de encaminhamentos realizados pelos Médicos de Família é possível verificar que 57% nunca encaminhou pacientes com queixas de deglutição, 33% encaminharam “poucas vezes” e 10% “algumas vezes”. No entanto, no domínio do conhecimento, verificou-se que 14% da amostra (8 médicos) conhece a área de deglutição como pertencente ao campo de atuação dos T.F, mas 9 elementos realizaram encaminhamentos de pacientes com esta sintomatologia para Terapia da Fala, revelando que os dados não apresentam compatibilidade.

Relativamente aos encaminhamentos de pacientes com queixas de voz verificam-se mais encaminhamentos efetuados, em que 47% encaminharam “algumas vezes”, 33% encaminharam “poucas vezes”, 10% encaminharam “sempre”, e apenas 10% nunca encaminharam pacientes com esta sintomatologia para a valência de Terapia da Fala. Como anteriormente mencionado, este facto também pode ser relacionado com o conhecimento que os Médicos apresentam acerca das áreas de atuação de Terapia da Fala, sendo que são feitos mais encaminhamentos, pois os mesmos revelaram um conhecimento significativo da área de voz (36% correspondente a 20 Médicos).

Respetivamente aos encaminhamentos de pacientes com queixas de Distúrbios Temporomandibulares (DTM) verificam-se que maioritariamente, ou seja, 95% dos Médicos nunca encaminharam nenhum paciente com esta queixa, e 5% apenas encaminharam “poucas vezes” para Terapia da Fala.

No que respeita aos encaminhamentos efetuados de pacientes com Paralisia Facial, constata-se que os médicos, na maioria nunca encaminharam (47%), e 10% encaminharam “sempre”. Também se verifica, em relação aos encaminhamentos de pacientes com problemas ortognáticos, que 76% nunca encaminharam, e 24% encaminharam “poucas vezes” pacientes com queixas deste tipo para Terapia da Fala. Relativamente a pacientes com Cancro de Cabeça e Pescoço, constata-se que na maioria, os Médicos de Família nunca encaminharam (85%), e 5% encaminharam “algumas vezes”.

Em relação aos encaminhamentos de pacientes com queixas de Fala/Linguagem/Comunicação, 48% dos Médicos encaminharam “sempre”, e 48% encaminharam “algumas vezes” pacientes com queixas deste tipo para Terapia da Fala. Isto deve-se ao facto de os Médicos (32%, representando 18 participantes em estudo) revelarem conhecer esta área como pertencente ao papel de intervenção dos Terapeutas da Fala, e também por assumirem ser, maioritariamente (57%), “muito importante” que as crianças sejam encaminhadas para esta área da saúde. Por fim, referente aos encaminhamentos de pacientes de Neonatologia para Terapia da Fala verifica-se que 90% nunca encaminharam bebés para esta valência, e 10% assumiu encaminhar “algumas vezes”. Contudo, estes 10% representam 2 participantes, no entanto apenas um referiu conhecer Neonatologia como área de atuação da Terapia da Fala, o que contradiz os resultados obtidos na questão do conhecimento. Segundo Ramalho (2009, p.11) “a intervenção dos Terapeutas da Fala junto de recém-nascidos (...) é ainda uma realidade pouco explorada no contexto da intervenção terapêutica em Portugal”. Neste sentido, este poderá ser um dos motivos que leve ao desconhecimento, e ao não encaminhamento dos mesmos para esta valência. De salientar que, no momento da entrega e recolha dos questionários vários elementos em estudo questionaram acerca deste âmbito de atuação, mostrando interesse em perceber como e em que situações os Terapeutas da Fala atuam nesta vertente, o que incita e demonstra a necessidade de divulgação das áreas de atuação de Terapia da Fala juntamente com os Médicos de Família e outros profissionais de saúde.

No que concerne à importância que os Médicos de Família atribuem à existência de Terapeutas da Fala como membro de uma equipa multidisciplinar verifica-se que os 38% dos Médicos consideram necessária a existência de T.F. no seu local de trabalho “algumas vezes”, 33% “sempre”, 19% “poucas vezes”, e 10% “nunca”. A resposta negativa poderá indicar a necessidade de divulgação do âmbito de intervenção dos Terapeutas da Fala, uma vez que com este estudo, se verificou que existem lacunas no conhecimento das áreas de atuação dos T.F. por parte dos Médicos de Família, podendo ser este o motivo dos mesmos não considerarem necessária a existência da valência de Terapia da Fala nos centros de saúde. Verifica-se, também que 38% da população em estudo debateu “poucas vezes” com os colegas de saúde sobre a área de Terapia da Fala, 33% “algumas vezes”, e 29% “nunca”.

Referentemente aos resultados dos encaminhamentos realizados pelos Médicos de Família para a valência de Terapia da Fala verifica-se que 62% dos inquiridos referenciaram acompanhar “sempre” os casos por eles encaminhados, e 5% “nenhuma”. Desses casos que acompanharam a evolução terapêutica, 80% acharam “satisfatório” o resultado da evolução, e 5% “insatisfatório”. Por outro lado nenhum dos Médicos referenciou a Terapia da Fala como “irrelevante” para a reabilitação desse caso, 70% referenciaram “importante”, 20% “muito importante”, e 10% “pouco importante”.

Por fim, relativamente à opinião que os Médicos de Família têm em relação à valência de Terapia da Fala é possível constatar que 62% sente “alguma” confiança no trabalho dos Terapeutas da Fala, 33% “muita”, e apenas 5% sentem “pouca” confiança. Os mesmos consideram a quantidade dos Terapeutas da Fala na sua zona de atuação “alguma” 62%, e 38% considera ser “pouca”. Por outro lado, apesar da maioria considerar que existe “alguma” quantidade de Terapeutas da Fala, 67% considera “fácil” o acesso às consultas de Terapia da Fala, e 5% “difícil”. Dos participantes que mencionaram dificuldades no acesso às consultas de Terapia da Fala revelaram, em conversação com a autora do estudo, que na sua opinião, essas complicações se deviam à existência de uma lista de espera grande, e devido à existência Terapeutas da Fala insuficientes. É importante salientar que, no nosso ponto de vista, o domínio da opinião poderia beneficiar quanto maior fosse o conhecimento dos Médicos de Família em relação ao papel de intervenção dos Terapeutas da Fala.

À questão colocada aos participantes acerca da Terapia da Fala ser, de uma forma geral, uma área importante da saúde, 71% consideram-na “importante”, 19% “muito importante”, e 10% “pouco importante”. Quanto à questão final, 18% dos Médicos de Família revelaram que recorreriam à valência de Terapia da Fala caso necessitasse destes dos cuidados destes profissionais de saúde, e 14% revelaram que “talvez” recorressem. Este último resultado, verifica-se com o caso de um dos Médicos ter respondido que os resultados da evolução terapêutica dos casos encaminhados para Terapia da Fala foram insatisfatórios, e ao mesmo tempo ter respondido conhecer “pouco” as áreas de intervenção de Terapia da Fala. Também, é possível depreender que, de uma forma geral, os resultados menos positivos acima mencionados podem dever-se à necessidade de divulgação das áreas de atuação dos Terapeutas da Fala, à falta de comunicação entre os membros da equipa pois, através deste estudo

exploratório e experimental, verificou-se lacunas no conhecimento das áreas de intervenção dos T.F. por parte dos Médicos de Família.

Apesar de se ter tentado realizar inúmeros cruzamentos de resultados e interpretações entre os domínios presentes no estudo, com o intuito de se obter mais pontos de discussão, não foi possível perante os dados recolhidos nos questionários. De uma forma geral pode-se constatar que os resultados apresentados no domínio do conhecimento influenciam todos os resultados apresentados nos restantes domínios, pois, no nosso entender, quanto maior o conhecimento das áreas/papel de intervenção dos Terapeutas da Fala por parte dos Médicos de Família, mais encaminhamentos serão realizados e mais precocemente, mais estes entenderão necessária a existência dos Terapeutas da Fala numa equipa multidisciplinar de saúde, melhor entenderão os resultados observados nos pacientes que encaminharam, e a opinião que estes possuem acerca destes profissionais de saúde e desta área da saúde beneficiará igualmente.

Por fim, é de referir a escassez de fontes bibliográficas que analisem o tema em estudo, e que sustentem a discussão dos resultados, sendo esse o motivo do pouco recurso ao apoio bibliográfico durante a apresentação e interpretação dos resultados.

IV. CONCLUSÃO

Apesar do presente estudo apresentar uma amostra limitada, o que dificulta obter mais e melhores conclusões acerca dos resultados, foi possível concluir que os Médicos de Família revelam, de uma forma geral, mais conhecimento nas áreas em que a Terapia da Fala, aquando o seu surgimento em Portugal, exercia a sua prática clínica. Isto é, a Terapia da Fala nasceu da combinação de conhecimentos oriundos de diversas áreas, principalmente da Linguística, Medicina, e foi crescendo definindo o seu âmbito de intervenção, sendo inicialmente mais dirigida para perturbações da fala, e atualmente para todas as perturbações da comunicação humana e da deglutição (Batista, 2011, p.1). Os participantes em estudo demonstram, também, lacunas de conhecimento acerca das áreas/papel de intervenção dos Terapeutas da Fala, sendo esta influência nos encaminhamentos, na importância que os Médicos de Família atribuem à Terapia da Fala, bem como a opinião que possuem acerca desta profissão da saúde.

Na nossa perspetiva, este facto prende-se à razão da Terapia da Fala ser uma profissão ainda relativamente recente em Portugal, e, por outro lado, revela a necessidade dos Terapeutas da Fala serem mais proativos, uma vez que se constata nesta área escassez de evidência científica. Logo, este estudo demonstra a necessidade de fazer sensibilização das áreas/papel de intervenção dos Terapeutas da Fala junto dos Médicos de Família, bem como, a necessidade de evidência científica. Visto os Médicos de Família serem profissionais de saúde direcionados para os cuidados de saúde primários, e por serem muitas vezes os primeiros a contactarem com os doentes sendo estes responsáveis pelos encaminhamentos para as diversas especialidades na saúde, dá-se a necessidade de estes deterem informação necessária acerca dos âmbitos de intervenção das especialidades, nomeadamente da Terapia da Fala, para que, desta forma, sejam evitados erros de encaminhamento e até mesmo ausências de encaminhamento.

Tendo em conta que este estudo foi realizado com uma amostra circunscrita ao distrito do Porto a apenas a especialidade da Medicina Familiar, para além de abranger um número reduzido de elementos em estudo, possuindo também um carácter exploratório e experimental, no qual não se pretendeu a validação do instrumento da recolha de dados, sugere-se que futuros estudos que se insiram neste tema introduzam um número de

elementos mais alargado, com uma maior abrangência de especialidades médicas, noutros distritos do país, por faixas etárias, comparar resultados com Médicos de Família formados noutros países, assim como a validação do instrumento e o uso de um programa de análise estatística, entres outros. Desta forma, poderá possibilitar descrever dados com maior fiabilidade, permitindo a exploração de eventuais correlações. Por fim, é de salientar a dificuldade sentida ao longo da realização deste trabalho, relativamente à escassez de livros publicados que abordassem o tema em estudo, servindo de apoio bibliográfico ao mesmo. Também, de referir a escassez de fontes bibliográficas que sustentem a discussão dos resultados, sendo esse o motivo do pouco recurso ao apoio bibliográfico durante a apresentação e interpretação dos resultados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, M. B. S. & Rocha, P. M., (2007). Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. [Em Linha]. Disponível em «<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a22v12n2.pdf>» [Consultado em 22/01/2013]

ASHA, AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION - Guidelines for the Roles and Responsibilities of the School-Based Speech-Language Pathologist. (2000). [Em Linha]. Disponível em «www.asha.org/policy». [Consultado em 2013].

ASHA, AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION - Preferred Practice Patterns for the Profession of Speech-Language Pathology. (2004). [Em Linha]. Disponível em «<http://www.asha.org/docs/pdf/PP2004-00191.pdf>». [Consultado em 2013].

Batista, J. S. N. (2011). O perfil do Terapeuta da Fala em Portugal. [Em Linha]. Disponível em «<http://ria.ua.pt/bitstream/10773/7714/1/242858.pdf>» [consultado em 3/3/2013]

CPLOL, COMITÉ PERMANENT DE LIASION DES ORTHOPHONISTES/LOGOPÉDES DE L'UNION EUROPÉENNE – Continuing Professional Development for Speech and Language Therapists in the European Union. (2009)..[Em.Linha]..Disponível.em.«http://www.cplol.eu/eng/CPD_FINAL_report_english.pdf». [Consultado em 2013]

CPLOL, COMITÉ PERMANENT DE LIAISON DES ORTHOPHONISTES/LOGOPÈDES DE L'UNION EUROPÉENNE - Professional Profile of the Speech and Language Therapist [Em Linha]. Disponível em «http://www.cplol.eu/eng/profil_professionnel.html». [Consultado em 2013]

CPLOL, COMITÉ PERMANENT DE LIAISON DES ORTHOPHONISTES/LOGOPÈDES DE L'UNION EUROPÉENNE. (2007). [Em Linha].Disponível em «http://www.cplol.eu/eng/Revised_Min_Standards_2007_la.pdf». [Consultado em 2013].

Decreto-lei nº 564/99. Diário da República série A. Nº 295 – (21-12-1999) [Em Linha]. Disponível em.«<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DL%20564.99%20-%20Estabelece%20o%20estatuto%20legal%20da%20carreira%20de%20TDT.PDF>» [consultado em 1/04/2013]

Empis, C. A. & Viegas, R. (2010). A urgência de falar a mesma língua – a medicina geral e familiar e as outras especialidades. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26: 530-531

Ferreira, R. C.; Varga, C. R. R.; Silva, R. F. (2009). Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da Família. [Em Linha]. Disponível em «<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a15v14s1.pdf>» [Consultado em 27/03/2013]

Fortin, M. F. (1999). *O processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures, Lusociência.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures, Lusodidacta.

GRUPO DE TRABALHO DO CURSO DE TERAPIA DA FALA - Implementação do processo de Bolonha e a formação na área da Terapia da Fala. (2004). [Em linha]. Disponível em «http://www.mctes.pt/archive/doc/Bolonha_Tecnologias_da_Saude.pdf» [Consultado em 1/04/2013]

Hespanhol, A. P. et al, (2008). A Medida Preventiva. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. Vol.24, pp. 49-64

Hill, M. M. e Hill, A. (2000). *Investigação por Questionário*. Lisboa, Sílabo. pp.83-94

Jordão, J. G. (1995). A Medicina Geral e Familiar: Caracterização da Prática e sua Influência no Ensino Pré-graduado. [Em Linha]. Disponível em «<http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2031>» [Consultado em 18/02/2013]

Ramalho, L. (2009). *Metodologias de intervenção em Terapia da Fala*. Porto, Edições Universidade Fernando Pessoa, 1º volume, p.11.

Mancopes et al, (2009). Interdisciplinaridade na Fonoaudiologia: A concepção do professor..[Em.Linha]..Disponível.em.«<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v11s2/a07v11s2.pdf>» [Consultado em 12/12/2013]

Mendes, J. M. R.; Lewgoy, A. M. B; Silveira, E. C. (2008). Saúde e Interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. [Em Linha]. Disponível em «<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/3864/2957>» [Consultado em 18/03/2013]

Oliveira, T. R. B. (2007). Interdisciplinaridade: Um desafio para a atenção integral à saúde. [Em Linha]. Disponível em «<http://www.uesb.br/revista/rsc/v3/v3n1a03.pdf>» [consultado em 15/03/2013]

Pinho, M. C. G. (2006). Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. [Em Linha]. Disponível em «<http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v08/m326103.pdf>» [Consultado em 18/03/2013]

Pittioni, M. E. M. (2001). Fonoaudiologia Hospitalar: Uma realidade necessária. [Em Linha]. Disponível em «<http://www.cefac.br/library/teses/ad00eeeca1a010842090bedb97683847.pdf>» [Consultado em 15/03/2013].

Quivy, R. e Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de Investigação e Ciências Sociais*. 2ª Edição. Lisboa, Gradiva

Saupe et al, (2005). Competência dos profissionais de saúde para o trabalho interdisciplinar. [Em Linha]. Disponível em «<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a05v9n18.pdf>» [Consultado em 22/03/2013]

Sociedade Europeia de Clínica Geral e Medicina Familiar, (2002). A definição europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar). [Em Linha]. Disponível em «<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/European%20Definition%20in%20Portuguese.pdf>» [Consultado em 23/3/2013]

Sousa, J. C. et al, (2001). Os cuidados de saúde primários e a medicina geral e familiar em Portugal. [Em Linha]. Disponível em «<http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/MULTIMEDIA/RPSP2001-T/E-06-2001.PDF>». [Consultado em 18/03/2013]