

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA TERAPIA DA FALA NOS PROFISSIONAIS E NÃO PROFISSIONAIS DE SAÚDE PORTUGUESES

Social representation of speech therapy in Portuguese health professionals and non-health professionals

Maria Aldora Neto de Quintal ⁽¹⁾, Paula Cristina Grade Correia ⁽¹⁾,
Ana Paula Lopes Tavares Martins ⁽²⁾, Olinda Maria de Brito Marques Roldão ⁽²⁾,
Catarina Araújo Ferreira de Carvalho ⁽²⁾, Luís Alberto Carvalho Jerónimo Antunes ⁽¹⁾

RESUMO

Objetivo: identificar e analisar as dimensões de significação (ou universos semânticos) que organizam as ideias, emoções e imagens em relação à terapia da fala nos profissionais e não profissionais de saúde. **Métodos:** estudo qualitativo e quantitativo de metodologia transversal, constituído por uma amostra de 166 indivíduos de ambos os sexos, 40 (24,1%) terapeutas da fala, 39 (23,5%) outros profissionais de saúde e 87 (52,4%) não profissionais de saúde. (M=36anos; Range_{idade}=18-75anos). Utilizou-se uma escala analógica visual, um questionário sociodemográfico e um guião de entrevista estruturada, baseada na técnica de evocação livre, ordem de evocação e axioma de importância. A análise dos dados qualitativos foi feita com recurso à Teoria das Representações Sociais, aliada à Teoria do Núcleo Central e a análise dos dados quantitativos com recurso a uma Base de dados no Microsoft Excel, Software SPSS 19.0 para o Windows: análise dos perfis por meio de frequências simples, médias e desvio padrão e organização das estruturas analisadas pela técnica do quadro de quatro casas. **Resultados:** obteve-se para o termo indutor terapia da fala 830 evocações que após homogeneização e análise dos termos evocados, reproduziu 495 unidades de registro, e um sistema representacional de 13 categorias. O núcleo central da representação está centrado na comunicação, qualificação, bem-estar, diagnóstico e tratamento da pessoa com doença. **Conclusão:** a comunicação foi a cognição semântica mais consensual sobre a representação social da terapia da fala entre os profissionais.

DESCRITORES: Fonoaudiologia; Processos Mentais; Pessoal de Saúde; Opinião Pública

■ INTRODUÇÃO

Falar da Terapia da Fala^{1,2} e representações sociais, será considerar como as pessoas organizam a sua existência a partir de uma coleta intrínseca de saberes, que decifram a realidade

social. Este processo é elaborado cognitivamente e envolve a codificação do objeto e do sujeito, na qual está implícito, uma relação de simbolização e de interpretações, conferindo-lhe significações^{3,4}.

As representações sociais permitem a partir da sua dimensão histórica e transformadora, efetuar uma leitura interpretativa de uma realidade comum, composta por informações, imagens, crenças, valores, opiniões, elementos culturais e ideológicos^{4,5}.

A partir destas informações é possível organizar a estrutura da representação num sistema central e outro periférico, que são dependentes um do outro,

⁽¹⁾ Hospital Garcia de Orta, Serviço do Otorrinolaringologia, Escola Superior de Saúde Egas Moniz – ESSEM, Almada, Portugal.

⁽²⁾ Hospital Garcia de Orta, Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, Escola Superior de Saúde Egas Moniz – ESSEM, Almada, Portugal.

Conflito de interesses: inexistente

e que influenciam as tomadas de posição individual e dos grupos. O sistema central compreende um ou mais elementos que dão significado à representação e garantem a identidade e a permanência do grupo e o sistema periférico estabelece a interface com o núcleo central, regula e defende-o, permitindo a ancoragem da realidade no momento.

Partindo deste pressuposto teórico e do fato dos estudos das representações sociais serem escassos para a profissão de terapia da fala procurou-se compreender que tipo de imagem social lhe está associado. Sendo esta representação cognitiva influenciada pela sociedade em geral e pelos contextos de ação naturalista e intervencionista no campo da saúde e doença em particular, assim, de acordo com a teoria das representações sociais (aliada a teoria do núcleo central)^{6,7}, foi possível uma reflexão acerca da profissão da terapia da fala. Os objetivos desta pesquisa foram a identificação e análise das dimensões de significação (ou universos semânticos) que organizam as ideias, emoções e imagens em relação à terapia da fala nos profissionais e não profissionais de saúde.

■ MÉTODOS

A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética do Centro de Investigação Garcia de Orta do Hospital Garcia de Orta, E.P.E. (resolução nº7/2013). Obteve-se por escrito o Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes.

O estudo é de metodologia qualitativa, quantitativa, transversal, constituída por uma amostra de 166 indivíduos, de ambos os sexos, selecionados de forma intencional, com idades superiores a 18 anos.

As variáveis independentes foram: idade, género, habilitações literárias, anos de experiência profissional e contato com a terapia da fala. A recolha da amostra foi realizada entre profissionais de saúde e não profissionais de saúde, no Hospital da instituição de origem, terapeutas da fala Portugueses e população em geral, durante o mês fevereiro de 2013.

Os instrumentos utilizados foram um questionário que definiu o perfil sociodemográfico e situacional da amostra e um guião de entrevista semi-estruturado baseada na técnica de evocação livre, no axioma de importância, e na ordem de evocação^{8,9}, que proporcionou a coleta de informações acerca das representações sociais face ao termo indutor “Terapia da Fala”. A entrevista processou-se pedindo, em primeiro, a cada participante, que evocasse até cinco palavras ou expressões relacionadas com o termo “Terapia da Fala”. Posteriormente, foi solicitado aos participantes que ordenassem os

termos produzidos, segundo o grau de importância, do mais importante para o menos importante, numa escala de um a cinco^{9,10}. Por último, os participantes tiveram que definir as expressões, ou conceitos evocados no sentido de os contextualizar para futura categorização. Determinou-se ainda o nível de perceção do conhecimento sobre a terapia da fala a partir de uma escala visual analógica, considerando zero ausência de conhecimento e dez, total conhecimento.

Procedeu-se a um pré-teste onde se verificou a necessidade de reestruturar as questões: ordem de importância dos termos evocados e do significado atribuído. Após a coleta de dados elaborou-se um dicionário com a definição de cada conceito evocado e agrupou-se as evocações iguais e diferentes mas com significados próximos, convertendo-as para a mesma designação, com o objetivo de criar homogeneização de conteúdo. A partir desta homogeneização e análise de conteúdo dos termos evocados foi possível elaborar um sistema representacional, reunido em categorias.

A análise quantitativa dos dados foi realizada por meio da estatística descritiva (frequências de ocorrência dos termos evocados, média de ocorrência e cada palavra em função da sua ordem de importância e média das ordens médias ponderadas do conjunto dos termos evocados) utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, versão 19.0 para o *Windows*) onde foi possível definir os pontos corte. Estes resultam: (1) da opção a partir da qual a frequência mínima deve ser tida em conta na sucessão das palavras – as palavras com reduzidas evocações não serão aproveitadas; (2) da descrição da frequência média- dependente da análise do quadro de distribuição de frequências. Por meio desta distribuição se reconhece três zonas de frequência – uma zona onde as palavras são muito pouco numerosas para uma mesma frequência; outra zona onde as palavras são pouco numerosas para uma mesma frequência e uma última onde o número de palavras é muito importante para a mesma frequência; (3) da ordem média das palavras evocadas/número de evocações por sujeito; (4) do cálculo da média da ordem média de importância em que elas aparecem no conjunto das evocações, tendo em conta o número de produção de palavras pedidas. Quanto mais próximo do valor 1, mais importante é a evocação. Por isso, pode ocorrer que uma palavra tenha sido evocada com certa frequência, mas no processo de hierarquização ela poderá vir a ter pouca importância e vice-versa.

Para a análise qualitativa das categorias obtidas por meio das evocações livres foi utilizada a técnica do quadro das quatro casas^{8,9}, onde figura o núcleo

central (elementos mais frequentes e mais importantes dispostos no quadrante superior esquerdo), 1ª periferia (elementos periféricos mais importantes situados no quadrante superior direito), zona de contraste (elementos com menor frequência, mas considerados importantes pelas pessoas, situados no quadrante inferior esquerdo) e a 2ª periferia (elementos menos frequentes e menos importantes, localizados no quadrante inferior direito)¹¹. A partir desta técnica foi possível visualizar a ordenação dos conteúdos representacionais, evidenciando a sua estrutura subjacente ao termo indutor “Terapia da Fala”.

■ RESULTADOS

Participaram do estudo 166 indivíduos, 79 (48,0%) médicos, enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica, 40 (24,1%) terapeutas da fala, 39 (23,5%) outros profissionais de saúde e 87 (52,4%) não profissionais de saúde, com uma média de idade de 36 anos (*Range*_{idade} =18-75). A maioria tinha o ensino superior 124 (74,7%) e mais de 10 anos de experiência profissional 73 (43,9%). O contato com a terapia da fala foi o mais representativo, no entanto o grupo dos não profissionais de saúde 49 (56,3%) nunca teve contato (Tabela1) com esta.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra

		Total da Amostra N (%)	Terapeutas da Fala N (%)	Outros Profissionais de Saúde N (%)	Não Profissionais de Saúde N (%)
Gênero	Feminino	124(74,7)	34(85,0)	27(69)	63(72,4)
	Masculino	42(25,3)	6(15,0)	12(30,8)	24(27,6)
Idade (média e Range)	Feminino	*30,3;19-67	*29,5;21-56	*37,6;22-60	*35,5;19-67
	Masculino	*40,4;18-75	*30,3;26-39	*46,7;31-61	*39,8;18-75
Habilitações Literárias	Básico	6(6,9)			6(6,9)
	Secundário	36(18,4)		1(2,6)	35(40,2)
	Superior	124(74,7)	40(100)	38(97,4)	46(52,9)
Anos de experiência Profissional	<1	34(20,5)	8(20,0)	1(2,6)	25(28,3)
	1 a 10	59(35,5)	24(60,0)	15(38,5)	20(23,0)
	>10	73(43,9)	8(20,0)	23(59,0)	42(48,3)
Contato com a Terapia da Fala	Sim	110(66,3)	40(100)	32(82,1)	38(43,7)
	Não	54(33,7)		7(17,9)	49(56,3)

* Idade (média e range)

Relativamente à percepção do conhecimento sobre a profissão, como se observa na figura 1, 50% dos terapeutas da fala refere ter um conhecimento da sua profissão entre 9 e 10 na escala visual, existindo diferenças significantes ($p \leq 0,05$) comparativamente aos restantes grupos. No grupo dos outros profissionais de saúde, 55% mencionam um conhecimento entre 5,5 e 10 e os não profissionais de saúde, 50% relatam um conhecimento entre 5,0 e 10, sem significância estatística ($p \geq 0,05$) entre eles.

Perante o exposto considera-se que apenas 50% dos profissionais terapeutas da fala, tem

um total conhecimento sobre a sua profissão e os restantes profissionais têm um conhecimento abaixo da média; este fato sugere que não existe correta divulgação da profissão.

Em relação ao número de evocações livres, os profissionais e não profissionais de saúde evocam 830 palavras face ao estímulo indutor terapia da fala tal como se pode verificar pela Tabela 2. Após homogeneização e análise dos termos evocados reproduziu-se 495 unidades de registro definindo um sistema representacional com 13 categorias, das quais 3 foram refutadas por apresentarem reduzidas evocações.

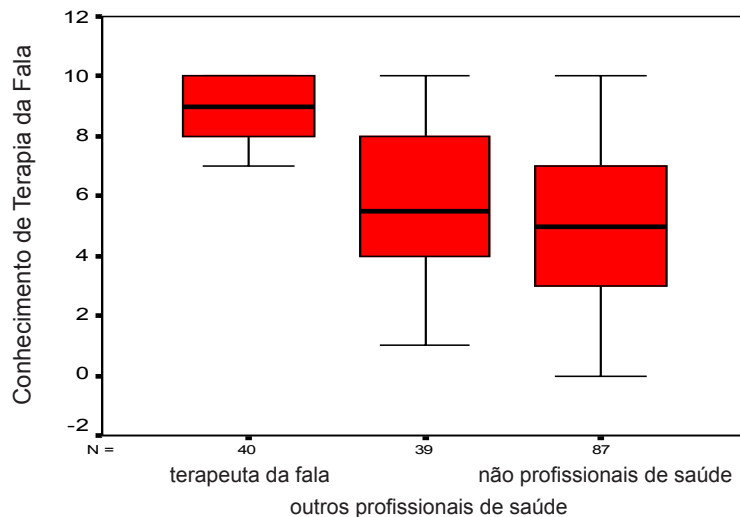


Figura 1 – Distribuição da percepção do conhecimento da representação social da terapia da fala

Tabela 2 – Frequência de evocação, ordem média de evocação e ordem média de importância, categorizadas, relativamente à representação social da terapia da fala

	Terapeutas da Fala (N=40)			Outros Profissionais de Saúde (N=39)			Não Profissionais de Saúde (N=87)		
	f; %	OME	OMI	f; %	OME	OMI	f; %	OME	OMI
Tratamento	25;19,8	3,12	2,68	28; 7,2	2,89	2,67	73;57,9	2,22	2,23
Comunicação	28;26,4	1,54	1,89	24;22,6	1,83	1,75	54;50,9	2,32	2,28
Diagnóstico	10;18,2	3,44	3,70	24;43,6	2,58	2,30	21;38,2	2,20	2,13
Bem-estar	16;30,2	2,94	2,12	9;17,0	2,88	2,22	28;52,8	2,67	3,17
Relação	11;35,5	2,27	2,18	8;25,8	2,00	2,71	12;38,7	3,46	2,75
Qualificação	13;36,1	2,76	2,00	6;16,7	2,80	2,80	17;47,2	2,87	2,87
Avaliação	8;22,9	3,12	2,87	9;25,7	2,60	3,20	18;51,4	2,47	2,63
Profissional	3;20,0	1,66	4,33	2;13,3	1,00	1,00	10;66,7	3,18	2,54
Prevenção	5;26,3	2,20	2,80	6;31,6	2,83	3,33	8;42,1	3,37	1,87
Motivação	6;54,5	2,83	2,50	-----	-----	-----	5;45,5	2,40	3,40
Acessibilidade	1;25,0	-----	-----	1;25,0	-----	-----	2;50,0	-----	-----
Trabalho de Equipe	-----	-----	-----	1;33,3	-----	-----	2;66,7	-----	-----
Expectativas	1; 100	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

f: frequência; OME: Ordem Média de Evocação; OMI: Ordem Média de Importância

As categorias mais evocadas, em média, para os três grupos, foram o tratamento e a comunicação e as menos evocadas as categorias profissional e motivação. Categorias, igualmente importantes para os grupos estudados, foram o bem-estar para os terapeutas da fala (16;30,2%) e para os não profissionais de saúde (28;52,8%) e o diagnóstico com o valor de frequência de evocação mais elevado nos outros profissionais de saúde (24;43,6%). As restantes categorias são, na sua maioria, evocadas pelo grupo dos não profissionais de saúde.

Quanto à ordem média de evocação evidencia-se o profissional (terapeuta da fala) como a categoria que, em média, é evocada em 1º lugar para os outros profissionais de saúde, sendo igualmente a mais importante. Esta categoria também se distingue na ordem média de evocação para os terapeutas da fala. A comunicação é a categoria mais evidenciada quanto à ordem média de evocação e, a mais importante para os terapeutas da fala e para os outros profissionais de saúde. Evidencia-se ainda a prevenção como categoria

de maior importância para os não profissionais de saúde.

Relativamente à ordem de evocação, a categoria evocada, em média, em último lugar, foi o diagnóstico para os terapeutas da fala, seguida da relação para os não profissionais de saúde e o tratamento para os outros profissionais de saúde. Na ordem média de importância salienta-se o profissional para os terapeutas da fala, a motivação para os não profissionais de saúde e a prevenção para os outros profissionais de saúde.

Em relação ao grupo dos terapeutas da fala quando se associa os anos de experiência profissional, observa-se, na Tabela 3, que os terapeutas da fala com menos de um ano de experiência na profissão dão maior importância à qualificação e menos importância ao tratamento e os terapeutas mais experientes evidenciam a importância na relação, na comunicação e no bem-estar, sendo referido como menos importante o profissional, o diagnóstico e a prevenção.

Tabela 3 – Frequência de evocação, ordem média de evocação e ordem média de importância, categorizadas, relativamente à representação social da terapia da fala

Anos de experiência profissional	Terapeutas da Fala (N=40)								
	< 1			1 a 10			>10		
	f; %	OME	OMI	f; %	OME	OMI	f; %	OME	OMI
Tratamento	4;50,0	3,00	3,50	15;62,5	3,00	2,50	6;75,0	3,50	2,50
Comunicação	6;75,0	1,83	2,00	18;75,0	1,27	1,83	4;50,0	2,25	2,00
Diagnóstico	-----	-----	-----	9;37,5	3,62	3,77	1;12,5	2,00	3,00
Bem-estar	3;37,5	1,66	2,66	10;41,7	3,30	2,00	3;37,5	3,00	2,00
Relação	3;37,5	1,66	2,00	4;16,7	2,00	1,75	4;50,0	3,00	2,75
Qualificação	4;50,0	4,00	1,50	5;20,8	2,80	2,20	4;50,0	1,50	2,25
Avaliação	-----	-----	-----	6;25,0	3,16	2,83	2;25,0	3,00	3,00
Profissional	-----	-----	-----	2; 8,3	2,00	4,50	1;12,5	1,00	4,00
Prevenção	1;12,5	5,00	3,00	3;12,5	1,66	2,00	1;12,5	1,00	4,00
Motivação	1;12,5	1,00	2,00	5;20,8	3,20	2,60	-----	-----	-----

f: frequência; OME: Ordem Média de Evocação; OMI: Ordem Média de Importância

A combinação entre a frequência e a hierarquia das evocações permitiu a definição dos pontos cortes (**f média** 12,5 e OME 2,5) para os terapeutas da fala, (**f média** 11,6 e OME 2,3) para os outros profissionais de saúde e, (**f média** 24,6 e OME 2,4)

para os não profissionais de saúde, e a construção do quadro de quatro casas (com a distribuição das categorias) que permitiu a organização da estrutura da representação social da terapia da fala conforme o exposto nas Tabelas 4, 5 e 6.

Tabela 4 – Quadro de quatro casas das evocações livres ao termo indutor “terapia da fala” terapeutas da fala

OME	≤ 2,5			> 2,5		
f média	Termo Evocado	f	OI	Termo Evocado	f	OI
≥ 12,5	Elementos Centrais			Elementos da 1ª Periferia		
	Comunicação	28	1.89	Tratamento	25	2.68
	Qualificação	13	2.91			
Bem-estar	16	2.12				
< 12,5	Elementos de Contraste			Elementos da 2ª Periferia		
	Relação	11	2.18	Prevenção	5	2.80
	Motivação	6	2.5	Avaliação	8	2.87
				Diagnóstico	10	3.87
				Profissional	3	4.33

f: frequência; OI: Ordem de Importância

Tabela 5 – Quadro de quatro casas das evocações livres ao termo indutor “terapia da fala” profissionais de saúde

OME	≤ 2,3			> 2,3		
f média	Termo Evocado	f	OI	Termo Evocado	f	OI
≥ 11,6	Elementos Centrais			Elementos da 1ª Periferia		
	Comunicação	24	1.75	Tratamento	28	2.67
	Diagnóstico	24	2.30			
<11,6	Elementos de Contraste			Elementos da 2ª Periferia		
	Profissional	2	1.00	Relação	8	2.71
	Bem-estar	9	2.22	Qualificação	8	2.80
				Avaliação	9	3.20
				Prevenção	6	3.33

f: frequência; OI: Ordem de Importância

Tabela 6 – Quadro de quatro casas das evocações livres ao termo indutor “terapia da fala” não profissionais de saúde

OME	≤ 2,4			> 2,4		
f média	Termo Evocado	f	OI	Termo Evocado	f	OI
≥ 24,6	Elementos Centrais			Elementos da 1ª Periferia		
	Tratamento	73	2.22	Bem-estar	28	3.17
	Comunicação	54	2.28			
<24,6	Elementos de Contraste			Elementos da 2ª Periferia		
	Prevenção	8	1.87	Relação	12	2.75
	Diagnostico	21	2.13	Qualificação	17	2.87
				Avaliação	18	2.63
				Profissional	10	2.54
Motivação				5	3.40	

f: frequência; OI: Ordem de Importância

O elemento com maior destaque foi o domínio da comunicação, para os profissionais e não profissionais de saúde. Sob esta designação, foram homogeneizadas as palavras ou expressões que apontam para atividades terapêuticas que envolvem as funções comunicativas, relacionadas com as pessoas que têm ou convivem com as perturbações da comunicação. Nesta casa, e para os terapeutas da fala, existem ainda os domínios da qualificação e do bem-estar, que se associam à descrição da importância efetiva das competências profissionais e especialização nas áreas de intervenção terapêutica e o contributo desta profissão para a saúde positiva, expressa na dimensão bem-estar, evocada como potencializadora da qualidade de vida^{2,11,12}. Para os outros profissionais de saúde (médicos, técnicos de diagnóstico e terapêutica e enfermeiros) a evidência é para o domínio do diagnóstico. A presença desta cognição remete para a possibilidade de um processo de mudança no contexto das representações sociais da terapia da fala, uma vez que os enunciados de significação refletem o profissional e sua necessidade no processo diagnóstico diferencial, nos serviços de saúde, no sentido de minimizar a doença da pessoa. Para a população em geral o tratamento assume maior expressão; neste domínio as evocações encontram-se associadas às características descritivas e à efetividade da terapia da fala nas práticas sociais, evidenciadas a partir das condutas terapêuticas face à condição de saúde da pessoa no ciclo de vida.

No quadrante inferior esquerdo, encontra-se a relação, a motivação, o profissional, o bem-estar, o diagnóstico e a prevenção. Estes elementos que caracterizam a zona de contraste são enunciados em menor quantidade, mas preconizam-se como muito importantes para os terapeutas da fala, os outros profissionais de saúde e os não profissionais de saúde^{7,9}. Os termos, profissional e prevenção, são considerados os mais importantes na representação social da terapia da fala, para os outros profissionais de saúde e para os não profissionais de saúde. Consiste no reconhecimento profissional do terapeuta da fala no âmbito da saúde e das práticas clínicas assim como a educação para a saúde sobre as perturbações da comunicação verbal e não-verbal e da deglutição, reafirmando a dimensão das competências profissionais, identificada como provável elemento central, assim como as cognições de diagnóstico e bem-estar^{1,2,10,11}. As restantes cognições presentes na zona de contraste, relação e motivação têm representações distintas, no entanto, são marcadas por um discurso centrado na importância da relação terapêutica como meio facilitador e a necessidade de manter a qualidade

e satisfação nas ações terapêuticas, referida pelos terapeutas da fala.

No quadrante superior e inferior direito encontram-se as cognições que constituem a primeira e segunda periferia da representação e promovem a interface entre a realidade concreta e o núcleo central. Os termos tratamento e bem-estar (elementos constituintes da primeira periferia) apresentam-se como categorias de grande relevância para os grupos. Os outros profissionais de saúde e os terapeutas da fala dão ênfase ao tratamento como forma de conhecimento prático sobre a realidade da terapia da fala e os não profissionais de saúde, ao bem-estar^{2,6,8}. Os termos avaliação, qualificação, relação, profissional, diagnóstico, prevenção e motivação encontram-se na segunda periferia da representação e refletem a tomada de posição e das condutas relativas à situação real no momento da terapia da fala pelos grupos em estudo.

Posto isto e, de um modo geral, as cognições presentes na periferia constituem a parte operacional da representação e desempenham um papel essencial no funcionamento e na dinâmica das representações cognitivas sobre a terapia da fala, regulando, adaptando e protegendo os elementos do núcleo central¹¹.

■ DISCUSSÃO

A comunicação é a cognição semântica mais consensual entre os profissionais de saúde e os não profissionais de saúde, o que evidencia uma representação social globalmente positiva para a profissão da terapia da fala em Portugal, na medida que lhe está associada a otimização das capacidades da comunicação humana. Esta dimensão é ainda a menos sensível a mudanças em função do contexto externo ou das práticas sociais, uma vez que se encontra ancorada ao núcleo da representação^{1,2,11}.

Embora se verifique uma grande diversidade de domínios relacionados com a profissão, os terapeutas da fala não evidenciam um pleno conhecimento da sua profissão. A realidade representacional é marcada pela escassez de importância e de envolvimento nas práticas sociais, o que torna a visibilidade da terapia da fala pouco reconhecida em termos globais da praxis profissional.

No entanto, este fato poderá relacionar-se em parte com os anos de experiência profissional, uma vez que os terapeutas da fala com menos de um ano de profissão exprimem a importância da sua representação na qualificação, por se encontrarem em um processo de mudança, de vinculação à profissão e ao grupo e conseqüente aceitação

social^{12,13}. Já para os terapeutas com mais de um ano de profissão as prioridades das práticas clínicas recaem nas dimensões relação, comunicação e bem-estar.

Este indicador aponta para a necessidade de reestruturar as ações de intervenção na terapia da fala, revertendo o atendimento clínico individual em ações de inclusão nas equipes de saúde e de educação. Muito embora a imagem dos próprios seja redutora, estes preconizam uma visão holística da saúde e doença no ciclo de vida, na medida que valorizam o bem-estar^{14,15} e a qualidade de vida, preconizando as diretrizes nacionais e internacionais para as condutas terapêuticas na profissão^{1,2,16,17}.

Em relação aos médicos, técnicos de diagnóstico e terapêutica e enfermeiros, a maioria com mais de 10 anos de exercício profissional, emerge a importância do profissional terapeuta da fala como membro da equipe de saúde, incidindo a aplicabilidade do seu desempenho nos processos de diagnóstico¹⁵, formando uma representação social da participação do terapeuta da fala positiva. Contrapondo esta realidade são visíveis ainda a existência de barreiras e não compreensão da atuação destes profissionais na saúde, justificada em parte pela fraca divulgação e ainda pelo desconhecimento geral destes profissionais e outros sobre a atuação dos terapeutas da fala, ou seja, elas são percebidas como importantes mas são percebidos de forma discordante sobre a sua inclusão nas equipes de saúde.

Quanto à participação da população em geral, é reconhecida a efetividade da profissão da terapia da fala no âmbito dos processos de cura e de reabilitação das perturbações da comunicação, uma vez que 56,3% já teve contato com a terapia da fala, evocando os benefícios da intervenção do profissional 66,7%, e do trabalho em equipe 50,0%,

contributos indispensáveis para a saúde dos utentes e ainda de suas famílias, com evidência da representação no bem-estar e qualidade de vida, embora 50,0% da população refira pouca acessibilidade à terapia da fala. Isto mostra haver necessidade de iniciativas de promoção da saúde, em especial para saúde pública/comunitária^{18,19}, exigindo mudanças sociais e políticas no sentido de conjugar a praxis da terapia da fala em projetos de mais saúde para a comunidade.

Entende-se que as representações sociais construídas sobre a profissão da terapia da fala feita pelos terapeutas da fala, médicos, técnicos de diagnóstico e terapêutica, enfermeiros e população em geral, encontram-se basicamente associadas aos processos de diagnóstico, do tratamento das perturbações da comunicação e do bem-estar biopsicossocial da pessoa com doença.

■ CONCLUSÃO

A representação social construída sobre a terapia da fala pelos profissionais de saúde e não profissionais de saúde permitiu aceder a um conjunto alargado de cognições semânticas centradas na doença da pessoa com perturbações da comunicação, no diagnóstico e no tratamento. É uma imagem positiva sobre o impacto das práticas clínicas no social, mas pouco representativa do envolvimento desta profissão na sociedade.

Acredita-se que este contributo, apesar de não ser representativo da população em geral, seja um ponto de partida para uma convergência de esforços, no sentido de reestruturação e dinamização das práticas clínicas, quer em saúde quer na educação, com a finalidade de mais saúde para a comunidade.

ABSTRACT

Purpose: to identify and analyze the dimensions of meaning (or semantic universes) that organize the ideas, emotions and images in relation to the speech therapy professionals in health and non health professionals. **Methods:** a qualitative and quantitative study of crossover design, consisting of a sample of 166 individuals of both sexes, 40 (24.1%), speech therapists, 39 (23.5%), other health professionals and 87 (52.4%) not health professionals. (M= 36 years; Range_{age} =18-75 years). We used a visual analogue scale, a socio-demographic questionnaire and a structured interview script, based on the technique of free recall, order and evocation axiom of importance. The qualitative data analysis was made using the Theory of Social Representations, together with Central Nucleus Theory and analysis of quantitative data using a database in Microsoft Excel, software SPSS 19.0 for Windows: Analysis of profiles through simple frequencies, means and standard deviations and organization structures analyzed by the technique of four frame houses. **Results:** obtained for inducing term speech evocations 830 after homogenization and analysis of evoked terms, reproduced 495 registration units, and a representational system of 13 categories. The core of therapy the representation is centered on communication skills, wellness, diagnosis and treatment of people with disease. **Conclusion:** the communication was more consensual semantic cognition about the social representation of speech therapy among professionals.

KEYWORDS: Speech, Language and Hearing Sciences; Mental Processes; Health Personnel; Public Opinion

■ REFERÊNCIAS

- Batista JSN. O Perfil do Terapeuta da Fala em Portugal [dissertação]. Aveiro (Portugal). Universidade de Aveiro; 2011.
- CPLOL NetQues. Summary NetQues Project Report Speech and Language Therapy Education in Europe United in Diversity; 2013 September. Project No.177075-LLP-1-2010-1-FR-ERASMUSENWA. Lifelong Learning Programme.
- Howarth C. A social representation is not a quiet thing: exploring the critical potential of social representations theory. *Brit J Soc Psychol.*2006;45(1):65-86.
- Cabecinhas R. Representações sociais, relações intergrupais e cognição social. *Paidéia.* 2004;14(28):125-37.
- Franco MLPB. Representações sociais, Ideologia e Desenvolvimento da consciência. *Cad Pesqui.* 2004;34(121):169-86.
- Bauer M, Gaskell G. "Social Representation Theory: A Progressive Research Programme for Social Psychology", *J Theor Soc Behav.*2008;38(4):335-53.
- Jodelet D. Social Representations: The Beautiful Invention. *J Theor Soc Behav.* 2008;38:411-30.
- Oliveira DC, Marques SM, Gomes AM & Teixeira MC. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: Moreira AS (org.) *Prespectivas teórico-metodológicas em representações sociais e práticas educativas.* Goiânia: UCG; 2003. p.573-603.
- Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In :Moreira ASP, Oliveira DC. (Orgs). *Estudos interdisciplinares de representação social.* Goiânia:AB;1998.p.27-38.
- Dutra E. Afinal, o que significa o social nas práticas clínicas fenomenologia-existenciais? *Psic:Teor e Pesq. UERJ.* 2008;(2):224-37.
- Sá CP. Núcleo Central das representações sociais. *Petrópolis: Vozes;* 2002.
- Brancher VR, Nascimento CT, Oliveira VT. Indicadores de aceitação e rejeição social em grupo de professores em formação a face oculta do preconceito. *Educ Unisinos.* 2008; 12(1):42-7.
- Vieira D, Maia J, Coimbra JL. Do ensino superior para o trabalho: Análise fatorial confirmatória da escala de auto-eficácia na transição para o trabalho (AETT): *Aval Psicol.* 2007;6(1):3-12.
- Goulart BNG, Henckel C, Klering CE, Martini M. Fonoaudiologia e Promoção da Saúde: Relato de Experiências Baseadas em Visitas Domiciliares. *Rev CEFAC.* 2010;12(5):842-9.
- Cruz SL. Representações Sociais e Fonoaudiológica nas Unidades Básicas de Saúde. *Rev Bras Ciênc Saúde.* 2008;12(3):263-72.
- Sevalho G. Uma Abordagem Histórica das Representações Sociais de Saúde e Doença. *Cad Saúde Públ.* 1993;9(3)349-63.

17. Brites LS, Sousa APR, Lessa AH. Fonoaudiólogo e agente comunitário de saúde: uma experiência educativa. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2008;13(3):258-66.
18. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimento,

representações sociais e experiências da doença. Cad Saúde Públ. 2005;21(1):200-6.

19. Galinha I, Ribeiro, JLP. História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjetivo. Psic Saúde & Doença. 2005;6(2):203-14.

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620157414>

Recebido em: 12/03/2014

Aceito em: 04/08/2014

Endereço para correspondência:
Maria Aldora Quintal Neto de Quintal
Rua Elias Garcia N°5; 4B
2800-279
Almada, Portugal
E-mail: aldoraquintal64@gmail.com