



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Deglutição no idoso: percepção dos diretores técnicos das
Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas
do distrito de Braga

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Gerontologia
Social Aplicada**.

Adriano Rockland Siqueira Campos

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

SETEMBRO 2024



CATÓLICA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

Deglutição no idoso: perceção dos diretores técnicos das
Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas
do distrito de Braga

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Gerontologia
Social Aplicada**.

Adriano Rockland Siqueira Campos

Sob a Orientação do Prof.º Doutor **António Manuel
Godinho da Fonseca**

“O tempo passa, ninguém detém a passagem do tempo. Agora saiba viver para melhor envelhecer. [o que é viver bem?] Produzir. Não ser uma criatura inerte, parada. Não dormir de dia, sobretudo. Ler. Estar atualizada com os fatos. [quer dizer que não é pra ter medo da velhice?] Não. Não tenha medo. Não tenha medo dos anos e não pense na velhice. Não pense. E nunca diga estou envelhecendo, estou ficando velha. Eu não digo.”

Cora Coralina: “Raízes de Aninha” (1984).

Índice

Introdução	1
Capítulo I – Enquadramento Teórico	3
1. Envelhecimento	3
2. Institucionalização de pessoas idosas	5
3. Definição e processos envolvidos na deglutição	8
4. Alterações da deglutição devidas ao envelhecimento	11
5. Complicações e impactos negativos da disfagia em idosos institucionalizados	12
5.1 Impacto da disfagia no estado nutricional dos idosos	13
5.2 Implicações da disfagia na funcionalidade e no estado emocional dos idosos institucionalizados.....	16
6. Perfil e competências técnicas dos responsáveis técnicos de uma ERPI.....	18
7. Papel dos responsáveis técnicos da ERPI na promoção de uma deglutição correta	24
Capítulo II – Método	28
1. Objetivos do estudo.....	28
2. Questões de investigação	28
3. Abordagem de investigação	28
4. Conceção da investigação	29
5. Caracterização do grupo de estudo.....	29
6. Instrumentos de recolha de dados.....	31
7. Construção e adaptação do guião da entrevista.....	33
8. Condições da realização das entrevistas	34
9. Recolha de dados.....	35
10. Transcrição das entrevistas.....	36
11. Técnica de análise de dados	36
12. Utilização de software para análise qualitativa	38
13. Sistema de categorização.....	38
13.1 Categorias e códigos identificados	38
13.1.1 Categoria: Definição e importância da deglutição	40
13.1.1.1 Código: Definição de deglutição	40

13.1.1.2 Código: Importância da deglutição	40
13.1.2 Categoria: Gestão de riscos e segurança	40
13.1.2.1 Código: Ações em casos de engasgamento	41
13.1.2.2 Código: Sinais de alerta.....	41
13.1.2.3 Código: Protocolos de emergência.....	41
13.1.2.4 Código: Riscos e consequências.....	42
13.1.2.5 Código: Manobra de Heimlich	42
13.1.2.6 Código: Incentivar a tosse	43
13.1.3 Categoria: Avaliação e monitorização	43
13.1.3.1 Código: Avaliação individualizada	43
13.1.3.2 Código: Monitorização contínua	44
13.1.3.3 Código: Importância da avaliação e reabilitação	44
13.1.3.4 Código: Avaliação instrumental	44
13.1.4 Categoria: Adaptações na alimentação e estratégias de manutenção.....	45
13.1.4.1 Código: Adaptações dietéticas	45
13.1.4.2 Código: Alimentação adaptada	45
13.1.4.3 Código: Estratégias de manutenção	46
13.1.5 Categoria: Educação e capacitação	46
13.1.5.1 Código: Necessidade de formação	46
13.1.5.2 Código: Tópicos de formação	47
13.1.6 Categoria: Suporte familiar, financeiro e integração.....	47
13.1.6.1 Código: Integração multidisciplinar	47
13.1.6.2 Código: Limitações financeiras.....	48
13.1.6.3 Código: Suporte familiar	48
13.1.7 Categoria: Condições físicas e psicológicas.....	49
13.1.7.1 Código: Perda muscular	49
13.1.7.2 Código: Impacto emocional	49
13.1.8 Categoria: Planeamento e procedimentos de intervenções	50
13.1.8.1 Código: Planeamento de cuidados	50
13.1.8.2 Código: Exercícios de deglutição.....	51

13.1.8.3 Código: Estratégias de posicionamento	51
13.1.9 Categoria: Percepção sobre competências e formação própria	52
13.1.10 Categoria: Profissionais Habilitados	53
Capítulo III – Apresentação e interpretação da categorização e dos códigos.....	56
1. Categoria: Definição e importância da deglutição.....	56
1.1 Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria	56
1.2 Análise da nuvem de palavras da categoria.....	57
1.3 Análise da nuvem de palavras do código: DEF-DEG	63
1.4 Análise da nuvem de palavras do código: IMP-DEG	66
1.5 Análise do diagrama de Sankey da categoria	70
1.6 Síntese da Categoria	71
2. Categoria: Gestão de riscos e segurança.....	74
2.1 Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria	74
2.2 Análise da nuvem de palavras da categoria.....	76
2.3 Análise da nuvem de palavras do código: AÇ-ENG	78
2.4 Análise da nuvem de palavras do código: SIN-AL	81
2.5 Análise da nuvem de palavras do código: PRO-EME	83
2.6 Análise da nuvem de palavras do código: RIS-CON	86
2.7 Análise da nuvem de palavras do código: MAN-HEIM	88
2.8 Análise da nuvem de palavras do código: INC-TOS	91
2.9 Análise do diagrama de Sankey da categoria	93
2.10 Síntese da Categoria	95
3. Categoria: Avaliação e monitorização	97
3.1 Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria	97
3.2 Análise da nuvem de palavras da categoria.....	99
3.3 Análise da nuvem de palavras do código: AVA-IND	103
3.4 Análise da nuvem de palavras do código: MON-CON	106
3.5 Análise da nuvem de palavras do código: IMP-AVA-REB.....	109
3.6 Análise da nuvem de palavras do código: AVA-INST	112
3.7 Análise do diagrama de Sankey da categoria	115

3.8 Síntese da Categoria	117
4. Categoria: Adaptações na alimentação e estratégias de manutenção.....	119
4.1 Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria	119
4.2 Análise da nuvem de palavras da categoria.....	122
4.3 Análise da nuvem de palavras do código: ADAP-DIET.....	126
4.4 Análise da nuvem de palavras do código: ALI-ADAP	129
4.5 Análise da nuvem de palavras do código: EST-MAN	135
4.6 Análise do diagrama de Sankey da categoria	138
4.7 Síntese da Categoria	140
5. Categoria: Educação e capacitação.....	142
5.1 Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria	142
5.2 Análise da nuvem de palavras da categoria.....	144
5.3 Análise da nuvem de palavras do código: NEC-FOR.....	149
5.4 Análise da nuvem de palavras do código: TOP-FOR	152
5.5 Análise do diagrama de Sankey da categoria	156
5.6 Síntese da Categoria	159
6. Categoria: Suporte familiar, financeiro e integração.....	160
6.1 Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria	160
6.2 Análise da nuvem de palavras da categoria.....	163
6.3 Análise da nuvem de palavras do código: INT-MULT.....	167
6.4 Análise da nuvem de palavras do código: LIM-FIN.....	169
6.5 Análise da nuvem de palavras do código: SUP-FAM.....	173
6.6 Análise do diagrama de Sankey da categoria	177
6.7 Síntese da Categoria	179
7. Categoria: Condições físicas e psicológicas	182
7.1 Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria	182
7.2 Análise da nuvem de palavras da categoria.....	184
7.3 Análise da nuvem de palavras do código: PER-MUS.....	188
7.4 Análise da nuvem de palavras do código: IMP-EMO.....	189
7.5 Análise do diagrama de Sankey da categoria	193

7.6 Síntese da Categoria	195
8. Categoria: Planejamento e procedimentos de intervenções.....	197
8.1 Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria	197
8.2 Análise da nuvem de palavras da categoria.....	199
8.3 Análise da nuvem de palavras do código: PLAN-CUI	203
8.4 Análise da nuvem de palavras do código: EX-DEG	206
8.5 Análise da nuvem de palavras do código: EST-POS	209
8.6 Análise do diagrama de Sankey da categoria	211
8.7 Síntese da Categoria	214
9. Categoria: Percepção sobre competências e formação própria.....	216
9.1 Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria	216
9.2 Análise da nuvem de palavras da categoria codificada: PER-COMP-FOR.....	219
9.3 Análise do diagrama de Sankey da categoria	231
9.4 Síntese da Categoria	233
10. Categoria: Profissionais habilitados.....	235
10.1 Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria	235
10.2 Análise da nuvem de palavras da categoria codificada: PRO-HAB	237
10.3 Análise do diagrama de Sankey da categoria	246
10.4 Síntese da Categoria	248
Capítulo IV – Discussão dos resultados e conclusão.....	250
1. Discussão dos resultados e conclusão	250
Bibliografia	260
Anexos	273
Anexo 1. Preparação e guião da entrevista.....	274
1. Preparação da entrevista.....	274
1.1 Organização da entrevista	274
1.2 Apresentação	274
2. Sensibilização para o tema	274
3. Entrevista.....	274
3.1 Temas	274

4. Agradecimentos.....	275
5. Guião da entrevista.....	275
5.1 Apresentação	275
5.2 Introdução ao tema	276
5.3 Entrevista.....	276
5.3.1. Temas e perguntas principais	276
5.4 Agradecimentos, encerramento e disponibilidade para futuros contactos	277
Anexo 2. Declaração de consentimento informado, livre e esclarecido	279

Agradecimentos

Quero expressar os meus sinceros agradecimentos a todos os que, de alguma forma, contribuíram para a concretização desta dissertação.

Em primeiro lugar, agradeço ao Professor Doutor António Manuel Godinho da Fonseca pela forma simples, correta e cientificamente rigorosa com que conduziu as orientações ao longo deste percurso. A sua disponibilidade, trato cordial e constante estímulo em cada reunião foram fundamentais para que nunca me sentisse desmotivada, mesmo nos momentos de dúvida. Agradeço também pela amizade e generosidade com que me incentivou e auxiliou, transformando o que parecia complexo em algo acessível e exequível. Reconheço-o como uma grande pessoa, cujo diálogo é sempre marcado pela simplicidade, sem impor o seu merecido mérito enquanto Professor de excelência.

À Professora Doutora Catarina Vieira da Silva, Coordenadora do Mestrado, agradeço o apoio, o incentivo e a preciosa ajuda que possibilitaram a recolha de dados.

Agradeço à instituição e aos seus colaboradores, com especial reconhecimento a Anabela Abreu e Cecília Araújo, pela constante disponibilidade, pelas palavras amigas e pela incansável disposição para ajudar.

À Professora Doutora Vera Mafalda Gomes Duarte, ao Dr. Isaque Dias, ao Dr. Carlos Gomes e ao Provedor, Dr. Bernardo Reis, da Santa Casa da Misericórdia de Braga, o meu sincero agradecimento pelo incentivo e apoio durante o processo de obtenção de autorizações junto das ERPI.

Aos meus amigos mais próximos, que admiro profundamente pelo seu valor humano e pelo profissionalismo exemplar, expresso o meu mais sincero agradecimento. A vossa amizade, carinho e apoio constante foram uma fonte de inspiração ao longo desta caminhada. Agradeço de coração a Tânia Dias, Diana Grandi, Susana Mestre, Isabel Guimarães, Irene Marchesan, Daniela Oliveira, Carla Ferreira, Margarida Grilo, Sara Brito, Susana Araújo, Alexandre Cavallieri, Tatiana Macêdo, Ana Maria Furkim, Maria Inês Pegoraro-Krook, Roberta Martinelli, Roberta Gonçalves da Silva, Ana Tereza Marques, Wagner Teobaldo, Sílvia Benevides, Tatiana Chaves, Janaína Pimenta, Geová Amorim, Hilton Justino, Daniela Andrade, Sandra Martins, Inês Tello Rodrigues, Ana Filipa Bessa, Marta Silva, Margarida Oliveira, Inês Mendes, Inês Lopes, Patrícia

Nogueira, Carina Esperancinha, Catarina Amador e a toda a equipa de colaboradores e estudantes do Instituto EPAP pelas palavras de encorajamento e pela amizade incondicional. São, sem dúvida, a minha inspiração e motivação diária.

A António Vieira, o meu profundo e eterno agradecimento por estar sempre ao meu lado, em todos os momentos, com uma presença indispensável que me sustentou nos desafios mais difíceis desta jornada. A sua paciência, compreensão e inabalável apoio foram essenciais ao longo dos meses de intensa dedicação a esta investigação, durante os quais muitas vezes estive ausente. Sem a sua força e incentivo constante, este percurso teria sido infinitamente mais árduo.

À minha família, em especial à minha mãe e aos meus irmãos, o meu profundo amor e reconhecimento, por serem o meu alicerce.

Gostaria também de expressar o meu sincero agradecimento a Andreia Cabrito, cuja investigação anterior serviu de base para a estruturação do guião de entrevistas utilizado neste estudo. A sua generosidade em autorizar a consulta ao seu questionário, previamente desenvolvido sobre uma temática similar, foi fundamental para a criação de um instrumento de diálogo eficaz entre os profissionais envolvidos. A revisão da literatura e a adaptação de temas para o debate de questões fundamentais neste estudo não teriam sido tão bem-sucedidas sem a sua valiosa contribuição.

Por fim, mas não menos importante, agradeço a todos os Diretores Técnicos das ERPI, que gentilmente aceitaram participar como entrevistados neste estudo. Sem a vossa amabilidade, disponibilidade, altruísmo e verdadeiro sentido de ajuda ao próximo, esta investigação não teria alcançado a representatividade de todos os concelhos de Braga. O meu muito obrigado.

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos os idosos que, com a sua sabedoria e resiliência, nos ensinam diariamente o verdadeiro valor da vida. Embora esta investigação tenha sido realizada com os diretores técnicos das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), foi sempre com o propósito de melhorar a vossa qualidade de vida que cada etapa deste estudo foi conduzida. O vosso exemplo e as vossas histórias são a força inspiradora por detrás da procura incessante por cuidados mais humanizados e eficazes. Que este trabalho possa, de alguma forma, contribuir para receberem o respeito, a dignidade e o cuidado que merecem.

RESUMO

A presente dissertação investiga as percepções dos diretores técnicos de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) no distrito de Braga sobre a deglutição e a gestão da disfagia em idosos institucionalizados. A relevância do tema está associada à elevada prevalência da disfagia nesta população e aos potenciais impactos na saúde, como a desnutrição e a pneumonia por aspiração. O objetivo geral foi analisar as percepções dos diretores técnicos sobre a deglutição, explorando o conhecimento acerca da disfagia, as práticas adotadas para a sua gestão e os desafios enfrentados. A investigação seguiu uma abordagem qualitativa, recorrendo a entrevistas semi-estruturadas realizadas junto de 27 diretores técnicos de ERPI, representando todos os 14 concelhos do distrito de Braga. A recolha de dados foi complementada pela análise de coocorrências e coeficientes de força, com auxílio do “software” ATLAS.ti. Os resultados indicam que, embora a importância da deglutição e os riscos associados à disfagia sejam reconhecidos, persistem lacunas no conhecimento técnico específico, necessário para uma gestão mais eficaz da condição. Os diretores técnicos relatam dificuldades na implementação de protocolos padronizados e na contratação de profissionais habilitados para a formação de equipas multidisciplinares. As implicações deste estudo apontam para a necessidade de formação contínua nas ERPI e a criação de políticas públicas que garantam a disponibilização de recursos especializados. Conclui-se que, embora os diretores técnicos reconheçam a importância da deglutição correta, as limitações enfrentadas comprometem a implementação de práticas preventivas e de reabilitação adequadas.

PALAVRAS-CHAVE: Idosos, ERPI, Deglutição, Disfagia.

ABSTRACT

This dissertation investigates the perceptions of technical directors of Residential Structures for the Elderly (ERPI) in the district of Braga regarding swallowing and the management of dysphagia in institutionalized elderly individuals. The relevance of the topic is linked to the high prevalence of dysphagia within this population and its potential health impacts, such as malnutrition and aspiration pneumonia. The general objective was to analyse the perceptions of the technical directors concerning swallowing, exploring their knowledge of dysphagia, the practices adopted for its management, and the challenges faced. The research followed a qualitative approach, employing semi-structured interviews conducted with 27 technical directors of ERPI, representing all 14 municipalities in the district of Braga. Data collection was supplemented by an analysis of co-occurrences and strength coefficients, aided by ATLAS.ti software. The results indicate that, although the importance of swallowing and the risks associated with dysphagia are recognized, there are still gaps in the specific technical knowledge necessary for more effective management of the condition. The technical directors report difficulties in implementing standardized protocols and in hiring qualified professionals for the formation of multidisciplinary teams. The implications of this study highlight the need for continuous training within ERPI and the creation of public policies that ensure the availability of specialized resources. It is concluded that, although the technical directors recognize the importance of proper swallowing, the limitations they face compromise the implementation of adequate preventive and rehabilitative practices.

KEYWORDS: Elderly, ERPI, Swallowing, Dysphagia.

SIGLAS

AÇ-ENG - Ações em casos de engasgamento
ADAP-DIET - Adaptações dietéticas
ALI-ADAP - Alimentação adaptada
AVA-IND - Avaliação individualizada
AVA-INST - Avaliação instrumental
AVD – Atividades da Vida Diária
AVC - Acidente Vascular Cerebral
AVCs - Acidentes Vasculares Cerebrais
DEF-DEG - Definição de deglutição
DGERT – Direção Geral das Relações de Trabalho
DT - Diretor Técnico
DTs - Diretores Técnicos
ENEAS – Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável
ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
EST-MAN - Estratégias de manutenção
EST-POS - Estratégias de posicionamento
EX-DEG - Exercícios de deglutição
FEES - Avaliação endoscópica da deglutição por fibra ótica
IMC – Índice de massa corpórea
IMP-AVA-REB - Importância da avaliação e reabilitação
IMP-DEG - Importância da deglutição
IMP-EMO - Impacto emocional
INC-TOS - Incentivar a tosse
INT-MULT - Integração multidisciplinar
IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social
LIM-FIN - Limitações financeiras
MAN-HEIM - Manobra de Heimlich
MON-CON - Monitorização contínua

NEC-FOR - Necessidade de formação

OECD - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (*Organisation for Economic Co-operation and Development*).

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PEG – Gastrostomia Percutânea Endoscópica

PEGs – Gastrostomias Percutâneas Endoscópicas

PER-COMP-FOR - Perceção sobre competências e formação própria

PER-MUS - Perda muscular

PIC - Plano Individual de Cuidados

PlanAPP - Centro de Competências de Planeamento, de Políticas e de Prospetiva da Administração Pública

PLAN-CUI - Planeamento de cuidados

PRO-EME - Protocolos de emergência

PRO-HAB - Profissionais habilitados

RGPD - Regulamento Geral de Proteção de Dados

RIS-CON - Riscos e consequências

SIGO - Sistema de Informação e Gestão da Oferta Educativa e Formativa

SIN-AL - Sinais de alerta

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SUP-FAM - Suporte familiar

TOP-FOR - Tópicos de formação

VFD – Videofluoscopia da deglutição

TABELAS

Tabela 1 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Definição e importância da deglutição

Tabela 2 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Gestão de risco e segurança

Tabela 3 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Avaliação e monitorização

Tabela 4 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Adaptações na alimentação e estratégias de manutenção

Tabela 5 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Educação e capacitação

Tabela 6 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Suporte familiar, financeiro e integração

Tabela 7 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Condições físicas e psicológicas

Tabela 8 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Planeamento e procedimentos de intervenções

Tabela 9 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Perceção sobre competências e formação própria

Tabela 10 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Profissionais habilitados

FIGURAS

Figura 1 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Definição e importância da deglutição e seus códigos (DEF-DEG e IMP-DEG)

Figura 2 – Nuvem de palavras da categoria: Definição e importância da deglutição;

Figura 3 – Nuvem de palavras do código: DEF-DEG

Figura 4 – Nuvem de palavras do código: IMP-DEG

Figura 5 – Diagrama de Sankey da categoria: Definição e importância da deglutição

Figura 6 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Gestão de risco e segurança

Figura 7 – Nuvem de palavras da categoria: Gestão de riscos e segurança

Figura 8 – Nuvem de palavras do código: AÇ-ENG

Figura 9 – Nuvem de palavras do código: SIN-AL

Figura 10 – Nuvem de palavras do código: PRO-EME

Figura 11 – Nuvem de palavras do código: RIS-COM

Figura 12 – Nuvem de palavras do código: MAN-HEIM

Figura 13 – Nuvem de palavras do código: INC-TOS

Figura 14 – Diagrama de Sankey da categoria: Gestão de risco e segurança

Figura 15 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Avaliação e monitorização

Figura 16 – Nuvem de palavras da categoria: Avaliação e monitorização

Figura 17 – Nuvem de palavras do código: AVA-IND

Figura 18 – Nuvem de palavras do código: MON-COM

Figura 19 – Nuvem de palavras do código: IMP-AVA-REB

Figura 20 – Nuvem de palavras do código: AVA-INST

Figura 21 – Diagrama de Sankey da categoria: Avaliação e monitorização

Figura 22 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Adaptações na alimentação e estratégias de manutenção

Figura 23 – Nuvem de palavras da categoria: Adaptações na alimentação e estratégias de

manutenção

Figura 24 – Nuvem de palavras do código: ADAP-DIET

Figura 25 – Nuvem de palavras do código: ALI-ADAP

Figura 26 – Nuvem de palavras do código: EST-MAN

Figura 27 - Diagrama de Sankey da categoria: Adaptações na alimentação e estratégias de manutenção

Figura 28 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Educação e capacitação

Figura 29 – Nuvem de palavras da categoria: Educação e capacitação

Figura 30 – Nuvem de palavras do código: NEC-FOR

Figura 31 – Nuvem de palavras do código: TOP-FOR

Figura 32 - Diagrama de Sankey da categoria: Educação e capacitação

Figura 33 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Suporte familiar, financeiro e integração

Figura 34 – Nuvem de palavras da categoria: Suporte familiar, financeiro e integração

Figura 35 – Nuvem de palavras do código: INT-MULT

Figura 36 – Nuvem de palavras do código: LIM-FIN

Figura 37 – Nuvem de palavras do código: SUP-FAM

Figura 38 - Diagrama de Sankey da categoria: Suporte familiar, financeiro e integração

Figura 39 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Condições físicas e psicológicas

Figura 40 – Nuvem de palavras da categoria: Condições físicas e psicológicas

Figura 41 – Nuvem de palavras do código: PER-MUS

Figura 42 – Nuvem de palavras do código: IMP-EMO

Figura 43 - Diagrama de Sankey da categoria: Condições físicas e psicológicas

Figura 44 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Planeamento e procedimentos de intervenções

Figura 45 – Nuvem de palavras da categoria: Planeamento e procedimentos de intervenções

Figura 46 – Nuvem de palavras do código: PLAN-CUI

Figura 47 – Nuvem de palavras do código: EX-DEG

Figura 48 – Nuvem de palavras do código: EST-POS

Figura 49 - Diagrama de Sankey da categoria: Planeamento e procedimentos de intervenções

Figura 50 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Perceção sobre competências e formação própria

Figura 51 – Nuvem de palavras da categoria: Perceção sobre competências e formação própria - PER-COMP-FOR

Figura 52 - Diagrama de Sankey da categoria: Perceção sobre competências e formação própria

Figura 53 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Profissionais habilitados

Figura 54 – Nuvem de palavras da categoria codificada: Profissionais habilitados - PRO-HAB

Figura 55 - Diagrama de Sankey da categoria: Profissionais habilitados

Introdução

O processo de envelhecimento envolve uma série de transformações orgânicas que se refletem numa deterioração gradual das capacidades físicas e cognitivas; embora a relação entre a idade cronológica e as transformações que o organismo sofre seja bastante subjetiva, não há dúvida de que ocorrem mudanças fisiológicas que exigem serviços de saúde para os adultos mais velhos. Neste sentido, à medida que o envelhecimento ocorre, aumenta a possibilidade de sofrer de doenças orgânicas (OMS, 2023).

A esperança de vida dos seres humanos tem aumentado ao longo do tempo, o que implica maiores desafios sanitários, sociais e económicos (Cylus et al., 2019), dentro dos quais é necessário referir a institucionalização, tendo em conta que, por várias razões, muitos idosos são institucionalizados em residências especiais, que procuram garantir-lhes cuidados integrais adequados e uma boa qualidade de vida.

No entanto, os idosos institucionalizados enfrentam desafios de saúde física e psicológica. Entre os problemas de saúde com maior prevalência entre os idosos institucionalizados encontram-se os problemas de deglutição. O processo de envelhecimento provoca uma série de alterações nas estruturas do sistema estomatognático que se manifestam em disfunções em diferentes fases da deglutição (Ambiado e Borjas, 2021), resultando em desnutrição, diminuição do índice de massa corporal e depressão, entre outros problemas. Perante esta realidade, urge a necessidade de detetar e abordar a problemática da disfagia na população idosa institucionalizada, tendo em conta as várias desvantagens que provoca na sua qualidade de vida.

Em Portugal, existem as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), reguladas pelo Instituto de Segurança Social I. P., e o seu funcionamento é regulado pelo Artigo 12.º da Portaria n.º 67/2012, conforme alterada pela publicação do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (2023). Nestas estruturas, os idosos recebem os cuidados básicos necessários à sua segurança e bem-estar, o que requer o trabalho de um diretor técnico, responsável pela direção do funcionamento destes centros de atendimento, cuja função primordial é coordenar as atividades do pessoal que trabalha nestas instituições e sensibilizá-lo para os problemas dos idosos.

Especificamente, o presente trabalho irá debruçar-se sobre a atuação dos diretores técnicos de ERPI, no que concerne à prestação de cuidados a idosos com disfagia, tendo em conta

que autores como Fernández-Getino Sallés (2018) e Sousa et al. (2022), entre outros, situam a prevalência desta condição num intervalo de 40% a 60% em adultos institucionalizados, o que reflete a magnitude do problema e a necessidade de o abordar de forma eficaz. Neste sentido, o objetivo deste trabalho é analisar a perceção dos diretores técnicos de ERPI relativamente à deglutição no idoso, na perspetiva do bem-estar do idoso institucionalizado.

Para o efeito, foi realizada uma investigação descritiva apoiada num desenho de campo, trabalhando com uma amostra de 27 diretores técnicos de ERPI do distrito de Braga. Este distrito possui um total de 172 ERPI, com uma capacidade total de 6979 utentes e atualmente acolhendo 6509 utentes, conforme o sítio “web” da “Carta Social”. A investigação focou-se na prestação de cuidados aos idosos com disfagia.

Capítulo I. Enquadramento Teórico

1. Envelhecimento

De uma perspetiva biológica, o processo de envelhecimento é causado pela acumulação progressiva de vários tipos de deterioração molecular e celular ao longo do tempo, envolvendo um declínio gradual das capacidades físicas e cognitivas, bem como uma maior suscetibilidade à doença e, em última análise, à morte (OMS, 2023). Estas transformações não seguem um padrão constante ou uniforme, e a sua relação com a idade cronológica de um indivíduo é bastante subjetiva. A heterogeneidade observada na velhice não é fortuita; no entanto, é importante referir que o processo natural de envelhecimento acarreta diferentes alterações fisiológicas no organismo, que podem estar associadas ao aparecimento de doenças crónicas nesta população, da qual faz parte inúmeras pessoas que requerem cuidados nos serviços de saúde (Moura e Dantas, 2012).

Não há consenso sobre a idade que limita a juventude e demarca o envelhecimento, pois há várias abordagens envolvidas; assim, fala-se em idade cronológica, psicológica, biológica ou social. Por seu lado, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu que um adulto idoso é uma pessoa que atingiu a idade de 60 anos; no entanto, nos países desenvolvidos, esta idade é de 65 anos (Soria e Montoya, 2017).

Para além das modificações biológicas, o processo de envelhecimento está frequentemente associado a outras fases cruciais da vida, como a reforma do trabalho, a mudança para locais de residência mais adequados e a perda de amigos e companheiros (OMS, 2023, para. 4).

As doenças comuns associadas à velhice incluem o declínio da audição, as opacidades do cristalino e a deficiência visual, o desconforto nas costas e no pescoço, a osteoartrite, as doenças respiratórias crónicas, a diabetes, a tristeza e a deficiência cognitiva. À medida que envelhecemos, aumenta a probabilidade de sofrermos de várias doenças em simultâneo (OMS, 2023, para. 5). A velhice distingue-se ainda pela manifestação de uma série de condições clínicas complexas, comumente designadas por síndromes geriátricas. Estas são frequentemente o resultado de múltiplos fatores, incluindo fragilidade, perda de controlo urinário, quedas, episódios de confusão e lesões por pressão (OMS, 2023, para. 6).

O aumento da esperança de vida à nascença e a transformação demográfica mundial no sentido de uma maior longevidade colocam desafios sociais e económicos sem paralelo na era

contemporânea (Cylus et al., 2019). Este fato é particularmente preocupante, uma vez que o aumento da esperança de vida conduz geralmente a mais anos de doença (OMS, 2023). Ademais, levanta a questão de como promover o envelhecimento saudável da população (Menassa et al., 2023).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), no seu relatório “*Decade of Healthy Ageing: Baseline Report*” (2021), estabelece o conceito de Envelhecimento Bem-sucedido como a preservação da capacidade funcional, que permite aos indivíduos satisfazer as suas necessidades e participar ativamente na sociedade dentro do seu ambiente. O relatório reforça a importância de promover atitudes positivas em relação ao envelhecimento, desenvolver comunidades adaptadas aos idosos, integrar cuidados de saúde e garantir o acesso a cuidados de longo prazo, essenciais para assegurar que os idosos possam viver com dignidade e manter a sua funcionalidade ao longo da vida (WHO, 2021).

No entanto, é importante referir que existem várias definições adicionais neste domínio (Menassa et al. (2023). A investigação anterior sobre o envelhecimento bem-sucedido revela uma proliferação de termos normativos, como envelhecimento resiliente, envelhecimento bem-sucedido e muitos outros, bem como uma diversidade notável na aplicação de modelos e definições conceptuais (Cosco et al., 2013; Udo, 2016).

Possivelmente, a complexidade em alcançar unanimidade sobre tais termos deve-se às intrincadas redes de mecanismos biológicos presentes no processo de envelhecimento, às diversas interpretações do envelhecimento bem-sucedido em diferentes populações e contextos, e ao debate em curso em torno do conceito de saúde (Haverkamp et al., 2018; Van der Linden et al., 2022).

A convergência de conceitos apresenta-se como uma tarefa primordial para desenvolver políticas e melhorar o envelhecimento bem-sucedido com base nos objetivos estabelecidos pela OMS para 2030. Uma compreensão aprofundada dos princípios teóricos subjacentes às aplicações práticas do envelhecimento bem-sucedido é essencial por duas razões: a) para promover a investigação empírica centrada em dimensões conceptuais e resultados claros em diversos grupos e contextos populacionais e b) a partir daí, para implementar estratégias baseadas em evidências para o envelhecimento bem-sucedido, abordando os fatores biológicos, demográficos, sociais, psicológicos e comportamentais que influenciam esta fase da vida nestes contextos (Menassa et al., 2023).

Existe um consenso de que o envelhecimento bem-sucedido é influenciado por uma variedade de elementos, incluindo particularidades individuais, recursos disponíveis, metas estabelecidas e fatores contextuais específicos em várias dimensões subjetivas e objetivas, tais como cognitivas, físicas, psicológicas, sociais, ambientais, políticas, culturais, económicas, demográficas e espirituais (Menassa et al., 2023).

O envelhecimento bem-sucedido pode ser definido via duas abordagens predominantes, separadamente ou em combinação: (1) a partir de resultados de saúde nas dimensões cognitiva, física, social e psicológica, que se manifestam principalmente através da ausência de doença e incapacidade a nível individual, e da redução da carga de doença e mortalidade a nível populacional; e (2) por meio de processos adaptativos durante o curso de vida, que envolvem interações dinâmicas entre a pessoa e o seu ambiente, em resposta às mudanças que acompanham o envelhecimento em múltiplas dimensões (Menassa et al., 2023). Nesta linha, o envelhecimento bem-sucedido pode ainda ser definido pela sua correspondência com o ambiente e pelo reforço da saúde.

No entanto, é necessário salientar que a ideia de envelhecimento ao longo da história tem colocado os adultos mais velhos numa situação de vulnerabilidade; e neste sentido, a secção seguinte refere-se à prática da institucionalização, à qual está sujeita uma grande parte da população idosa a nível mundial.

2. Institucionalização de pessoas idosas

O aparecimento de instituições para idosos remonta ao período cristão, aproximadamente entre 520 e 590, quando o Papa Pelágio II converteu a sua residência num hospital dedicado aos cuidados dos idosos. Durante o período medieval, aqueles que prestavam serviços de assistência aos menos afortunados nos hospitais, quer fossem religiosos ou seculares, eram valorizados como atos de caridade. Estas instituições tinham o duplo objetivo de zelar pela salvação das almas e de separar os indivíduos que pudessem representar um risco para a saúde da comunidade. Assim, surgiram as primeiras instituições com um objetivo de assistência, de formação espiritual e de exclusão social. A criação destas instituições teve como base a necessidade de resolver os problemas de mendicidade, pobreza e doença que existiam na altura (Fagundes et al., 2017).

Com o passar do tempo, indivíduos que enfrentavam circunstâncias semelhantes passaram a ser tratados de forma segregada, levando à criação de espaços específicos como leprosários,

manicômios e asilos. Nos seus primórdios, os manicômios tinham a função de acolher aqueles que não se enquadravam noutras instituições, como os vagabundos e os idosos. Somente a partir do final do século XX, o termo “asilos” começou a ser substituído por “instituição para idosos” (Ximenes & Côrte, 2007). Embora atualmente o termo “asilos” ainda seja utilizado, mantém vestígios da sua primeira conotação de exclusão social. Estas instituições são reconhecidas como locais destinados a acolher pessoas idosas que necessitam de um espaço para residir, alimentar-se e receber cuidados básicos (Fagundes et al., 2017).

Durante muito tempo, as pessoas idosas foram consideradas uma minoria na população e receberam pouca atenção em termos de questões de saúde. Atualmente, porém, a situação mudou devido ao seu número crescente. Apesar disso, muitas pessoas têm uma percepção errada devido à falta de informação adequada, acreditando erradamente que a velhice é uma doença. No entanto, é inegável que as particularidades dos idosos estão associadas a uma maior incidência de doenças, pois quase todas as condições médicas se tornam mais comuns na segunda fase da vida (Laguado et al., 2017).

O processo de envelhecimento distingue-se por modificações e alterações que ocorrem devido à interação entre elementos internos (genéticos) e externos (ambientais), tanto protetores como prejudiciais (fatores de risco), ao longo da vida. Estas transformações reflectem-se em declínios do estado de saúde, determinantes do seu declínio funcional, conduzindo a situações de limitação no idoso, como a falta de mobilidade, a instabilidade e o défice cognitivo (Machado et al., 2014).

Por este fato, muitos idosos são institucionalizados em residências especiais. Os lares de idosos são instalações onde os indivíduos vivem por longos períodos e recebem cuidados essenciais e um nível de conforto adequado e adaptado às suas necessidades (Agudelo et al., 2020). No entanto, o indivíduo idoso institucionalizado experimenta uma diminuição ou interrupção das suas interações sociais e familiares, conforme a teoria do distanciamento social, que envolve a confluência de vários elementos como a perda de ligações pessoais, a cessação da atividade laboral, a redução da comunicação com a família e amigos; e a mudança de residência (García et al., 2017).

De acordo com Ling et al. (2023), as cidades têm atualmente um número considerável de habitantes mais velhos. A aparente disparidade espacial e as consequências arraigadas no contexto do envelhecimento populacional atual indicam a necessidade premente de adaptar

atributos baseados na escala e no espaço para o envelhecimento no ambiente local (Skinner et al., 2015). Os ambientes onde as pessoas vivenciam o processo de envelhecimento são adversos e repletos de desafios, colocando potenciais barreiras à implementação ou consideração de um “design” amigo da idade num local apropriado (Lewis & Buffel, 2020).

Isto implica a necessidade de uma compreensão e de uma ligação entre as pessoas e o seu ambiente para se adaptarem à abordagem de saúde resiliente. É essencial melhorar os aspetos físicos e sociais e os serviços nas comunidades, bem como as opções de habitação disponíveis (da Silva Júnior et al., 2019). Para tal, o planeamento prévio é essencial e fundamental. O processo de envelhecimento coloca vários desafios relativamente ao ambiente construído e à prestação de serviços adequados aos residentes, incluindo a conceção de ambientes habitáveis (Grazuleviciute et al., 2021).

Considerando as exigências de uma sociedade envelhecida, é essencial que o planeamento e a conceção das cidades, comunidades e habitações se concentrem na adaptação às necessidades das pessoas idosas, visando reforçar as funções comunitárias e desenvolver produtos habitacionais inovadores (Forsyth et al., 2019) (Ling et al., 2023).

A este respeito, afirma-se que a habitação amiga da idade deve ser adequada tanto para os residentes mais jovens como para os mais velhos (Fulmer et al., 2020). A tónica deve ser colocada na localização, bem como na oferta de habitações multifamiliares e numa disposição espacial adequada. Por conseguinte, é necessária uma análise aprofundada das condições de habitação, da estabilidade económica, dos cuidados de saúde e da criação de ambientes de vida confortáveis para a população idosa (Caniglia et al., 2021).

Afirma-se também que é fundamental uma investigação mais aprofundada sobre os cuidados de longa duração e a melhoria das atuais condições de habitação no contexto do envelhecimento. Embora a importância do ambiente no processo de envelhecimento seja aceite, as soluções médicas, farmacológicas e de alta tecnologia centradas na intervenção são frequentemente consideradas prioritárias como abordagens limitadas no domínio da saúde atualmente (Ling et al., 2023).

Para o processo de envelhecimento dos idosos institucionalizados, é fundamental concentrar-se na melhoria da experiência de vida, tanto de uma perspetiva física como não física. A procura crescente cria uma necessidade urgente de compreender o estado de ser da população idosa, o que é crucial para o desenvolvimento de soluções de habitação e cuidados eficazes e

adequados, adaptados às suas necessidades individuais. Sem dúvida, a adoção de uma abordagem mais ampla que considere as complexidades espaciais ao formular uma solução prática poderia apoiar um envelhecimento mais eficiente no local (Chrysikou, 2018; Lewis & Buffel, 2020).

Ainda faltam conhecimentos sobre a forma de materializar estas preferências em conceitos práticos de habitação e de concepção arquitetônica. Uma abordagem de vida otimizada deve considerar sistematicamente combinações arquitetonicamente viáveis de habitações, tendo simultaneamente em conta vários atributos urbanos amigos do idoso recomendados pela OMS (Ossokina et al., 2020). É importante procurar melhorar as possibilidades de bem-estar, participação e segurança para enriquecer a qualidade de vida à medida que as pessoas passam pelo processo de envelhecimento. A consideração do envelhecimento é primordial para promover a inclusão e, por conseguinte, deve ser tida em conta na concepção de todos os espaços onde a atividade humana tem lugar (Ling et al., 2023).

A disciplina da gerontologia ambiental reconhece a relação especial entre o processo de envelhecimento e o ambiente físico; foram desenvolvidos recursos para responder às exigências ambientais das pessoas idosas. No entanto, a aplicação de tais diretrizes não é muitas vezes suficiente em termos de aspiração centrada na pessoa, uma vez que as diferenças de interpretação nos domínios da saúde e do “design” impedem uma compreensão adequada e a implementação de estratégias eficazes. A fim de promover a resiliência da saúde urbana, é essencial alcançar um consenso interdisciplinar que possa gerar resultados mais eficazes (Wahl et al., 2012).

A familiaridade e o ambiente contextual são fatores-chave que influenciam as preferências de estilo de vida. O aspeto social e físico da funcionalidade é relevante para as prioridades temáticas dos ambientes urbanos amigos do idoso (Mulliner et al., 2020).

3. Definição e processos envolvidos na deglutição

A deglutição é um procedimento sequencial necessário para a ingestão correta dos alimentos. Envolve a transferência de alimentos da boca para o estômago e é um processo complexo que requer a coordenação precisa de várias estruturas anatomofisiológicas, como os músculos da boca, faringe, laringe e esófago (Vargas et al., 2021).

A deglutição é constituída por três fases distintas: a fase oral ou bucal, a fase faríngea e a fase esofágica. Durante a fase oral, ocorre a mastigação e a salivação para formar um bolo alimentar compacto. Além disso, estão envolvidas várias estruturas musculares orofaciais que

ajudam a reter o alimento na cavidade oral, entre as quais a língua desempenha um papel fundamental. A língua é responsável por adotar uma forma sulcada, realizando um movimento peristáltico de anteroposteriorização, permitindo que o bolo alimentar se mova adequadamente em direção ao istmo das fauces (Robert et al., 2000).

Segue-se a fase faríngea, na qual é desencadeado o reflexo de deglutição. Durante esta fase, ocorre a elevação e retração do palato mole, bem como a anteriorização e elevação da laringe. Também ocorrem ações de proteção da via aérea, como a descida da epiglote e o encerramento das bandas ventriculares e das pregas vocais. Tudo isso favorece o peristaltismo faríngeo (Vargas, 2019).

Finalmente, a fase esofágica começa com a abertura do esfíncter esofágico superior (EES), que permite a passagem do bolo alimentar para esta cavidade. A partir daí, o conteúdo é direcionado para o estômago, auxiliado pelo peristaltismo esofágico (Aguilar et al., 2018).

O reflexo da deglutição impulsiona o alimento da cavidade oral através do esôfago para o estômago numa sequência de movimentos muito precisa. Embora a deglutição comece por ser um processo voluntário, quando o alimento ou o líquido atinge a faringe, torna-se um ato involuntário (Porth, 2015).

A região de controlo da deglutição, localizada na medula oblonga e na ponte, coordena os estímulos sensoriais e os elementos motores do processo de deglutição. Os nervos cranianos: trigêmeo (V), glossofaríngeo (IX), vago (X) e hipoglosso (XII) produzem os impulsos motores necessários para as fases oral e faríngea da deglutição (Porth, 2015).

O nervo pneumogástrico é responsável por gerar os impulsos necessários para a fase esofágica da deglutição. As perturbações que afetam estas áreas do cérebro ou os nervos cranianos podem comprometer a coordenação necessária para efetuar a deglutição. Os doentes afetados correm o risco de aspiração ou de dificuldades respiratórias graves.

A disfagia é uma perturbação da deglutição caracterizada por uma dificuldade na coordenação sequencial e fisiológica do transporte dos alimentos. Pode ser causada por perturbações funcionais, estruturais, iatrogénicas ou psicogénicas, que afetam diretamente a segurança da deglutição. Alguns sinais evidentes deste distúrbio incluem tosse, dor, manobras compensatórias de deglutição, refluxo nasal, presença de resíduos alimentares na boca após a deglutição, aspiração frequente, entre outros (Suárez Escudero et al., 2018). A situação que envolve e origina a disfagia no indivíduo, motiva a busca por alternativas que devem ser

consideradas a partir de abordagens médicas, sensoriais, emocionais e sociais, a fim de melhorar a qualidade de vida (Vargas, 2018).

Dentre os principais motivos da disfagia estão os distúrbios e lesões neurológicas, como acidente vascular cerebral, doença de Parkinson, demência, esclerose múltipla, paralisia cerebral e traumatismo crânioencefálico. Além disso, as doenças malignas são também uma causa comum, incluindo os tumores da cabeça e do pescoço, bem como o cancro do esófago (Cichero, 2013; Jayasekeran et al., 2011).

A disfagia é reconhecida como um sintoma de alerta, ou seja, um indicador que exige uma avaliação imediata para identificar a sua origem e aplicar o tratamento adequado. A disfagia nunca deve ser considerada como uma manifestação normal do processo de envelhecimento (Canham, 2017). As consequências graves da disfagia podem incluir desidratação, desnutrição e redução de peso, pneumonia por aspiração e obstrução das vias aéreas (Forster et al., 2011).

Os sintomas mais comuns da disfagia são (Canham, 2017):

- Tosse ou sensação de engasgamento ao engolir.
- Hesitação ou dificuldade em começar a engolir.
- Sensação de obstrução na garganta ou no peito.
- Alteração da voz ou do discurso.
- Salivação excessiva.
- Regurgitação nasal, sensação de ardor no estômago.
- Lacrimejar após comer.
- Acumulação de comida nas bochechas.
- Arroto.

Outros sinais de disfagia incluem padrões alimentares alterados, fraqueza geral recorrente e alterações do estado cognitivo (Canham, 2017). No entanto, no tratamento da disfagia, não existem ferramentas que permitam determinar a natureza do risco relativamente à presença de várias anomalias funcionais. Por outras palavras, a prática profissional no domínio da disfagia permite classificar a gravidade da disfagia no seu conjunto, mas não qualificar o risco associado às diferentes disfunções que afetam a ingestão de alimentos, que podem mesmo ser fatais (Camarero, 2009). Por isso, é fundamental reconhecer o grau de risco que cada deficiência funcional acarreta e categorizá-la consoante a probabilidade de desencadear disfagia nas três fases da deglutição (Chuhuaicura et al., 2018).

Estão disponíveis técnicas de avaliação que podem categorizar a disfagia utilizando diferentes escalas de gravidade. Estas estratégias de avaliação clínica e instrumental fornecem resultados que suportam a identificação de diferentes níveis para classificar a gravidade da disfagia, sendo assim possível avaliar o estado inicial do paciente e documentar a sua evolução para futuros tratamentos. É comum encontrar uma variedade de disfunções em indivíduos com disfagia, algumas podem representar um risco maior do que outras, no entanto, as escalas de gravidade não detalham o nível de risco, mas promovem uma classificação generalizada. Ao classificar os diferentes riscos funcionais por níveis, o especialista será capaz de identificar o plano de tratamento mais adequado e selecionar estratégias “graduais” para abordar as disfunções funcionais, das mais arriscadas para as menos arriscadas (Vargas et al., 2021).

4. Alterações da deglutição devidas ao envelhecimento

O envelhecimento normal leva a diversas modificações fisiológicas em todo o organismo, com relevância das doenças crônicas nestes indivíduos, que constituem a maior parcela de pessoas que necessitam de assistência nos serviços de saúde (Moura e Dantas, 2012). Para uma alimentação e deglutição adequadas, é fundamental que as estruturas centrais e periféricas estejam altamente sincronizadas; e, além disso, é essencial que os centros reguladores da deglutição estejam em estado saudável. Assim, estabelecem-se interações contínuas de “feedback” entre as estruturas sensoriais e motoras do sistema orofacial, com os centros integradores e reguladores localizados ao nível cortical, subcortical e do tronco cerebral (Cámpora & Falduti, 2019).

Quando estes processos são realizados de forma coordenada, observa-se uma transição adequada entre as fases da deglutição (Bielsa & Urbasos, 2019). No entanto, é importante referir que existem modelos biomecânicos que propõem uma nova conceptualização destas fases e dos diferentes tipos de consistência deglutida (Ortega, 2020).

Numa perspetiva alargada, Rosa & Duek (2018) propõem uma visão abrangente da alimentação e da deglutição em relação à sua eficácia e segurança. A eficácia é definida como a capacidade de satisfazer as necessidades de hidratação e energia, que contribuem para a manutenção do equilíbrio corporal, através do consumo de fluidos e alimentos. A segurança, por outro lado, refere-se a estes processos serem realizados sem provocar penetração ou aspiração antes, durante ou após a deglutição. Para além destes dois conceitos, existem os conceitos de

competência, que se refere à correta execução e coordenação das estruturas orais envolvidas no processo de deglutição; e de conforto, que está relacionado com a vivência da alimentação como uma experiência satisfatória e prazerosa (Bacco et al., 2014).

O processo de envelhecimento, como em todas as áreas do corpo, provoca uma série de modificações nas estruturas do sistema estomatognático. As alterações podem ocorrer em diferentes fases da deglutição (Ambiado e Borjas, 2021, p. 106):

- Fase preparatória oral e oral propriamente dita: alterações dentárias; diminuição da sensação de sabor, problemas de mastigação; redução da pressão e da força da língua; dificuldade em impulsionar o bolo alimentar.

- Fase faríngea: atraso na resposta motora faríngea, trânsito faríngeo lento, redução da elevação laríngea; apneia de deglutição abreviada.

- Fase esofágica: falha na distensão do EES, redução do peristaltismo esofágico, refluxo.

Estas alterações morfológicas, comuns no processo de deglutição em indivíduos idosos sem problemas de saúde, são conhecidas como presbifagia (Robbins et al., 1992). Da mesma forma, ocorrem alterações relacionadas com a idade na fase faríngea, como a falta de sincronização no início dos eventos laríngeos e faríngeos, incluindo o encerramento do vestíbulo laríngeo, a elevação máxima do complexo hiolaríngeo e a abertura do esfíncter esofágico superior. Estas alterações são significativamente atrasadas em comparação com os adultos mais jovens, aumentando o risco de penetração laríngea. Além disso, o bolo alimentar tende a permanecer mais tempo na valécula e nos seios piriformes, o que aumenta o risco de aspiração (Ariza & Rojas, 2020).

5. Complicações e impactos negativos da disfagia em idosos institucionalizados

A disfagia é uma condição que afeta a deglutição e a alimentação seguras das pessoas que a sofrem. Geralmente, desenvolve-se como consequência de doenças específicas, como o acidente vascular cerebral (AVC) ou a demência (Sura et al., 2012). A prevalência da disfagia a nível mundial é de 8%, o que significa que cerca de 590 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem desta doença (Cichero et al., 2017). No entanto, esta percentagem aumenta significativamente em pessoas com mais de 60 anos, variando entre 10% e 33% (Thiyagalingam et al., 2021; Finiels et al., 2001).

O estudo de Fernández-Getino Sallés (2018) revela que a prevalência de disfagia em

idosos institucionalizados com mais de 80 anos varia de 41,5% a 46,7%. Autores como Ekberg et al. (2002), referem que esta percentagem é de 50%, e nos diagnosticados com demência atinge uns alarmantes 84% (Horner et al., 1994). Embora os distúrbios da deglutição sejam comuns nos idosos, a sua prevalência é frequentemente subestimada. Esta subestimação leva a um aumento das taxas de morbilidade e mortalidade associadas, uma vez que apenas cerca de 40% das pessoas com perturbações da deglutição referem ou consultam o seu médico de família sobre este problema (Lieu et al., 2001).

Na mesma linha, Sousa et al. (2022) realizaram um estudo com 93 idosos institucionalizados, e verificaram que 60,22% apresentavam disfagia, o que indica a magnitude do problema e a necessidade de o abordar de forma eficaz.

Outros estudos, como o de Ferrero et al. (2012), também apoiam estes resultados, mostrando uma elevada prevalência de disfagia em populações semelhantes, tal como o estudo de Clavé et al. (2007), que encontrou uma prevalência de disfagia de 60% em idosos institucionalizados. Outros estudos apresentam resultados diferentes relativamente à prevalência da disfagia. Por exemplo, o estudo de Ekberg et al. (2002), efetuado em lares de idosos e clínicas de vários países europeus, encontrou uma prevalência mais baixa, com 36% dos doentes a referirem um diagnóstico confirmado de disfagia. Estas diferenças podem dever-se às diferentes metodologias utilizadas na avaliação da disfagia.

5.1 Impacto da disfagia no estado nutricional dos idosos

Como discutido anteriormente, a disfagia afeta diretamente a capacidade das pessoas alimentarem-se adequadamente, pelo que a desnutrição é uma consequência comum da disfagia nos idosos e tem um impacto significativo no seu bem-estar geral (Carrillo et al., 2016; Namasivayam-MacDonald et al., 2017). Foi demonstrada uma estreita relação entre a disfagia e o risco nutricional médio a elevado (Bonaccorsi et al., 2015). A disfagia aumenta a probabilidade de desnutrição (Nishida et al., 2020) e, por sua vez, a desnutrição aumenta a probabilidade de disfagia (Matsuo et al., 2017; Popman et al., 2018). Estudos adicionais corroboraram esta associação, mostrando que tanto a disfagia como o mau estado nutricional podem afetar negativamente as pessoas idosas, aumentando a sua probabilidade de hospitalização.

No entanto, de acordo com Hanson et al. (2013), o estado nutricional não leva a diferenças significativas na função de deglutição de cada indivíduo, embora a reabilitação e a terapia da disfagia tenham demonstrado melhorar o estado nutricional de cada pessoa (Sura et al., 2012). Da

mesma forma, Takeuchi et al. (2014) afirmam que o risco de disfagia é independente da desnutrição, embora esta possa contribuir para a sua progressão. Mesmo assim, os resultados destacam a importância de abordar de forma abrangente tanto a disfagia como o estado nutricional em pessoas idosas, a fim de melhorar a sua qualidade de vida, reduzir o risco de complicações e diminuir a probabilidade de hospitalização (Leira et al., 2023).

De acordo com Leira et al. (2023), vários parâmetros relacionados com a saúde foram identificados como fatores de risco para a disfagia. Estes incluem o baixo índice de massa corporal (IMC), a desnutrição, a perda de peso não intencional, a má saúde oral, a fragilidade oral, a desidratação, a baixa ingestão de líquidos, o déficit cognitivo, a dependência funcional, a fragilidade física e a perda de força muscular. Nesse sentido, Tamura et al. (2013) encontraram uma relação significativa entre o baixo IMC e a perda por disfagia.

O estudo realizado por Carrillo et al. (2016), teve como objetivo analisar o estado nutricional de idosos institucionalizados com problemas de deglutição em diferentes instituições sociais e de saúde na província de Toledo. Os resultados obtidos revelaram uma elevada proporção de idosos com mau estado nutricional. Além disso, observou-se que a maioria destes indivíduos também tinha patologias associadas, especialmente demência, o que levou a uma maior dependência nas atividades básicas da vida diária, como a mobilidade e a alimentação. Esses achados corroboram investigações anteriores, como o estudo de Jürschik Giménez et al. (2009), que indica que a deglutição prejudicada afeta diretamente o estado nutricional do idoso.

Além disso, os resultados do estudo de Galán-Sánchez et al. (2013) também corroboram esses achados, pois verificaram que 75% dos idosos com disfagia estavam desnutridos, e aqueles com dificuldades de deglutição apresentaram baixa pontuação no Índice de Barthel, que avalia a dependência funcional. Esses dados reforçam a relação entre desnutrição e dependência funcional na população idosa.

Outro aspeto relevante destacado no estudo é a relação entre o número de medicamentos consumidos pelos idosos e o seu estado nutricional. Esse fato já foi documentado em investigações anteriores, como o estudo de Lofrano et al. (2013), onde foi constatado que 72,5% dos idosos acima de 80 anos que consumiam mais de 5 medicamentos apresentavam desnutrição no momento da internação hospitalar.

A prevalência de desnutrição tem variado entre as séries de estudos, indo de 1% a 15% em idosos atendidos em ambulatório, de 17% a 70% nos hospitalizados e chegando a 85% em

residentes de instituições de cuidados (García Flores et al., 2017).

A desnutrição, combinada com as alterações fisiológicas características do envelhecimento, leva à perda de massa muscular, diminuição da força e acumulação de gordura nos músculos (sarcopenia). Este fenômeno também pode ser observado nos músculos do sistema orofacial e estomatognático que estão relacionados com o processo de deglutição, resultando no seu comprometimento e na ocorrência de presbifagia (Laguna et al., 2015).

Para além do exposto, a perda de dentes, a redução da coordenação dos movimentos orais e as alterações da acuidade visual e olfativa também têm impacto na percepção do sabor dos alimentos e modificam os padrões alimentares desta população, levando a uma diminuição do apetite e ao aparecimento de carências nutricionais (Giacalone et al., 2015). Para além destas alterações, existem alterações não fisiológicas, representadas por fatores psicológicos e sociais presentes no envelhecimento, que também podem ter um impacto negativo na nutrição dos adultos mais velhos (García Flores et al., 2017). A desnutrição também pode ter um efeito prejudicial no estado emocional do idoso, contribuindo para a depressão e a perda de qualidade de vida (Easterling & Robbins, 2008). Neste sentido, é essencial reconhecer a importância de abordar adequadamente este problema e prestar os cuidados necessários aos idosos afetados (Carrillo et al., 2016).

Nas instituições de saúde, o ambiente é mais propício para prevenir, diagnosticar e tratar a deficiência da deglutição e a desnutrição, quando comparado com outros contextos sociais. Estas instituições dispõem de pessoal de saúde qualificado e com formação específica para a gestão destas patologias, o que é fundamental para garantir o bem-estar e a segurança dos idosos. A formação especializada dos profissionais de saúde das instituições sociais e de saúde permite-lhes aplicar técnicas e avaliações precisas para detetar e avaliar a disfagia. Estes profissionais são treinados para identificar a gravidade do problema e elaborar planos de intervenção nutricional individualizados, adaptados às necessidades específicas de cada paciente. Desta forma, garante-se a prestação de cuidados adequados e minimizam-se os riscos associados à disfagia (Carrillo, 2016).

Além disso, as estratégias preventivas podem ser implementadas de forma mais eficaz nestas instituições. Os profissionais de saúde podem educar os idosos sobre hábitos alimentares saudáveis e promover uma nutrição adequada, o que ajuda a prevenir o aparecimento de disfagia e desnutrição. Podem também ser efetuadas avaliações regulares da deglutição para detetar

quaisquer perturbações numa fase inicial e resolver o problema atempadamente. É importante notar que a deglutição deficiente e a subnutrição têm um impacto negativo não só na condição física dos idosos, mas também no seu bem-estar emocional. A falta de ingestão adequada de nutrientes essenciais pode levar a fraqueza, desnutrição e diminuição da função imunitária, o que afeta a qualidade de vida dos idosos. A depressão e a perda de bem-estar emocional também podem estar associadas à desnutrição nesta população (Carrillo et al., 2016).

Os estudos analisados evidenciam a elevada prevalência de um estado nutricional deficiente em idosos institucionalizados com problemas de deglutição. A presença de patologias associadas, como a demência, e a dependência funcional são fatores que influenciam este problema. Contudo, existe evidência de uma relação entre o consumo de múltiplos medicamentos e o estado nutricional dos idosos. Estes resultados destacam a importância de abordar a disfagia, a dependência funcional e a polifarmácia de uma forma abrangente para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar nutricional dos idosos em instituições sociais e de saúde (Carrillo et al., 2016).

5.2 Implicações da disfagia na funcionalidade e no estado emocional dos idosos institucionalizados

Há estudos que demonstram as implicações da disfagia na funcionalidade dos idosos institucionalizados. Segundo o estudo de Fernández-Getino Sallés (2018), 85,71% dos idosos institucionalizados com disfagia apresentavam um grau de dependência grave ou total nas atividades básicas da vida diária (AVDs) e uma elevada taxa de fragilidade em comparação com aqueles cuja função de deglutição está preservada (Ambagtsheer et al., 2020), resultados semelhantes foram obtidos noutras investigações (Cabré et al., 2014; Mateos-Nozal et al., 2020).

Relativamente à função cognitiva, verifica-se uma tendência para um maior comprometimento cognitivo nos idosos com disfagia que se encontram institucionalizados, comparativamente aos que não têm disfagia (Silveira et al., 2011). Estes resultados são consistentes com investigações anteriores que demonstraram uma maior prevalência de défice cognitivo em doentes com disfagia (Ferrero et al., 2009). Além disso, foi observada uma relação positiva entre a pontuação da disfagia e a idade, bem como os sintomas depressivos (Leahy, Holland, & McGinn, 2011).

É importante referir que, embora alguns estudos revelem uma relação entre problemas cognitivos e disfagia (Rodrigues et al., 2020), outros não encontraram diferenças significativas entre o estado cognitivo e a deglutição do indivíduo. Também se verificou que a disfagia está

presente numa percentagem significativa de doentes institucionalizados com demência (Izumi et al., 2022).

A análise dos estudos relacionados com a disfagia orofaríngea permite identificar vários aspetos importantes. Em primeiro lugar, foi estabelecida uma associação entre a disfagia e o défice cognitivo ligeiro (De Stefano et al., 2020). Mais recentemente, foi encontrada uma associação significativa entre o défice cognitivo e as perturbações da deglutição (Dehaghani et al., 2021). Estas diferenças podem dever-se à utilização de diferentes métodos de avaliação da função cognitiva. Por conseguinte, são necessárias diretrizes consensuais para orientar os patologistas da fala na avaliação e gestão da disfagia em pessoas com demência. Além disso, a disfagia tem sido associada de forma independente à fragilidade, independentemente da idade, da presença de doenças neurodegenerativas, do número de doenças crónicas e do uso de medicação (Bahat et al., 2019).

No entanto, tanto a saúde oral (Izumi et al., 2022; Rech et al., 2018) como a cognição foram consideradas potenciais fatores de risco para a disfagia (Chen et al., 2021; Fernández-Getino Sallés, 2018). A saúde oral, incluindo a falta de dentes, uma má higiene oral ou próteses inadequadas, tem sido associada a problemas de deglutição (Dibello et al., 2023; Drancourt et al., 2022). Estes riscos são mais comuns em pessoas idosas institucionalizadas, que são frequentemente dependentes de cuidados e têm uma saúde oral deficiente (Razak et al., 2014). No entanto, alguns resultados indicam que a disfagia está independentemente associada ao estado cognitivo e à fragilidade oral (Nishida et al., 2020).

Os resultados dos estudos consultados indicam que existe uma relação entre a disfagia e o estado funcional, a saúde oral e a cognição. No entanto, a complexidade desta relação e a variabilidade dos resultados realçam a necessidade de mais investigação neste domínio. Uma abordagem abrangente da disfagia deve ter em conta estes potenciais fatores de risco, de modo a melhorar a qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos afetados.

Relativamente aos fatores de risco emocionais, foi observada uma maior frequência de depressão em pessoas com disfagia, embora as diferenças nem sempre tenham sido significativas (Fernández-Getino Sallés, 2018; Peladic et al., 2019). No entanto, foi demonstrado que a ansiedade está presente numa percentagem considerável de doentes disfágicos, tal como a depressão. Estas perturbações afetivas podem agravar a disfagia orofaríngea, uma vez que os sintomas emocionais aumentam as queixas somáticas (Verdonschot et al., 2013). Além disso, foi

encontrada uma associação entre depressão e um risco aumentado de disfagia (Han et al., 2011).

Em conclusão, a disfagia tem uma elevada prevalência nos idosos institucionalizados, o que representa um problema clínico significativo. A dependência funcional parece ser um fator de risco para o desenvolvimento de disfagia, enquanto a presença de depressão não parece ter uma influência direta na ocorrência desta condição. É importante ter em conta o impacto que a disfagia pode ter na funcionalidade, no estado cognitivo e nutricional do idoso, sendo necessários cuidados abrangentes para abordar adequadamente este problema. Destaca também a associação entre disfagia e défice cognitivo, a importância de uma abordagem multidisciplinar na gestão da disfagia, a relação entre disfagia e desidratação, bem como a presença de perturbações emocionais, como a depressão e a ansiedade, em pessoas com disfagia. No entanto, é necessária mais investigação para obter provas sólidas e estabelecer diretrizes claras para a gestão da disfagia em pessoas institucionalizadas com demência.

6. Perfil e competências técnicas dos responsáveis técnicos de um ERPI

Em Portugal, a responsabilidade pela saúde é do Ministério da Saúde, que gere o Serviço Nacional de Saúde. Este serviço inclui tanto as entidades públicas que se dedicam à promoção, prevenção e tratamento da saúde, como as entidades privadas e os profissionais independentes que aceitem prestar essas atividades (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto - Lei de Bases da Saúde). Estas atividades são exercidas, em termos regulamentares, em hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde. Por outro lado, as ERPI são reguladas e financiadas pelo Ministério da Segurança Social e do Trabalho, nomeadamente as desenvolvidas pelas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). Apesar da prática diária de atividades de saúde nas ERPI e do facto de serem acompanhadas e avaliadas pelas Delegações de Saúde Pública, estas estruturas não constituem uma política de saúde (Correia Mimoso, 2020).

Oficialmente, estas estruturas são reguladas pelo Instituto de Segurança Social I.P., por serem consideradas simplesmente “respostas sociais”. No entanto, a complexidade que envolve o fenómeno do envelhecimento e as necessidades de cuidados decorrentes das condições de saúde das pessoas idosas exigem ações que contemplem a interdisciplinaridade dos serviços de saúde a todos os níveis de cuidados (Salcher et al., 2015, p. 260), incluindo no contexto de ERPI.

A organização funcional de ERPI é definida no artigo 12.º da Portaria n.º 67/2012, conforme alterada pela publicação do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social

(2023).

Artigo 12.º

Pessoal

1 - A estrutura residencial deve dispor de pessoal que assegure a prestação dos serviços 24 horas por dia.

2 - A estrutura residencial, para além do diretor técnico, deve dispor no mínimo de:

a) Um(a) animador(a) sociocultural ou educador(a) social ou técnico de geriatria, a tempo parcial por cada 40 residentes;

b) Um(a) enfermeiro(a), por cada 40 residentes;

c) Um(a) ajudante de ação direta, por cada 8 residentes;

d) Um(a) ajudante de ação direta por cada 20 residentes, com vista ao reforço no período noturno;

e) Um(a) encarregado(a) de serviços domésticos em estabelecimentos com capacidade igual ou superior a 40 residentes;

f) Um(a) cozinheiro(a) por estabelecimento;

g) Um(a) ajudante de cozinheiro(a) por cada 20 residentes;

h) Um(a) empregado(a) auxiliar por cada 20 residentes.

3 - Sempre que a estrutura residencial acolha idosos em situação de grande dependência, os rácios de pessoal de enfermagem, ajudante de ação direta e auxiliar são os seguintes:

a) Um(a) enfermeiro(a), para cada 20 residentes;

b) Um(a) ajudante de ação direta, por cada 5 residentes;

c) Um(a) empregado(a) auxiliar por cada 15 residentes.

4 - Os indicadores referidos nos números anteriores podem ser adaptados, com a necessária flexibilidade, em função das características gerais, quer de instalação, quer de funcionamento, quer do número de residentes de cada estrutura residencial.

5 - Nos casos em que os serviços de higiene do ambiente, de tratamento de roupa e de confeção de refeições sejam objeto de contratualização externa pode dispensar-se o pessoal de cozinha e de limpeza.

6 - A estrutura residencial pode contar com a colaboração de voluntários, devidamente enquadrados, não podendo estes ser considerados para efeitos do disposto nos números anteriores.

7 - As ERPI com capacidade até 20 residentes, inclusive, devem garantir, no mínimo a verificação das alíneas a) a d) e h) do n.º 2.

8 - Os profissionais que prestam cuidados aos idosos deverão possuir formação adequada.

9 - O número e as qualificações dos trabalhadores da ERPI devem ser adequados ao cumprimento das funções previstas no artigo 4.º

Artigo 12.º-A

Formação

1 - Para o desenvolvimento dos serviços e cuidados, a ERPI deve proporcionar aos trabalhadores a frequência de formação inicial e contínua adequada à categoria profissional e respetiva função desempenhada ou a desempenhar, nomeadamente através do Centro de Competências de Envelhecimento Ativo, que assegura formação a título gratuito.

2 - A formação pode ser ministrada em contexto de trabalho.

As pessoas idosas são institucionalizadas em ERPI para receberem cuidados básicos num ambiente confortável, onde lhes é garantida segurança e qualidade de vida (Alves et al., 2017). As ERPI desempenham um papel fundamental na provisão das necessidades básicas e no acesso a serviços e recursos de saúde para as pessoas idosas (Oliveira e Rozendo, 2014). De acordo com estes autores, estas instituições prestam cuidados especializados que permitem aos residentes envelhecer e receber cuidados até ao fim da vida. No campo dos cuidados de saúde, as ERPI respondem à procura de cuidados diários, principalmente em atividades de cura, reabilitação, promoção da saúde e educação para a saúde, visando manter a capacidade funcional dos residentes.

Além disso, as ERPI intervêm também junto dos serviços de saúde externos à sua área geográfica quando surgem necessidades de exames ou quando se verificam alterações no estado de saúde dos residentes. Estes cuidados de saúde visam organizar os cuidados, reduzir o risco de dependência física dos idosos, avaliar continuamente a sua capacidade funcional e estabelecer os objetivos individuais necessários segundo as suas necessidades (Medeiros et al., 2015, p. 57).

Os cuidados de saúde nas ERPI são um aspeto crucial para garantir o bem-estar e a qualidade de vida dos residentes (Medeiros et al., 2015, p. 60). Isto reflete na necessidade de considerar as ERPI como serviços de cuidados abrangentes que englobam tanto os aspetos sociais como os de saúde, incluindo as atividades da vida diária, os cuidados médicos e a vida social e emocional. Isso implica que os residentes de ERPI devem ser assistidos por enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas, entre outros profissionais que auxiliam no cuidado integral do adulto idoso (Salcher et al., 2015).

Para atingir estes objetivos e garantir o funcionamento eficiente e eficaz da ERPI, é necessário identificar, organizar e gerir todas as atividades de forma sequencial, integrada e interligada. O Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social exige que estas instituições tenham um diretor técnico, que pode ser um profissional com formação superior ou equivalente e competências pessoais e técnicas adequadas ao desempenho da sua função, preferencialmente em áreas como as Ciências Sociais e do Comportamento, a Saúde ou o Serviço Social (Névoa, 2018).

O diretor técnico é responsável pela gestão do funcionamento do estabelecimento, respeitando as regras estabelecidas pela direção da instituição e a legislação em vigor. O seu trabalho passa por coordenar e supervisionar as atividades dos diferentes serviços, aproveitando as sinergias existentes tanto no seio da instituição como na comunidade local onde esta se insere.

Deve ainda potencializar as competências de cada elemento da equipa e desenvolver estratégias alternativas de intervenção mais eficientes e eficazes, procurando gerar maior sustentabilidade para a instituição (Margarido, et al., 2020). O papel de um diretor técnico está definido no artigo 11.º da Portaria n.º 67/2012, conforme alterada pela publicação do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (2023), através de alguns pontos principais:

Artigo 11.º

Direção técnica

1 - [...]

2 - Ao diretor técnico compete, em geral, dirigir o estabelecimento, assumindo a responsabilidade pela programação e gestão dos serviços, dos cuidados e das atividades e a coordenação e supervisão dos trabalhadores, atendendo à necessidade de estabelecer o modelo de organização técnica adequada ao bom funcionamento do estabelecimento, assegurando a qualidade de vida e dignidade dos residentes, e em especial:

a) Coordenar e orientar a equipa, bem como promover reuniões com os residentes e suas famílias, de modo a dinamizar atividades conjuntas de forma participada e auscultar a satisfação da qualidade dos serviços e cuidados prestados;

b) (Revogada.)

c) [...]

d) Garantir a elaboração, implementação e monitorização do plano de atividades da ERPI;

e) Supervisionar os cuidados e serviços prestados garantindo a sua qualidade;

f) Garantir a supervisão e o acompanhamento da formação inicial e contínua da equipa, nos termos previstos no artigo 12.º-A, em articulação com a direção da instituição;

g) Assegurar, em articulação com a equipa, a realização do diagnóstico e a avaliação contínua das necessidades e expectativas dos residentes integrantes no PIC, bem como a monitorização dos serviços, cuidados e atividades nele constantes;

h) Promover a articulação e o desenvolvimento de relações interinstitucionais com outras entidades e com a comunidade;

i) Garantir a elaboração de protocolos de segurança dos residentes e de sinalização e atuação em emergência e risco de maus-tratos e negligência, bem como facultar o seu acesso.

3 - O diretor técnico, em articulação com a direção da instituição, deve privilegiar estratégias de envolvimento da pessoa, do representante legal e da família na atividade da ERPI, e na execução do PIC, avaliando os cuidados prestados, com o objetivo de garantir a permanente satisfação das necessidades e expectativas, numa ótica de melhoria contínua e de participação ativa de todos os intervenientes.

4 - As funções do diretor técnico podem ser exercidas a 50 %, quando a capacidade da estrutura residencial for igual ou inferior a 30 residentes.

5 - (Anterior n.º 4.)

O diretor técnico tem a responsabilidade global pela gestão da instituição e é responsável pela programação das atividades, pela coordenação e pela supervisão de todo o pessoal. Além disso, deve estabelecer um modelo de gestão técnica adequado ao bom funcionamento da

instituição. É também responsável pela promoção de reuniões técnicas com o pessoal, pela organização de reuniões com os residentes para preparar atividades e pela sensibilização do pessoal para os problemas dos idosos. Além disso, planeia e coordena as atividades sociais, culturais e ocupacionais dos residentes (Portaria n.º 67/2012 de 21 de março de 2012 do Ministério da Solidariedade e Segurança Social).

A figura do diretor técnico é essencial para assegurar uma boa gestão da ERPI e para garantir o bem-estar e a qualidade de vida dos residentes. O seu trabalho vai desde o planeamento das atividades até à coordenação do pessoal e à promoção de um ambiente em que as pessoas idosas possam desenvolver-se plenamente. O papel do diretor técnico nas estruturas residenciais para pessoas idosas é fundamental para orientar a equipa para um objetivo comum: a humanização dos cuidados. Segundo Moura (2014), o líder deve possuir competências como a capacidade de motivar e influenciar o grupo com que trabalha, bem como qualidades como a gestão eficaz de conflitos, a mediação, o conhecimento e o empenho.

O papel do responsável técnico é essencial para garantir a qualidade das intervenções e o bem-estar das pessoas idosas e acarreta um conjunto de responsabilidades éticas e deontológicas. Embora estas figuras profissionais careçam de orientações formais definidas nacionalmente e não estejam regulamentadas no contrato coletivo de trabalho, a sua importância é reconhecida no trabalho de coordenação, apoio e supervisão dos profissionais de intervenção direta (Ribeirinho, 2016). Este profissional deve tomar decisões e fazer escolhas específicas no seu trabalho, tendo em conta tanto as necessidades de uma gestão eficiente e coerente com os princípios e objetivos da instituição, como os direitos dos trabalhadores e a qualidade dos serviços prestados aos utentes (Pereira, 2021).

De acordo com Ribeirinho (2016), a supervisão do diretor técnico envolve um processo de reflexão e análise conjunta com os profissionais de intervenção direta. Através da sua experiência e formação, são desenvolvidas propostas de intervenção com objetivos definidos para melhorar a qualidade das intervenções profissionais. Este processo inclui a formação e o crescimento pessoal dos profissionais, promovendo assim o desenvolvimento das suas capacidades e competências.

Entre as funções específicas do diretor técnico está o desenvolvimento de estratégias de cooperação e a liderança de equipas. Trata-se de promover a complementaridade e a coesão da equipa, facilitando os processos de comunicação entre utentes, colaboradores, familiares e direção. Salienta ainda a importância de promover as reuniões de equipa, nomeadamente a

discussão de casos, como espaços de formação e aprendizagem para os colaboradores.

Além disso, Ribeirinho (2016) sugere que os profissionais com responsabilidades na coordenação e gestão das equipas de cuidados implementem medidas para auxiliar e orientar os cuidadores formais de pessoas idosas ou em situação de dependência. Isto implica o desenvolvimento de estratégias que ajudem os cuidadores a lidar e a ultrapassar as dificuldades associadas ao seu trabalho quotidiano.

Resumidamente, o diretor técnico desempenha um papel fundamental na gestão de uma equipa multidisciplinar nas associações sem fins lucrativos. A sua tarefa consiste em valorizar o potencial individual de cada membro da equipa, garantir o cumprimento dos objetivos da organização e assegurar a satisfação dos utentes. Destaca-se também a importância de manter a sustentabilidade e o equilíbrio financeiro da instituição (Névoa, 2018).

O diretor técnico é também responsável por coordenar e supervisionar as atividades dos colaboradores, assegurando um clima de bem-estar para os utentes. Esta tarefa exige competências de liderança e capacidade de criar condições favoráveis ao bem-estar das pessoas idosas que utilizam os serviços da instituição (Margarido et al., 2020).

A natureza do trabalho em instituições para pessoas idosas implica que o diretor técnico seja confrontado com uma variedade de questões. Por isso, este profissional deve ser versátil e capaz de trabalhar em diferentes áreas de forma adaptada a cada situação. Isto implica a aquisição de múltiplas competências que lhe permitam intervir eficaz e profissionalmente em diferentes contextos (Pereira, 2021).

No entanto, em Portugal, a legislação que regula os ERPI não estabelece indicadores de saúde nem orientações claras para a intervenção dos profissionais de saúde envolvidos (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2023). A falta de regulamentação e de orientação teórica no domínio dos cuidados de saúde e bem-estar nas ERPI tem levado à proliferação de uma variedade de práticas e organizações devido à ambiguidade e falta de informação.

A falta de regulamentação específica também se verifica em áreas como a enfermagem e o apoio médico, que nem sequer são mencionadas na legislação sobre as ERPI em Portugal. Além disso, em áreas como o trabalho social, a psicologia, a nutrição e o desporto para pessoas idosas, as ERPI têm total autonomia para decidir sobre a contribuição destas áreas, o que é importante para uma abordagem multidimensional da intervenção com pessoas idosas, mas, mais uma vez, é

opcional. Esta falta de regulamentação e orientação claras na área dos cuidados de saúde e bem-estar nas ERPI em Portugal cria uma situação em que a frequência e o âmbito do apoio à saúde e serviços relacionados são opcionais e determinados por cada instituição. Este facto pode ter impacto no acompanhamento da situação clínica dos residentes e nos preços cobrados pelos serviços (Correia Mimoso, 2020).

É, por isso, essencial que os ERPI se centrem tanto na dimensão da saúde como na dimensão social, de modo a garantir cuidados abrangentes e de qualidade às pessoas idosas. No caso de Portugal, não existe regulamentação e orientações específicas na área dos cuidados de saúde e bem-estar nas ERPI, o que leva a uma variedade de práticas e organizações. É necessário estabelecer diretrizes claras e assegurar o envolvimento de vários profissionais de saúde, a fim de prestar os melhores cuidados aos residentes de ERPI. Isto permitirá uma abordagem vasta que promova o envelhecimento ativo e melhore a qualidade de vida das pessoas idosas nestas instituições (Correia Mimoso, 2020).

7. Papel dos responsáveis técnicos da ERPI na promoção de uma deglutição correta

A disfagia é frequentemente negligenciada e subestimada na população idosa. Uma das principais razões para esta subestimação é a falta de consciencialização entre os idosos nas fases iniciais de um problema de deglutição, o que leva a que o problema nem sempre seja especificamente avaliado e tratado (Baijens et al., 2016; Sarabia-Cobo et al., 2016). É essencial promover uma maior consciencialização sobre a disfagia e implementar estratégias de deteção precoce nos cuidados médicos das pessoas idosas.

Para abordar adequadamente a disfagia, são necessárias avaliações abrangentes e personalizadas para cada indivíduo, o que requer a colaboração de profissionais de saúde especializados na gestão desta condição. Além disso, é crucial educar as pessoas idosas e os seus cuidadores sobre os sintomas e as consequências da disfagia, bem como encorajar uma comunicação aberta com os médicos para abordar adequadamente este problema (Leira et al., 2023).

A avaliação da disfagia requer testes de rastreio específicos, avaliações clínicas e exames instrumentais. Uma avaliação adequada e regular é essencial, especialmente em pessoas idosas. No entanto, existem limitações significativas, nomeadamente a falta de ferramentas de rastreio disponíveis, que devem ser incluídas nos protocolos de prevenção, para combater as principais

complicações associadas à disfagia.

Como já foi referido, a disfagia tem um impacto negativo na qualidade de vida e na saúde geral das pessoas idosas, uma vez que pode levar a complicações frequentes como a desnutrição, a desidratação e as pneumonias de aspiração. Além disso, a presença desta patologia aumenta o risco de desenvolver problemas emocionais significativos, como a depressão, a ansiedade e o isolamento social. Estas consequências requerem uma atenção cuidada e geram um custo significativo para o sistema de saúde (Abu-Ghanem et al., 2020).

É importante notar que os distúrbios da deglutição ocorrem raramente de forma isolada, mas muitas vezes coexistem com outras condições biopsicossociais. Portanto, os profissionais de saúde devem estar atentos a quaisquer sintomas e ser capazes de identificar rapidamente essas consequências (Chalekrua et al., 2021). À medida que a população envelhece a um ritmo acelerado, a prevalência de distúrbios da deglutição está a aumentar (Achem e Devault, 2005).

Em termos de gestão da disfagia, é necessária uma abordagem multidisciplinar que envolva diferentes profissionais de saúde, como terapeutas da fala, médicos de reabilitação, enfermeiros, cirurgiões e gastroenterologistas. Uma vez que a disfagia não é uma especialidade médica em si, é essencial promover um maior conhecimento e compreensão desta condição para garantir cuidados adequados aos doentes. É importante reconhecer que a gestão da disfagia abrange várias disciplinas e requer uma colaboração efetiva entre os profissionais de saúde (Clavé e Shaker, 2015).

É importante notar que as instituições residenciais para idosos (ERPI) muitas vezes não estão primariamente orientadas para a prestação de cuidados de saúde, o que coloca desafios adicionais à organização e prestação de cuidados de saúde a estes indivíduos. A elevada prevalência de disfagia identificada sublinha a importância da implementação de estratégias para a identificação precoce desta condição e a implementação de intervenções adequadas nestas instituições (Sousa et al., 2022).

Neste sentido, é necessário integrar terapeutas da fala especialistas em reabilitação nas equipas de cuidados das instituições de cuidados residenciais para idosos. Estes terapeutas possuem as competências específicas necessárias para implementar estratégias de reabilitação que possam atrasar a progressão da disfagia e reduzir a ocorrência de complicações.

Além do profissional enfermeiro, pois esta integração permitiria melhorar a saúde dos idosos e reduzir os custos associados ao tratamento das complicações relacionadas com a disfagia

(Sousa et al., 2022).

As manobras facilitadoras e posturais têm um papel fundamental na reabilitação de pacientes com disfagia, pois contribuem para o treino e retomada da alimentação por via oral. Estas manobras são selecionadas consoante a sua eficácia e adaptação à anatomia e fisiologia de cada indivíduo, o que é fundamental para o seu sucesso (Logemann, 1997).

Entre as manobras facilitadoras, encontra-se a manobra supraglótica, cujo principal objetivo é proteger a via aérea, fechando as cordas vocais antes e durante a deglutição. Realiza-se inspirando, retendo a respiração, engolindo com a respiração suspensa e tossindo imediatamente após a deglutição. Esta manobra é especialmente útil em doentes com problemas de encerramento das cordas vocais, uma vez que promove uma alimentação segura (Logemann & Kahriilas, 1990; Martin & Sessle, 1993).

A deglutição de esforço é uma manobra que ajuda a limpar o bolo alimentar na valécula, aumentando o movimento posterior da base da língua durante a deglutição faríngea. Isto proporciona maior segurança durante a alimentação, aumentando a pressão na fase oral e facilitando a ejeção do bolo na fase faríngea (Kahrilas et al. 1992).

Quanto às manobras posturais, a cabeça para baixo ou flexão da cabeça é utilizada para aumentar o espaço valcular e fechar o vestíbulo laríngeo, melhorando a proteção da via aérea durante a deglutição. No entanto, esta manobra pode ser arriscada em doentes com proteção deficiente das vias aéreas, pelo que se sugere a sua combinação com a manobra supraglótica voluntária para minimizar o risco de aspiração (Bülow et al., 2001).

A cabeça para trás, por outro lado, facilita a drenagem gravitacional dos alimentos para a faringe, melhorando a velocidade do trânsito oral. Embora também implique um risco de aspiração em doentes com proteção deficiente das vias aéreas, a sua combinação com a manobra supraglótica voluntária antes e durante a deglutição pode aumentar a segurança durante a alimentação (Ohmae et al., 1996).

A rotação da cabeça para o lado afetado é utilizada para direcionar o alimento para o lado mais forte, promovendo o encerramento da laringe e protegendo a via aérea. Esta manobra é especialmente útil em indivíduos com paresia faríngea unilateral, deslocando a corda vocal comprometida para a linha média e facilitando o fecho da via aérea durante a alimentação (Logemann e Kahrilas, 1990).

Por fim, a manobra da língua para o lado mais eficiente ajuda a descida dos alimentos

nesse lado, sendo benéfica para pacientes com disfunção unilateral da língua associada a distúrbios faríngeos (Logemann, 2000).

A importância das manobras facilitadoras e posturais na reabilitação de pacientes com disfagia não pode ser subestimada. Estas manobras desempenham um papel crucial no treino e na retoma da alimentação oral, uma vez que são selecionadas com base na sua eficácia e adaptabilidade à anatomia e fisiologia do indivíduo. É fundamental compreender que a chave do sucesso de uma manobra reside na escolha da postura adequada às necessidades de cada paciente (Steenhagen & Motta, 2006).

Ou seja, as manobras de facilitação e posturais são ferramentas importantes na reabilitação de pacientes com disfagia. A sua seleção e aplicação adequadas podem melhorar a proteção das vias aéreas, facilitar a deglutição e garantir uma alimentação segura. É importante avaliar as condições individuais de cada doente e ter em conta os riscos e benefícios de cada manobra, de modo a obter resultados positivos na reabilitação da disfagia.

Capítulo II. Método

1. Objetivos do estudo

A metodologia adotada para esta investigação foi definida a partir do objetivo geral estabelecido no início do estudo: analisar a percepção dos diretores técnicos de ERPI relativamente à deglutição em idosos institucionalizados, destacando o impacto que este fator tem na qualidade de vida e na saúde dos residentes de ERPI. O foco principal foi a compreensão de como estes profissionais percebem e administram os desafios associados à deglutição e à disfagia, especialmente no contexto do bem-estar dos idosos sob os seus cuidados.

Além desse objetivo geral, o estudo procurou atingir alguns objetivos específicos, que incluíram descrever o papel dos diretores técnicos na gestão da deglutição, explorar o seu conhecimento sobre os efeitos da disfagia, identificar os procedimentos utilizados nas ERPI para deteção e controlo dessa condição e, finalmente, examinar as suas percepções sobre a eficácia dos cuidados prestados aos idosos com disfagia.

2. Questões de investigação

O estudo foi desenvolvido em torno de uma questão principal, formulando uma pergunta de partida: **Qual é a percepção dos diretores técnicos de ERPI sobre a importância e os desafios da deglutição correta na prestação de cuidados a idosos institucionalizados?**

Pretende-se, desta forma, identificar as práticas, conhecimentos e dificuldades enfrentadas pelos diretores técnicos na gestão da disfagia, e como essas percepções influenciam a qualidade dos cuidados prestados aos idosos em contextos institucionais.

3. Abordagem de investigação

Dada a complexidade do tema e a especificidade das experiências dos diretores técnicos, optou-se por uma abordagem qualitativa, a qual se mostrou adequada para captar em profundidade as percepções e práticas destes profissionais. Com efeito, entendemos que uma metodologia de investigação qualitativa ou interpretativa seria a mais adequada para perceber os processos, os produtos, os fenómenos inerentes à problemática desta futura investigação. Como referem Creswell (2014), Denzin e Lincoln (2011) e Flick (2009), a investigação qualitativa possibilita uma análise detalhada e contextualizada dos fenómenos, fornecendo uma visão rica e

detalhada das experiências humanas.

As investigações qualitativas privilegiam, especialmente, a percepção dos problemas a partir da perspectiva dos sujeitos da investigação. Neste contexto, Bogdan e Biklen (1994) consideram que esta abordagem possibilita descrever um fenómeno de forma profunda através da captura de significados e dos estados subjetivos dos sujeitos, pois, nestes estudos, há sempre um esforço de reter e entender, com pormenor, as perspetivas e os pontos de vista dos indivíduos sobre algum tema. Pode-se dizer que o principal interesse, destes estudos, não é efetuar generalizações, mas antes particularizar e entender os sujeitos e os factos na sua complexidade e peculiaridade. Serrano (2004), complementa que as investigações qualitativas interessam-se mais pelos processos do que pelos produtos e inquietam-se mais com a compreensão e a interpretação sobre como os factos e os fenómenos se revelam do que em estabelecer causas para os mesmos.

4. Conceção da investigação

A investigação realizada insere-se num estudo de natureza exploratória-descritiva. Estudos exploratórios-descritivos, conforme referem Carmo e Ferreira (1998, p.47), pretendem fundamentalmente “proceder ao conhecimento de uma dada realidade pouco ou deficitariamente estudada e levantar hipóteses de entendimento dessa realidade”. Fortin (1999, p.161) complementa que os estudos descritivos visam obter uma compreensão mais aprofundada, seja sobre as características de uma população, seja sobre fenómenos que carecem de maior investigação. Ainda segundo Fortin (1999, p.162), “o objetivo do estudo descritivo consiste em discriminar fatores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo”.

Assim, a presente investigação procurou recolher dados diretamente da realidade, sem intervenção sobre esta, utilizando entrevistas individuais semi-estruturadas conduzidas através da plataforma “Zoom”, o que permitiu aos participantes partilharem as suas experiências de forma detalhada e contextualizada.

5. Caracterização do grupo de estudo

No presente estudo, foram entrevistados 27 diretores técnicos de ERPI do distrito de Braga, abrangendo todos os 14 concelhos deste distrito. A amostra foi composta por 22 participantes do sexo feminino (81,5%) e 5 do sexo masculino (18,5%). As idades dos participantes variaram

entre 33 e 65 anos, com uma média de idade situada em torno dos 43 anos, o que reflete uma amostra relativamente jovem e diversificada.

Em termos de escolaridade, a maioria dos participantes possui o grau de licenciatura, totalizando 20 diretores técnicos (74,1%), enquanto 7 possuem um grau de mestrado (25,9%). Esta composição sociodemográfica assegura uma diversidade de perspetivas e experiências no contexto da prestação de cuidados a idosos institucionalizados, permitindo uma análise aprofundada e contextualizada das perceções sobre a deglutição em idosos.

Relativamente à formação inicial dos participantes licenciados, verificou-se uma diversidade nas áreas de formação. As áreas de Serviço Social e Psicologia foram as mais representadas, com 8 diretores técnicos formados em Serviço Social (29,6%) e 6 em Psicologia (22,2%). Outras áreas de formação incluíram Educação Social (11,1%), Enfermagem (14,8%), Sociologia (7,4%), Gestão (7,4%), Aconselhamento Psicossocial (3,7%) e Gerontologia Social (7,4%). Esta diversidade de formações reflete a interdisciplinaridade necessária para a gestão eficaz de ERPI e para a prestação de cuidados adequados à população idosa.

O tempo de experiência dos participantes como diretores técnicos variou significativamente, desde 14 meses até 264 meses (22 anos), com uma média de aproximadamente 127 meses (10,6 anos). No que respeita ao tempo total de trabalho em estruturas residenciais para pessoas idosas, os participantes apresentam uma experiência considerável, variando entre 15 meses e 336 meses (28 anos), com uma média de aproximadamente 151 meses (12,6 anos). Quanto ao tempo específico de trabalho na atual estrutura residencial, este variou entre 14 meses e 264 meses (22 anos), com uma média de aproximadamente 144 meses (12 anos).

Os participantes da investigação representaram uma ampla distribuição geográfica dentro do distrito de Braga, incluindo concelhos como Braga, Fafe, Guimarães, Póvoa de Lanhoso, Vila Verde, Esposende, Barcelos, Vizela, Vila Nova de Famalicão, Vieira do Minho, Cabeceiras de Basto, Amares, Terras de Bouro e Celorico de Basto. Esta representatividade geográfica assegura que a amostra capta as diversas realidades e desafios enfrentados pelos diretores técnicos nas diferentes regiões do distrito, oferecendo uma visão abrangente das perceções e práticas relacionadas com a prestação de cuidados a idosos com disfagia.

Uma análise das perceções dos DTs de ERPI sobre a importância da deglutição correta para a saúde dos idosos institucionalizados, com base nas respostas à escala Likert incluída no

questionário sociodemográfico, revelou que a grande maioria dos participantes considerou esta questão como “muito importante”. Dos 27 diretores que preencheram o questionário, 23 (85,2%) classificaram a deglutição correta como “muito importante” para a saúde dos idosos sob os seus cuidados, enquanto 4 participantes (14,8%) a consideraram “importante”. Não foram registadas respostas nas categorias de “pouco importante”, “neutro” ou “nada importante”. Este resultado evidencia que, mesmo entre aqueles que atribuíram uma menor ênfase, existe um reconhecimento significativo da relevância do tema.

Este dado sublinha a consciência generalizada entre os diretores técnicos sobre os riscos associados a problemas de deglutição nos idosos, como a desnutrição, aspiração e pneumonia, que podem comprometer gravemente a saúde e a qualidade de vida dos residentes em estruturas residenciais para idosos. A quase total unanimidade em torno da importância da deglutição correta reflete a preocupação com a implementação de práticas adequadas para o monitoramento e manejo da disfagia nas ERPI, uma condição prevalente e frequentemente subdiagnosticada na população idosa.

Os DTs que integraram a amostra obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: a) ser diretor técnico de uma ERPI no distrito de Braga; b) aceitar participar voluntariamente no estudo; c) assinar o termo de consentimento informado (Anexo 2).

6. Instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados no contexto da investigação qualitativa é crucial para obter uma compreensão aprofundada dos fenómenos em estudo. Uma das técnicas mais pertinentes para este fim é a utilização de entrevistas semi-estruturadas, que substituíram a abordagem anteriormente prevista de grupos de focagem. Segundo Bryman (2012), as entrevistas semi-estruturadas permitem ao investigador explorar temas predefinidos, oferecendo simultaneamente a flexibilidade necessária para aprofundar as respostas e explorar tópicos emergentes ao longo da conversa. Esta técnica é particularmente útil quando o objetivo da investigação é captar a diversidade de perspetivas individuais e proporcionar uma análise mais rica dos aspetos específicos da experiência humana.

No contexto das entrevistas semi-estruturadas, o papel do investigador é igualmente central, mas assume características distintas. Neste formato, o investigador atua como facilitador, orientando a entrevista de modo a garantir que os tópicos essenciais sejam abordados, ao mesmo

tempo que proporciona espaço para que o entrevistado explore livremente as suas perceções e experiências. Segundo Kvale (2007), a flexibilidade inerente às entrevistas semi-estruturadas permite que o investigador ajuste as perguntas conforme necessário, aprofundando determinados temas à medida que emergem durante a conversa. Este processo facilita uma interação mais personalizada entre o entrevistador e o entrevistado, promovendo uma compreensão mais aprofundada dos fenómenos em estudo. A abordagem semi-estruturada também permite que o investigador capte “nuances” e detalhes que poderiam ser perdidos em métodos mais rígidos de recolha de dados.

No entanto, é fundamental que os investigadores estejam cientes dos desafios inerentes à condução de entrevistas semi-estruturadas. Por exemplo, a capacidade do entrevistador de manter um equilíbrio entre a estrutura predefinida e a flexibilidade necessária para explorar temas emergentes é crucial (Gill et al., 2008). Além disso, é importante que o investigador esteja atento ao risco de conduzir inadvertidamente as respostas do entrevistado, o que pode limitar a espontaneidade e a autenticidade das informações recolhidas. A preparação para abordar tópicos sensíveis com delicadeza e respeito é também essencial, garantindo que o ambiente da entrevista seja seguro e confortável para o entrevistado. As entrevistas semi-estruturadas, apesar dos seus desafios, são uma técnica valiosa na investigação qualitativa, permitindo uma exploração aprofundada das experiências individuais e das particularidades que caracterizam as perceções dos participantes.

Neste estudo, procedeu-se a uma revisão da literatura e adaptaram-se temas para estruturar uma conversa que permitisse debater questões entre os profissionais. Esta estruturação foi influenciada por um guião de questionários previamente realizados sobre uma temática similar, em particular, o questionário desenvolvido por Cabrito (2020).

A recolha de dados foi estruturada em duas partes distintas. A primeira parte consistiu na aplicação de um questionário sociodemográfico, destinado a caracterizar a amostra, recolhendo informações sobre variáveis como idade, género, formação académica e experiência profissional dos diretores técnicos. A segunda parte da recolha de dados teve como objetivo explorar as perceções dos diretores técnicos de ERPI relativamente à deglutição no contexto do cuidado a idosos.

Nesta segunda parte, foram abordados vários temas centrais. Os dois primeiros temas focaram-se no nível de conhecimento dos diretores técnicos sobre o significado e a importância

da deglutição. O terceiro e o quarto temas permitiram avaliar o conhecimento dos participantes relativamente à identificação dos sinais de alerta e à compreensão dos riscos e consequências associados aos problemas de deglutição. O quinto tema abordou o conhecimento das estratégias adotadas pelos profissionais de saúde ou colaboradores da ERPI quando ocorrem episódios de engasgamento. Nos sexto e sétimo temas, procurou-se obter a opinião dos diretores técnicos sobre a presença de profissionais de saúde habilitados para a avaliação e reabilitação dos distúrbios de deglutição em contexto de ERPI e sobre a importância da formação contínua nesta área específica.

Os tópicos específicos abordados durante as entrevistas incluíram:

- Deglutição: Significado(s) da expressão;
- Importância atribuída ao tema “deglutição”;
- Sinais de alerta para problemas de deglutição em pessoas idosas;
- Riscos e consequências dos problemas de deglutição em pessoas idosas;
- Ações iniciais em caso de engasgamento;
- Manobra de Heimlich: Significado e capacidade para a sua realização na ERPI;
- Opinião sobre a presença de um profissional de saúde habilitado para a avaliação e reabilitação dos distúrbios da deglutição na ERPI;
- Formação sobre problemas de deglutição: Tópicos importantes a ministrar aos profissionais e auxiliares de geriatria que trabalham na ERPI.

A condução das entrevistas foi facilitada pela plataforma digital “Zoom”, o que permitiu minimizar os constrangimentos logísticos e garantiu a gravação das sessões para posterior transcrição e análise detalhada.

7. Construção e adaptação do guião da entrevista

Tendo em conta os objetivos do estudo, a questão de investigação e a população-alvo, foi elaborado um guião de entrevista semi-estruturada. Este guião foi desenvolvido a partir de uma revisão aprofundada da literatura, para identificar os principais temas e questões relevantes para a investigação em curso.

A construção do guião passou por várias fases:

1.^a Fase: Elaboração inicial do guião, com base na revisão da literatura e no objeto de estudo. Neste processo, foram identificados os temas centrais relacionados com a deglutição em

idosos institucionalizados, bem como as questões específicas a serem abordadas junto dos diretores técnicos de ERPI.

2.^a Fase: Adaptação do guião, utilizando como referência questionários previamente validados e aplicados em estudos sobre temáticas semelhantes, nomeadamente o questionário desenvolvido por Cabrito (2020). Esta fase permitiu ajustar as questões às necessidades específicas do presente estudo, garantindo a relevância e a adequação do guião às particularidades da amostra.

3.^a Fase: Verificação da clareza e compreensão das questões formuladas. Embora não tenha sido realizada uma validação formal do guião mediante um pré-teste com participantes externos ao estudo, o guião foi revisto criticamente para assegurar que as questões eram claras, compreensíveis e pertinentes.

4.^a Fase: Ajustes finais no guião, considerando a revisão literária e a experiência adquirida durante o processo de adaptação. As questões foram organizadas para permitir uma abordagem fluida durante as entrevistas, com flexibilidade suficiente para explorar temas emergentes durante as conversas.

Embora as questões tenham sido previamente estruturadas, foram suscetíveis de ajustes ao longo das entrevistas, de modo a aprofundar a informação sempre que necessário. A abordagem utilizada garantiu que as respostas dos participantes fossem refletivas e relevantes para os objetivos do estudo.

Esta metodologia de construção e adaptação do guião da entrevista assegurou que as questões abordadas estivessem em sintonia com o tema de investigação e que as respostas obtidas fossem diretamente aplicáveis à análise das perceções dos diretores técnicos sobre a deglutição em idosos institucionalizados.

8. Condições da realização das entrevistas

As entrevistas foram conduzidas com a observância de princípios éticos rigorosos. Todos os diretores técnicos participantes foram devidamente informados sobre os objetivos do estudo, e foi-lhes solicitado o consentimento informado antes do início das entrevistas. Este consentimento foi obtido de forma clara e transparente, assegurando que os participantes compreendessem plenamente o propósito da investigação e a utilização dos dados recolhidos.

Durante as entrevistas, foi prestada especial atenção à imparcialidade do investigador,

evitando a manifestação de opiniões e garantindo que as questões fossem colocadas para não influenciar as respostas. O ambiente de condução das entrevistas foi cuidadosamente escolhido para ser tranquilo e silencioso, respeitando a individualidade dos participantes e assegurando a confidencialidade das suas respostas.

Além disso, para evitar qualquer possível influência nas respostas dos diretores técnicos, foi decidido que nenhum deles teria conhecimento prévio sobre a formação profissional do investigador. Esta escolha procurou garantir que as perguntas fossem recebidas e respondidas de maneira neutra, sem qualquer condicionamento que pudesse advir do conhecimento do perfil profissional de quem conduzia as entrevistas.

No que respeita à recolha, análise, armazenamento e divulgação dos resultados, todo o processo foi conduzido segundo o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD). Este regulamento, publicado em maio de 2016 no Jornal Oficial da União Europeia como Regulamento 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, entrou em vigor a 25 de maio de 2018, estabelecendo normas rigorosas para o tratamento de dados pessoais. A legislação aplica-se a todos os responsáveis pelo tratamento de dados, assim como aos subcontratantes envolvidos no processamento desses dados. Também abrange operações de tratamento que dizem respeito a dados pessoais de cidadãos europeus, independentemente de o responsável pelo tratamento estar ou não situado na União Europeia (Jordan & Sowerby, 2016).

Esta conformidade com o RGPD garantiu que todas as informações pessoais dos participantes fossem tratadas com o máximo de sigilo e proteção, respeitando os seus direitos e assegurando que os dados fossem utilizados exclusivamente para os fins delineados na investigação.

9. Recolha de dados

As entrevistas foram realizadas após a obtenção de todas as autorizações necessárias, através da assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido, tanto por escrito como verbalmente no início de cada sessão, garantindo a conformidade ética do estudo. Todas as entrevistas foram registadas em formato digital, permitindo uma transcrição e análise detalhada dos dados recolhidos.

A confidencialidade e o anonimato dos diretores técnicos que participaram no estudo foram rigorosamente assegurados, conforme as normativas éticas aplicáveis. As entrevistas foram

agendadas em horários convenientes para os participantes, de modo a não interferir com os seus compromissos profissionais.

As entrevistas decorreram entre 11 de junho de 2024 e 30 de julho de 2024, com uma duração que variou entre 10 e 20 minutos cada.

10. Transcrição das entrevistas

Após a gravação das entrevistas em formato áudio, procedeu-se à transcrição integral de cada uma, organizando-as em ficheiros digitais no formato Word. Durante o processo de transcrição, foram mantidas todas as particularidades do discurso dos entrevistados.

Para proteger a identidade dos participantes, foram atribuídos códigos alfanuméricos, designados como DT1, DT2, DT3, e assim por diante, correspondendo a “Diretor Técnico 1”, “Diretor Técnico 2”, até “Diretor Técnico 27”. Uma vez concluída a transcrição, as entrevistas foram lidas várias vezes, permitindo uma análise minuciosa. A partir desta leitura detalhada, foi estabelecido um sistema de categorias e subcategorias, um processo que, conforme discutido por diversos autores na área de análise qualitativa, envolve a classificação sistemática dos elementos transcritos, com a definição das categorias principais a emergir progressivamente ao longo da análise.

11. Técnica de análise de dados

Especificamente, foi adotada uma análise temática dentro da análise de conteúdo. Este método foi utilizado para identificar, analisar e reportar padrões (temas) dentro dos dados qualitativos, alinhando-se diretamente com a questão de investigação do estudo: *Qual é a percepção dos diretores técnicos de ERPI sobre a importância e os desafios da deglutição correta na prestação de cuidados a idosos institucionalizados?* A análise temática foi conduzida em várias etapas:

1. Familiarização com os dados: As entrevistas foram transcritas na íntegra, e o conteúdo transcrito foi lido repetidamente para se familiarizar com as sutilezas e o contexto das respostas dos participantes;
2. Criação de códigos iniciais: Com base nas respostas às perguntas específicas das entrevistas, foram criados códigos iniciais. Estes códigos refletiam as percepções dos diretores técnicos relativamente à importância da deglutição, os desafios enfrentados na

- sua gestão, e as práticas implementadas nas ERPI. Códigos como “Importância da deglutição”, “Ações em casos de engasgamento” e “Necessidade de formação” emergiram como relevantes para compreender como os diretores técnicos abordam a questão da deglutição nos cuidados aos idosos;
3. Procura por temas: Os códigos foram então agrupados em categorias temáticas que refletem as áreas de interesse identificadas na questão de investigação. Por exemplo, a categoria “Definição e importância da deglutição” explorou como os diretores técnicos compreendem a deglutição e a relevância que lhe atribuem, enquanto a categoria “Gestão de riscos e segurança” abordou os desafios práticos na identificação e prevenção de problemas de deglutição;
 4. Revisão dos temas: Os temas foram revistos para garantir que capturassem de forma abrangente as percepções dos DTs relativamente aos desafios e à importância da deglutição. Este processo incluiu a verificação da saturação teórica, assegurando que as práticas, conhecimentos e dificuldades enfrentadas pelos diretores técnicos fossem totalmente representadas nas categorias temáticas;
 5. Definição e nomeação dos temas: Finalmente, os temas foram definidos e nomeados para refletirem claramente os aspetos centrais discutidos pelos diretores técnicos, tais como “Educação e capacitação”, que abrange as percepções sobre a necessidade de formação contínua para melhorar a gestão da deglutição, e “Planeamento e procedimentos de intervenção”, que aborda as estratégias utilizadas para mitigar os riscos associados à disfagia;
 6. As falas dos DTs foram referenciadas por meio de um sistema numérico padronizado, como exemplo, “DT24:2”, de modo a garantir a rastreabilidade e a precisão das informações obtidas. Este formato permite identificar claramente o entrevistado e o segmento específico da entrevista de onde a citação foi extraída, assegurando que as falas sejam contextualizadas e verificáveis. O primeiro número refere-se ao código atribuído a cada Diretor Técnico utilizando a convenção DT[número], enquanto o segundo número indica a unidade de análise ou segmento do documento. Esta abordagem foi escolhida para manter a consistência ao longo do trabalho e garantir uma leitura fluida e objetiva, respeitando os princípios de rigor metodológico e transparência na análise qualitativa.

Adicionalmente, foi realizada uma análise de coocorrência e de coeficientes de força para investigar a relação entre os diferentes códigos e temas identificados. Esta análise permitiu observar como certos conceitos estavam inter-relacionados nas falas dos participantes e a frequência com que ocorriam em conjunto, fornecendo uma visão mais detalhada das percepções dos diretores técnicos sobre a deglutição. Esta abordagem, como descrita por Harris (1999), é fundamental para entender a intensidade e a dispersão dos temas discutidos, o que é crucial para a análise qualitativa.

12. Utilização de software para análise qualitativa

Para apoiar o processo de codificação e análise temática, foi utilizado o “software” ATLAS.ti, versão 24.1.1.30813 (Licença de estudante n.º L-B06-A3D), que facilitou a organização e a visualização dos dados, assim como a análise da coocorrência e a criação de representações visuais dos temas e códigos, como nuvens de palavras e diagramas de Sankey. Conforme sublinhado por Harris (1999), este tipo de diagrama é fundamental para a análise qualitativa, permitindo visualizar as relações e a importância dos diferentes temas discutidos.

13. Sistema de categorização

A partir dos objetivos deste estudo e das leituras realizadas, foi desenvolvido um sistema de categorização que reflete os principais temas emergentes relacionados à deglutição em idosos. Seguindo a abordagem da análise temática, foram identificados e organizados temas e subtemas a partir da análise dos dados.

13.1 Categorias e códigos identificados

A análise temática resultou nas seguintes categorias principais e códigos:

Categorias	Códigos
Definição e importância da deglutição	- Definição de deglutição - Importância da deglutição
Gestão de riscos e segurança	- Ações em casos de engasgamento - Sinais de alerta - Protocolos de emergência

Categorias	Códigos
	<ul style="list-style-type: none"> - Riscos e consequências - Manobra de Heimlich - Incentivar a tosse
Avaliação e monitorização	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação individualizada - Monitorização contínua - Importância da avaliação e reabilitação - Avaliação instrumental
Adaptações na alimentação e estratégias de manutenção	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptações dietéticas - Alimentação adaptada - Estratégias de manutenção
Educação e capacitação	<ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de formação - Tópicos de formação
Suporte familiar, financeiro e integração	<ul style="list-style-type: none"> - Integração multidisciplinar - Limitações financeiras - Suporte familiar
Condições físicas e psicológicas	<ul style="list-style-type: none"> - Perda muscular - Impacto emocional
Planeamento e procedimentos de intervenções	<ul style="list-style-type: none"> - Planeamento de cuidados - Exercícios de deglutição - Estratégias de posicionamento
Perceção sobre competências e formação própria	<ul style="list-style-type: none"> - Perceção sobre competências e formação própria
Profissionais habilitados	<ul style="list-style-type: none"> - Profissionais habilitados

Tabela 1 – Categorias e códigos

13.1.1 Categoria: Definição e importância da deglutição

Esta categoria abrange os conceitos fundamentais relacionados com a deglutição, destacando tanto a definição quanto a importância deste processo vital nos cuidados aos idosos.

13.1.1.1 Código: Definição de deglutição:

Este código inclui as definições e explicações sobre o que é a deglutição, conforme descrito pelos participantes do estudo. Os entrevistados destacaram a deglutição como a capacidade de ingerir alimentos de maneira segura, enfatizando a importância desse processo na manutenção da saúde e bem-estar dos idosos.

Exemplos de citações incluem:

- “a deglutição é a capacidade que o utente tem em ingerir o alimento em segurança...” (DT1:1)
- “a deglutição tem a ver com a dificuldade em engolir... implica um maior esforço para mover ali os alimentos...” (DT2:8)
- “eu entendo a deglutição como a capacidade que a pessoa tem de ingerir ou seja de engolir seja alimentos, seja água, ou hidratação...” (DT3:2)

13.1.1.2 Código: Importância da deglutição:

Este código centra-se na importância atribuída à deglutição no contexto dos cuidados a idosos. Os entrevistados frequentemente mencionaram a deglutição como um fator crucial na prevenção de complicações de saúde, como pneumonias por aspiração e desnutrição, destacando a necessidade de atenção e cuidados especializados nesse aspeto.

Exemplos de citações incluem:

- “a muito importante porque quem trabalha nesta área percebe que alguns acidentes que acontecem no ato de alimentação depois vêm a ter alguns impactos no futuro, como as pneumonias por aspiração.” (DT1:3)
- “a importância é de facto muito grande e temos que estar sempre muito atentos a este tipo de situações, sem dúvida.” (DT2:10)
- “a deglutição é extremamente importante no cuidado, pois afeta diretamente a saúde do idoso e a sua qualidade de vida.” (DT25:3)

13.1.2 Categoria: Gestão de riscos e segurança

Esta categoria centra-se na identificação, prevenção e gestão de riscos associados à

deglutição, garantindo a segurança dos idosos durante a alimentação e em emergências.

13.1.2.1 Código: Ações em casos de engasgamento

Este código abrange as ações e intervenções recomendadas em situações de engasgamento, como as manobras de desobstrução, incluindo a Manobra de Heimlich. Os entrevistados destacaram a importância de agir rapidamente para prevenir complicações graves ou fatais.

Exemplos de citações incluem:

- “se estamos numa situação de engasgamento temos que agir com uma medida de socorro no imediato porque há situações de engasgamento que levam realmente à aflição da pessoa e não a uma mera tosse, não é? E aí temos que tomar medidas de primeiros socorros.” (DT3:14)
- “sempre que acontece um episódio de engasgamento, a enfermagem está logo para socorrer. Mesmo não estando a enfermagem, já deu o conhecimento suficiente aos cuidadores para o fazerem.” (DT8:8)
- “tem que cumprir as normas que nós aprendemos, não é? Quando fazemos a questão do engasgamento que é verificar se realmente o utente está engasgado e depois proceder, se for preciso fazer a manobra de Heimlich e por aí fora.” (DT12:9)

13.1.2.2 Código: Sinais de alerta

Este código reúne os sinais e sintomas que indicam problemas de deglutição em idosos, como engasgamento frequente, tosse durante as refeições, e recusa de alimentação. A identificação precoce desses sinais é fundamental para a intervenção e prevenção de complicações graves.

Exemplos de citações incluem:

- “o engasgamento com os líquidos, o engasgamento com os sólidos, principalmente isso. São sinais de alerta com deglutição comprometida.” (DT4:5)
- “um dos principais sintomas é a tosse sempre que estamos na questão reflexo, que todo o ser humano tem, é natural, e sempre que está a ocorrer alimentação.” (DT7:10)
- “o reflexo de tosse durante o momento da refeição ou da alimentação é logo o sinal de alarme mais frequente. Mas não é o único. Temos pessoas talvez com ainda algum potencial cognitivo que, por terem essa dificuldade, começam a querer se afastar do momento da refeição.” (DT23:6)

13.1.2.3 Código: Protocolos de emergência

Este código aborda os protocolos específicos estabelecidos para lidar com emergências relacionadas à deglutição, como a comunicação imediata com serviços de emergência (por exemplo, 112) e a vigilância de sinais vitais após um episódio de engasgamento.

Exemplos de citações incluem:

- “se houver alguma situação de emergência e urgência, será comunicado ao 112 e seguido para cuidados.” (DT19:10)
- “no limite, na dúvida, agendamos consulta com o nosso médico para uma auscultação e acompanhamento das próximas refeições para a adequação da consistência, se for o caso.” (DT23:11)

13.1.2.4 Código: Riscos e consequências

Este código discute os riscos associados aos problemas de deglutição, como pneumonias por aspiração, perda de autonomia, desnutrição e, em casos extremos, a morte. A identificação e a gestão desses riscos são essenciais para a saúde e segurança dos idosos.

Exemplos de citações incluem:

- “a principal consequência é a pneumonia por aspiração, que é grave e pode ser mesmo fatal para eles” (DT9:12)... “...retirar o arroz da nossa ementa, mas retirar o arroz seco. O arroz terá de ter sempre alguma calda, porque senão é sempre um momento complicado com o arroz seco.” (DT9:33)
- “os principais riscos que incluem a desidratação, a desnutrição e a pneumonia, devido ao alimento ir para os pulmões, pode levar a infecções bem graves e até hospitalizações frequentes e mesmo à morte.” (DT25:8)
- “Se houver um comprometimento, temos uma situação grave. (DT24:3)... “temos problemas que acabam por ser talvez até mais complicados do que o primeiro.” (DT24:4)

13.1.2.5 Código: Manobra de Heimlich

Este código destaca o conhecimento e a formação da equipa sobre a Manobra de Heimlich, uma intervenção crítica em casos de engasgamento. A formação contínua é essencial para garantir que todos os profissionais estejam preparados para aplicar essa técnica corretamente.

Exemplos de citações incluem:

- “sim, a Manobra de Heimlich é uma manobra usada quando a pessoa já está incapacitada de tossir.” (DT4:9)
- “temos todas as pessoas, nós aliás fazemos anualmente a formação de primeiros-socorros

em que um dos temas e uma das ações que fazemos é realmente essa formação nessa área.” (DT12:11)

- “a técnica é utilizada quando a pessoa está a sufocar e não consegue deitar fora o que está a provocar essa sufocação, esse sufoco.” (DT25:13)

13.1.2.6 Código: Incentivar a tosse

Este código explora as técnicas utilizadas para incentivar a tosse em situações de engasgamento, ajudando os idosos a expulsar alimentos ou líquidos que possam estar a bloquear as vias aéreas.

Exemplos de citações incluem:

- “aqui o que nós fazemos é pedir para a pessoa tossir, ou seja, motivar a tosse. Isso é o que nós fazemos sempre e que instruímos os auxiliares para que se faça.” (DT10:8)
- “há idosos, e já nos aconteceu aqui, deles não saberem tossir.” (DT10:10)

13.1.3 Categoria: Avaliação e monitorização

Esta categoria reúne os métodos e práticas de avaliação e monitorização contínua que garantem a eficácia e a segurança da deglutição nos idosos. A identificação precoce de problemas e a intervenção adequada são cruciais para prevenir complicações graves.

13.1.3.1 Código: Avaliação individualizada

Este código aborda a necessidade de adaptar a avaliação segundo as necessidades individuais de cada idoso, garantindo que os cuidados de deglutição sejam personalizados e eficazes. Os entrevistados enfatizaram que a avaliação deve levar em conta as condições específicas de saúde e as capacidades de cada indivíduo, ajustando as práticas conforme necessário.

Exemplos de citações incluem:

- “as necessidades são diferentes de pessoa para pessoa, portanto a deglutição também é diferente e a preparação dos alimentos também deverá ser diferente.” (DT4:17)
- “nós temos sempre o cuidado de fazer uma avaliação de acordo com a informação clínica que nos é facultada pela família do utente.” (DT27:25)
- “a disposição já não é a mesma, nós temos que fazer aqui também uma avaliação, ela não está capaz de fazer a mastigação, está cansada, já não consegue, então nós temos que alterar.” (DT26:10)

13.1.3.2 Código: Monitorização contínua

Este código destaca a importância de supervisionar constantemente os sinais de disfagia para possibilitar intervenções precoces. A vigilância contínua permite que os profissionais identifiquem alterações subtis que podem indicar a necessidade de ajustar os cuidados de deglutição ou introduzir novas intervenções.

Exemplos de citações incluem:

- “então nós temos muito cuidado nisso aqui, para evitar esses engasgamentos e essas situações que possam ocorrer numa má deglutição.” (DT21:19)
- “a sua presença contínua, iria permitir uma monitorização constante e intervenções rápidas sempre que fosse necessário, por isso acho, reforço aqui o facto de ser realmente vital.” (DT25:19)
- “nós temos que estar atentos a tudo aquilo que envolve a alimentação dela, desde a consistência da comida, não é, que não pode estar muito líquida, mas também não pode ser muito sólida...” (DT10:25)

13.1.3.3 Código: Importância da avaliação e reabilitação

Este código incide na necessidade de profissionais de saúde qualificados para conduzir a avaliação e reabilitação de distúrbios de deglutição. A presença desses profissionais é considerada essencial para garantir que os problemas sejam detetados e tratados adequadamente, prevenindo a deterioração da saúde dos idosos.

Exemplos de citações incluem:

- “é muito importante, essencial até” (DT1:25)
- “claro que quanto mais profissionais tenhamos, melhor, não é... Isso é sempre importante, claro que sim. Sem dúvida alguma.” (DT2:25)
- “tem que ser alguém de facto com uma... na especialidade que consiga perceber isto, sim. Portanto, era fundamental ter alguém, claro que sim, sem dúvida.” (DT2:32)
- “é muito importante a presença de um profissional, desde... não é só quando o risco já está presente, já não é só quando a pessoa se engasga, é o cuidado que antecede, o saber se deve ou não adequar a alimentação de sólido para pastoso, não é, porque a pessoa vai manifestando já alguns sinais de alerta e que só está minimamente preparado um profissional de saúde nessa identificação dos problemas.” (DT4:13)

13.1.3.4 Código: Avaliação instrumental

Este código aborda o uso de equipamentos ou instrumentos específicos para a avaliação da deglutição, como a videofluoroscopia. Estes métodos são particularmente importantes em casos complexos, onde uma avaliação mais detalhada é necessária para orientar os cuidados.

Exemplo de citação:

- “em situações de grande dúvida é pedir ao nosso médico uma videofluoroscopia” (DT23:17)

13.1.4 Categoria: Adaptações na alimentação e estratégias de manutenção

Esta categoria engloba as adaptações necessárias na dieta e as estratégias implementadas para manter a saúde e a segurança dos idosos com dificuldades de deglutição. A personalização da alimentação, ajustando consistências e texturas, é essencial para prevenir complicações e garantir uma nutrição adequada.

13.1.4.1 Código: Adaptações dietéticas

Este código aborda os ajustes na dieta dos idosos para garantir o suporte calórico, proteico e a adequação às suas capacidades de deglutição. A personalização das refeições, levando em consideração as necessidades nutricionais específicas, é um aspecto fundamental destacado pelos profissionais.

Exemplos de citações incluem:

- ...as dietas, que chamam de dietas, não é? São fundamentais para aqueles que têm problemas de deglutição.” (DT6:31)
- “o facto de muitos também não absorverem a comida necessária e, portanto, os alimentos têm que ser preparados para serem melhor deglutidos e melhor assimilados pelo organismo.” (DT14:3)
- “fazer aqui uma alimentação tem que ser uma comida mais pastosa ou uma sopa mais reforçada, com proteína para conseguirmos aqui chegar ao que será o melhor em termos de alimentação, por causa desta influência da deglutição no idoso.” (DT26:11)

13.1.4.2 Código: Alimentação adaptada

Este código refere-se à importância de adaptar a alimentação para idosos com dificuldades de deglutição, modificando a consistência e a textura dos alimentos. A escolha cuidadosa dos alimentos e a preparação adequada são essenciais para evitar engasgamentos e garantir uma alimentação segura.

Exemplos de citações incluem:

- “as pessoas começam por ter alguma dificuldade na alimentação normal e depois passa-se para a alimentação pastosa...” (DT5:7)
- “é importante que os profissionais auxiliares estejam atentos a tudo isso, porque se eles comerem uma bolacha molhada no chá, é diferente de mastigar uma bolacha dura com uma textura seca e que pode provocar o engasgamento.” (DT6:25)
- “nós temos neste momento vários tipos de espessura para o utente nas comidas...” (DT9:6)

13.1.4.3 Código: Estratégias de manutenção

Este código explora as estratégias adotadas para manter a saúde dos idosos com problemas de deglutição, incluindo a importância de dar tempo suficiente para que a alimentação seja realizada com calma e a realização de exercícios respiratórios e de tosse para melhorar a segurança durante as refeições.

Exemplos de citações incluem:

- “... a deglutição requer que o profissional tenha tempo, tempo para dar a alimentação com muita calma, esperar que ele faça a deglutição, não é meter uma colher e enfiar logo a segunda a seguir.” (DT5:5)
- “nós temos aqui uns exercícios que fazemos com eles, que é para eles tossirem e respirar de forma adequada, que faz essas duas coisas, faz a diferença em determinadas situações.” (DT10:12)
- “já tivemos casos que não querem comer e aí temos que colocar sonda nasogástrica porque eles recusam-se mesmo a comer quando têm demência, por exemplo.” (DT20:7)

13.1.5 Categoria: Educação e capacitação

Esta categoria incide na formação e capacitação dos profissionais que lidam com idosos com disfagia, garantindo que estejam preparados para oferecer cuidados de qualidade. A educação contínua é essencial para que os profissionais possam identificar sinais de alerta, executar procedimentos de emergência e adaptar os cuidados às necessidades dos idosos.

13.1.5.1 Código: Necessidade de formação

Este código aborda a necessidade de formação contínua para os profissionais que lidam com idosos, especialmente aqueles envolvidos diretamente na alimentação e nos cuidados diários.

A formação é vista como essencial para garantir que todos na instituição, desde auxiliares até cozinheiros, estejam cientes dos riscos e preparados para agir adequadamente.

Exemplos de citações incluem:

- “os auxiliares e quem está a dar alimentação é o principal ator no meio deste panorama todo de ERPIs, não é?” (DT1:41)
- “é sem dúvida uma parte que eu acho que é fundamental nas instituições, sem dúvida alguma” (DT2:42)
- “é a formação nesse sentido, de que o tempo chega e há prioridades nos serviços, não é, e esta da alimentação é uma prioridade” (DT5:29)

13.1.5.2 Código: Tópicos de formação

Este código inclui os principais tópicos que devem ser abordados nas formações para garantir a segurança e o bem-estar dos idosos com dificuldades de deglutição. Os entrevistados destacaram a necessidade de conhecimento sobre sinais de disfagia, técnicas de alimentação segura, uso de espessantes, e intervenções em casos de emergência.

Exemplos de citações incluem:

- “esclarecer sobre quem de facto pode fazer este trabalho, porque até nós termos alguma sensibilidade para este tema que agora temos da questão da deglutição e dos acidentes que decorrem daqui.” (DT1:34)
- “toda a informação que se dá sobre este tema, quando falamos a idosos, é mesmo muito importante.” (DT9:27)
- “qual é as consequências de uma pessoa que tenha problema com a disfagia, ou seja, se nós conseguimos atempadamente as pessoas que não têm ser trabalhadas, ser treinadas, até para aquela questão do tossir.” (DT10:22)

13.1.6 Categoria: Suporte familiar, financeiro e integração

Esta categoria integra os aspetos de suporte familiar, limitações financeiras, e a importância da colaboração entre diferentes valências para a gestão eficiente da deglutição nos idosos. A participação ativa das famílias, a disponibilidade de recursos financeiros e a colaboração entre profissionais de saúde são cruciais para garantir a qualidade dos cuidados.

13.1.6.1 Código: Integração multidisciplinar

Este código destaca a importância da colaboração entre diferentes profissionais de saúde no

manejo dos problemas de deglutição. A interação entre médicos, enfermeiros, terapeutas da fala, nutricionistas e auxiliares de geriatria é vista como fundamental para a identificação precoce dos problemas e a implementação de estratégias eficazes de intervenção.

Exemplos de citações incluem:

- “os auxiliares e quem está a dar alimentação é o principal ator no meio deste panorama todo de ERPIs, não é? Nós fazemos o nosso trabalho, mas sem eles não nos chegava a metade.” (DT1:30)
- “os auxiliares de saúde, de geriatria, no caso, são muito desvalorizados, mas eles são os pilares base, porque o enfermeiro normalmente temos um, dois por equipas, nunca temos muitos, enquanto que os auxiliares são quem está efetivamente no terreno. Portanto, estas equipas técnicas, e falo aqui de enfermeiros, terapeutas da fala, outras pessoas envolvidas (DT7:36)
- “A importância, estamos em constante parceria com a equipa, com a engenheira responsável pela alimentação, responsável pela cozinha (DT9:5)

13.1.6.2 Código: Limitações financeiras

Este código trata das dificuldades financeiras enfrentadas pelas instituições na contratação de pessoal qualificado e na aquisição de recursos necessários para a gestão adequada da deglutição. A falta de financiamento é um obstáculo significativo para a implementação de cuidados de alta qualidade.

Exemplos de citações incluem:

- “temos sempre muitas limitações financeiras que não nos permitem às vezes termos os técnicos.” (DT14:21)
- “acredito que existem outros profissionais que possam ajudar, mas que neste momento, por recurso humano, nós não temos.” (DT15:15)
- “olha, eu acho vital, mas não temos dinheiro para contratar, a verdade é essa (DT25:16)

13.1.6.3 Código: Suporte familiar

Este código refere-se à importância e/ou interferência do suporte familiar na gestão dos problemas de deglutição. Os entrevistados destacaram como as famílias podem tanto ajudar quanto, inadvertidamente, prejudicar o manejo da disfagia, dependendo do nível de conhecimento e adesão às recomendações dos profissionais.

Exemplos de citações incluem:

- “temos algumas situações recorrentes de pessoas com alimentação adequada à disfagia, mas que se saem com a família ou se a família vem visitá-los, que lhes oferece alimentos altamente inapropriados para a questão mecânica que apresenta, trazendo consequências óbvias.” (DT23:31)
- “...as famílias estão um bocadinho também alheias àquilo que é a realidade. Também às vezes quando são familiares é um entre querido e nós não queremos ver, mas a verdade é que muitas das vezes, sobre os utentes, dizem que ele comem, faz bem a ingestão dos alimentos, chega aqui ao lar, a realidade é outra.” (DT26:7)
- “...famílias dizem, ai ele come. Ele não come, às vezes até está para, até para aqui, como é que eu ia dizer, agora falta um termo, mas para se engasgar” (DT26:13)

13.1.7 Categoria: Condições físicas e psicológicas

Esta categoria trata dos efeitos físicos e psicológicos que podem influenciar a deglutição nos idosos, destacando a relação entre perda muscular e impacto emocional. Essas condições são frequentemente inter-relacionadas, agravando as dificuldades de deglutição e afetando a qualidade de vida dos idosos.

13.1.7.1 Código: Perda muscular

Este código aborda a relação entre a perda muscular e as dificuldades de deglutição em idosos. A diminuição da força muscular, especialmente nos músculos envolvidos na mastigação e deglutição, pode levar a um comprometimento significativo dessas funções, aumentando o risco de aspiração e outras complicações.

Exemplo de citação:

- “devido à diminuição da musculatura” (DT16:2)

13.1.7.2 Código: Impacto emocional

Este código explora os efeitos psicológicos e emocionais dos problemas de deglutição nos idosos, como ansiedade, depressão e medo de engasgar. Essas emoções podem criar um ciclo vicioso, onde o medo e a ansiedade exacerbam as dificuldades de deglutição, levando a uma maior aversão à alimentação e ao isolamento social.

Exemplos de citações incluem:

- “...alguém que tem esta dificuldade certamente não tem prazer e vive sempre em constante medo, né, o medo de se engasgar e que as coisas não corram bem.” (DT1:44)

- “nós tivemos um utente que teve um problema de saúde grave e quando regressou do hospital veio com sonda, mas ele estava completamente deprimido. Ele está orientado, lúcido e orientado e a sonda, aquilo que foi, ele estava a morrer diariamente de tristeza.” (DT9:34)
- “temos casos aqui de algum constrangimento social, algum isolamento social, a não querer partilhar os refeitórios ou os espaços comuns, o evitar de fazer refeições no exterior com a família, o evitar de participar em dias temáticos em que a comida é diferente, não é tradicional de prato (DT23:8)
- “vamos ser francos, quem não come bem quase sempre está triste. Portanto, existe também uma certa tristeza, vá, associada a esta dificuldade de manter uma alimentação dita satisfatória e segura.” (DT23:9)

13.1.8 Categoria: Planeamento e procedimentos de intervenções

Esta categoria engloba o planeamento de cuidados e a execução de intervenções específicas para melhorar a deglutição dos idosos, incluindo exercícios e estratégias de posicionamento. A abordagem personalizada e a implementação de técnicas adequadas são fundamentais para promover a segurança e o bem-estar dos idosos durante a alimentação.

13.1.8.1 Código: Planeamento de cuidados

Este código aborda o desenvolvimento de planos de cuidados específicos para cada idoso, levando em conta as suas condições de saúde e necessidades de deglutição. O planeamento cuidadoso e a adaptação dos cuidados às capacidades individuais são considerados essenciais para reduzir os riscos e garantir a segurança alimentar.

Exemplos de citações incluem:

- “se a pessoa for autónoma nós preservamos a autonomia e a funcionalidade da pessoa e não estamos aqui para fazer por, mas para fazer com a pessoa. E esse é o nosso princípio.” (DT3:28)
- “vamos colocar num caso realmente de alguém que não consegue alimentar-se por si só. Porque a pessoa quando se alimenta por si só, à partida, tem o seu próprio tempo. E se respeitar o seu próprio tempo de alimentação ou de ingestão, corre menos risco, pronto, menos risco de engasgamento ou de alguma situação problemática. E eu acho que o que tem que ser ou que partir de base é realmente o profissional que vai auxiliar alguém que

não consiga fazer por si só, respeitar o tempo dessa pessoa.” (DT3:29)

- “são muitas pessoas e às vezes a deglutição requer que o profissional tenha tempo, tempo para dar a alimentação com muita calma, esperar que ele faça a deglutição, não é meter uma colher e enfiar logo a segunda a seguir, portanto, é muito importante esse tempo, que às vezes não é tão natural.” (DT5:5)
- “O dar-lhes de comer muito rápido, aquelas pessoas que precisam de ajuda para serem alimentadas, todas cada vez estão mais informadas e mais conscientes de todos os cuidados que temos que ter na alimentação dos idosos, sim (DT9:43)

13.1.8.2 Código: Exercícios de deglutição

Este código explora a importância e os métodos de exercícios preventivos e de reabilitação para melhorar a deglutição. Esses exercícios são fundamentais para manter ou restaurar a capacidade de deglutição dos idosos, especialmente em casos onde a função está comprometida.

Exemplos de citações incluem:

- “com o treinamento da deglutição, se calhar podíamos retardar esse processo.” (DT16:17)
- “eu tenho aqui os utentes que tem terapeutas da fala, fazem exercícios e ele até está a ser alimentado com uma PEG, mas a técnica já lhe disse, olha, podemos dar um bocadinho de uma refeição pastosa, só um bocadinho. Porquê? Porque ela tem técnicas, não é? Tem exercícios que vão melhorar em termos para a deglutição ser melhor.” (DT26:18)

13.1.8.3 Código: Estratégias de posicionamento

Este código trata das estratégias de posicionamento durante a oferta de alimentos ou em situações de engasgamento. O posicionamento correto é crucial para facilitar a deglutição e minimizar o risco de aspiração e outros problemas relacionados.

Exemplos de citações incluem:

- “a posição em que a pessoa deve estar, eu às vezes debato muito com esta situação, deve comer numa cadeira de rodas, ou deve comer num cadeirão, ou deve comer numa cadeira normal de sala de jantar. O que é que facilita a deglutição? Porque é mais fácil se a pessoa está semi-sentada, a posição, mas é mais fácil para o engasgamento” (DT5:31)
- “o posicionamento, como é que ela vai ser alimentada, e como é que vai permanecer após ser alimentada” (DT10:29)
- “todos os dias nos debatemos com problemas, engasgou-se, e deve se deitar mais, eu não sei como é que se chama aquilo que elas deitam, deve se deitar mais, deve se deitar

menos” (DT21:28)

13.1.9 Categoria: Percepção sobre competências e formação própria

Esta categoria incide na reflexão dos diretores técnicos sobre as suas próprias competências, áreas de especialização e a necessidade de aprendizagem contínua para melhorar a gestão dos cuidados. A autorreflexão dos diretores técnicos é crucial para entender as lacunas de conhecimento e as áreas onde a formação adicional é necessária para garantir um atendimento de qualidade.

Exemplos de citações incluem:

- “Não, não, a 100% não. Já vi, já vi, já tive formação na área há muito tempo atrás” (DT2:20)
- “Eu pessoalmente, talvez não, não é... Assim, é como que eu digo. Se calhar para um desenrrasque, mas a 100% não” (DT2:23)
- “Sim, de um modo geral posso dizer que sim, não é a minha área específica, mas sim” (DT18:17)
- “de fato não estou muito dentro do assunto.” (DT20:17)

Os diretores técnicos reconhecem a necessidade de formação contínua para se manterem atualizados e aptos a lidar com as situações emergentes na gestão da deglutição. A formação regular é vista como essencial para garantir que todos os membros da equipa estejam preparados para responder a emergências e manter a segurança dos idosos.

Exemplos de citações incluem:

- “sim. E houve formação recente. Nós fazemos a esse nível, é conveniente fazer no máximo, em termos de periodicidade, de dois em dois anos.” (DT3:17)
- “eu tenho uma visão um bocadinho diferente relativamente a isto, porque eu sou há muitos anos, então tenho uma visão muito da parte da saúde.” (DT11:12)
- “Nós já fizemos cá o curso várias vezes, mas fizemos no ano passado, fizemos a formação específica para prestar os primeiros socorros, não é? E tivemos mesmo formação específica em engasgamento” (DT27:16)
- “eu particularmente tenho algum receio, mas realizámos formações regulares para garantir que todos estejam preparados para estas emergências, sim” (DT25:15)

Alguns diretores técnicos mencionaram desafios e limitações pessoais relativamente ao tema da deglutição, o que reforça a necessidade de formação e suporte contínuos. A falta de

especialização formal em determinadas áreas é reconhecida como um desafio que pode ser superado por meio de treinamentos específicos e colaboração com outros profissionais.

Exemplos de citações incluem:

- “não estou muito à vontade dentro dessa área, mas sei que poderão ser sinais de alerta para serem investigadas outras doenças” (DT6:10)
- “aqui no meu lar, toda a gente tem formação em primeiros socorros. Isso é muito, muito importante.” (DT21:17)
- “nós tentamos fazer o nosso melhor, mas somos leigos e é importante sempre perceber aqui, ter aqui alguma orientação médica” (DT13:12)
- “...eu fui abordada para este tema, fiquei um bocado receosa, porque achei que não tinha conhecimentos suficientes para dar uma entrevista sobre esta temática” (DT6:33)

13.1.10 Categoria: Profissionais Habilitados

Esta categoria destaca a importância de contar com profissionais devidamente habilitados para a reabilitação e gestão de problemas de deglutição, garantindo cuidados de qualidade. A presença de especialistas, como terapeutas da fala, enfermeiros com formação em reabilitação, e outros profissionais de saúde, é essencial para assegurar práticas seguras e adequadas, impactando diretamente a qualidade de vida dos idosos.

Os terapeutas da fala são frequentemente mencionados como os profissionais mais qualificados para conduzir intervenções específicas que melhoram a segurança e a eficácia da deglutição.

Exemplos de citações incluem:

- “no nosso entender, e é essa a nossa prática, por isso é por aí que eu vou falar, nós trabalhamos com terapeutas da fala numa fase em que ainda há ali algumas coisas a poder ser trabalhadas.” (DT1:26)
- “o que nós acreditamos é que terá que ser sempre da área da fisioterapia... terapia da fala, peço desculpa, ou da área da enfermagem com competências na parte da reabilitação” (DT1:28)
- “já tivemos aqui terapia da fala, mas também é um fonaudiólogo. Então, são as pessoas que estão mais capacitadas para este tipo de situações, não é... Da disfagia (DT2:33)
- “aqui o papel principal eu associo ao terapeuta da fala, ainda que alguns enfermeiros com

especialidade na área também o possam fazer, mas sem dúvida que normalmente é um papel mais diretamente relacionado com o trabalho do terapeuta da fala.” (DT17:31)

Os enfermeiros, especialmente aqueles com formação em reabilitação, também desempenham um papel importante no manejo da deglutição. A proximidade e o contacto frequente com os idosos permitem que os enfermeiros identifiquem rapidamente sinais de disfagia e atuem de forma preventiva.

Exemplos de citações incluem:

- “temos também a nossa equipa de enfermagem, temos um enfermeiro especialista também em reabilitação que vai trabalhando nestas questões internas” (DT1:27)
- “o enfermeiro, não é? Está sempre na primeira linha dos cuidados diretos ao utente, portanto esse melhor do que ninguém para identificar os riscos que aquela pessoa corre, atendendo às patologias, tudo que possa ter por base um risco associado.” (DT4:14)
- “Os enfermeiros também podem trabalhar isso, mas se calhar, tendo em conta o universo de trabalho deles, é mais difícil, mas acredito que também, com algum esforço, também o consigam fazer pelos conhecimentos, mas sem dúvida alguma, que será a terapia da fala” (DT11:21)
- “na nossa situação, é a enfermeira.” (DT19:9)

Além de terapeutas da fala e enfermeiros, outros profissionais como nutricionistas, médicos e fisioterapeutas também são considerados fundamentais no cuidado dos idosos com problemas de deglutição. A colaboração entre esses profissionais é vista como essencial para proporcionar um cuidado eficaz.

Exemplos de citações incluem:

- “na minha opinião, uma pessoa que é essencial é o nutricionista. Por causa dos conhecimentos que tem sobre isso, acho que também que os terapeutas da fala ou técnicos de psicomotricidade, pronto, que há uma série de técnicos que podem ajudar, mas a avaliação será feita sempre pelo nutricionista juntamente com a equipa de saúde nesse sentido” (DT14:13)
- “a equipa clínica pede apoio de terapia da fala para avaliação, habitualmente” (DT15:6)
- “os nossos utentes que têm esses problemas e que já estão devidamente identificados são acompanhados pelos médicos da especialidade” (DT22:11)
- “esta não estou certa, mas entre o terapeuta da fala ou o fisioterapeuta, talvez um deles

fosse o técnico certo. Não sei se chegamos ao fisiatra, confesso que não sei.” (DT23:21)

Capítulo III – Apresentação e interpretação da categorização e codificação

1. Categoria: Definição e importância da deglutição

1.1 Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria

A categoria “Definição e importância da deglutição” é importante para compreender o papel da deglutição nos cuidados prestados a idosos institucionalizados. A deglutição é um processo essencial para a saúde e qualidade de vida, sendo normal assegurar que esta função ocorra sem complicações. No contexto do envelhecimento, a deglutição muitas vezes se deteriora, levando a riscos como o engasgamento, a aspiração e outras complicações de saúde. Assim, os DTs de ERPI desempenham um papel importante ao definir e destacar a relevância da deglutição no cuidado aos idosos sob a sua direção.

Ao analisar a coocorrência entre os códigos DEF-DEG e IMP-DEG, é possível observar uma distinção entre a frequência com que cada um desses códigos aparece. O código DEF-DEG teve 33 ocorrências, enquanto IMP-DEG apresentou uma frequência maior, com 64 ocorrências. Isso sugere que os DTs tendem a discutir mais a importância da deglutição no cuidado aos idosos, em vez da definição técnica do processo.

Os coeficientes de coocorrência também revelam a força das interações entre esses códigos. O coeficiente de força entre DEF-DEG e IMP-DEG é de apenas 0,01, indicando que, embora esses temas sejam discutidos, eles aparecem raramente juntos nas falas dos DTs. Isso pode sugerir que, ao abordar a deglutição, os DTs tendem a priorizar mais nas suas implicações práticas e importância, em vez de dedicar atenção ao que o processo de deglutição realmente significa em termos fisiológicos.

Além disso, o coeficiente de 0,35 entre DEF-DEG e a categoria demonstra uma relação moderada, sugerindo que a definição da deglutição ainda é um tema abordado com alguma regularidade, mas que aparece com menos frequência em comparação à importância que os DTs atribuem à definição de deglutição no contexto do cuidado diário.

Por outro lado, o coeficiente de 0,68 entre IMP-DEG e o código geral da categoria indica uma relação mais forte entre as discussões sobre a importância da deglutição e o contexto mais amplo da categoria. Os DTs reconhecem a deglutição como um fator imprescindível na manutenção da saúde dos idosos, especialmente no que diz respeito à prevenção de complicações graves, como a aspiração ou o engasgamento. Um dos DTs reforça essa ideia, mencionando que

“isso é um tema muitíssimo importante, porque os idosos vão perdendo algumas capacidades, o ser humano, principalmente o idoso” (DT5:8), destacando a importância de intervenções adequadas para garantir a segurança alimentar.

A análise da coocorrência e dos coeficientes de força nesta categoria mostra um interesse na importância percebida da deglutição, com uma menor atenção à sua definição. No entanto, a baixa interdependência entre os códigos indica que os DTs discutem a deglutição de forma mais prática, preocupando-se nas suas consequências para a saúde dos idosos e nas ações necessárias para evitar problemas.

A “Definição e importância da deglutição” sobressai como uma categoria onde os DTs reconhecem a deglutição como um processo fundamental, detendo-se, sobretudo, na sua importância para o bem-estar dos idosos. A análise sugere que, para os diretores, a deglutição não é apenas um processo biológico, mas uma função central para a promoção de saúde e a prevenção de complicações graves em ambientes geriátricos.

	• Definição e importância da deglutição Gr=97		○ Definição e importância da deglutição: Definição de deglutição Gr=33		○ Definição e importância da deglutição: Importância da deglutição Gr=64	
	count	coefficient	count	coefficient	count	coefficient
• Definição e importância da deglutição Gr=97	0	0,00	34	0,35	65	0,68
○ Definição e importância da deglutição: Definição de deglutição Gr=33	34	0,35	0	0,00	1	0,01
○ Definição e importância da deglutição: Importância da deglutição Gr=64	65	0,68	1	0,01	0	0,00

Tabela 1 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Definição e importância da deglutição e seus códigos (DEF-DEG e IMP-DEG).

	• Definição e importância da deglutição 97	○ Definição e importância da deglutição: Definição de deglutição 33	○ Definição e importância da deglutição: Importância da deglutição 64
• Definição e importância da deglutição 97		34 (0,35)	65 (0,68)
○ Definição e importância da deglutição: Definição de deglutição 33	34 (0,35)		1 (0,01)
○ Definição e importância da deglutição: Importância da deglutição 64	65 (0,68)	1 (0,01)	

Figura 1 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Definição e importância da deglutição e seus códigos (DEF-DEG e IMP-DEG).

1.2 Análise da nuvem de palavras da categoria: Definição e importância da deglutição

(ver figura 2).

A análise da nuvem de palavras para a categoria “Definição e importância da deglutição” realça a profundidade e a complexidade com que os DTs de ERPI compreendem e valorizam o processo de deglutição, especialmente no contexto dos cuidados aos idosos. As palavras mais frequentes nesta análise fornecem uma visão abrangente sobre os principais aspetos que emergem nas entrevistas e destacam a centralidade da deglutição como um tema essencial no cuidado geriátrico.

A palavra mais frequente, “Deglutição” aparece 49 vezes, indicando que este conceito é fundamental e central nas discussões dos DTs. Segundo Vargas et al. (2021), a deglutição é descrita como a capacidade de engolir alimentos e líquidos de forma segura, um processo que se torna crítico à medida que os idosos perdem capacidades devido ao envelhecimento e a condições de saúde associadas. Um dos DTs define deglutição como “...a capacidade que o utente tem em ingerir o alimento em segurança...” (DT1:1), destacando a importância de garantir que este processo ocorra sem riscos de engasgamento ou aspiração, que podem levar a complicações graves como infeções respiratórias.

Os termos “Importante” e “Importância” combinados surgem 51 vezes, reforçando a percepção de que a deglutição é um tema central no cuidado dos idosos. A elevada frequência destes termos sugere que os DTs estão cientes das implicações que uma deglutição comprometida pode ter na saúde e bem-estar dos utentes. Por exemplo, um dos DTs afirma: “a deglutição é o ato de engolir, que é uma parte muito importante do processo digestivo. No contexto do cuidado aos idosos, a deglutição envolve mais do que apenas engolir alimentos e líquidos, ou seja, implica garantir que este processo ocorra de maneira segura e eficiente, não é? para evitar complicações como engasgamentos, asfixias, aspirações e desnutrição” (DT25:1). Esta citação ilustra a conexão direta entre uma deglutição saudável e a manutenção da saúde geral do idoso, indicando que qualquer desvio no processo de deglutição pode ter consequências graves.

“Alimentos” (f = 20) e “Alimentação” (f = 17) são outras palavras-chave que aparecem frequentemente, refletindo a estreita relação entre a deglutição e a ingestão de nutrientes essenciais para a sobrevivência dos idosos. A alimentação é mencionada como um componente crítico que não só garante a nutrição, mas também influencia diretamente a qualidade de vida dos residentes nas ERPI. Um DT refere que “É importante na sobrevivência deles” (DT8:2), sugerindo que uma deglutição eficaz é indispensável para assegurar que os idosos possam

continuar a alimentar-se de forma adequada e segura.

As palavras “Engolir” (f = 14) e “Capacidade” (f = 12) são frequentemente associadas ao processo mecânico da deglutição, indicando a preocupação com a funcionalidade deste ato entre os idosos. A capacidade de engolir, por este prisma, é vista como um indicador chave de saúde e autonomia, sendo muitas vezes comprometida em residentes com doenças neurodegenerativas ou após acidentes vasculares cerebrais. A definição de deglutição como “eu entendo a deglutição como a capacidade que a pessoa tem de ingerir, ou seja, de engolir, seja alimentos, seja água ou hidratação, seja a própria saliva. A capacidade que a pessoa tem de o fazer” (DT3:1) enfatiza a importância de garantir que essa capacidade seja preservada e monitorizada regularmente.

As palavras “Idosos” (f = 14) e “Pessoa” (f = 12) refletem a preocupação central com os indivíduos em cuidados geriátricos. Estes termos destacam que o foco dos DTs está no cuidado personalizado e na adaptação das práticas de alimentação às necessidades específicas de cada residente. A ênfase na “pessoa” sugere um reconhecimento da individualidade e das diferenças nas capacidades de deglutição, sublinhando a necessidade de abordagens personalizadas no cuidado diário.

“Problema” (f = 11) e “Processo” (f = 11) aparecem frequentemente, indicando que a deglutição é vista tanto como um processo fisiológico complexo quanto como uma fonte potencial de complicações nos cuidados. Os DTs reconhecem que a deglutição pode se tornar problemática, especialmente à medida que os idosos perdem capacidades, o que pode levar a engasgamentos, aspirações, e outras complicações. A compreensão da deglutição como “...o processo de mastigação e de engolir...” (DT14:1) reforça a necessidade de atenção contínua e de intervenções adequadas para prevenir problemas maiores.

Os termos “Saúde” (f = 9) e “Utente” (f = 8) destacam a relação entre uma deglutição adequada e o estado geral de saúde dos residentes. A saúde dos idosos é frequentemente mencionada no contexto de prevenir deteriorações graves associadas a problemas de deglutição, como a desnutrição ou infeções respiratórias. Um DT ressalta que “uma deglutição adequada garante que os idosos possam alimentar-se e hidratar-se de maneira segura, prevenindo problemas como a desnutrição e a desidratação” (DT25:4), priorizando a importância deste processo na manutenção da saúde e na prevenção de complicações.

As palavras “Situação” (f = 4) e “Situações” (f = 4) indicam que os DTs estão atentos aos diversos contextos em que a deglutição pode se tornar crítica. Essas palavras sugerem uma

vigilância constante para identificar situações em que a deglutição pode estar comprometida e exigir intervenção imediata. Um DT observa que “...temos idosos que já não têm capacidade para mastigar e engolir” (DT20:2), indicando que situações aparentemente simples podem esconder problemas mais graves que necessitam de uma atenção cuidadosa.

A análise das palavras mais frequentes na categoria “Definição e importância da deglutição” evidencia a compreensão dos DTs sobre a centralidade da deglutição nos cuidados aos idosos. A ênfase nas palavras relacionadas com a capacidade de engolir, a alimentação, e a saúde geral destaca a necessidade de uma abordagem cuidadosa e individualizada para garantir que os residentes de ERPI possam se alimentar de maneira segura e eficaz, prevenindo complicações graves e assegurando uma qualidade de vida digna.

As palavras “Sempre” (f = 8) e “Temos” (f = 8) destacam a necessidade de vigilância contínua e de uma abordagem proativa na gestão da deglutição nas ERPI. A repetição do termo “Sempre” sugere que os DTs estão conscientes da importância de estar constantemente atentos às capacidades de deglutição dos utentes, garantindo que qualquer sinal de comprometimento seja rapidamente identificado e abordado. Um DT afirma: “...nós reforçamos sempre esta temática, para que fundamentalmente a nossa enfermeira na formação em contexto de trabalho aborde sempre estas situações” (DT6:27), indicando a necessidade de uma formação contínua e de um monitoramento regular. Já o termo “Temos” reflete a responsabilidade compartilhada entre os profissionais da ERPI em garantir que os cuidados com a deglutição sejam uma prioridade constante, como evidenciado na citação: “...temos que estar sempre muito atentos a este tipo de situações, sem dúvida” (DT2:10).

Os termos “Engasgamento” (f = 3) e “Engasgamentos” (f = 3) são mencionados no contexto dos perigos imediatos associados a uma deglutição comprometida. O engasgamento é visto como um dos riscos mais temidos, que pode levar a complicações graves, como asfixia ou aspiração. A preocupação com este risco é expressa quando um DT menciona: “...a capacidade de mastigar os alimentos de uma forma satisfatória, e se for uma boa deglutição, evitando os engasgamentos, que é o nosso maior problema, e adaptar as refeições à textura necessária às condições que o cliente apresente” (DT17:1). Este foco na prevenção de engasgamentos indica que os DTs consideram essencial adaptar as práticas alimentares para reduzir este risco ao máximo.

A palavra “Alimentação” (f = 17) aparece com grande frequência, indicando que os DTs

de ERPI consideram a alimentação um processo central para garantir a saúde e o bem-estar dos utentes. A necessidade de adaptar a alimentação às capacidades de deglutição de cada idoso é frequentemente mencionada, como exemplificado na citação: “se nós percebermos a capacidade de deglutição de cada utente, primeiro podemos adaptar a refeição às condições, mas, sobretudo, evitamos a situação de engasgamentos e de asfixia, que é o nosso problema maior no dia a dia” (DT17:5). Esta abordagem personalizada à alimentação evidencia a importância de considerar as limitações individuais de cada utente para garantir que todos possam se alimentar de maneira segura.

Os termos “Capacidade” (f = 12) e “Problema” (f = 11) aparecem regularmente juntos, refletindo a preocupação dos DTs com a capacidade dos idosos em realizar a deglutição de maneira eficaz. A capacidade de deglutir é vista como uma habilidade que pode estar comprometida devido ao envelhecimento ou a doenças neurológicas, o que pode transformar a deglutição num problema sério. Um dos DTs destaca: “A deglutição é a capacidade de engolir, não é, ou seja, é o esforço do músculo para fazermos a ingestão dos alimentos” (DT10:1), sugerindo que a perda dessa capacidade pode levar a uma série de complicações que precisam ser geridas de forma cuidadosa e proativa.

“Processo” (f = 11) e “Importância” (f = 9) são termos que refletem a visão dos DTs sobre a deglutição como um processo fisiológico que deve ser constantemente monitorizado. O processo de deglutição é entendido como uma sequência de ações que, se não ocorrerem de forma correta, podem comprometer a saúde dos utentes. A importância de controlar este processo é expressa em várias citações, como: “a deglutição é o ato de engolir, que é uma parte muito importante do processo digestivo. No contexto do cuidado aos idosos, a deglutição envolve mais do que apenas engolir alimentos e líquidos, ou seja, implica garantir que este processo ocorra de maneira segura e eficiente...” (DT25:1). Este reconhecimento da deglutição como um processo vital reforça a necessidade de uma abordagem vigilante e integrada para evitar problemas graves.

Os termos “Saúde” (f = 9) e “Dificuldade” (f = 5) indicam que a deglutição está muito relacionada ao estado geral de saúde dos idosos e que dificuldades neste processo são comuns e preocupantes. A saúde dos utentes pode ser significativamente afetada por problemas de deglutição, que podem levar a complicações como desnutrição, desidratação, e até hospitalizações frequentes. A presença de “Dificuldade” reforça a ideia de que a deglutição não é apenas um processo mecânico, mas também um indicador de problemas de saúde subjacentes que

devem ser abordados de maneira integrada.

A análise da nuvem de palavras da categoria “Definição e importância da deglutição” demonstra que os DTs de ERPI têm uma boa compreensão da importância deste processo vital. A deglutição é vista como central para a manutenção da saúde e da qualidade de vida dos idosos, e a sua monitorização é considerada essencial para prevenir complicações graves. A abordagem personalizada à alimentação e a adaptação das práticas de cuidado às necessidades individuais dos utentes são enfatizadas como práticas cruciais para garantir que os idosos possam continuar a se alimentar de maneira segura e digna.

As palavras mais frequentes refletem a complexidade do processo de deglutição e a importância de uma vigilância contínua e de intervenções adequadas para prevenir riscos como engasgamentos e aspirações. Em síntese, a deglutição é reconhecida como um componente crítico dos cuidados geriátricos, e os DTs estão cientes de que a sua gestão eficaz é fundamental para garantir a saúde e o bem-estar dos residentes nas ERPI.

1.3 Análise da nuvem de palavras do código: DEF-DEG: Definição de deglutição

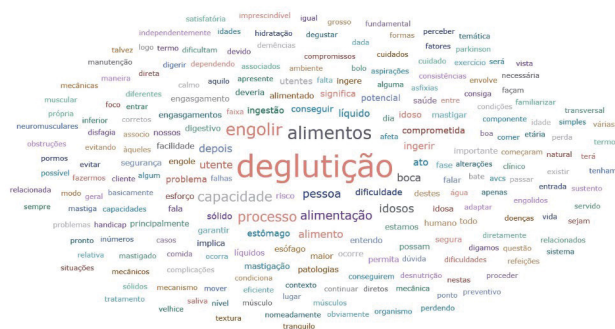


Figura 3 – Nuvem de palavras do código: DEF-DEG

Foi analisada a nuvem de palavras obtida por meio das entrevistas realizadas, na qual verifica-se que as palavras mais evocadas para o código: DEF-DEG, foram: “Deglutição” (f = 31), “Alimentos” (f = 14), “Engolir” (f = 13), “Capacidade” (f = 9), “Processo” (f = 9), “Alimentação” (f = 7), “Idosos” (f = 6), “Pessoa” (f = 6), “Alimento” (f = 5), “Boca” (f = 5), “Depois” (f = 5), “Utente” (f = 5), “Ato” (f = 4), “Ingerir” (f = 4), “Líquido” (f = 4), “Comprometida” (f = 3), “Conseguir” (f = 3), “Dificuldade” (f = 3), “Estômago” (f = 3), “Ídolo” (f = 3), “Ingestão” (f = 3), “Potencial” (f = 3), “Problema” (f = 3), “Significa” (f = 3), “Sólido” (f = 3), “Utentes” (f = 3), “Alimentado” (f = 2), “Destes” (f = 2), “Deveria” (f = 2), “Dia” (f = 2),

“Digestivo” (f = 2), “Engasgamento” (f = 2), “Engasgamentos” (f = 2), “Engole” (f = 2), “Entendo” (f = 2), “Esforço” (f = 2), “Esófago” (f = 2), “Estamos” (f = 2), “Facilidade” (f = 2), “Fala” (f = 2), “Falar” (f = 2), “Fase” (f = 2), “Garantir” (f = 2), “Humano” (f = 2), “Idosa” (f = 2), “Implica” (f = 2), “Importante” (f = 2), “Ingere” (f = 2), “Líquidos” (f = 2), “Maior” (f = 2), “Mastigação” (f = 2), “Mastigar” (f = 2), “Nossos” (f = 2), “Ocorre” (f = 2), “Patologias” (f = 2), “Permita” (f = 2), “Possam” (f = 2), “Principalmente” (f = 2), “Risco” (f = 2), “Saúde” (f = 2), “Segura” (f = 2), “Segurança” (f = 2), “Todo” (f = 2), “Adaptar” (f = 1), “Afeta” (f = 1), “Água” (f = 1), “Algum” (f = 1), “Alguma” (f = 1), “Alterações” (f = 1), “Ambiente” (f = 1), “Apenas” (f = 1), “Apresente” (f = 1), “Àqueles” (f = 1), “Aquilo” (f = 1), “Asfixias” (f = 1), “Aspirações” (f = 1), “Associados” (f = 1), “Associo” (f = 1), “AVCs” (f = 1), “Basicamente” (f = 1), “Bate” (f = 1), “Boa” (f = 1), “Bolo” (f = 1), “Calmo” (f = 1), “Capacidades” (f = 1), “Casos” (f = 1), “Cliente” (f = 1), “Clínico” (f = 1), “Começaram” (f = 1), “Comer” (f = 1), “Comida” (f = 1), “Complicações” (f = 1), “Componente” (f = 1), “Compromissos” (f = 1), “Condiciona” (f = 1), “Condições” (f = 1), “Consequirem” (f = 1), “Consiga” (f = 1), “Consistências” (f = 1), “Contexto” (f = 1), “Continuar” (f = 1), “Corretos” (f = 1), “Cuidado” (f = 1), “Cuidados” (f = 1). (ver figura 3).

A análise da nuvem de palavras para o código DEF-DEG revela como os DTs de ERPI compreendem e descrevem o processo de deglutição no contexto dos cuidados geriátricos. A palavra mais frequente, “Deglutição” (f = 31), é central nesta análise e é geralmente descrita como o ato de engolir alimentos e líquidos de forma segura, um processo que abrange uma série de funções fisiológicas fundamentais.

Os DTs enfatizam que a deglutição envolve não apenas a ingestão de alimentos, mas também uma coordenação precisa entre várias partes do sistema digestivo, desde a boca até o esófago e estômago. A citação “a deglutição é o ato de engolir, que é uma parte muito importante do processo digestivo...” (DT25:1) ilustra bem esta compreensão. Este entendimento realça que a deglutição é um processo fisiológico essencial, cuja interrupção pode ter consequências significativas para a saúde dos idosos.

A palavra “Alimentos” (f = 14) é outra palavra-chave que surge frequentemente nas definições de deglutição. Os alimentos são entendidos como o elemento central que precisa ser processado durante a deglutição, e a sua consistência e preparação são vistas como fatores importantes para garantir a segurança dos utentes. Como indicado por um dos DTs: “a deglutição

tem a ver com a alimentação que o idoso ingere, não é? Desde a boca até o estômago” (DT20:1). Esta observação destaca a complexidade do processo de deglutição, que vai além da simples ingestão, exigindo uma adaptação contínua às necessidades individuais dos utentes.

“Engolir” (f = 13) surge como um termo principal e está diretamente relacionado com o ato mecânico da deglutição. Os DTs referem-se ao engolir como uma função básica que deve ser realizada de maneira segura para evitar riscos como o engasgamento ou a aspiração. A citação “a deglutição é o ato de engolir os alimentos...” (DT6:1) destaca a simplicidade e, ao mesmo tempo, a importância deste ato, essencial para a manutenção da saúde e da nutrição adequadas dos utentes.

A “Capacidade” (f = 9) de deglutir é frequentemente mencionada no contexto da preservação da função de deglutição. Os DTs sublinham que, à medida que os idosos envelhecem, esta capacidade pode ser comprometida, o que exige uma atenção particular por parte das equipas de cuidados. Um exemplo disso é: “a deglutição como a capacidade que a pessoa tem de ingerir, ou seja, de engolir, seja alimentos, seja água ou hidratação, seja a própria saliva” (DT3:1). Esta definição realça a importância de monitorizar e apoiar a capacidade de deglutir dos idosos para garantir que eles possam continuar a alimentar-se de forma segura e eficaz.

O termo “Processo” (f = 9) reflete a visão dos DTs sobre a deglutição como uma sequência de ações coordenadas que precisam de ocorrer de forma correta para garantir a segurança alimentar dos utentes. A citação “a deglutição, depois da ingestão de alimentos, é o processo de mastigação e de engolir...” (DT14:1) exemplifica esta compreensão, enfatizando que cada etapa do processo de deglutição deve ser cuidadosamente gerida para evitar complicações.

“Alimentação” (f = 7) é mencionada como um elemento fundamental no contexto da deglutição. Os DTs reconhecem que a alimentação adequada é central para a saúde dos idosos e a deglutição desempenha um papel importante nesse processo. A necessidade de adaptar a alimentação às capacidades de deglutição dos utentes é um aspeto recorrente nas suas definições.

“Idosos” (f = 6) e “Pessoa” (f = 6) acentuam o foco dos DTs nos indivíduos sob os seus cuidados. Estes termos refletem a necessidade de uma abordagem personalizada na gestão da deglutição, onde cada idoso é tratado consoante as suas capacidades específicas de deglutir. Esta abordagem individualizada é essencial para garantir que as práticas de cuidado sejam eficazes e seguras.

Os termos “Alimento” (f = 5), “Boca” (f = 5), “Depois” (f = 5) e “Utente” (f = 5) indicam aspectos específicos do processo de deglutição que os DTs consideram importantes. Estes termos destacam diferentes fases do processo de deglutição, desde a preparação e ingestão dos alimentos até à monitorização dos utentes após o ato de deglutir, garantindo que o processo seja completado de forma segura.

Palavras como “Ato” (f = 4), “Ingerir” (f = 4) e “Líquido” (f = 4) complementam esta visão ao enfatizarem os aspectos técnicos da deglutição. “Ato” refere-se ao movimento específico de engolir, enquanto “Ingerir” e “Líquido” reforçam a importância de considerar a variedade de substâncias que precisam de ser deglutidas, cada uma apresentando desafios únicos, especialmente para os idosos.

O termo “Comprometida” (f = 3) refere-se ao estado em que a deglutição está prejudicada, indicando um risco aumentado de complicações. Este termo aparece em contextos que discutem as situações em que a capacidade de deglutir está diminuída, exigindo intervenções cuidadosas para evitar problemas mais graves, como engasgamentos ou aspirações.

Este panorama linguístico mostra que os DTs nas ERPI possuem uma boa compreensão, mas multifacetada da deglutição, considerando-a um processo vital que deve ser continuamente monitorizado e gerido para garantir a segurança e o bem-estar dos idosos sob os seus cuidados. A ênfase na capacidade de engolir, na segurança dos alimentos, e na adaptação das práticas alimentares reforçam a complexidade deste processo e a importância de uma abordagem cuidadosa e individualizada.

1.4 Análise da nuvem de palavras do código: IMP-DEG: Importância da deglutição”



Figura 4 – Nuvem de palavras do código: IMP-DEG

Foi analisada a nuvem de palavras obtida por meio das entrevistas realizadas, na qual

verifica-se que as palavras mais evocadas para o código: IMP-DEG, foram: “Importante” (f = 40), “Deglutição” (f = 18), “Tema” (f = 14), “Alimentação” (f = 10), “Idosos” (f = 9), “Importância” (f = 9), “Problema” (f = 8), “Temos” (f = 8), “Ainda” (f = 7), “Comer” (f = 7), “Idoso” (f = 7), “Saúde” (f = 7), “Sempre” (f = 7), “Alimentos” (f = 6), “Dia” (f = 6), “Erpi” (f = 6), “Muita” (f = 6), “Pessoa” (f = 6), “Pouco” (f = 6), “Bastante” (f = 5), “Disfagia” (f = 5), “Erpi” (f = 5), “Esta” (f = 5), “Termos” (f = 5), “Trabalha” (f = 5), “Cuidado” (f = 4), “Depois” (f = 4), “Falar” (f = 4), “Nível” (f = 4), “Normal” (f = 4), “Principalmente” (f = 4), “Situação” (f = 4), “Utentes” (f = 4), “Alguma” (f = 3), “Atentos” (f = 3), “Capacidade” (f = 3), “Deglutir” (f = 3), “Dúvida” (f = 3), “Extremamente” (f = 3), “Grande” (f = 3), “Noção” (f = 3), “Nossos” (f = 3), “Possível” (f = 3), “Prevenir” (f = 3), “Problemas” (f = 3), “Pronto” (f = 3), “Qualidade” (f = 3), “Realmente” (f = 3), “Situações” (f = 3), “Utente” (f = 3), “Acontecer” (f = 2), “Aspeto” (f = 2), “Aspiração” (f = 2), “Atenção” (f = 2), “Atribui” (f = 2), “Basta” (f = 2), “Bocadinho” (f = 2), “Complicações” (f = 2), “Condições” (f = 2), “Conseguimos” (f = 2), “Conseguirmos” (f = 2), “Consequências” (f = 2), “Cuidados” (f = 2), “Custos” (f = 2), “Devido” (f = 2), “Dieta” (f = 2), “Dificuldade” (f = 2), “Digestão” (f = 2), “Doenças” (f = 2), “Elevado” (f = 2), “Enfermeira” (f = 2), “Equipa” (f = 2), “Essencial” (f = 2), “Estadio” (f = 2), “Estamos” (f = 2), “Fundamental” (f = 2), “Gostava” (f = 2), “Idades” (f = 2), “Idosa” (f = 2), “Infeção” (f = 2), “Inquirimos” (f = 2), “Institucionalizados” (f = 2), “Instituição” (f = 2), “Líquidos” (f = 2), “Manter” (f = 2), “Mastigar” (f = 2), “Motivos” (f = 2), “Muitas” (f = 2), “Natural” (f = 2), “Necessário” (f = 2), “Numa” (f = 2), “Perdendo” (f = 2), “Prazer” (f = 2), “Preciso” (f = 2), “Primeiro” (f = 2), “Processo” (f = 2), “Questão” (f = 2), “Questões” (f = 2), “Realidade” (f = 2), “Reclamam” (f = 2), “Recusas” (f = 2), “Relevância” (f = 2), “Segura” (f = 2), “Sendo” (f = 2), “Sensação” (f = 2), “Sobretudo” (f = 2), “Sobrevivência” (f = 2), “Tradicionalis” (f = 2), “Vida” (f = 2). (*ver figura 4*).

A análise da nuvem de palavras do código IMP-DEG mostra a relevância atribuída ao processo de deglutição no contexto dos cuidados geriátricos nas ERPI. Através da frequência e da contextualização das palavras, é possível entender como os DTs percebem e valorizam a deglutição, reconhecendo-a como um aspeto central na manutenção da saúde e qualidade de vida dos idosos.

A palavra mais frequente na nuvem, “Importante” (f = 40), destaca-se como um reflexo da centralidade do tema. A deglutição é considerada essencial não apenas como um processo

fisiológico, mas também como um fator determinante na prevenção de complicações de saúde, como evidenciado na citação: “é muito importante porque, primeiro que assim, a alimentação é a base essencial da sobrevivência...” (DT10:2). Este destaque à importância sugere que os DTs reconhecem a deglutição como um elemento fundamental no cuidado diário, cuja falha pode desencadear uma série de problemas graves, como desnutrição, aspiração e infecções respiratórias.

O termo “Deglutição” (f = 18) aparece em segundo lugar, reforçando a sua posição como um tema recorrente nas discussões dos DTs. A deglutição é mencionada relativamente à capacidade dos idosos de engolir alimentos de forma segura, um processo que se torna mais complexo com o envelhecimento e com a presença de condições como a disfagia. A citação: “a deglutição é extremamente importante no cuidado, pois afeta diretamente a saúde, a sua saúde do idoso e a sua qualidade de vida” (DT25:3) ilustra bem esta preocupação com a deglutição como uma função primordial que requer atenção contínua.

A palavra “Tema” (f = 14) indica que a deglutição é vista como um tópico que merece discussão e educação contínua entre os profissionais de saúde. Os DTs mencionam frequentemente a necessidade de sensibilização e formação da equipa para lidar com os desafios relacionados à deglutição, como exemplificado na citação: “considero que foi importante e que é muito importante este tema e vem ainda mais vincar a necessidade de reforçarmos ainda mais, junto da equipe, esta área, que é uma área fundamental na saúde” (DT6:34).

“Alimentação” (f = 10) é outro termo chave que aparece frequentemente e está relacionado à deglutição. A alimentação adequada é observada como um direito básico dos idosos, e a deglutição segura é essencial para garantir que este direito seja cumprido. A relação entre deglutição e alimentação é um ponto-chave, como mencionado: “porque se nós não conseguirmos deglutir e assimilar os nutrientes dos alimentos, não conseguimos sobreviver” (DT14:15). Esta conexão revela a importância de adaptar a alimentação às capacidades de deglutição dos utentes para evitar riscos.

“Idosos” e “Importância” (f = 9 cada) são termos que destacam o foco nas necessidades específicas dos idosos e na importância atribuída à deglutição no contexto do envelhecimento. Os DTs reconhecem que com o envelhecimento, a capacidade de deglutir pode diminuir, exigindo uma atenção redobrada. A citação: “...temos idosos que já não têm capacidade para mastigar e engolir” (DT20:2) exemplifica a preocupação constante com a adaptação das práticas de cuidado para lidar com essas limitações.

“Problema” (f = 8) e “Temos” (f = 8) são termos que indicam a presença de desafios contínuos na gestão da deglutição. A deglutição comprometida é vista como um problema frequente e significativo nas ERPI, com potencial para causar sérios impactos na saúde dos utentes. “...acho que é muito importante toda a gente, que trabalha com idosos, estar sensibilizado e alertado para este problema” (DT9:23) reforça a necessidade de uma vigilância constante e de intervenções adequadas para prevenir complicações.

Palavras como “Ainda” (f = 7), “Comer” (f = 7), “Idoso” (f = 7), “Saúde” (f = 7) e “Sempre” (f = 7) refletem a natureza contínua e essencial do processo de deglutição na vida diária dos idosos. A deglutição está diretamente ligada à capacidade de comer e, por extensão, à saúde geral dos idosos. A citação “uma deglutição adequada garante que os idosos possam alimentar-se e hidratar-se de maneira segura, prevenindo problemas como a desnutrição e a desidratação” (DT25:4) sublinha essa interconexão.

Os termos “Alimentos” (f = 6), “Dia” (f = 6), “Erpi” (f = 6), “Muita” (f = 6), “Pessoa” (f = 6) e “Pouco” (f = 6) refletem a preocupação dos DTs com a consistência e segurança dos alimentos oferecidos diariamente aos idosos. A necessidade de observar e adaptar continuamente a dieta dos utentes para garantir que eles possam deglutir com segurança é enfatizada ao longo das entrevistas. A citação: “...a alimentação já não se faz da forma correta e é claro que é um perigo para uma pessoa que não vai ter aquele aporte diário de alimentação que teria que ter e com a qualidade que deveria ter” (DT24:2) exemplifica esta preocupação.

Termos como “Bastante” (f = 5), “Disfagia” (f = 5), “Erpi” (f = 5), “Esta” (f = 5), “Termos” (f = 5) e “Trabalha” (f = 5) destacam a complexidade e a frequência dos problemas de deglutição nas ERPI. A disfagia, em particular, é mencionada como um desafio comum, exigindo uma abordagem cuidadosa e adaptada para cada utente. A citação “muito importante, principalmente quando já há casos de disfagia e que é necessário promover e prevenir as aspirações devido à deglutição” (DT16:3) ilustra a necessidade de intervenções específicas para lidar com este problema.

Palavras como “Cuidado” (f = 4), “Depois” (f = 4), “Falar” (f = 4), “Nível” (f = 4), “Normal” (f = 4), “Principalmente” (f = 4), “Situação” (f = 4) e “Utentes” (f = 4) destacam a importância de uma abordagem personalizada e constante no cuidado dos idosos. A citação: “...a deglutição é um tema muito importante, só que as pessoas ainda não estão em alerta para o tema e praticamente nós só conseguimos ter noção deste tema só quem trabalha, só quem trabalha em

ERPIs...” (DT26:16) revela a necessidade de sensibilização e formação contínua para garantir que todos os profissionais estejam cientes da importância de monitorizar a deglutição.

Em síntese, a análise da nuvem de palavras para o código IMP-DEG revela que os DTs nas ERPI reconhecem a deglutição como um componente importante no cuidado dos idosos. As palavras mais evocadas mostram preocupação com a saúde e bem-estar dos utentes, direcionando para a necessidade de uma vigilância contínua, intervenções adaptadas e uma sensibilização constante para garantir que a deglutição ocorra de maneira segura e eficaz, prevenindo complicações graves.

1.5 Análise do diagrama de Sankey da categoria: Definição e importância da deglutição

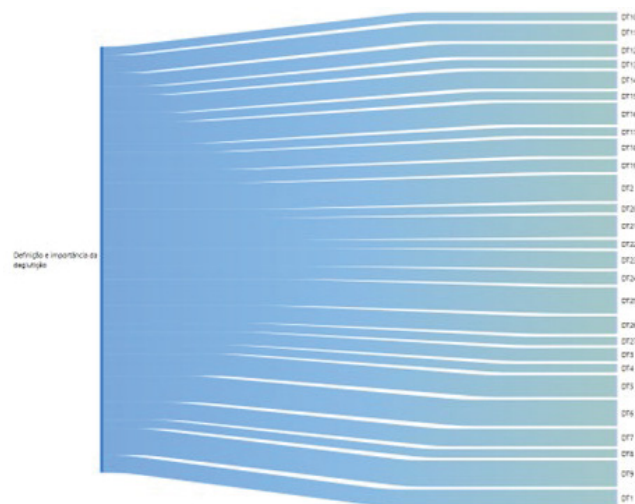


Figura 5 – Diagrama de Sankey da categoria: Definição e importância da deglutição

No diagrama de Sankey, são destacados vários diretores, como DT9, DT6, DT5, DT25, DT23, DT21, DT2, DT14 e DT11, cujas contribuições são mais robustas, refletidas pelas faixas mais espessas. Estes DTs demonstram uma destacada perceção da importância da deglutição na rotina de ERPI, com cada um apresentando diferentes perspetivas sobre o impacto deste processo na saúde dos idosos. DT9, por exemplo, refere: “Sendo que nos idosos, como já referi, é uma capacidade que vamos perdendo ao longo do tempo. Realmente é um problema bem acentuado nas ERPIs” (DT9:8).

Ao analisar as relações representadas no diagrama, observa-se uma perceção dos DTs sobre a importância atribuída ao processo, IMP-DEG. O DT5 menciona que “isso é um tema

muitíssimo importante, porque os idosos vão perdendo algumas capacidades, o ser humano, principalmente o idoso”, destacando a necessidade de um cuidado contínuo e preventivo (DT5:8). O fluxo de informações entre os DTs e os códigos DEF-DEG e IMP-DEG apresenta uma boa comunicação, revelando que os DTs reconhecem tanto a definição da deglutição quanto a sua importância prática no cuidado diário.

Os fluxos principais no diagrama mostram que DT9, DT25 e DT6 estão em conexão ao código IMP-DEG, indicando que estes DTs atribuem uma importância elevada ao tema, especialmente no que diz respeito à prevenção de complicações, como engasgamentos e asfixias. DT25 afirma que “uma deglutição adequada garante que os idosos possam alimentar-se e hidratar-se de maneira segura, prevenindo problemas como a desnutrição e a desidratação” (DT25:4). Já outros DTs, como DT11 e DT23, também aludem a relevância do tema, porém apresentam percepções diferenciadas quanto à aplicabilidade das práticas nas ERPI.

Outro ponto é a relação entre as definições de deglutição e a importância lhe atribuída. DT6, por exemplo, menciona que a deglutição é o “a deglutição é o ato de engolir os alimentos. Portanto, basicamente é isto, é a forma como os alimentos são engolidos” (DT6:1), destacando a relevância desta prática para a saúde dos idosos, enquanto DT14 dá relevância as técnicas “nós temos uma população bastante envelhecida e esse problema acontece com muita frequência e há uma série de técnicas que a equipa de enfermagem vai recorrendo para facilitar o processo” (DT14:2)

A análise foi realizada em consulta ao relatório de citações, o que reforça a precisão das interpretações sobre as percepções dos DTs quanto à definição e importância da deglutição. As declarações dos diretores técnicos corroboram as relações representadas no diagrama de Sankey, permitindo uma compreensão clara da interligação entre a definição do processo de deglutição e a importância atribuída pelos profissionais a sua abordagem no ambiente institucional.

Em síntese, o diagrama de Sankey evidencia a centralidade da deglutição como um tema prioritário para os DTs nas ERPI. Os fluxos mais espessos, que representam DTs como DT9, DT25 e DT6, demonstram a forte percepção destes profissionais sobre a importância da deglutição nos cuidados diários, reforçando a necessidade de uma gestão eficiente e preventiva deste processo.

1.6 Síntese da Categoria: Definição e importância da deglutição

A deglutição, sendo uma função primordial para a alimentação e nutrição adequadas,

ganha particular relevância à medida que os idosos perdem gradualmente algumas capacidades fisiológicas, o que pode levar a complicações de saúde. Os diretores de ERPI reconhecem a importância de assegurar que este processo ocorra de forma segura, prevenindo problemas que comprometam a saúde e o bem-estar dos idosos.

Na análise dos principais códigos da categoria, destacam-se “DEF-DEG” e “IMP-DEG”. O código DEF-DEG, que apareceu 33 vezes nas entrevistas, reflete as discussões dos DTs sobre o que caracteriza o processo de deglutição, enquanto o código IMP-DEG, com 64 ocorrências, revela uma preocupação maior nas implicações práticas e na importância atribuída à deglutição no contexto dos cuidados geriátricos. A diferença nas frequências indica que os DTs se concentram mais nos efeitos práticos da deglutição no dia a dia do cuidado, priorizando as suas consequências para a saúde dos idosos, em vez de discutir detalhadamente o processo fisiológico em si.

Os coeficientes de coocorrência entre esses códigos também são reveladores. O coeficiente de força de 0,01 entre DEF-DEG e IMP-DEG sugere que, embora ambos os conceitos sejam discutidos, eles aparecem raramente juntos nas falas dos DTs. Isso reflete a tendência de os diretores separarem a importância prática da deglutição da sua definição técnica. Por outro lado, o coeficiente de 0,68 entre IMP-DEG e o contexto geral da categoria indica uma forte interdependência, sublinhando que os DTs estão mais preocupados com a relevância da deglutição no bem-estar dos utentes, especialmente em termos de prevenção de problemas graves como a aspiração.

As percepções dos DTs sobre a importância da deglutição estão refletidas em várias citações ao longo das entrevistas. Por exemplo, um DT afirma: “muito importante, principalmente quando já há casos de disfagia e que é necessário promover e prevenir as aspirações devido à deglutição” (DT16:10), destacando a necessidade de atenção contínua à capacidade de deglutir e à implementação de medidas preventivas para garantir que o processo ocorra de forma segura. Estas discussões demonstram a consciência dos DTs sobre o impacto da deglutição na qualidade de vida dos idosos e a necessidade de intervenções que previnam complicações associadas.

A análise da categoria “Definição e importância da deglutição” aponta que os diretores de ERPI têm uma percepção clara da importância deste processo para a saúde dos idosos sob os seus cuidados. Embora a definição técnica da deglutição seja menos abordada, a sua importância

prática é reconhecida, principalmente no que se concerne à prevenção de problemas graves como o engasgamento e a desnutrição. O diagrama de Sankey e os dados corroboram que a deglutição é valorizada como uma prioridade, e que a gestão eficiente deste processo é importante para a promoção da saúde e segurança dos residentes nas ERPI.

2. Categoria: Gestão de risco e segurança

2.1 Análise da coocorrência e dos coeficientes de força

A tabela que apresenta a coocorrência dos códigos (*tabela 2*) revela interações variadas entre os principais elementos dessa categoria. Por exemplo, o código AÇ-ENG tem uma frequência significativa de ocorrências, com 44 registros, demonstrando a importância atribuída pelos DTs a intervenções imediatas em casos de engasgamento. A coocorrência deste código com outros, como MAN-HEIM, é baixa, com um coeficiente de força próximo de zero, o que indica que, embora ambos os códigos sejam importantes, não costumam ser mencionados simultaneamente de forma recorrente.

Por outro lado, o código SIN-AL aparece com uma frequência alta de 64 ocorrências, indicando a relevância de identificar sinais que antecedem problemas de deglutição, como o engasgamento e a tosse. Esses sinais são frequentemente verificados como o primeiro indício de que algo está errado durante a alimentação, o que é corroborado por uma citação direta do DT1: “sim, o mais básico é o engasgamento, não é?” (DT1:12).

Os coeficientes de força demonstram o grau de interdependência entre os códigos. A relação mais forte observada foi entre AÇ-ENG e PRO-EME, com um coeficiente de 0,12, sugerindo que, embora essas intervenções sejam discutidas separadamente, há uma modesta interligação entre a prática de desobstrução de vias aéreas e o estabelecimento de protocolos de emergência. Segundo um DT, a importância de protocolos bem definidos é importante, especialmente em situações em que o primeiro socorro falha: “se houver alguma emergência e urgência, será comunicado ao 112 e seguido para cuidados” (DT19:25).

Outro coeficiente de relevância, embora mais baixo, é o de 0,07 entre MAN-HEIM e INC-TOS sugerindo uma prática onde a tosse é inicialmente incentivada antes de se recorrer à manobra. Um dos DTs ilustra essa dinâmica: “primeiro tentamos logo tirar o obstáculo da via respiratória, da deglutição e depois, claro, se conseguimos, à partida normalmente conseguimos.” (DT5:16).

Um ponto importante da análise é que, embora os coeficientes entre alguns códigos sejam baixos, isso não diminui a importância das práticas discutidas. Por exemplo, RIS-CON aparece com 70 ocorrências, destacando a preocupação dos DTs com as consequências de uma deglutição inadequada. Um dos riscos mencionados de forma recorrente é a pneumonia por aspiração, conforme observado na fala do DT2: “o facto deles terem a pneumonia por aspiração, não é...

que lhe vai prejudicar a parte dos pulmões, não é... das lesões pulmonares frequentes” (DT2:14). No entanto, o coeficiente de força entre RIS-CON e outros códigos é baixo, sugerindo que os riscos são mencionados em contextos diferentes das ações de emergência imediatas.

A análise da coocorrência e dos coeficientes de força na categoria “Gestão de Riscos e Segurança” revela uma prioridade nas ações de emergência em casos de engasgamento, bem como na importância dos sinais de alerta como primeiro indicador de risco. Os coeficientes de força relativamente baixos entre os códigos sugerem que, apesar de estarem todos relacionados com a gestão de riscos, as práticas mencionadas pelos DTs tendem a ser discutidas de forma isolada, dependendo do contexto específico.

	● Gestão de riscos e segurança Gr=241		○ Gestão de riscos e segurança : Ações em casos de engasgamento Gr=44		○ Gestão de riscos e segurança : Incentivar a tosse Gr=4		○ Gestão de riscos e segurança : Manobra de Heimlich Gr=54		○ Gestão de riscos e segurança : Protocolos de emergência Gr=5		○ Gestão de riscos e segurança : Riscos e consequências Gr=70		○ Gestão de riscos e segurança : Sinais de alerta Gr=64	
	count	coefficient	count	coefficient	count	coefficient	count	coefficient	count	coefficient	count	coefficient	count	coefficient
● Gestão de riscos e segurança Gr=241	0	0,00	46	0,19	6	0,03	54	0,22	5	0,02	71	0,30	65	0,27
○ Gestão de riscos e segurança: Ações em casos de engasgamento Gr=44	46	0,19	0	0,00	2	0,04	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
○ Gestão de riscos e segurança: Incentivar a tosse Gr=4	6	0,03	2	0,04	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
○ Gestão de riscos e segurança: Manobra de Heimlich Gr=54	54	0,22	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
○ Gestão de riscos e segurança: Protocolos de emergência Gr=5	5	0,02	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
○ Gestão de riscos e segurança: Riscos e consequências Gr=70	71	0,30	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,01
○ Gestão de riscos e segurança: Sinais de alerta Gr=64	65	0,27	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,01	0	0,00

Tabela 2 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Gestão de risco e segurança

	● Gestão d... Ⓜ 241	◇ Gestão de ri... Ⓜ 44	◇ Gestão de ri... Ⓜ 4	◇ Gestão de ri... Ⓜ 54	◇ Gestão de ri... Ⓜ 5	◇ Gestão de ri... Ⓜ 70	◇ Gestão de ri... Ⓜ 64
● Gestão de riscos e segurança Ⓜ 241		46 (0,19)	6 (0,03)	54 (0,22)	5 (0,02)	71 (0,30)	65 (0,27)
◇ Gestão de riscos e segurança: Ações em casos de engasgamento Ⓜ 44	46 (0,19)		2 (0,04)				
◇ Gestão de riscos e segurança: Incentivar a tosse Ⓜ 4	6 (0,03)	2 (0,04)					
◇ Gestão de riscos e segurança: Manobra de Heimlich Ⓜ 54	54 (0,22)						
◇ Gestão de riscos e segurança: Protocolos de emergência Ⓜ 5	5 (0,02)						
◇ Gestão de riscos e segurança: Riscos e consequências Ⓜ 70	71 (0,30)						1 (0,01)
◇ Gestão de riscos e segurança: Sinais de alerta Ⓜ 64	65 (0,27)					1 (0,01)	

Figura 6 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Gestão de risco e segurança

e segurança

2.2 Análise da nuvem de palavras da categoria: Gestão de riscos e segurança

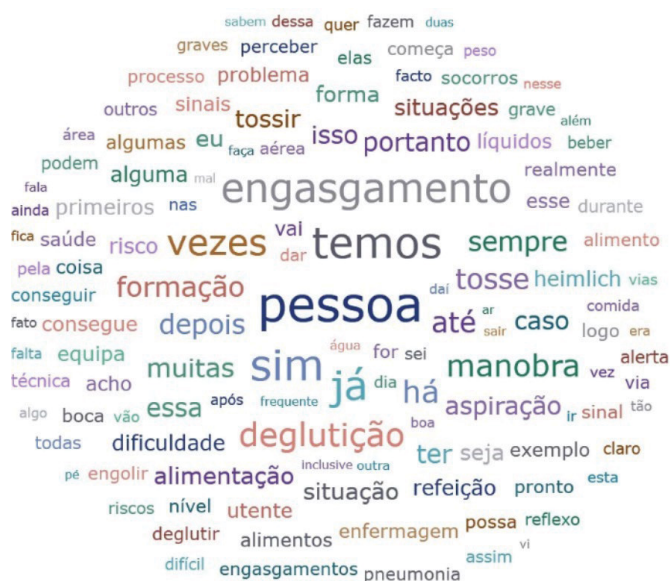


Figura 7 – Nuvem de palavras da categoria: Gestão de riscos e segurança

Foi analisada a nuvem de palavras obtida por meio das entrevistas realizadas, na qual verifica-se que as palavras mais evocadas para a categoria: Definição e Importância da Deglutição, foram: “Pessoa” (f = 53), “Temos” (f = 45), “Engasgamento” (f = 41), “Deglutição” (f = 31), “Manobra” (f = 28), “Tosse” (f = 25), “Formação” (f = 24), “Sempre” (f = 23), “Muitas” (f = 22), “Aspiração” (f = 20), “Tossir” (f = 19), “Alimentação” (f = 18), “Situações” (f = 17), “Dificuldade” (f = 15), “Heimlich” (f = 15), “Refeição” (f = 15), “Risco” (f = 15), “Consegue” (f = 14), “Equipa” (f = 14) e “Utente” (f = 14) (*ver figura 7*).

A nuvem de palavras da categoria “Gestão de Riscos e Segurança” exhibe os termos mais recorrentes nas discussões relacionadas com a temática da segurança na deglutição, especialmente no contexto de situações de engasgamento. As palavras “pessoa”, “temos” e “engasgamento” destacam-se como as mais frequentes, pontuando a centralidade destas noções na compreensão e gestão dos riscos associados ao processo de deglutição em ambientes geriátricos.

A predominância da palavra “pessoa” sugere que os DTs de ERPI mantêm um foco significativo no indivíduo, refletindo uma abordagem personalizada na gestão dos riscos de deglutição. A ênfase neste termo indica que, para os DTs, o bem-estar da pessoa idosa está no

centro das práticas de segurança, reforçando a necessidade de intervenções específicas e adaptadas a cada utente. Esta perspetiva personalizada é essencial, considerando a variabilidade nas capacidades de deglutição entre os residentes e a importância de um cuidado individualizado.

O termo “temos” aparece frequentemente, indicando uma perceção coletiva e de responsabilidade compartilhada na gestão dos riscos e na segurança dos residentes. Este plural sugere que os DTs reconhecem a importância da colaboração entre as equipas na execução de protocolos de segurança e na implementação de medidas preventivas.

O destaque para a palavra “engasgamento” reafirma a preocupação constante com este risco específico, que é uma das emergências mais temidas nas ERPI devido às suas potenciais consequências, como a asfixia e a aspiração. A alta frequência desta palavra na nuvem reforça a relevância das estratégias de intervenção rápida, como a manobra de Heimlich, na rotina de segurança dos DTs e suas equipas.

A palavra “deglutição”, embora presente, não é a mais frequente, o que pode indicar que os profissionais abordam a deglutição principalmente no contexto de suas complicações e riscos, como o engasgamento, em vez de discutir o processo de deglutição em si de forma isolada. Esta observação é coerente com a natureza prática e emergencial do trabalho dos DTs, que se concentra em prevenir e responder a incidentes críticos acionando as suas equipas.

A presença da palavra “manobra”, referindo-se especificamente à manobra de Heimlich, destaca a importância atribuída à formação técnica das equipas em intervenções de emergência. A alta frequência deste termo indica que a formação em primeiros socorros, particularmente na aplicação correta desta manobra, é uma prioridade nas práticas de gestão de riscos de ERPI. Esta formação contínua é vista como essencial para garantir que todos os membros da equipa estejam preparados para agir atempadamente em casos de engasgamento.

O termo “tosse” e a palavra relacionada “tossir” surgem também com frequência, refletindo a utilização de técnicas menos invasivas para lidar com obstruções leves das vias aéreas antes de recorrer a manobras mais agressivas. A inclusão destas palavras na nuvem de palavras destaca a abordagem graduada na gestão do engasgamento, onde incentivar a tosse é uma primeira conduta de defesa.

Palavras como “formação” e “sempre” reforçam a ideia de que a preparação e a vigilância constantes são alicerces da segurança nas ERPI. A formação contínua das equipas é essencial para assegurar que todos os profissionais estejam aptos a intervir em situações de risco, enquanto

a palavra “sempre” indica uma necessidade de atenção ininterrupta para garantir a segurança dos residentes.

Outros termos como “aspiração”, “alimentação” e “dificuldade” apontam para uma compreensão abrangente dos riscos associados à deglutição, incluindo complicações como a pneumonia aspirativa e os desafios relacionados à alimentação dos idosos. Estes termos refletem uma abordagem preventiva e proativa, onde o objetivo é minimizar os riscos de complicações através de uma gestão cuidadosa e detalhada de todos os aspetos da alimentação e da deglutição.

A presença de “situações” e “refeição” na nuvem de palavras propõem que os DTs discutem frequentemente as condições específicas nas quais ocorrem os episódios de engasgamento e outros riscos, destacando a importância de um ambiente controlado e seguro durante as refeições.

No entanto, as palavras como “risco”, “consegue”, “equipa” e “utente” reafirmam a importância de uma gestão integrada e colaborativa, onde a capacidade da equipa de agir eficazmente e a compreensão dos riscos associados à deglutição são fundamentais para garantir a segurança dos utentes. A palavra “equipa” reflete o trabalho conjunto e a comunicação eficaz entre os profissionais, enquanto “utente” sublinha a centralidade do residente na aplicação dessas medidas de segurança.

A análise da nuvem de palavras da categoria “Gestão de Riscos e Segurança” evidencia uma forte ênfase na gestão personalizada e na resposta a emergências, com um pensar significativo na formação contínua das equipas e na prevenção de engasgamentos. A presença destacada de termos relacionados com riscos, intervenções específicas e a importância da colaboração entre equipas reforça a ideia de que a segurança dos residentes é tratada de forma global e proativa, sempre com o objetivo de garantir o bem-estar dos utentes nas ERPI.

2.3 Análise da nuvem de palavras do código: AÇ-ENG: Ações em casos de engasgamento



Figura 8 – Nuvem de palavras do código: AÇ-ENG

Foi analisada a nuvem de palavras obtida por meio das entrevistas realizadas, na qual verifica-se que as palavras mais evocadas para o código: Ações em casos de engasgamento, foram: “Pessoa” (f = 14), “Engasgamento” (f = 9), “Heimlich” (f = 8), “Logo” (f = 8), “Manobras” (f = 7), “Realmente” (f = 7), “Sempre” (f = 7), “Temos” (f = 7), “Tossir” (f = 7), “Enferragem” (f = 6), “Possa” (f = 6), “Primeira” (f = 6), “Consequimos” (f = 5), “Costas” (f = 5), “Desobstruir” (f = 5), “Equipa” (f = 5), “Existe” (f = 5), “Normalmente” (f = 5), “Aérea” (f = 4), “Ajudar” (f = 4) e “Alimentação” (f = 4) (*ver figura 8*).

A nuvem de palavras associada ao código “AÇ-ENG: Ações em casos de engasgamento” expressa os termos mais frequentes utilizados pelos DTs de ERPI ao discutir as intervenções necessárias em situações de engasgamento. As palavras “pessoa”, “engasgamento” e “Heimlich” sobressaem-se como as mais recorrentes, salientando a relevância de uma resposta imediata e eficaz a episódios de engasgamento para garantir a segurança dos residentes.

A predominância da palavra “pessoa” sugere que, mesmo em situações de emergência, os DTs mantêm uma percepção clara no indivíduo, refletindo a necessidade de ações personalizadas e direcionadas ao bem-estar do residente envolvido. Esta ênfase na “pessoa” indica a importância de considerar as características individuais de cada residente durante a intervenção, como idade, condição física e histórico de saúde, o que é essencial para assegurar uma resposta apropriada e eficaz em caso de engasgamento.

O termo “engasgamento”, sendo o ponto central deste código, aparece frequentemente na nuvem de palavras, o que é esperado dado o contexto da análise. A frequência deste termo reforça a preocupação constante com este tipo de incidente nas ERPI, evidenciando a necessidade de uma preparação contínua para lidar com emergências de desobstrução das vias aéreas, que são

consideradas situações críticas e que exigem respostas rápidas.

A palavra “Heimlich”, que se refere à manobra de desobstrução das vias aéreas mais conhecida e utilizada em casos de engasgamento, aparece com alta frequência, sugerindo que os DTs valorizam e priorizam a formação prática na realização desta técnica. Esta frequência destaca a centralidade da Manobra de Heimlich nas práticas de segurança e na formação das equipas, sendo considerada uma intervenção crucial em situações onde a vida do residente está em risco imediato.

O uso da palavra “logo” indica a urgência associada às ações necessárias em casos de engasgamento, sublinhando que a rapidez na resposta é premente para evitar consequências graves. Esta urgência é coerente com as melhores práticas de primeiros socorros, onde a eficiência do tempo de resposta pode fazer a diferença entre a recuperação e a fatalidade.

“Manobras” e “tossir” também aparecem como palavras frequentes, destacando a importância das várias técnicas utilizadas para desobstruir as vias aéreas, com a tosse sendo incentivada como uma primeira linha de defesa antes da aplicação de manobras mais invasivas como a manobra de Heimlich. Esta abordagem gradual é uma prática comum na gestão de emergências de engasgamento, onde a intervenção mais simples e menos invasiva é privilegiado em primeira instância.

A palavra “sempre” reforça a noção de que a vigilância e a prontidão para agir em casos de engasgamento são uma parte constante e integral da rotina nas ERPI. Os DTs parecem estar cientes de que a formação e a prática contínuas são necessárias para manter a equipa preparada para estas situações, o que é essencial para a eficácia das intervenções.

O termo “temos” reflete a abordagem colaborativa e a responsabilidade partilhada na gestão de emergências, sugerindo que as equipas trabalham em conjunto para assegurar que as intervenções sejam realizadas de maneira eficiente e coordenada. Este plural reforça a importância do trabalho em equipa e da comunicação eficaz durante as emergências.

A palavra “realmente” aparece com frequência, sugerindo que os DTs utilizam este termo para chamar a atenção para a gravidade das situações de engasgamento e a necessidade de uma intervenção correta. Esta referência, em equipa, pode ter efeito na conscientização dos profissionais sobre as potenciais consequências fatais de um engasgamento não resolvido de forma rápida e eficaz.

A presença das palavras “enfermagem” e “equipa” destaca a importância do papel da

A nuvem de palavras associada ao código “Sinais de Alerta” evidencia os termos mais frequentes utilizados pelos DTs de ERPI ao discutirem os indicadores que podem sinalizar problemas de deglutição entre os residentes. As palavras “tosse”, “pessoa” e “engasgamento” surgem como as mais proeminentes, destacando a atenção direcionada a sinais que podem antecipar ou identificar riscos de complicações durante as refeições.

A palavra “tosse” aparece com maior frequência, sublinhando o seu papel como um dos principais sinais de alerta na identificação de problemas de deglutição. A tosse, frequentemente observada durante ou após a refeição, é uma reação reflexa que pode indicar a presença de material nas vias aéreas, o que necessita de uma intervenção imediata. A recorrência deste termo na nuvem de palavras destaca a importância de os DTs e suas equipas estarem atentos a este sinal e agirem rapidamente para evitar complicações mais graves, como a aspiração de alimentos ou líquidos.

O termo “pessoa” reflete a centralidade do indivíduo nas avaliações de risco. Esta palavra destaca a necessidade de uma abordagem personalizada, onde as condições específicas de cada residente são cuidadosamente vigiadas para identificar sinais de alerta. Esta abordagem na “pessoa” mostra a preocupação em adaptar as intervenções às necessidades individuais dos residentes, garantindo que qualquer sinal de alerta seja identificado no contexto da condição física e do histórico clínico de cada um.

“Engasgamento” surge como outro termo-chave, expondo o seu papel como um dos principais sinais de que algo está errado durante a deglutição. A frequência deste termo na nuvem de palavras indica que o engasgamento é uma preocupação constante e é considerado um dos sinais mais críticos que requerem uma resposta imediata. A identificação precoce do engasgamento permite que as equipas intervenham de forma eficaz para prevenir a progressão para situações mais graves.

A palavra “refeição” também se destaca, reforçando a importância do momento das refeições como uma ocasião crítica para a observação de sinais de alerta. As refeições são momentos-chave em que os sinais de dificuldades de deglutição são mais prováveis de se manifestar, sendo fulcral que os cuidadores e as equipas de enfermagem estejam especialmente vigilantes durante estes períodos.

O termo “temos” sugere uma abordagem coletiva e uma responsabilidade partilhada entre os membros da equipa no reconhecimento e na resposta a sinais de alerta. Este uso do plural

sublinha a importância do trabalho em equipa e da comunicação eficaz para a identificação e gestão dos riscos associados à deglutição, promovendo um ambiente seguro para os residentes.

“Sinais” e “alerta” reforçam a noção de que a identificação precoce e a resposta rápida a indicadores de problemas de deglutição são fundamentais para prevenir complicações graves. A presença dessas palavras na nuvem indica uma consciência presente entre os DTs sobre a importância de estar constantemente vigilante e preparado para agir ao menor sinal de dificuldade.

A palavra “líquidos” também aparece com frequência, sugerindo que as dificuldades com líquidos são um sinal comum de problemas de deglutição. A menção de líquidos pode estar associada a situações em que a deglutição de líquidos se torna problemática, uma vez que líquidos têm maior probabilidade de entrar nas vias aéreas, comparativamente a alimentos sólidos, se a deglutição não for eficaz. Este foco nos líquidos ressalta a necessidade de observar cuidadosamente a ingestão de líquidos pelos residentes.

“Deglutição” e “deglutir” destacam a relevância contínua deste processo nas discussões sobre sinais de alerta. A menção recorrente a estes termos reafirma a importância da deglutição como uma função crítica que requer fiscalização constante. Identificar alterações na capacidade de deglutir eficazmente pode ser um dos primeiros sinais de que a saúde do residente está comprometida, necessitando de intervenções preventivas.

A análise da nuvem de palavras para o código “Sinais de Alerta” dá ênfase a importância de uma vigilância contínua e uma resposta pronta aos sinais precoces de dificuldades de deglutição. A frequência das palavras “tosse”, “engasgamento” e “pessoa” indica que os DTs estão cientes dos principais indicadores de risco e da necessidade de uma abordagem centrada no residente para garantir a segurança durante as refeições. A ênfase na identificação precoce e na intervenção oportuna é essencial para prevenir complicações graves, como a aspiração e a pneumonia, assegurando assim o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos nas ERPI.

2.5 Análise da nuvem de palavras da categoria: PRO-EME: Protocolos de Emergência

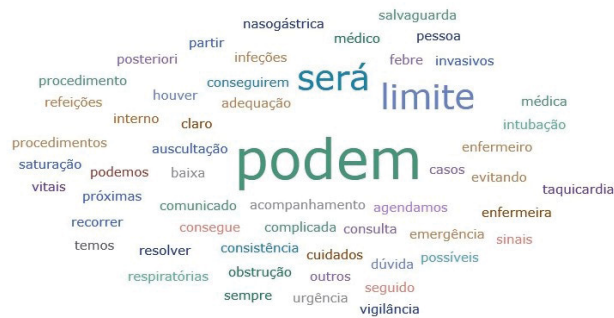


Figura 10 – Nuvem de palavras do código: PRO-EME

Foi analisada a nuvem de palavras obtida por meio das entrevistas realizadas, na qual verifica-se que as palavras mais evocadas para o código: Protocolos de emergência, foram: “Podem” (f = 3), “Limite” (f = 2), “Será” (f = 2), “Acompanhamento” (f = 1), “Adequação” (f = 1), “Agendamos” (f = 1), “Auscultação” (f = 1), “Baixa” (f = 1), “casos” (f = 1), “Claro” (f = 1), “Complicada” (f = 1), “Comunicado” (f = 1), “Consegue” (f = 1), “Consequirem” (f = 1), “Consistência” (f = 1), “Consulta” (f = 1), “Cuidados” (f = 1), “Dúvida” (f = 1), “Emergência” (f = 1), “Enfermeira” (f = 1) e “febre” (f = 6) (*ver figura 10*).

A análise da nuvem de palavras associada ao código “Protocolos de Emergência” revela preocupação, mas possivelmente subvalorizada, no contexto de ERPI. Com base nas entrevistas realizadas com 27 diretores técnicos, as palavras mais evocadas foram “podem” (f = 3), “limite” (f = 2) e “será” (f = 2), enquanto termos mais específicos e diretamente relacionados com a gestão de emergências, como “acompanhamento”, “auscultação”, “emergência” e “intubação”, foram mencionados apenas uma vez.

A baixa frequência destes termos em entrevistas com profissionais responsáveis pela gestão de ERPI pode indicar uma lacuna na formação ou na implementação de protocolos de emergência. Esta escassa menção a termos críticos sugere uma familiaridade limitada, ou até mesmo a ausência, de protocolos formalizados e eficazes que orientem as equipas em situações críticas.

A presença esparsa de palavras que deveriam estar no centro das discussões sobre protocolos de emergência levanta algumas preocupações. Primeiramente, esta situação pode apontar para uma formação insuficiente. A raridade com que termos relacionados com a execução e compreensão dos protocolos de emergência são mencionados sugere que os

profissionais de ERPI podem não estar a receber a formação necessária, comprometendo a sua capacidade de agir de maneira eficaz e coordenada durante emergências. Isso coloca em risco a segurança dos residentes, como evidenciado na citação do diretor técnico DT19: “se houver alguma situação de emergência e urgência, será comunicado ao 112 e seguido para cuidados” (DT19:10). Esta dependência de serviços externos em emergência pode indicar a falta de preparação interna adequada.

Em segundo lugar, a baixa frequência de termos como “emergência” e “intubação” pode refletir uma subestimação da gravidade das emergências. Tal subestimação pode resultar numa complacência perigosa, onde as equipas não estão devidamente preparadas para lidar com incidentes graves de forma rápida e eficaz. Como relatado por DT23: “no limite, uma intubação nasogástrica, que também há casos que tem que ser” (DT23:19), a intervenção médica parece ser tratada como uma última opção, em vez de parte de um plano de ação bem definido.

Além disso, a escassa referência a procedimentos específicos pode também indicar a inexistência de protocolos bem definidos ou a sua inadequação. Sem diretrizes claras e amplamente divulgadas, as equipas podem agir de maneira inconsistente ou ineficaz durante uma emergência, aumentando o risco de consequências adversas para os residentes. Esta incerteza é reforçada pela fala do DT24: “claro que se uma pessoa tem uma obstrução mais complicada, aí para quem é enfermeiro podemos recorrer a outros procedimentos mais invasivos” (DT24:17), sugerindo que a intervenção adequada depende mais da experiência do profissional do que de um protocolo institucionalizado.

Mesmo na presença de protocolos formais, a baixa frequência de palavras indicativas de ações específicas pode apontar para dificuldades na sua implementação prática. Fatores como falta de recursos, resistência à mudança ou comunicação ineficaz dentro das equipas podem estar a impedir que os protocolos sejam seguidos de forma eficaz. Como mencionado por DT26: “se eles não conseguirem resolver, nós temos sempre uma enfermeira, uma médica, que consegue dar aqui uma salvaguarda” (DT26:17), há uma confiança em intervenções pontuais de profissionais específicos em vez de um sistema integrado de resposta.

A análise desta nuvem de palavras sugere uma preocupação real quanto à segurança e à preparação de ERPI para lidar com emergências. A ausência de uma discussão robusta sobre os protocolos de emergência pode ser interpretada como uma deficiência, que necessita de atenção para garantir a proteção adequada dos residentes em situações de crise. Esta análise evidencia a

necessidade de um reforço na formação e na clarificação dos protocolos de emergência, assegurando que todos os membros da equipa estejam devidamente preparados para agir de forma coordenada e eficaz quando confrontados com situações de risco.

2.6 Análise da nuvem de palavras da categoria: RISC-CON: Riscos e consequências

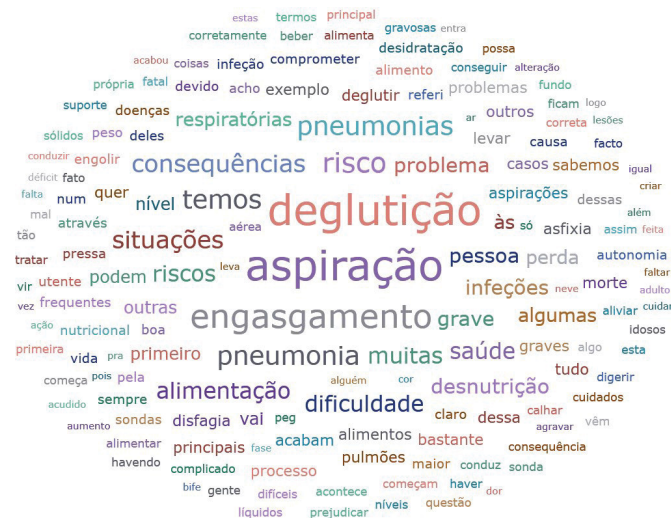


Figura 11 – Nuvem de palavras do código: RIS-CON

Foi analisada a nuvem de palavras obtida por meio das entrevistas realizadas, na qual verifica-se que as palavras mais evocadas para o código: Riscos e Consequências, foram: “Aspiração” (f = 19), “Deglutição” (f = 19), “Engasgamento” (f = 14), “Risco” (f = 11), “Pneumonia” (f = 10), “Pneumonias” (f = 10), “Temos” (f = 10), “Consequências” (f = 9), “Situações” (f = 9), “Alimentação” (f = 8), “Dificuldade” (f = 8), “Muitas” (f = 8), “Riscos” (f = 8), “Saúde” (f = 8), “Desnutrição” (f = 7), “grave” (f = 7), “Infeções” (f = 7), “Pessoa” (f = 7), “Problema” (f = 7), “Perda” (f = 6) e “Respiratórias” (f = 6) (ver figura 11).

A análise da nuvem de palavras associada ao código RIS-CON traz ao de cima a complexidade e a gravidade das questões associadas aos problemas de deglutição nas ERPI. As palavras mais evocadas nas entrevistas foram “Aspiração” (f = 19), “Deglutição” (f = 19), “Engasgamento” (f = 14), “Risco” (f = 11), “Pneumonia” (f = 10), “Consequências” (f = 9), entre outras. Estes termos sublinham a preocupação constante com as complicações que podem surgir em consequência de dificuldades na deglutição, frequentemente associadas a condições como a disfagia.

A frequência elevada das palavras “Aspiração” e “Deglutição” reflete a importância desses temas nas discussões sobre os riscos enfrentados pelos idosos com problemas de deglutição. A aspiração, em particular, é uma das complicações mais temidas, pois pode levar a pneumonias graves, que, como mencionado por vários diretores técnicos, têm um impacto significativo na qualidade de vida e, em muitos casos, podem ser fatais. Por exemplo, o DT1 refere que “como eu referi, as pneumonias por respiração inicialmente, não é?” (DT1:8), são um problema recorrente, especialmente em fases avançadas, onde a deglutição segura se torna impossível, levando muitas vezes à necessidade de intervenções como a colocação de PEGs e sondas.

A palavra “Engasgamento”, com uma frequência de 14, também surge como um tema de destaque, salientando o perigo imediato que esta situação representa. O engasgamento pode resultar em asfixia ou em aspiração de alimentos para os pulmões, como apontado pelo DT4: “deglutição comprometida igual a risco de engasgamento” (DT4:2), e pelo DT26: “o maior risco é mesmo, ele pode ao engolir ou engolir mal, uma asfixia, um problema assim, de saúde maior, que tenha depois proporções fatais” (DT16:22). Estas afirmações destacam a gravidade das consequências associadas ao engasgamento, reforçando a necessidade de medidas preventivas e de respostas rápidas e eficazes.

O termo “Risco”, com 11 ocorrências, realça a percepção generalizada de que a deglutição comprometida é um fator de risco significativo para a saúde dos idosos. Este risco estende-se não apenas às pneumonias e à aspiração, mas também à perda de autonomia e à desnutrição, como destacado por DT25: “os principais riscos que incluem a desidratação, a desnutrição e a pneumonia, devido ao alimento ir para os pulmões, pode levar a infecções bem graves e até hospitalizações frequentes e mesmo à morte” (DT25:8).

A palavra “Pneumonia” aparece 10 vezes na nuvem, indicando que esta é uma das principais preocupações associadas à deglutição inadequada. As pneumonias por aspiração são frequentemente mencionadas como uma consequência direta dos problemas de deglutição, com vários DTs reconhecendo o seu impacto na saúde dos residentes. O DT2, por exemplo, afirma que as “e que as temos, que acabam por ocorrer, que isto também tem umas grandes implicações na qualidade da vida destes utentes” (DT2:8), sublinhando o caráter debilitante desta complicação.

A presença de termos como “Desnutrição”, “Grave”, “Infecções”, e “Saúde” reforça a ideia

de que os problemas de deglutição têm implicações sistêmicas e abrangentes, afetando não só a saúde física dos residentes, mas também a sua autonomia e qualidade de vida. A desnutrição, em particular, é uma consequência preocupante, como evidenciado por DT10: “a desnutrição, não é, a desidratação, a perda de peso e depois, olha, a pneumonia por engasgamento” (DT10:7). Estes riscos são exacerbados pela falta de uma deglutição eficaz, levando a complicações que podem agravar-se rapidamente se não forem tratadas com a devida atenção.

A análise das entrevistas sugere que os DTs estão conscientes dos riscos associados à deglutição, mas a elevada frequência de termos como “risco”, “engasgamento”, e “aspiração” também pode indicar a necessidade de estratégias mais consolidadas para a prevenção e gestão dessas complicações. A implementação de protocolos claros e a formação contínua das equipas sobre como lidar com essas situações são fundamentais para diminuir os riscos identificados e garantir a segurança dos residentes nas ERPI.

Este cenário destaca a relevância de uma abordagem multidisciplinar na gestão dos problemas de deglutição, onde a supervisão constante e a intervenção precoce são essenciais para prevenir as consequências mais graves, como a pneumonia por aspiração e a desnutrição, garantindo assim uma melhor qualidade de vida para os idosos institucionalizados.

2.7 Análise da nuvem de palavras da categoria: MAN-HEIM: Manobra de Heimlich

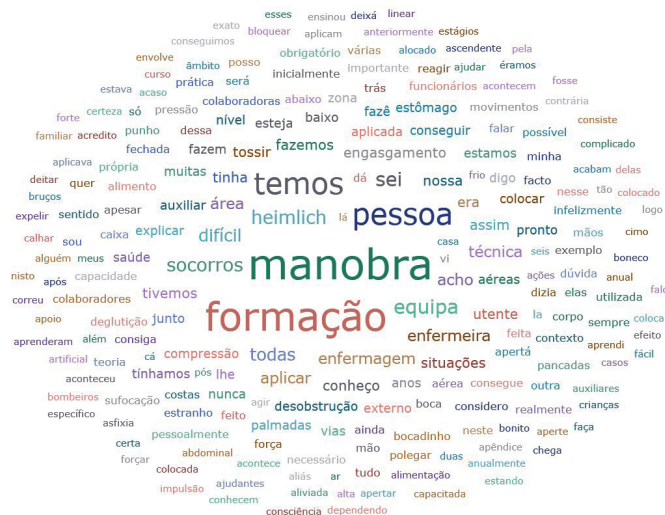


Figura 12 – Nuvem de palavras do código: MAN-HEIM

Foi analisada a nuvem de palavras obtida por meio das entrevistas realizadas, na qual verifica-se que as palavras mais evocadas para o código: MAN-HEIM, foram: “Manobra” (f = 24), “Formação” (f = 22), “Pessoa” (f = 15), “Temos” (f = 15), “Equipa” (f = 8), “Sei” (f = 8), “Heimlich” (f = 7), “Socorros” (f = 7), “Difícil” (f = 6), “Todas” (f = 6), “Aplicar” (f = 5), “Área” (f = 5), “Enfermagem” (f = 5), “Enfermeira” (f = 5), “Técnica” (f = 5), “Conheço” (f = 4), “Engasgamento” (f = 4), “Fazemos” (f = 4), “Situações” (f = 4), “Tivemos” (f = 4) e “Tossir” (f = 4) (ver figura 12).

A análise da nuvem de palavras associada ao código MAN-HEIM revela a importância atribuída à formação das equipas e à aplicação correta desta técnica no contexto de ERPI. As palavras mais evocadas nas entrevistas, como “Manobra” (f = 24), “Formação” (f = 22), “Pessoa” (f = 15), e “Temos” (f = 15), destacam a centralidade da manobra de Heimlich enquanto prática essencial para a gestão de emergências relacionadas com engasgamentos.

A frequência elevada do termo “Manobra” sugere que os DTs reconhecem a importância desta técnica na prática diária de ERPI. A manobra de Heimlich é muitas vezes o primeiro recurso utilizado quando um residente sofre um engasgamento grave, que pode levar à asfíxia. No entanto, as entrevistas revelam variações no nível de confiança e na capacidade de aplicação prática desta manobra. Por exemplo, o DT1 expressa incerteza sobre a execução correta da manobra: “será que é a de apertar aqui a nível da caixa torácica?” (DT1:16). Esta incerteza pode refletir uma necessidade de reforço na formação e na prática regular para garantir que todos os membros da equipa possam executar a manobra com eficácia em situações de stress.

O termo “Formação”, com 22 ocorrências, destaca-se como um fator central para a implementação bem-sucedida da manobra de Heimlich nas ERPI. A formação adequada é essencial para garantir que todos os membros da equipa, incluindo auxiliares e enfermeiros, saibam aplicar a técnica corretamente. Vários DTs referem a importância da formação contínua. Por exemplo, o DT6 menciona que “a nossa enfermeira já várias vezes fez essa manobra de Heimlich e também ensinou os funcionários, o pessoal auxiliar, portanto toda a equipa, quando for necessário” (DT6). Esta prática é fundamental para garantir que a equipa esteja preparada para responder de forma eficaz em emergências.

Apesar da importância atribuída à formação, alguns DTs expressaram dúvidas sobre a eficácia da formação em situações reais de emergência. O DT18, por exemplo, destaca as dificuldades práticas que podem surgir: “percebi aí que na teoria é uma coisa, na prática é outra, e

tenho consciência de que se fosse uma colaboradora a ter que o fazer, dificilmente conseguiria” (DT18:26). Esta observação sugere que, além da formação teórica, é essencial que a equipa tenha oportunidades regulares de praticar a manobra em cenários simulados que reflitam as condições reais, para que possam desenvolver a confiança necessária para agir durante uma emergência.

A palavra “Pessoa”, com 15 ocorrências, aponta para o foco na individualização do cuidado, reconhecendo que cada situação de engasgamento pode variar conforme as características do residente. As variações físicas e de saúde entre os residentes podem influenciar a facilidade ou dificuldade de aplicar a manobra de Heimlich, como mencionado pelo DT18, que observou a complexidade adicional ao tentar aplicar a manobra “já conhecia de há muitos anos essa técnica, não é? Portanto, mas, e já tinha percebido como é que se aplicava, já tínhamos feito essa simulação, mas na prática até nunca tinha feito em contexto real. E posso dizer que da última vez que tivemos que o aplicar, fomos, portanto, seis pessoas a fazê-lo, inclusive três bombeiros, depois mais tarde, e a situação era muito difícil, era muito difícil de conseguir aplicar a técnica com a pessoa, da forma que ela estava, e é uma pessoa alta, muito forte, portanto, foi muito difícil, e foi muito difícil conseguir fazer, retirar a alimentação, que tinha o alimento que tinha na boca, na boca e na garganta, portanto, foi muito difícil” (DT18:25).

A menção a “Equipa” (f = 8) e “Temos” (f = 15) reforça a ideia de que a resposta a emergências não depende de um único profissional, mas de uma colaboração entre todos os membros da equipa. A eficácia na aplicação da manobra de Heimlich é vista como um esforço coletivo, onde a comunicação e a coordenação são essenciais para o sucesso. Contudo, o DT18 também destaca as limitações que podem surgir, particularmente em relação ao tamanho físico de alguns residentes e a capacidade física dos auxiliares: “Não considero, não considero dessa forma, que tenham todos formação. Apesar de se conhecer essa técnica, uma teoria não é, há muitas vezes há teorias e as coisas não se aplicam tanto quanto isso, não é assim tão linear, porque quando estamos a falar de aplicar essa técnica com colaboradoras, nós temos aqui algumas mais pequenininhas, mais franzinas, por assim dizer, e ter um utente extremamente pesado e grande” (DT18:27).

A análise da nuvem de palavras para o código MAN-HEIM evidencia a importância da formação contínua e prática regular para garantir que as equipas de ERPI estejam preparadas para responder a emergências de engasgamento. A variação nas respostas dos DTs sugere que, embora haja um reconhecimento geral da importância da técnica, existem desafios na sua aplicação

prática que devem ser abordados através de formação mais prática e adaptada às condições reais encontradas nas ERPI. Estes desafios incluem a adaptação da técnica às características físicas dos residentes e a garantia de que todos os membros da equipa, independentemente do seu papel, estejam preparados para agir de forma assertiva em situações complexas.

2.8 Análise da nuvem de palavras da categoria: INC-TOS: Incentivar a tosse



Figura 13 – Nuvem de palavras do código: INC-TOS

Foi analisada a nuvem de palavras obtida por meio das entrevistas realizadas, na qual verifica-se que as palavras mais evocadas para o código: Incentiva a tosse, foram: “Tussa” (f = 5), “Tossir” (f = 3), “pedir” (f = 2), “Pessoa” (f = 2), “Aconteceu” (f = 1), “Deles” (f = 1), “Idosos” (f = 1), “Motivar” (f = 1), “Ouço” (f = 1), “Saberem” (f = 1) e “Tosse” (f = 1) (*ver figura 13*).

A análise da nuvem de palavras associada ao código INC-TOS revela uma ênfase em termos práticos e diretos, refletindo as estratégias utilizadas pelos DTs para garantir que os idosos realizem a ação de tossir, seja em situações de engasgamento ou como parte de exercícios de reabilitação. As palavras mais frequentemente evocadas, como “Tussa” (f = 5), “Tossir” (f = 3), e “Pedir” (f = 2), indicam uma abordagem centrada na instrução direta ao residente, realçando a importância de comandos claros e repetidos.

A palavra “Tussa”, que aparece cinco vezes, destaca-se como o comando verbal predominante utilizado pelos cuidadores e profissionais para incentivar os residentes a realizar a tosse. Esta repetição da palavra sugere que, em situações de risco, o ato de pedir para que a pessoa tussa é considerado uma primeira resposta crucial. Esta abordagem é confirmada pela citação do DT21: “dizer às pessoas, que é que eu ouço, dizer às pessoas para tossir, tussa, tussa,

tussa, tussa” (DT21:9), ilustrando a necessidade de insistência e clareza na comunicação durante um evento de engasgamento.

O termo “Tossir” (f = 3), que aparece com menos frequência, pode refletir a variação na maneira como as instruções são dadas ou compreendidas. Por exemplo, ao invés de um comando direto, pode envolver uma explicação ou encorajamento, como observado na citação do DT10: “pedir para a pessoa tossir, ou seja, motivar a tosse” (DT10:9). Isto indica uma tentativa de assegurar que o residente compreenda a importância da ação e a execute de forma eficaz, mesmo que a tosse não seja uma resposta natural ou fácil para ele.

A presença das palavras “Pessoa” (f = 2) e “Idosos” (f = 1) sugere uma personalização das intervenções, reconhecendo que cada residente pode ter necessidades e capacidades diferentes. A citação “há idosos, e já nos aconteceu aqui, deles não saberem tossir” (DT10:10), revela um desafio adicional: nem todos os residentes sabem como tossir corretamente, o que pode exigir uma abordagem mais paciente e educativa por parte da equipa.

Outros termos, como “Motivar” (f = 1) e “Pedir” (f = 2), reforçam a ideia de que a tosse precisa ser incentivada ativamente, seja através de instruções verbais ou da criação de um ambiente que facilite a execução desta ação. O termo “Motivar” sugere que o simples ato de pedir não é suficiente; pode ser necessário um esforço adicional para encorajar os residentes a tossir, especialmente em casos onde há hesitação ou dificuldade.

No entanto, a codificação deste código foi feita num número relativamente baixo do total de diretores técnicos entrevistados. Este dado pode sugerir que o incentivo à tosse, embora reconhecido, pode não ser uma prática amplamente discutida ou enfatizada em todas as ERPI. A baixa frequência de menções ao incentivo à tosse pode indicar uma possível lacuna na formação dos profissionais de saúde ou na sensibilização para a importância deste procedimento.

Portanto, a análise desta nuvem de palavras aponta para uma prática que, embora reconhecida, pode não estar a ser suficientemente integrada nas rotinas diárias ou nos programas de formação das equipas de ERPI. A codificação limitada, associada ao incentivo à tosse, levanta a questão de se esta técnica está a ser adequadamente promovida como parte das intervenções padrão em situações de engasgamento. A inclusão e a ênfase na formação contínua para todas as equipas, com foco na importância e na execução correta do incentivo à tosse, poderiam contribuir para uma melhoria significativa na segurança dos residentes.

Este é um aspeto que merece atenção adicional para garantir que todos os profissionais

nas ERPI estejam devidamente preparados para atuar de forma eficaz em situações de engasgamento, garantindo assim a segurança e o bem-estar dos idosos.

2.9 Análise do diagrama de Sankey da categoria: Definição e importância da deglutição

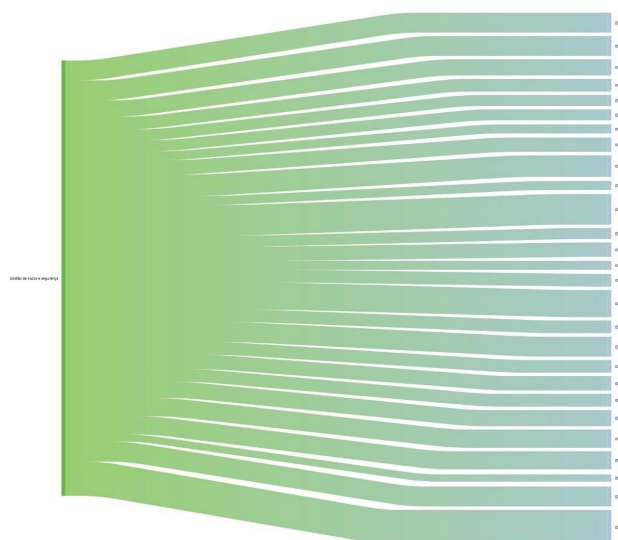


Figura 14 – Diagrama de Sankey da categoria: Gestão de risco e segurança

O diagrama de Sankey representa a contribuição dos DTs na implementação de práticas direcionadas à prevenção de complicações, como engasgamento e aspiração de alimentos durante a deglutição, dentro de ERPI. A visualização fornecida pelo diagrama destaca o envolvimento de cada DT nas práticas de gestão de risco, permitindo uma interpretação de como as suas percepções e ações da equipa tem impacto na segurança alimentar e a integridade física dos idosos.

O diagrama incide especificamente na categoria “Gestão de riscos e segurança” relativamente à contribuição dos DTs. Ao observar as faixas mais espessas, verificam-se DTs como DT1, DT2, DT9, DT10, DT11, DT18 e DT24 como os principais contribuintes. Esses diretores referiram medidas preventivas para minimizar os riscos relacionados à deglutição comprometida em idosos. Essas faixas de contribuição representam a intensidade com que cada DT percebe a gestão dos riscos, sendo os DTs mencionados, responsáveis por uma parte das práticas adotadas por suas equipas nas ERPI.

Por exemplo, DT1 e DT24 têm faixas espessas, refletindo a frequência com que as suas percepções foram associadas a prática de segurança e de resposta em emergências. Outros, como DT2, DT9 e DT10, também mostraram contribuições, o que revela uma abordagem integrada à

gestão de risco, demonstrada no diagrama por sua ligação com várias práticas de segurança.

O diagrama destaca as principais interações entre os DTs e os códigos da categoria, tais como AÇ-ENG, SIN-AL, MAN-HEIM entre outros. O fluxo de informações mostra que DTs como DT1, DT2, DT11 e DT24 têm uma forte associação com práticas direcionadas à AÇ-ENG, o que reforça a importância dada à resposta rápida em casos de engasgamento. O código MAN-HEIM também tem uma relação com esses diretores, refletindo a confiança na aplicação da manobra de Heimlich como uma medida de segurança nas ERPI.

Diretores como DT9 e DT10 mostram uma forte associação com o código SIN-AL, que se refere à identificação de sinais de alerta em casos de problemas de deglutição. Isso demonstra a preocupação desses diretores na monitorização constante e na prevenção, identificando os sinais antes que os problemas se agravem para uma emergência. As práticas preventivas, representadas pelos fluxos do diagrama, são fundamentais para reduzir o risco de engasgamento ou outras complicações graves.

O código PRO-EME tem uma conexão relativamente menor com os DTs, sugerindo que a abordagem dos diretores se concentra mais em ações imediatas e práticas de emergência, como as citadas anteriormente, do que na formalização e padronização de protocolos.

Os fluxos de maior espessura no diagrama de Sankey indicam a interdependência entre as práticas de segurança adotadas pelos diretores. Os DTs com maior faixa de contributo, como DT11, DT24, DT1 e DT2, demonstram um ajustamento com as ações emergenciais, especialmente na intervenção em engasgamentos e na aplicação da manobra de Heimlich. O diagrama ilustra que os diretores percebem essas práticas como essenciais para garantir a segurança dos idosos sob os seus cuidados.

Relativamente ao código SIN-AL, que abrange a identificação de sinais de alerta, não há uma conexão forte entre DT9 e DT10. Outros diretores, como DT26 e DT27, com faixas menos espessas, também mencionam os sinais de alerta associados a problemas de deglutição, destacando a importância de identificar esses sinais para uma intervenção preventiva. Isso demonstra que a preocupação com a monitorização constante e a deteção precoce de problemas relacionados à deglutição é uma prioridade compartilhada por vários diretores, e não exclusivamente pelos DT9, DT10 e outros com faixas igualmente mais proeminentes no diagrama.

A análise foi realizada com a consulta ao relatório de citações da categoria “Gestão de

Riscos e Segurança”. Essas citações corroboram as relações representadas no diagrama de Sankey, fornecendo uma base importante para entender como os DTs implementam práticas de segurança e respondem a situações de risco nas ERPI. Cada fluxo de contribuição dos DTs está relacionada às suas declarações registradas no relatório, validando a precisão da análise.

2.10 Síntese da Categoria: Gestão de riscos e segurança

Os DTs de ERPI demonstram uma boa percepção da importância de intervenções preventivas e de emergência para garantir a segurança alimentar e a integridade física dos residentes.

Os principais códigos analisados nesta categoria, como AÇ-ENG, SIN-AL, PRO-EME, RIS-CON, MAN-HEIM e INC-TOS, mostram interações variadas. O código AÇ-ENG apresentou uma frequência significativa, com 44 ocorrências, indicando que os DTs atribuem grande importância às ações imediatas em casos de engasgamento. SIN-AL foi o código mais evocado, com 64 ocorrências, destacando a relevância dos sinais premonitórios de problemas de deglutição, como tosse ou engasgamento leve, o que foi confirmado por citações como a do DT1: “sim, o mais básico é o engasgamento, não é?” (DT1:12).

As interações entre os códigos também revelam relações importantes. A coocorrência entre AÇ-ENG e MAN-HEIM foi mínima, sugerindo que estas práticas, embora fundamentais, são raramente discutidas em conjunto. Contudo, há uma associação modesta entre AÇ-ENG e PRO-EME (coeficiente de 0,12), o que sugere uma interdependência entre a resposta em emergências a engasgamentos e a necessidade de protocolos formais. Além disso, o código RIS-CON destacou-se com 70 ocorrências, revelando a preocupação dos DTs com as consequências de uma deglutição inadequada, como a pneumonia por aspiração, mencionada pelo DT2: “o facto deles terem a pneumonia por aspiração, não é... que lhe vai prejudicar a parte dos pulmões, não é... das lesões pulmonares frequentes” (DT2:14).

A importância das intervenções, como a aplicação da manobra de Heimlich (MAN-HEIM), foi destacada por vários DTs. Esta técnica é observada como uma prática essencial para evitar as consequências graves de um engasgamento. No entanto, os dados também sugerem que a tosse é incentivada antes da aplicação de intervenções de emergência, como indicam os coeficientes de coocorrência baixos entre MAN-HEIM e INC-TOS.

A análise da “Gestão de riscos e segurança” mostra uma forte preocupação nas práticas de primeiros socorros para prevenir complicações graves, como o engasgamento e a pneumonia. A

análise visual do diagrama de Sankey ilustra a contribuição diferenciada de cada DT, com diretores como DT1, DT2, DT11 e DT24 a assumirem um papel de destaque na implementação de ações preventivas e de socorro. As citações dos DTs corroboram os dados representados no diagrama, fornecendo um panorama global sobre as práticas de segurança adotadas nas ERPI para assegurar o bem-estar dos idosos.

.3. Categoria: Avaliação e monitorização

3.1 Análise da coocorrência e dos coeficientes de força

A avaliação contínua e a personalização dos cuidados são elementos essenciais para garantir a segurança e o bem-estar dos utentes, prevenindo complicações como a disfagia e outros problemas relacionados à deglutição. Nesta análise, são destacados quatro códigos principais: AVA-IND, AVA-INST, e IMP-AVA-REB e MON-CON. A seguir, analisamos as coocorrências entre esses códigos e os coeficientes de força que revelam as interações mais significativas nas falas dos DTs de ERPI.

A análise de coocorrência entre os códigos permite observar como os diferentes aspetos da avaliação e monitorização interagem nas perceções dos DTs. A categoria “Avaliação e monitorização” (Gr=112) não apresentou coocorrências internas (coeficiente de 0,00). No entanto, as suas coocorrências com outros códigos fornecem informações importantes sobre como a avaliação e gestão da deglutição são discutidas nas ERPI.

Com AVA-IND (Gr=19), foram registadas 20 coocorrências, com um coeficiente de 0,18. Este valor indica uma conexão moderada entre a importância de adaptar os cuidados à condição específica de cada idoso e o reconhecimento geral da avaliação e monitorização. A personalização é vista como uma prática fulcral para garantir que cada utente receba os cuidados adequados às suas necessidades individuais.

Já com AVA-INST (Gr=1), observamos apenas 2 coocorrências e um coeficiente de 0,02, o que revela uma interação pouco significativa. Este resultado pode refletir que a avaliação instrumental, embora importante, não é uma prática de solicitação comum pelas ERPI devido à falta de recursos ou ao conhecimento deste tipo de técnicas.

No código MON-CON (Gr=30), foram registadas 31 coocorrências, com um coeficiente de 0,28. Este valor sugere uma relação entre a avaliação regular e a necessidade de uma vigilância constante para garantir que os cuidados sejam ajustados conforme as mudanças no estado de saúde dos utentes.

Os coeficientes de força ajudam a interpretar a interdependência entre os diferentes códigos. A maior interdependência foi observada entre a categoria “Avaliação e monitorização” e o código IMP-AVA-REB, com um coeficiente de 0,58. Este coeficiente reflete o consenso dos DTs sobre a necessidade de integrar a avaliação contínua com a reabilitação, garantindo que os idosos possam melhorar ou manter as suas capacidades de deglutição ao longo do tempo. Um dos

DTs destaca: “a sua presença contínua, iria permitir uma monitorização constante e intervenções rápidas sempre que fosse necessário, por isso acho, reforço aqui o facto de ser realmente vital” (DT25:19), sublinhando a importância de monitorizar regularmente as funções de deglutição.

Outro coeficiente relevante é o de 0,28 entre a categoria e o código MON-COM. Este coeficiente reforça a necessidade de uma vigilância contínua e atenta para assegurar que qualquer sinal de deterioração seja rapidamente identificado e tratado. Um DT destaca: “eu acho que a deteção precoce previne muitas, muitas alterações no estado de saúde dos utentes” (DT11:26), indicando a importância de não apenas avaliar periodicamente, mas também de estar atento ao estado de saúde dos utentes de forma constante.

Por outro lado, o coeficiente de 0,18 entre a categoria e o código AVA-IND destaca a importância da personalização dos cuidados. Embora a personalização seja reconhecida como importante, a coocorrência moderada sugere que, em muitas ERPI, os cuidados podem não ser suficientemente adaptados às necessidades específicas de cada idoso, o que pode indicar a necessidade de mais formação ou recursos para implementar esta prática de forma mais sistemática.

As falas dos DTs corroboram a importância das práticas de avaliação e monitorização. Um dos DTs refere: “tem que ser alguém de facto com uma... na especialidade que consiga perceber isto, sim. Portanto, era fundamental ter alguém, claro que sim, sem dúvida” (DT2:32), destacando a necessidade de uma avaliação especializada e monitorizada regularmente. Outra citação relevante é: “as necessidades são diferentes de pessoa para pessoa, portanto a deglutição também é diferente e a preparação dos alimentos também deverá ser diferente” (DT4:17), ilustrando a importância da personalização dos cuidados.

A análise da coocorrência e dos coeficientes de força para a categoria “Avaliação e monitorização” revela a importância de práticas contínuas e personalizadas nos cuidados aos idosos. A avaliação individualizada, embora importante, ainda precisa de ser mais implementada de forma consistente. A monitorização contínua, por sua vez, é vista como uma prática indispensável para garantir a segurança dos utentes. A reabilitação surge como um ponto de consenso, com os DTs reconhecendo a sua importância para manter a qualidade de vida dos idosos. As práticas de avaliação e monitorização são, portanto, fundamentais para a prevenção de complicações graves, como a disfagia, e para assegurar que os cuidados prestados sejam adequados às necessidades específicas de cada idoso.

Figura 16 – Nuvem de palavras da categoria: Avaliação e monitorização

Foi analisada a nuvem de palavras obtida por meio das entrevistas realizadas, na qual verifica-se que as palavras mais evocadas para a categoria: Avaliação e monitorização, foram: “Temos” (f = 32), “Importante” (f = 29), “Sempre” (f = 24), “Pessoa” (f = 23), “Utente” (f = 20), “Saúde” (f = 18), “Deglutição” (f = 17), “Muitas” (f = 14), “Situações” (f = 14), “Alguém” (f = 13), “Alguma” (f = 13), “Enfermagem” (f = 11), “Fala” (f = 11), “Momento” (f = 11), “Utentes” (f = 11), “Avaliação” (f = 10), “Situação” (f = 10), “Termos” (f = 10), “Depois” (f = 9), “Equipa” (f = 9), “Idosos” (f = 9), “Alimentação” (f = 8), “Fundamental” (f = 8), “Profissional” (f = 8), “Alimentar” (f = 7), “Atentos” (f = 7), “Caso” (f = 7), “Cuidado” (f = 7), “Dar” (f = 7), “Engasgamento” (f = 7), “Instituição” (f = 7), “Necessidade” (f = 7), “Neste” (f = 7), “Nível” (f = 7), “Perceber” (f = 7), “Possível” (f = 7), “Realmente” (f = 7), “Sinais” (f = 7), “Claro” (f = 6), “Comer” (f = 6), “Dúvida” (f = 6), “Enfermeiro” (f = 6), “Medidas” (f = 6), “Menos” (f = 6), “Podem” (f = 6), “Problemas” (f = 6), “Terapeuta” (f = 6), “Terapia” (f = 6), “Avaliar” (f = 5), “Comida” (f = 5), “Consegue” (f = 5), “Especialidade” (f = 5). (*ver figura 16*).

A análise da nuvem de palavras associada à categoria “Avaliação e monitorização” apresenta os termos mais recorrentes nas entrevistas realizadas com os DTs, destacando as principais preocupações e práticas relacionadas à avaliação e a supervisão contínua da deglutição nos idosos em instituições. As palavras “temos”, “importante”, “sempre”, “pessoa” e “utente” são as mais frequentes, o que acentua a relevância dessas noções no contexto da gestão da saúde dos idosos.

A palavra “temos” surge com uma frequência elevada (f = 32), o que sugere uma percepção coletiva de responsabilidade compartilhada entre os profissionais na gestão dos cuidados de deglutição. Este termo reflete a ideia de que os DTs reconhecem a necessidade de uma colaboração constante entre as equipas para garantir a eficácia das intervenções e observações, o que é essencial num ambiente onde a saúde e o bem-estar dos idosos dependem de uma vigilância contínua.

“Importante” (f = 29) evidencia-se como a segunda palavra mais frequente, realçando a importância que os diretores técnicos atribuem à relevância de cada aspeto relacionado com a avaliação e monitorização da deglutição. A repetição deste termo nas entrevistas indica uma conscientização sobre a gravidade das consequências que podem advir de uma avaliação

inadequada ou de uma falta de vigilância contínua. Em várias citações, a importância de contar com profissionais qualificados, como terapeutas da fala e enfermeiros, é reiterada como um fator crucial para a reabilitação e a segurança dos idosos.

O termo “sempre” (f = 24) reforça a noção de constância e atenção ininterrupta necessária nas práticas de monitorização. A frequência desta palavra sugere que os DTs estão cientes da necessidade de uma vigilância constante, especialmente num ambiente tão dinâmico quanto uma instituição para idosos, onde as condições de saúde podem mudar rapidamente.

“Pessoa” (f = 23) e “utente” (f = 20) aludem a centralidade do indivíduo nas práticas de avaliação e supervisão da deglutição. A alta frequência destes termos indica que os DTs mantêm um interesse na personalização dos cuidados, reconhecendo que cada idoso possui necessidades únicas que devem ser atendidas de forma individualizada. Essa abordagem personalizada é importante para garantir que os cuidados sejam adequados ao estado de saúde e às capacidades de cada utente, evitando riscos desnecessários.

“Saúde” (f = 18) e “deglutição” (f = 17) aparecem como termos interligados, refletindo a conexão direta entre a capacidade de deglutir e a saúde geral dos idosos. A preocupação com a deglutição é necessária, dada a sua importância na prevenção de complicações como aspiração e desnutrição. Os DTs destacam frequentemente a necessidade de uma avaliação rigorosa e de intervenções imediatas para garantir que os problemas de deglutição sejam identificados e tratados precocemente.

A palavra “muitas” (f = 14) sugere a diversidade de situações e desafios enfrentados diariamente nas instituições, enquanto “situações” (f = 14) indica que os DTs estão atentos às diferentes circunstâncias que podem afetar a deglutição dos utentes. Estes termos expressam a complexidade da gestão diária dos cuidados e a necessidade de adaptação a múltiplos fatores que podem influenciar a segurança alimentar.

“Alguém” (f = 13) e “alguma” (f = 13) podem estar relacionados ao reconhecimento da importância de cada membro da equipa na identificação e gestão dos problemas de deglutição, além de destacar a necessidade de ações específicas em determinados casos. Estes termos também podem refletir a abordagem cautelosa adotada pelos diretores ao lidar com situações que requerem uma intervenção especializada.

Termos como “enfermagem” (f = 11), “fala” (f = 11) e “utentes” (f = 11) reforçam a importância da equipa multidisciplinar na gestão dos cuidados de deglutição. Os DTs reconhecem

que os enfermeiros, com os terapeutas da fala, desempenham um papel importante na observação contínua e na avaliação adequada dos problemas de deglutição, o que é essencial para garantir a segurança dos utentes. Esta prioridade nos profissionais de saúde reflete a dependência das instituições de uma equipa bem treinada e capacitada para enfrentar os desafios diários. Por exemplo, um dos diretores técnicos afirmou que “Nós temos enfermagem aqui sete horas por dia, todos os dias do ano, o que não é muito comum nas equipas porque não é obrigatório termos sempre, não é? Mas nós fazemos esse esforço porque eu entendo que é fundamental que tenhamos aqui alguém da área de saúde. Agora, o ideal é que possamos ter mais aqui, por exemplo, um terapeuta da fala, não é, um terapeuta ocupacional com formação nessa vertente, um psicomotricista, que eu sei que também há alguns, eu já conheci uma, que tinha formação nesta área e que ajudava bastante aqui a trabalhar esta componente.” (DT10:18). Esta citação, entre outras, acentuam a importância atribuída ao Terapeuta da Fala, especialmente na avaliação e reabilitação dos distúrbios de deglutição.

Além disso, os enfermeiros são frequentemente mencionados como estando na linha de frente no acompanhamento contínuo dos idosos, com a capacidade de identificar sinais precoces de disfagia e implementar intervenções adequadas. Um DT observou que “Eu acho que no nosso caso o facto de nós termos enfermeira é muito importante porque as próprias auxiliares se sentem muito mais seguras, mesmo que tenham de fazer uma primeira intervenção sabem que vão ter a validação da equipa de enfermagem para qualquer situação. O facto de nós termos equipa de enfermagem é muito importante e transmite sempre às auxiliares. Elas sabem a nível da consistência da comida, de tudo, estão muito mais alertadas para essas situações e quando acham que não está correta a espessura, são as primeiras a alertar para essa situação” (DT9:19).

“Avaliação” (f = 10) e “situação” (f = 10) estão relacionados ao processo contínuo de observação e intervenção. A avaliação é uma prática comum na identificação precoce de problemas, e a menção frequente da palavra “situação” sugere que os DTs estão sempre atentos às condições específicas que podem exigir uma reavaliação ou uma intervenção imediata.

Termos como “equipa” (f = 9), “alimentação” (f = 8) e “profissional” (f = 8) reforçam a importância de uma abordagem colaborativa e interdisciplinar na gestão dos cuidados de deglutição. Os DTs reconhecem que uma equipa coesa e bem treinada é necessária para garantir que os idosos recebam cuidados adequados e seguros, especialmente em situações que envolvem riscos.

sempre o cuidado de fazer uma avaliação de acordo com a informação clínica que nos é facultada pela família do utente” (DT27:25), destacando o compromisso em garantir que cada utente receba uma avaliação minuciosa e adaptada.

O termo “Utente” (f = 8) aparece frequentemente, refletindo a individualização dos cuidados prestados. Os DTs enfatizam a necessidade de ajustar as intervenções conforme as condições de cada utente. Por exemplo, é referido que, “portanto, a alimentação pode apresentar texturas diferentes e nós adaptamos à condição de saúde de cada utente” (DT17:4), assinalando a flexibilidade e personalização no atendimento.

A palavra “Pessoa” (f = 6) também é relevante, sugerindo uma atenção no indivíduo e na sua condição específica. A citação “as necessidades são diferentes de pessoa para pessoa, portanto a deglutição também é diferente e a preparação dos alimentos também deverá ser diferente” (DT4:17) demonstra a importância de considerar as características únicas de cada idoso na abordagem da deglutição.

“Deglutição” (f = 5) é outra palavra-chave, evidenciando a importância do processo de deglutição na avaliação individualizada. A referência à “se estamos numa situação de engasgamento temos que agir com uma medida de socorro no imediato, porque há situações de engasgamento que levam realmente à aflição da pessoa e não a uma mera tosse, não é? E aí temos que tomar medidas de primeiros socorros. Entretanto, se for uma questão que, ok, a pessoa reverte rápido, mas começa a repetir-se quando está a ingerir qualquer coisa, começam a repetir-se esses episódios. Então, a meu ver, deve ser avaliada por especialidade” (DT3:14) em casos de engasgamento, destaca a gravidade das complicações que podem surgir e a necessidade de intervenções imediatas e especializadas.

Os termos “Alimentar” (f = 4) e “Idosos” (f = 4) indicam a preocupação com a nutrição adequada dos idosos, adaptando as dietas e métodos de alimentação às suas capacidades. Um exemplo disto é a observação de que “a disposição já não é a mesma, nós temos que fazer aqui também uma avaliação, ela não está capaz de fazer a mastigação, está cansada, já não consegue, então nós temos que alterar” (DT26:10), indicando que a capacidade de mastigação e deglutição deve ser continuamente avaliada e ajustada.

“Avaliação” (f = 3) e “Cuidados” (f = 3) refletem a necessidade de uma análise constante e detalhada do estado dos utentes para garantir cuidados adequados. “Perceber” (f = 3) é fundamental, uma vez que identificar corretamente as necessidades e limitações de cada idoso é

incontornável para evitar complicações, como mencionado em “quando o utente perde a parte da deglutição, nós temos sempre que ver os sinais de alerta no sentido de perceber se o utente está a conseguir alimentar-se bem ou não, e quando ele não se alimenta bem, perceber porque é que não se está a alimentar bem” (DT27:9).

A palavra “Sempre” (f = 3) sugere a constância e a continuidade na avaliação, reforçando que a observação dos utentes deve ser um processo contínuo e sem interrupções, tal como ilustrado em “quando um utente ingressa na nossa instituição pela primeira vez, nós temos sempre o cuidado de fazer uma avaliação de acordo com a informação clínica que nos é facultada pela família do utente” (DT27:25).

Os termos “Situações” (f = 3) e “Engasgamento” (f = 2) indicam que situações específicas de risco, como o engasgamento, são uma preocupação recorrente e que requer uma avaliação individualizada para evitar que se repitam, como descrito em “se estamos numa situação de engasgamento temos que agir com uma medida de socorro no imediato, porque há situações de engasgamento que levam realmente à aflição da pessoa e não a uma mera tosse, não é? E aí temos que tomar medidas de primeiros socorros. Entretanto, se for uma questão que, ok, a pessoa reverte rápido, mas começa a repetir-se quando está a ingerir qualquer coisa, começam a repetir-se esses episódios. Então, a meu ver, deve ser avaliada por especialidadeesses episódios” (DT3:14).

Palavras como “Alimentação” (f = 2) e “Alimentos” (f = 2) destacam a adaptação das refeições às necessidades dos idosos, com especial atenção às dietas, conforme mencionado em “o nosso pessoal auxiliar também já sabe que as dietas, que chamam de dietas, não é? São fundamentais para aqueles que têm problemas de deglutição” (DT6:32).

Termos como “Consegue” (f = 2), “Conseguir” (f = 2) e “Identificar” (f = 2) sobressaem a importância de identificar corretamente as dificuldades dos utentes e adaptar as intervenções para assegurar que consigam alimentar-se adequadamente, como evidenciado em “nós temos aqui muitos desafios porque os idosos que estão a ingressar nas ERPIs são idosos cada vez mais dependentes e, quando eles chegam até nós, muitas das vezes o que nós nos apercebemos é que os familiares dizem que comem muito bem, que engolem tudo e, quando eles chegam aqui, a realidade é outra” (DT26:5).

A análise da nuvem de palavras do código AVA-IND revela um destaque na personalização dos cuidados, na observação contínua e na adaptação das intervenções às necessidades

específicas de cada utente. Esta abordagem é fundamental para garantir que os idosos recebam cuidados adequados, e que os riscos associados à deglutição sejam minimizados mediante uma avaliação e intervenção rigorosas e contínuas.

3.4 Análise da nuvem de palavras do código: MON-COM: Monitorização contínua



Figura 18 – Nuvem de palavras do código: MON-CON

Foi analisada a nuvem de palavras obtida por meio das entrevistas realizadas, na qual verifica-se que as palavras mais evocadas para o código Monitorização contínua, foram: “Temos” (f = 8), “Atentos” (f = 7), “Depois” (f = 5), “Engasgamento” (f = 5), “Momento” (f = 5), “Muitas” (f = 5), “Necessidade” (f = 5), “Pessoa” (f = 5), “Realmente” (f = 5), “Utente” (f = 5), “Alguém” (f = 4), “Alguma” (f = 4), “Alimentação” (f = 4), “Equipa” (f = 4), “Menos” (f = 4), “Podem” (f = 4), “Sempre” (f = 4), “Situação” (f = 4), “Alimento” (f = 3), “Atenção” (f = 3), “Atento” (f = 3), “Ato” (f = 3), “Auxiliar” (f = 3), “Cuidado” (f = 3), “Deglutição” (f = 3), “Demência” (f = 3), “Disfagia” (f = 3), “Estarem” (f = 3), “Falar” (f = 3), “Situações” (f = 3), “Utentes” (f = 3), “Alimenta” (f = 2), “Alimentar” (f = 2), “Alzheimer” (f = 2), “Assim” (f = 2), “Bocadinho” (f = 2), “Carne” (f = 2), “Coisa” (f = 2), “Comida” (f = 2), “Consegue” (f = 2), “Consistência” (f = 2), “Contínua” (f = 2), “Correto” (f = 2), “Dar” (f = 2), “Dia” (f = 2), “Dieta” (f = 2), “Dificuldade” (f = 2), “Ficar” (f = 2), “Grave” (f = 2), “Idades” (f = 2), “Importante” (f = 2), “Ingestão” (f = 2), “Maior” (f = 2), “Medicação” (f = 2), “Naquele” (f = 2), “Necessário” (f = 2), “Nível” (f = 2), “Nossos” (f = 2), “Numa” (f = 2), “Partida” (f = 2), “Passam” (f = 2), “Pastosa” (f = 2), “Pela” (f = 2), “Podemos” (f = 2), “Principalmente” (f = 2), “Problemas” (f = 2), “Pronto” (f = 2), “Próprio” (f = 2), “Questão” (f = 2), “Respeitar” (f = 2), “Risco” (f = 2), “Riscos” (f = 2), “Seguir” (f = 2), “Sensibilidade” (f = 2), “Tenham” (f = 2), “Trazer” (f = 2),

“Acabamos” (f = 1), “Acolhendo” (f = 1), “Acontece” (f = 1), “Administrar” (f = 1), “Aérea” (f = 1), “Afasia” (f = 1), “Aflição” (f = 1), “Agir” (f = 1), “Alimentações” (f = 1), “Almoço” (f = 1), “Altamente” (f = 1), “Alterações” (f = 1), “Anos” (f = 1), “Apresentando” (f = 1), “Àqueles” (f = 1), “Aquilo” (f = 1), “Aspiração” (f = 1), “Assistimos” (f = 1), “Associados” (f = 1), “Atempadamente” (f = 1), “Atentas” (f = 1), “Atrapalhação” (f = 1), “Autónomos” (f = 1) (*ver figura 18*).

A análise da nuvem de palavras do código MON-CON destaca a importância de um acompanhamento constante e detalhado dos sinais de disfagia nos residentes de ERPI. As palavras mais evocadas nesta categoria refletem a necessidade de vigilância contínua e intervenções rápidas para prevenir complicações, como engasgamentos e desnutrição.

A palavra “Temos” (f = 8) sugere a responsabilidade coletiva e a prática contínua de monitorização pelos profissionais de saúde. Esta palavra aparece em vários contextos, indicando que o cuidado e a atenção para com os utentes são constantes. Por exemplo, em uma das citações, é mencionado que “nós temos que estar atentos a tudo aquilo que envolve a alimentação dela, desde a consistência da comida, não é, que não pode estar muito líquida, mas também não pode ser muito sólida, então a consistência é extremamente importante” (DT10:25), reforçando a necessidade de uma supervisão ininterrupta para garantir a segurança alimentar dos residentes.

“Atentos” (f = 7) sublinha a vigilância que deve ser mantida por toda a equipa, especialmente durante as refeições. Estar atento aos pequenos sinais de desconforto ou dificuldades durante a deglutição é decisivo para evitar situações de risco. A citação “a necessidade de estarem atentos, muito atentos, no ato da tarefa de alimentação, as cuidadoras estarem muito atentas” (DT8:5) exemplifica essa constante vigilância.

As palavras “Depois” (f = 5), “Engasgamento” (f = 5) e “Momento” (f = 5) destacam a importância de intervir prontamente após a identificação de um problema, como um episódio de engasgamento. A monitorização contínua permite que as equipas atuem rapidamente, como mencionado em “a equipa tem que tá formada para salvar aquela vida numa situação de engasgamento” (DT4:10).

“Muitas” (f = 5), “Necessidade” (f = 5) e “Pessoa” (f = 5) refletem a diversidade de necessidades e as diferentes situações que podem surgir durante o cuidado com os idosos. Estas palavras enfatizam que cada utente é único e que a vigilância deve ser adaptada às suas necessidades específicas. A citação “alguém que está perfeitamente capaz mas depois de uma

hora para a outra vai apresentando pequenos sinais na fase inicial que mostram comprometimento a esse nível e então se nós conseguirmos detetar atempadamente alterações podemos tentar agir” (DT3:7) realça a importância de ajustar continuamente o cuidado conforme as mudanças no estado de saúde do utente.

“Realmente” (f = 5) e “Utente” (f = 5) indicam a centralidade do utente no processo de observação constante. As intervenções são feitas com base nas observações reais e imediatas, garantindo que as necessidades de cada residente sejam atendidas de forma eficaz. A frase “vamos colocar num caso realmente de alguém que não consegue alimentar-se por si só. Porque a pessoa quando se alimenta por si só, à partida, tem o seu próprio tempo. E se respeitar o seu próprio tempo de alimentação ou de ingestão, corre menos risco, pronto, menos risco de engasgamento ou de alguma situação problemática. E eu acho que o que tem que ser ou que partir de base é realmente o profissional que vai auxiliar alguém que não consiga fazer por si só, respeitar o tempo dessa pessoa” (DT3:29) destaca a personalização dos cuidados.

Os termos “Alguém” (f = 4), “Alguma” (f = 4) e “Alimentação” (f = 4) reforçam a importância de identificar precocemente quem precisa de atenção especial e de adaptar a alimentação conforme necessário. A citação “eu considero que isso seja muito importante, mesmo que eles não tenham disfagia, é o ato de cuidar, de estarem ali naquele momento, mesmo que não tenham que se lhe meter de comer, aqueles que estão mais autónomos tenha sempre essa necessidade de ter alguém presente no refeitório, que não seja só as auxiliares, nós por exemplo temos muito esse cuidado, eu muitas das vezes tenho essa necessidade de ir lá porque eles próprios precisam desse momento” (DT2:41) salienta a importância de ter profissionais qualificados para monitorizar e intervir durante as refeições.

“Equipa” (f = 4) e “Menos” (f = 4) indicam a importância do trabalho em equipa e a necessidade de minimizar os riscos. A frase “vamos colocar num caso realmente de alguém que não consegue alimentar-se por si só. Porque a pessoa quando se alimenta por si só, à partida, tem o seu próprio tempo. E se respeitar o seu próprio tempo de alimentação ou de ingestão, corre menos risco, pronto, menos risco de engasgamento ou de alguma situação problemática. E eu acho que o que tem que ser ou que partir de base é realmente o profissional que vai auxiliar alguém que não consiga fazer por si só, respeitar o tempo dessa pessoa” (DT3:29) demonstra a necessidade de uma abordagem cuidadosa e colaborativa para garantir que os residentes recebam o tempo e a atenção necessários durante as refeições.

(f = 4), “Inteiro” (f = 4), “Nível” (f = 4), “Perceber” (f = 4), “Serviço” (f = 4), “Acontece” (f = 3), “Água” (f = 3), “Apoio” (f = 3), “Avaliar” (f = 3), “Comida” (f = 3), “Conhecimento” (f = 3), “Diagnóstico” (f = 3), “Gente” (f = 3), “Geral” (f = 3), “Importância” (f = 3), “Médicos” (f = 3), “Muita” (f = 3), “Nossos” (f = 3), “Outros” (f = 3), “Pastosa” (f = 3), “Pedimos” (f = 3), “Perda” (f = 3), “Posso” (f = 3), “Presença” (f = 3), “Presente” (f = 3), “Problema” (f = 3), “Profissionais” (f = 3), “Qualidade” (f = 3), “Realidade” (f = 3), “Técnico” (f = 3), “Tenhamos” (f = 3), “Tratamento” (f = 3), “Vida” (f = 3), “Acaba” (f = 2), “Acabam” (f = 2), “Acaso” (f = 2), “Acontecer” (f = 2), “Adaptar” (f = 2), “Alertar” (f = 2), “Algum” (f = 2), “Alimentação” (f = 2), “Alimentar” (f = 2), “Aquilo” (f = 2), “Aspetos” (f = 2), “Através” (f = 2), “Auxiliares” (f = 2), “Avala” (f = 2), “AVCs” (f = 2), “Bastante” (f = 2), “Clínica” (f = 2), “Colocar” (f = 2), “Consistência” (f = 2), “Contratar” (f = 2), “Corretivas” (f = 2), “Cuidado” (f = 2), “Daqueles” (f = 2), “Deu” (f = 2), “Dias” (f = 2), “Dieta” (f = 2), “Difícil” (f = 2), “Dificuldade” (f = 2), “Engolir” (f = 2), “Equipas” (f = 2) (*ver figura 19*).

A análise da nuvem de palavras do código IMP-AVA-REB manifesta a relevância dos profissionais de saúde, como terapeutas da fala e enfermeiros, no processo de avaliação e reabilitação de distúrbios de deglutição nas ERPI. As palavras mais evocadas, como “Importante” (f = 26), “Sempre” (f = 17), “Saúde” (f = 15) e “Temos” (f = 15), indicam a percepção constante da importância deste processo por parte dos diretores.

A palavra “Importante” (f = 26) é a mais frequente, refletindo a centralidade da avaliação e da reabilitação na manutenção da saúde e bem-estar dos idosos. Uma das citações que ilustra bem essa preocupação é: “é muito importante, essencial até” (DT1:25). Este destaque à importância sugere que os DTs consideram indispensável a presença de profissionais qualificados para realizar essas avaliações e intervenções, especialmente para prevenir complicações mais graves.

O termo “Sempre” (f = 17) reforça a necessidade de uma vigilância contínua e de intervenções regulares para garantir que os problemas de deglutição sejam identificados e tratados de forma adequada. Este termo aparece em contextos que sugerem que a triagem e a avaliação devem ser processos constantes, como evidenciado na citação: “fundamental, é fundamental termos sempre a presença de um técnico de saúde formado por um enfermeiro” (DT8:9).

“Saúde” (f = 15) e “Temos” (f = 15) indicam a interligação entre a saúde dos utentes e a

responsabilidade compartilhada entre os profissionais em assegurar uma avaliação e reabilitação eficazes. A palavra “Saúde” é frequentemente mencionada no contexto de prevenir deteriorações graves no estado de saúde dos utentes, como na citação: “a deglutição é muito importante estar garantida na pessoa idosa, porque havendo alguma alteração na deglutição, poderemos estar a comprometer a saúde do adulto e o bem-estar da pessoa” (DT4:3).

“Pessoa” (f = 12) e “Fala” (f = 11) reforçam a importância de uma atenção individualizada no processo de avaliação. A necessidade de profissionais, como terapeutas da fala, que possam identificar e tratar problemas específicos de cada utente, é destacada em várias citações, como: “é muito importante a presença de um profissional, desde... não é só quando o risco já está presente, já não é só quando a pessoa se engasga, é o cuidado que antecede, o saber se deve ou não adequar a alimentação de sólido para pastoso, não é, porque a pessoa vai manifestando já alguns sinais de alerta e que só está minimamente preparado um profissional de saúde nessa identificação dos problemas” (DT4:13).

As palavras “Termos” (f = 10), “Alguém” (f = 9) e “Deglutição” (f = 9) destacam a importância de termos profissionais qualificados e preparados para lidar com as diversas necessidades dos utentes. A especialização é frequentemente mencionada como necessária, como na citação: “tem que ser alguém de facto com uma... na especialidade que consiga perceber isto, sim. Portanto, era fundamental ter alguém, claro que sim, sem dúvida” (DT2:32).

“Enfermagem” (f = 9), “Profissional” (f = 7), “Terapeuta” (f = 6) e “Terapia” (f = 6) reforçam a ideia de que a reabilitação e a avaliação da deglutição exigem uma abordagem multidisciplinar, onde diferentes profissionais de saúde desempenham papéis complementares. A citação “o tratamento em algumas situações é possível e há alguma reversão, há outras em que já não é possível” (DT7:16) reflete a complexidade das intervenções necessárias e a importância de uma abordagem especializada.

Os termos “Avaliação” (f = 7) e “Utentes” (f = 7) são frequentemente mencionados juntos, sugerindo que a avaliação contínua dos utentes é a base para adaptar os cuidados às suas necessidades em constante mudança. A citação “eu acho que a deteção precoce previne muitas, muitas alterações no estado de saúde dos utentes” (DT11:26) sobressai a importância de uma intervenção precoce.

“Enfermeiro” (f = 6), “Dúvida” (f = 6) e “Comer” (f = 5) destacam as dúvidas e preocupações que surgem durante o cuidado dos utentes, especialmente no que diz respeito à sua

capacidade de se alimentar de forma segura. A presença de um enfermeiro é vista como importante para observar essas situações e tomar as medidas necessárias, como exemplificado na citação: “eu acho que no nosso caso o facto de nós termos enfermeira é muito importante porque as próprias auxiliares se sentem muito mais seguras, mesmo que tenham de fazer uma primeira intervenção sabem que vão ter a validação da equipa de enfermagem para qualquer situação. O facto de nós termos equipa de enfermagem é muito importante e transmite sempre às auxiliares. Elas sabem a nível da consistência da comida, de tudo, estão muito mais alertadas para essas situações e quando acham que não está correta a espessura, são as primeiras a alertar para essa situação” (DT9:19).

As palavras “Momento” (f = 5), “Medidas” (f = 5) e “Intervenção” (f = 5) refletem a necessidade de intervenções rápidas para prevenir a deterioração do estado de saúde dos utentes. A citação “sabemos que o não tratamento preventivamente conduz a consequências de saúde bem mais graves e difíceis de retomar e muitas das vezes já se não forem tomadas medidas preventivas a única hipótese já é uma hipótese mais de última linha, a meu ver, e falo aqui mais das sondas nasogástricas e outro tipo de situações que já devem ser o último recurso já numa fase posterior” (DT7:8) destaca a importância de agir no momento certo.

A análise da nuvem de palavras do código IMP-AVA-REB revela uma preocupação com a avaliação contínua e a reabilitação adequada dos distúrbios de deglutição, com um interesse particular na necessidade de profissionais qualificados, como terapeutas da fala e enfermeiros, para garantir que os utentes recebam os cuidados necessários.

3.6 Análise da nuvem de palavras do código: AVA-INST: Avaliação instrumental



Figura 20 – Nuvem de palavras do código: AVA-INST

Foi analisada a nuvem de palavras obtida por meio das entrevistas realizadas, na qual

verifica-se que as palavras mais evocadas para o código Avaliação instrumental, foram: “Dúvida” (f = 1), “Videofluoroscopia” (f = 1), “Médico” (f = 1), “Pedir” (f = 1), “Situações” (f = 1), “Grande” (f = 1) (*ver figura 20*).

A análise da nuvem de palavras do código AVA-INST revela aspectos sobre como os DTs de ERPI percebem o uso de equipamentos e instrumentos para a avaliação da deglutição. As palavras “Dúvida” (f = 1), “Videofluoroscopia” (f = 1), “Médico” (f = 1), “Pedir” (f = 1), “Situações” (f = 1) e “Grande” (f = 1) emergem como termos que, embora mencionados com baixa frequência, têm uma importância relevante no contexto das entrevistas. A seguir, uma análise detalhada dessas palavras no contexto da avaliação instrumental.

A palavra “Dúvida”, apesar de surgir apenas uma vez, é fundamental no contexto das decisões sobre a necessidade de uma avaliação instrumental mais aprofundada. A presença de dúvidas sobre o estado de saúde de um utente ou sobre a natureza de um distúrbio de deglutição pode desencadear a decisão de recorrer a técnicas instrumentais, como a videofluoroscopia. Esta palavra sugere um processo de tomada de decisão cuidadosa, onde os profissionais de saúde consideram cautelosamente se as incertezas justificam a utilização de métodos instrumentais para obter um diagnóstico preciso. A citação “o que nós fazemos em situações de grande dúvida é pedir ao nosso médico uma videofluoroscopia, que demora um tempão a acontecer, mas pedimos, e aí decidir ou consistências” (DT23:17) ilustra como a dúvida pode ser um fator determinante para a escolha de procedimentos de informações mais detalhadas e precisas sobre a deglutição do utente.

A “Videofluoroscopia” é uma técnica instrumental específica mencionada no contexto da avaliação da deglutição. A sua menção, mesmo que isolada, aponta para a valorização de métodos avançados e especializados que permitem uma visualização detalhada do processo de deglutição, possibilitando um diagnóstico mais preciso. Este termo reforça a importância atribuída à utilização de tecnologias que podem fornecer informações que não seriam visíveis por métodos de avaliação convencionais. A citação mencionada anteriormente realça a dependência desta técnica para esclarecer situações onde há uma incerteza significativa, mostrando que a videofluoroscopia é vista como um recurso valioso quando as avaliações clínicas tradicionais não são conclusivas.

A palavra “Médico” aparece duas vezes, identificando o papel dos médicos no processo de avaliação instrumental. O seu papel na prescrição e interpretação, em cooperação os Terapeutas

da Fala, de exames como a videofluoroscopia, demonstra a confiança que os DTs depositam na opinião e na intervenção médica para a tomada de decisões neste âmbito. A repetição do termo sugere que a consulta médica é uma prática comum e necessária, especialmente em casos que requerem uma avaliação mais aprofundada, denotando a importância de uma abordagem multidisciplinar.

O verbo “Pedir” destaca-se pela sua relevância no processo de encaminhamento e solicitação de avaliações mais especializadas. A utilização do termo sugere que o processo de decisão para a avaliação instrumental não é automático, mas sim algo que requer a iniciativa dos profissionais, particularmente quando se trata de solicitar a intervenção de um médico para procedimentos como a videofluoroscopia. “Pedir” reflete a ação proativa dos DTs ou outros profissionais envolvidos, mostrando que, embora a avaliação instrumental seja valorizada, o seu uso é ponderado e feito com base em necessidade bem justificada, como em casos de dúvida. Esta palavra, portanto, salienta a natureza deliberada e cuidadosa com que são tomadas decisões sobre avaliações adicionais.

O termo “Situações” é usado para descrever os contextos específicos em que a avaliação instrumental pode ser considerada necessária. A palavra sugere que a aplicação de técnicas como a videofluoroscopia é restrita a cenários particulares onde outras formas de avaliação não proporcionam clareza suficiente. Isto implica que os DTs estão atentos às condições únicas de cada utente, e que a decisão de utilizar avaliações instrumentais depende das circunstâncias individuais. A palavra “Situações”, portanto, reflete a sensibilidade e a adaptabilidade da abordagem dos profissionais de saúde, que procuram garantir que cada utente receba uma avaliação que corresponda às suas necessidades específicas.

A palavra “Grande”, utilizada na expressão “situações de grande dúvida”, reforça a gravidade ou a seriedade das incertezas que levam à solicitação de uma avaliação instrumental. Este termo reforça que a avaliação instrumental é reservada para situações em que há uma incerteza significativa, e não para qualquer dúvida menor. A utilização de “Grande” acentua a ideia de que a videofluoroscopia e outras técnicas similares são recursos valiosos, mas que devem ser utilizados com critério, quando a situação realmente o exige. Esta seletividade no uso de recursos avançados reflete uma abordagem prudente e eficiente na gestão dos cuidados de saúde.

É importante perceber que apenas um dos 27 diretores técnicos mencionou o uso de exames instrumentais, como a videofluoroscopia, para a avaliação da deglutição. Este dado é

especialmente relevante quando se considera o objetivo central da investigação, que procura analisar as perceções dos diretores técnicos de ERPI sobre a prestação de cuidados a idosos com disfagia. A escassa referência à avaliação instrumental pode indicar uma lacuna no conhecimento ou na escolha de métodos de avaliação mais avançados e precisos, essenciais para a identificação e reabilitação da disfagia. Este facto sugere que, apesar da crescente importância atribuída ao cuidado adequado de idosos com disfagia, os DTs podem não estar totalmente esclarecidos para integrar tecnologias avançadas na rotina de avaliação. Esta limitação pode ter um impacto direto na qualidade dos cuidados prestados e destaca a necessidade de formação e de recursos adequados para assegurar que as melhores práticas sejam seguidas na gestão da disfagia, algo fundamental para a saúde e o bem-estar dos idosos institucionalizados.

3.7 Análise do diagrama de Sankey da categoria: Avaliação e monitorização

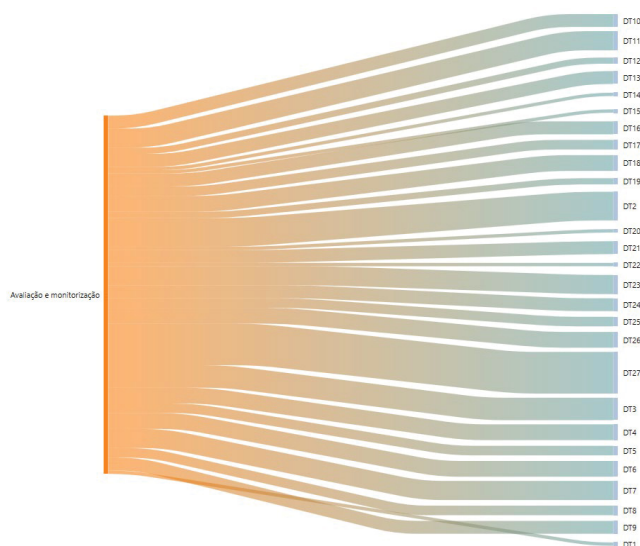


Figura 21 – Diagrama de Sankey da categoria: Avaliação e monitorização

Os DTs de ERPI demonstram, nas suas perceções, uma preocupação constante com a necessidade de avaliação contínua e personalizada dos utentes. Esta prática é compreendida como indispensável para garantir a adaptação dos cuidados e prevenir complicações relacionadas à alimentação e deglutição.

Os principais códigos identificados na análise desta categoria incluem AVA-IND AVA-INST, IMP-AVA-REB e MON-CON. O código AVA-IND, com uma frequência de 19 ocorrências, reflete a necessidade de adaptar as avaliações às necessidades específicas de cada

idoso, um ponto destacado pelos diretores. Esta prática é entendida como uma estratégia de personalização dos cuidados, o que permite ajustar as intervenções segundo as condições individuais de cada residente.

Por outro lado, o código AVA-INST, que aparece com uma frequência mais baixa (apenas 1 ocorrência), revela a solicitação limitada de métodos instrumentais, como a videofluoroscopia da deglutição, pelas ERPI. Embora seja reconhecida a importância da avaliação instrumental para fornecer um diagnóstico mais detalhado, muitos DTs mencionam que a falta de recursos ou de profissionais especializados para as solicitar, dificulta a implementação dos pedidos dessas técnicas de avaliação de maneira regular.

O código IMP-AVA-REB (62 ocorrências) destaca a importância de integrar a avaliação e a reabilitação no cuidado aos idosos. A reabilitação, segundo os DTs, é compreendida como um componente fundamental para garantir que a avaliação contínua tenha impacto positivo na funcionalidade e na saúde geral dos utentes. Este código demonstra uma interdependência entre a avaliação e a reabilitação, com os diretores a reconhecerem que a manutenção das capacidades de deglutição depende de um acompanhamento regular e da implementação de exercícios específicos para evitar o declínio das funções alimentares.

O código MON-CON (30 ocorrências) aparece como um dos códigos mais frequentes, o que reforça a importância da monitorização contínua nas ERPI. Este código reflete as preocupações dos DTs com a vigilância constante do estado de saúde dos idosos, permitindo que as intervenções sejam ajustadas conforme as mudanças no estado de deglutição de cada utente. A monitorização contínua é vista como uma prática indispensável para evitar complicações graves, como engasgamentos e aspirações, garantindo que os cuidados sejam adequadamente adaptados ao longo do tempo.

Nas falas dos DTs, observa-se a preocupação com a segurança dos utentes relativamente à deglutição. Um exemplo disso é a citação: “nós temos que estar atentos a tudo aquilo que envolve a alimentação dela, desde a consistência da comida, não é, que não pode estar muito líquida, mas também não pode ser muito sólida, então a consistência é extremamente importante” (DT10:25), que reflete a necessidade de uma observação detalhada e constante durante as refeições. A monitorização é apreciada como uma ferramenta indispensável para garantir a segurança alimentar e prevenir acidentes que podem comprometer a saúde dos idosos.

A análise da categoria “Avaliação e monitorização” destaca a importância de práticas

contínuas e personalizadas no cuidado a idosos institucionalizados. A avaliação individualizada, embora reconhecida como essencial, ainda enfrenta desafios de implementação devido à falta de recursos. A reabilitação surge como um complemento necessário, garantindo que a avaliação resulte em melhorias concretas na deglutição dos utentes. A monitorização contínua, por sua vez, é amplamente valorizada pelos DTs, sendo considerada uma prática necessária para prevenir complicações e assegurar que os cuidados se adequem às necessidades específicas de cada idoso.

3.8 Síntese da Categoria: Avaliação e Monitorização

A análise da categoria “Avaliação e Monitorização” revela que os resultados das entrevistas indicam que a personalização dos cuidados e a monitorização contínua são práticas centrais na gestão da disfagia, com ênfase significativa na adaptação dos cuidados às necessidades individuais dos utentes.

A AVA-IND emerge como um código importante, com os diretores técnicos a salientarem a necessidade de ajustar as intervenções com base nas características específicas de cada idoso. Esta abordagem é fundamental para lidar com a heterogeneidade da população idosa nas ERPI, onde as necessidades variam significativamente. Citações como “As necessidades são diferentes de pessoa para pessoa, portanto a deglutição também é diferente e a preparação dos alimentos também deverá ser diferente” (DT4:28) exemplificam o compromisso dos diretores técnicos em fornecer cuidados personalizados que consideram o estado físico e cognitivo dos utentes.

A Monitorização Contínua é destacada como uma prática indispensável para prevenir complicações graves associadas à disfagia. A vigilância constante permite a identificação precoce de sinais de risco, como engasgamentos, que podem ser indicativos de problemas maiores. Os DTs salientam a necessidade de uma presença atenta e sensível dos profissionais de saúde, como evidenciado na citação “Quem trabalha com pessoas tem que ter um mínimo de sensibilidade para estar atento à pessoa do outro lado e atento às mudanças” (DT3:12). Esta vigilância é vista como essencial para garantir intervenções oportunas e eficazes, assegurando a segurança dos utentes durante as refeições.

A IMP-AVA-REB é outro código central, refletindo a consciência dos DTs sobre a necessidade de intervenções especializadas para a gestão da deglutição. A presença de profissionais de saúde qualificados, como enfermeiros e terapeutas da fala, é considerada fundamental para garantir uma avaliação precisa e reabilitação adequada. A citação “A deglutição é muito importante estar garantida na pessoa idosa, porque havendo alguma alteração na

deglutição, poderemos estar a comprometer a saúde do adulto e o bem-estar da pessoa” (DT4:10) sublinha a ligação direta entre uma avaliação rigorosa e a preservação da saúde e qualidade de vida dos idosos.

No entanto, a análise revela uma limitação na utilização de métodos de avaliação instrumental, como a videofluoroscopia, que foi mencionada por apenas um dos 27 diretores técnicos entrevistados. A citação “Em situações de grande dúvida é pedir ao nosso médico uma videofluoroscopia, que demora um tempão a acontecer, mas pedimos, e aí decidir ou consistências” (DT23:23) indica que, embora reconhecida como importante, a avaliação instrumental é pouco utilizada, possivelmente devido à falta de recursos ou de formação específica.

A análise do diagrama de Sankey e das nuvens de palavras reforça o comprometimento com a personalização dos cuidados e a monitorização contínua, evidenciando a necessidade de uma abordagem integrada e adaptável na gestão da disfagia. No entanto, também destaca a necessidade de mais investimentos em formação e recursos para a implementação de melhores práticas, especialmente no que diz respeito ao uso de métodos de avaliação instrumental. Garantir uma abordagem mais abrangente e uniforme na avaliação e monitorização é essencial para melhorar a qualidade dos cuidados prestados e assegurar a saúde e o bem-estar dos idosos institucionalizados

4. Categoria: Adaptações na alimentação e estratégias de manutenção

4.1 Análise da coocorrência e dos coeficientes de força

A categoria “Adaptações na alimentação e estratégias de manutenção” envolve as práticas implementadas para garantir a segurança e a saúde dos idosos com dificuldades de deglutição. A necessidade de adaptar as dietas e utilizar estratégias que mantenham a nutrição adequada é fundamental para prevenir complicações graves, como aspirações e desidratação, comuns em idosos com deglutição comprometida. Nesse sentido, esta análise aborda a coocorrência e os coeficientes de força entre os códigos ADAP-DIET, ALI-ADAP e EST-MAN, para compreendermos como os DTs ERPI percebem e aplicam essas práticas nos cuidados aos idosos.

A análise de coocorrência revela que a relação mais frequente ocorre entre a categoria “Adaptações na alimentação e estratégias de manutenção” e o código ALI-ADAP, com uma contagem de 42 e um coeficiente de 0,79. Esta coocorrência destaca a importância da alimentação adaptada, que consiste na modificação das texturas e consistências dos alimentos para reduzir o risco de engasgamento e aspiração em idosos com deglutição comprometida. Como um DT descreveu: “as dietas moídas, líquidos com espessante, portanto é muito importante que essa alimentação venha à parte, não vem tudo igual para todos os idosos” (DT6:30).

Por outro lado, a coocorrência entre a categoria e o código ADAP-DIET, com 8 ocorrências e um coeficiente de 0,15, sugere que, embora menos frequente, as adaptações dietéticas desempenham também um papel importante. Estas adaptações incidem em ajustar o valor nutricional das refeições para garantir que os idosos recebam o aporte calórico e proteico necessário para manter a sua saúde. Um DT afirmou: “fazer aqui uma alimentação tem que ser uma comida mais pastosa ou uma sopa mais reforçada, com proteína para conseguirmos aqui chegar ao que será o melhor em termos de alimentação, por causa desta influência da deglutição no idoso” (DT26:11).

Já a coocorrência entre a categoria e o código EST-MAN registou 5 ocorrências e um coeficiente de 0,09, indicando que as estratégias de manutenção são mencionadas em contextos mais específicos, onde as adaptações alimentares isoladamente já não são suficientes. Estas estratégias incluem o uso de intervenções mais invasivas, como sondas nasogástricas, quando o idoso se recusa a comer ou não consegue ingerir alimentos adequadamente: “daí termos que utilizar outras técnicas como a sonda nasogástrica” (DT20:3).

É importante destacar que não houve coocorrências ou correlações entre os códigos ADAP-DIET, ALI-ADAP e EST-MAN. Essa ausência sugere que, nas entrevistas realizadas com os diretores técnicos, os temas representados por esses códigos foram discutidos de forma isolada.

O coeficiente de 0,79 entre a categoria e o código ALI-ADAP demonstra uma forte interligação entre as práticas de adaptação da alimentação e a manutenção da saúde dos idosos. A preocupação com a adequação da consistência dos alimentos foi frequentemente mencionada pelos DTs, reforçando a necessidade de garantir que a alimentação dos idosos com disfagia seja segura. Um exemplo disso é o uso de espessantes em líquidos para prevenir aspiração: “desde os espessantes, por causa da água que é muito lisa e às vezes as pessoas engasgam-se com muita facilidade” (DT14:4).

Já o coeficiente de 0,15 entre a categoria e ADAP-DIET indica que as adaptações dietéticas, embora menos frequentes, são também uma preocupação. Os DTs referiram a necessidade de ajustar a dieta em termos de valor nutricional, especialmente para garantir que os idosos recebem nutrientes essenciais mesmo em casos de dificuldades extremas de deglutição. Como mencionado por um DT: “ainda uma nutricionista para adequar toda a alimentação necessária” (DT8:11).

O coeficiente de 0,09 entre a categoria e EST-MAN indica uma ligação mais tênue entre as estratégias de manutenção e a adaptação da alimentação. Estas estratégias, no entanto, tornam-se centrais em casos graves, onde a alimentação convencional não é mais viável. O uso de sondas nasogástricas, por exemplo, foi referido como uma última medida para manter a nutrição do idoso: “já tivemos casos que não querem comer e aí temos que colocar sonda nasogástrica porque eles recusam-se mesmo a comer quando têm demência, por exemplo” (DT20:7).

As percepções dos DTs reforçam a importância das adaptações alimentares e estratégias de manutenção nos cuidados prestados. Um DT salientou a necessidade de ajustar a consistência dos alimentos para garantir a segurança dos utentes: “portanto, isso diz-nos que nós temos que ter muito cuidado com os alimentos que lhes deveremos proporcionar, nomeadamente retirar alimentos duros e secos, etc.” (DT6:3). Outro DT mencionou a necessidade de personalizar as refeições com base nas necessidades nutricionais específicas: “nós temos a nutricionista que nos faz as ementas para a instituição, os planos alimentares dos utentes com algum tipo de necessidade, ou que tenham prescrição médica para cumprir, algum que tenha restrições

alimentares, tenham de cumprir mesmo uma dieta rigorosa, nós temos a nutricionista que nos faz esses planos alimentares” (DT27:29).

A análise de coocorrência e dos coeficientes de força evidencia que as adaptações alimentares, particularmente no que se refere à consistência e textura dos alimentos, são uma prática comum e integrada nos cuidados aos idosos com disfagia. Embora as adaptações dietéticas e as estratégias de manutenção sejam mencionadas com menor frequência, elas são importantes em contextos específicos, onde é necessário um cuidado mais personalizado. A ausência de correlações entre os códigos ADAP-DIET, ALI-ADAP e EST-MAN sugere que, nas práticas observadas, essas áreas ainda são tratadas de forma isolada, o que pode indicar a necessidade de uma maior integração entre as estratégias de adaptação alimentar e a manutenção da saúde dos idosos institucionalizados.

	● Adaptações na alimentação e estratégias de manutenção Gr=54		○ Adaptações na alimentação e estratégias de manutenção: Alimentação adaptada Gr=41		○ Adaptações na alimentação e estratégias de manutenção: Aptações dietéticas Gr=8		○ Adaptações na alimentação e estratégias de manutenção: Estratégias de manutenção Gr=5		
	count	coefficient	count	coefficient	count	coefficient	count	coefficient	
● Adaptações na alimentação e estratégias de manutenção Gr=54	0	0,00	42	0,79	8	0,15	5	0,09	
○ Adaptações na alimentação e estratégias de manutenção: Alimentação adaptada Gr=41	42	0,79	0	0,00	0	0,00	0	0,00	
○ Adaptações na alimentação e estratégias de manutenção: Aptações dietéticas Gr=8	8	0,15	0	0,00	0	0,00	0	0,00	
○ Adaptações na alimentação e estratégias de manutenção: Estratégias de manutenção Gr=5	5	0,09	0	0,00	0	0,00	0	0,00	

Tabela 4 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Adaptações na alimentação e estratégias de manutenção

	Adaptações... 54	Adaptações... 41	Adaptações... 8	Adaptações... 5
Adaptações na alimentação e estratégias de manutenção	54	42 (0,79)	8 (0,15)	5 (0,09)
Adaptações na alimentação e estratégias de manutenção: Alimentação adaptada	41	42 (0,79)		
Adaptações na alimentação e estratégias de manutenção: Aptações dietéticas	8	8 (0,15)		
Adaptações na alimentação e estratégias de manutenção: Estratégias de manutenção	5	5 (0,09)		

Figura 22 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Adaptações na alimentação e estratégias de manutenção

4.2 Análise da nuvem de palavras da categoria: Adaptações na alimentação e estratégias de manutenção

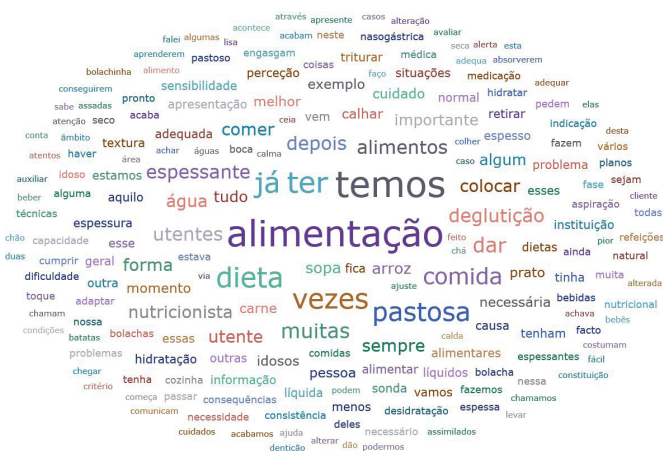


Figura 23 – Nuvem de palavras da categoria: Adaptações na alimentação e estratégias de manutenção

Foi analisada a nuvem de palavras obtida por meio das entrevistas realizadas, na qual verifica-se que as palavras mais evocadas para a categoria: Adaptações na alimentação e estratégias de manutenção, foram: “Alimentação” (f = 17), “temos” (f = 17), “dieta” (f = 12), “já” (f = 12), “vezes” (f = 12), “pastosa” (f = 11), “comida” (f = 9), “muitas” (f = 8), “alimentos” (f = 7), “deglutição” (f = 7), “depois” (f = 7), “espessante” (f = 7), “utentes” (f = 7), “água” (f = 6), “colocar” (f = 6), “comer” (f = 6), “forma” (f = 6), “nutricionista” (f = 6), “sempre” (f = 6), “utente” (f = 6), “alguém” (f = 5), “arroz” (f = 5), “importante” (f = 5), “portanto” (f = 5), “sopa” (f = 5), “tudo” (f = 5), “carne” (f = 4), “cuidado” (f = 4), “exemplo” (f = 4), “idosos” (f = 4), “melhor” (f = 4), “momento” (f = 4), “necessária” (f = 4), “pessoa” (f = 4), “prato” (f = 4), “adequada” (f = 3), “alimentar” (f = 3), “alimentares” (f = 3), “apresentação” (f = 3), “aquilo” (f = 3).

= 3), “causa” (f = 3), “dietas” (f = 3), “espesso” (f = 3), “espessura” (f = 3), “estamos” (f = 3), “hidratação” (f = 3), “informação” (f = 3), “instituição” (f = 3), “líquida” (f = 3), “líquidos” (f = 3), “menos” (f = 3), “normal” (f = 3), “perceção” (f = 3), “problema” (f = 3), “retirar” (f = 3), “sensibilidade” (f = 3), “situações” (f = 3), “sonda” (f = 3), “tenham” (f = 3), “textura” (f = 3), “tinha” (f = 3), “triturar” (f = 3), “vamos” (f = 3), “acaba” (f = 2), “adaptar” (f = 2), “alguma” (f = 2), “aspiração” (f = 2), “bebidas” (f = 2), “boca” (f = 2), “bolacha” (f = 2), “bolachas” (f = 2), “capacidade” (f = 2), “coisas” (f = 2), “comidas” (f = 2), “consequências” (f = 2), “consistência” (f = 2), “cozinha” (f = 2), “cumprir” (f = 2), “deles” (f = 2), “desidratação” (f = 2), “dificuldade” (f = 2), “disso” (f = 2), “engasgam” (f = 2), “espessa” (f = 2), “espessantes” (f = 2), “estava” (f = 2), “fase” (f = 2), “fazem” (f = 2), “fazemos” (f = 2), “haver” (f = 2), “hidratar” (f = 2), “idoso” (f = 2), “indicação” (f = 2), “médica” (f = 2), “medicação” (f = 2), “muita” (f = 2), “nasogástrica” (f = 2), “natural” (f = 2), “necessário” (f = 2), “necessidade” (f = 2), “nossa” (f = 2), “nutricional” (f = 2), “passar” (f = 2), “pastosas” (f = 2), “pastoso” (f = 2), “pedem” (f = 2), “percebemos” (f = 2), “planos” (f = 2), “podemos” (f = 2), “problemas” (f = 2), “pronto” (f = 2), “próprias” (f = 2), “refeições” (f = 2), “respirar” (f = 2), “responsável” (f = 2), “seco” (f = 2), “sejam” (f = 2), “técnicas” (f = 2) (*ver figura 23*).

Foi analisada a nuvem de palavras obtida por meio das entrevistas realizadas, na qual se verifica que as palavras mais evocadas para a categoria “Adaptações na alimentação e estratégias de manutenção” refletem a complexidade e a importância de adaptar as práticas alimentares para garantir a saúde e a segurança dos idosos com dificuldades de deglutição.

A palavra “Alimentação” (f = 17) surge como a mais evocada, o que não é surpreendente dado a prioridade da categoria. Esta palavra condensa a base de todas as adaptações e estratégias discutidas, servindo como o núcleo em torno do qual as outras medidas se organizam. A alimentação adaptada é essencial para assegurar que os idosos recebam os nutrientes necessários de forma segura, especialmente quando enfrentam dificuldades na deglutição. As entrevistas destacam que “a alimentação tem que ser adaptada, dependendo das necessidades específicas de cada utente” (DT12:17), sublinhando a importância de uma abordagem individualizada.

A palavra “temos” (f = 17) é frequentemente mencionada, refletindo a responsabilidade coletiva das equipas de saúde na implementação dessas adaptações. Esta evocação constante da palavra “temos” nas falas dos DTs indica um compromisso institucional e uma prática comum de averiguar e ajustar a alimentação conforme necessário, como exemplificado em “temos que

adaptar as refeições à textura necessária às condições que o cliente apresente” (DT17:3).

“Dieta” (f = 12) é outra palavra-chave, indicando que a personalização das dietas é fundamental para a manutenção da saúde dos idosos. As dietas adaptadas garantem que, mesmo com limitações na deglutição, os idosos possam receber uma nutrição adequada. A palavra “dieta” é frequentemente associada à necessidade de ajustes constantes, como observado em “a sopa deve ser mais espessa ou menos espessa, conforme as necessidades nutricionais” (DT23:25).

“Já” (f = 12) e “vezes” (f = 12) indicam a frequência e a prontidão com que essas adaptações precisam ser feitas. A palavra “já” sugere a urgência com que as mudanças devem ser implementadas quando uma nova necessidade é identificada. “Vezes”, por outro lado, enfatiza a repetição e a regularidade com que essas adaptações são necessárias, como em “já não se adequa que a sopa seja mais espessa todas as vezes” (DT23:25).

“Pastosa” (f = 11) refere-se a um dos tipos de consistência frequentemente ajustados na alimentação dos idosos. A necessidade de uma dieta pastosa é comum em casos de deglutição comprometida, e a palavra aparece em várias discussões sobre como ajustar a alimentação para minimizar o risco de engasgamento. Como observado, “muitas das vezes o utente vem mesmo com a indicação para a dieta pastosa” (DT27:26).

A palavra “comida” (f = 9) reflete o foco prático nas refeições diárias e na necessidade de assegurar que a “comida” seja não só nutritiva, mas também segura para consumo pelos idosos com dificuldades. A preocupação com a preparação adequada da comida é essencial, como exemplificado em “a comida deve ser mais pastosa ou ajustada para melhor assimilação pelo organismo” (DT14:3).

“Muitas” (f = 8) sublinha a diversidade de situações e adaptações que devem ser consideradas, refletindo a variedade de desafios enfrentados ao cuidar de idosos com necessidades alimentares especiais. Esta palavra também destaca a quantidade de adaptações que precisam muitas vezes ser feitas para acomodar essas necessidades.

“Alimentos” (f = 7) e “deglutição” (f = 7) indicam o foco na escolha cuidadosa de alimentos que facilitam a deglutição. A seleção dos alimentos é particularmente importante para evitar complicações, como mencionado em “os alimentos têm que ser preparados para serem melhor deglutidos e melhor assimilados pelo organismo” (DT14:3).

“Depois” (f = 7) sugere a importância de observar continuamente os efeitos das adaptações feitas, assegurando que as mudanças nas dietas e nas práticas alimentares estejam a

produzir os resultados desejados. O acompanhamento posterior é essencial para ajustar e melhorar continuamente as estratégias de alimentação.

“Espessante” (f = 7) e “utentes” (f = 7) indicam a prática comum de utilizar espessantes para ajustar a consistência dos líquidos, facilitando a deglutição e prevenindo o engasgamento. A presença constante da palavra “espessante” nas entrevistas, como em “avaliar se é necessário ou não colocar, por exemplo, nas bebidas, espessante” (DT6:17), destaca a sua importância na dieta dos utentes.

“Água” (f = 6) e “colocar” (f = 6) estão frequentemente relacionadas ao uso de espessantes, uma vez que a água pode ser um dos líquidos mais difíceis de deglutir para pessoas com disfagia. A adaptação da consistência da água com espessantes é uma prática comum, como notado em “no caso da água, utilizamos muitas vezes o espessante” (DT20:4).

“Comer” (f = 6) e “forma” (f = 6) são mencionadas relativamente à maneira como os idosos consomem os alimentos. As entrevistas revelam a necessidade de adaptar a “forma” como os alimentos são apresentados para facilitar a sua ingestão, como em “forma como trituramos os alimentos” (DT18:14).

“Nutricionista” (f = 6) e “sempre” (f = 6) refletem a importância do papel da nutricionista na personalização das dietas e na avaliação contínua das necessidades dos utentes. A frequência com que a palavra “sempre” é mencionada enfatiza a constância e a regularidade com que as práticas de adaptação são aplicadas.

“Utente” (f = 6) e “algum” (f = 5) reforçam a priorização do utente no processo de adaptação. As necessidades de cada utente são avaliadas individualmente, e as adaptações são feitas para garantir que cada um receba o cuidado mais adequado. Como observado, “algum utente que precise de dieta específica” (DT27:29) ilustra a personalização do cuidado.

O termo “arroz” (f = 5) aparece em discussões sobre a necessidade de ajustar a consistência dos alimentos, como em “retirar o arroz seco e substituir por arroz com calda” (DT9:33), evidenciando a importância de ajustar alimentos comuns para evitar dificuldades de deglutição.

“Importante” (f = 5) e “portanto” (f = 5) destacam a relevância dessas adaptações no contexto geral dos cuidados aos idosos. A palavra “importante” é usada para referir a necessidade de prestar atenção aos detalhes na preparação e apresentação dos alimentos, como em “importante que os profissionais auxiliares estejam atentos” (DT6:25).

A análise revela que a adaptação da alimentação é um processo multidimensional, que envolve uma avaliação contínua das necessidades dos utentes, a escolha cuidadosa dos alimentos, e a modificação da consistência dos mesmos para garantir a segurança e a eficácia da alimentação. Esta prática exige a colaboração constante de toda a equipa, sob a orientação de nutricionistas, para garantir que os idosos com dificuldades de deglutição recebam uma alimentação que não só atenda às suas necessidades nutricionais, mas que também seja segura e apropriada para a sua condição.

4.3 Análise da nuvem de palavras do código: ADAP-DIET: Adaptações dietéticas

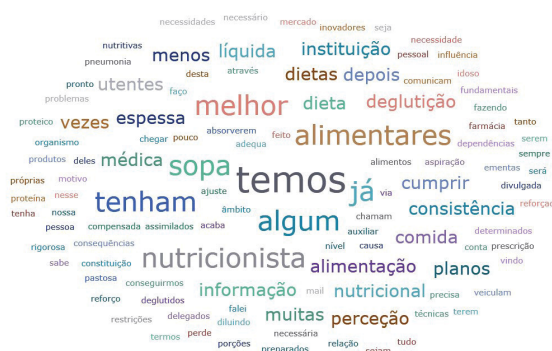


Figura 24 – Nuvem de palavras do código: ADAP-DIET

Foi analisada a nuvem de palavras obtida por meio das entrevistas realizadas, na qual verifica-se que as palavras mais evocadas para o código Adaptações dietéticas, foram: “temos” (f = 4), “algum” (f = 3), “alimentares” (f = 3), “já” (f = 3), “melhor” (f = 3), “nutricionista” (f = 3), “sopa” (f = 3), “tenham” (f = 3), “alimentação” (f = 2), “comida” (f = 2), “consistência” (f = 2), “cumprir” (f = 2), “deglutição” (f = 2), “depois” (f = 2), “dieta” (f = 2), “dietas” (f = 2), “espessa” (f = 2), “informação” (f = 2), “instituição” (f = 2), “líquida” (f = 2), “médica” (f = 2), “menos” (f = 2), “muitas” (f = 2), “nutricional” (f = 2), “perceção” (f = 2), “planos” (f = 2), “utentes” (f = 2), “vezes” (f = 2), “absorverem” (f = 1), “acaba” (f = 1), “adequa” (f = 1), “ajuste” (f = 1), “alimentos” (f = 1), “âmbito” (f = 1), “aspiração” (f = 1), “assimilados” (f = 1), “através” (f = 1), “auxiliar” (f = 1), “causa” (f = 1), “chamam” (f = 1), “chegar” (f = 1), “compensada” (f = 1), “comunicam” (f = 1), “consequimos” (f = 1), “consequências” (f = 1), “constituição” (f = 1), “conta” (f = 1), “deglutidos” (f = 1), “delegados” (f = 1), “deles” (f = 1), “dependências” (f = 1), “desta” (f = 1), “determinados” (f = 1), “diluindo” (f = 1), “divulgada” (f = 1), “ementas” (f = 1),

“faço” (f = 1), “falei” (f = 1), “farmácia” (f = 1), “fazendo” (f = 1), “feito” (f = 1), “fundamentais” (f = 1), “idoso” (f = 1), “influência” (f = 1), “inovadores” (f = 1), “mercado” (f = 1), “motivo” (f = 1), “necessária” (f = 1), “necessário” (f = 1), “necessidade” (f = 1), “necessidades” (f = 1), “nesse” (f = 1), “nível” (f = 1), “nossa” (f = 1), “nutritivas” (f = 1), “organismo” (f = 1), “pastosa” (f = 1), “perde” (f = 1), “pessoa” (f = 1), “pessoal” (f = 1), “pneumonia” (f = 1), “porções” (f = 1), “pouco” (f = 1), “precisa” (f = 1), “preparados” (f = 1), “prescrição” (f = 1), “problemas” (f = 1), “produtos” (f = 1), “pronto” (f = 1), “próprias” (f = 1), “proteico” (f = 1), “proteína” (f = 1), “reforçada” (f = 1), “reforço” (f = 1), “relação” (f = 1), “restrições” (f = 1), “rigorosa” (f = 1), “sabe” (f = 1), “seja” (f = 1) (*ver figura 24*).

A análise da nuvem de palavras para o código ADAP-DIET revela a importância de diversas práticas e conceitos relacionados ao ajuste da dieta dos idosos com necessidades específicas, especialmente aqueles com dificuldades de deglutição. A seguir, é apresentada uma análise das palavras mais evocadas, discutindo o seu significado e relevância no contexto das entrevistas com os diretores técnicos.

A palavra “temos” (f = 4) sugere uma abordagem coletiva e integrada por parte da equipe responsável pelos cuidados dos idosos. Em várias citações, “temos” é utilizado para expressar a responsabilidade partilhada na implementação de dietas adequadas. Por exemplo, na citação do DT6, destaca-se que “temos sempre isso em conta e o nosso pessoal auxiliar também já sabe que as dietas são fundamentais”, sublinhando a consciência coletiva da importância das adaptações dietéticas.

“Algum” (f = 3) e “Tenham” (f = 3) refletem a individualização dos cuidados, indicando que as adaptações dietéticas não são padronizadas, mas sim personalizadas para cada utente. Na citação do DT27, menciona-se que “nós temos a nutricionista que nos faz as ementas para a instituição, os planos alimentares dos utentes com algum tipo de necessidade”, o que reforça a adaptação da dieta conforme as necessidades específicas de cada idoso.

“Alimentares” (f = 3) e “Nutricional” (f = 2), essas palavras demonstram a preocupação com a qualidade nutricional das refeições oferecidas aos idosos. A citação do DT23 evidencia que, ao diluir porções para adaptar a consistência, pode-se “perder valor nutricional”, alertando para a necessidade de um equilíbrio entre adaptação da consistência e manutenção dos nutrientes essenciais.

A figura da “nutricionista” aparece repetidamente como crucial na elaboração de dietas

adaptadas. Em DT27, destaca-se o papel da nutricionista na criação de “ementas para a instituição, os planos alimentares dos utentes”, salientando a importância de um profissional especializado na concepção de dietas que atendam às necessidades nutricionais e de segurança alimentar dos idosos.

A “sopa” é frequentemente mencionada como um alimento que pode ser facilmente adaptado para atender às necessidades dos idosos com dificuldades de deglutição. Na citação do DT23, é discutido como a sopa pode ser “compensada porque tem que ter um reforço proteico”, revelando o esforço em garantir que até mesmo as refeições mais simples sejam adequadas e nutritivas.

A palavra “melhor” reflete o objetivo constante de melhorar a alimentação dos idosos para que ela seja mais fácil de deglutir e, ao mesmo tempo, nutritiva. Como mencionado no DT14, “os alimentos têm que ser preparados para serem melhor deglutidos e melhor assimilados pelo organismo”, o que demonstra o cuidado em adaptar a dieta para ser mais eficaz na nutrição dos idosos.

As palavras “dieta” e “dietas” destacam a diversidade de planos alimentares necessários para atender às diferentes necessidades dos idosos. A citação do DT12 reflete essa realidade, mencionando que “nossa nutricionista que acaba por não ter tanto essa percepção, mas depois tem a percepção de tudo o que é necessário na constituição depois do que é a dieta”, o que evidencia a complexidade e a personalização envolvidas na criação dessas dietas.

A consistência dos alimentos é um aspeto fundamental nas adaptações dietéticas. No DT23, há uma preocupação com a “consistência” da sopa e como essa consistência pode afetar o valor nutricional dos alimentos. A consistência espessa, por exemplo, pode ser necessária para facilitar a deglutição, mas deve ser ajustada de forma que não prejudique a nutrição.

A “informação” e a “instituição” estão interligadas no contexto das adaptações dietéticas, pois a partilha de informações dentro da instituição é vital para a implementação eficaz das dietas adaptadas. A citação do DT22 destaca como “técnicas de lá nos comunicam e veiculam via mail determinados produtos que sejam inovadores”, mostrando a importância de uma comunicação clara e eficiente dentro das instituições para garantir que as adaptações dietéticas sejam bem implementadas.

A palavra “depois” sugere um processo contínuo e dinâmico de adaptação da dieta. Como visto no DT12, a percepção das necessidades alimentares pode evoluir com o tempo, levando a

Foi analisada a nuvem de palavras obtida por meio das entrevistas realizadas, na qual verifica-se que as palavras mais evocadas para o código Alimentação adaptada, foram: “Alimentação” (f = 14), “temos” (f = 11), “dieta” (f = 10), “pastosa” (f = 10), “já” (f = 8), “vezes” (f = 8), “comida” (f = 7), “espessante” (f = 7), “água” (f = 6), “alimentos” (f = 6), “utente” (f = 6), “arroz” (f = 5), “colocar” (f = 5), “depois” (f = 5), “muitas” (f = 5), “sempre” (f = 5), “utentes” (f = 5), “carne” (f = 4), “comer” (f = 4), “cuidado” (f = 4), “forma” (f = 4), “idosos” (f = 4), “importante” (f = 4), “momento” (f = 4), “prato” (f = 4), “tudo” (f = 4), “alimentar” (f = 3), “apresentação” (f = 3), “aquilo” (f = 3), “deglutição” (f = 3), “espesso” (f = 3), “espessura” (f = 3), “estamos” (f = 3), “exemplo” (f = 3), “hidratação” (f = 3), “líquidos” (f = 3), “necessária” (f = 3), “normal” (f = 3), “nutricionista” (f = 3), “pessoa” (f = 3), “problema” (f = 3), “retirar” (f = 3), “sensibilidade” (f = 3), “textura” (f = 3), “tinha” (f = 3), “triturar” (f = 3), “vamos” (f = 3), “adaptar” (f = 2), “algum” (f = 2), “alguma” (f = 2), “bebidas” (f = 2), “boca” (f = 2), “bolacha” (f = 2), “bolachas” (f = 2), “capacidade” (f = 2), “causa” (f = 2), “comidas” (f = 2), “cozinha” (f = 2), “desidratação” (f = 2), “dificuldade” (f = 2), “engasgam” (f = 2), “espessantes” (f = 2), “estava” (f = 2), “fase” (f = 2), “fazem” (f = 2), “haver” (f = 2), “hidratar” (f = 2), “indicação” (f = 2), “medicação” (f = 2), “passar” (f = 2), “pastosas” (f = 2), “pastoso” (f = 2), “pedem” (f = 2), “percebemos” (f = 2), “refeições” (f = 2), “responsável” (f = 2), “seco” (f = 2), “situações” (f = 2), “sopa” (f = 2), “todas” (f = 2), “toque” (f = 2), “vários” (f = 2), “acaba” (f = 1), “acabam” (f = 1), “acabamos” (f = 1), “achar” (f = 1), “achava” (f = 1), “acontece” (f = 1), “adequada” (f = 1), “adequar” (f = 1), “águas” (f = 1), “ajuda” (f = 1), “alerta” (f = 1), “algumas” (f = 1), “alimentações” (f = 1), “alimento” (f = 1), “alteração” (f = 1), “alterada” (f = 1), “alterar” (f = 1), “apresente” (f = 1) (*ver figura 25*).

A nuvem de palavras obtida para o código ALI-ADAP revela as principais preocupações e práticas associadas à adaptação da alimentação para idosos com dificuldades de deglutição. As palavras mais evocadas refletem as estratégias e considerações essenciais para garantir que a alimentação seja segura e nutritiva para este grupo populacional.

A palavra “Alimentação” (f = 14) aparece como a mais frequente, indicando a relevância deste conceito nas adaptações feitas para os idosos. A alimentação adaptada é fundamental para garantir que os utentes recebam os nutrientes necessários sem comprometer a sua saúde devido a dificuldades de deglutição. A citação “as pessoas começam por ter alguma dificuldade na

alimentação normal e depois passa-se para a alimentação pastosa” (DT5:7) sublinha a importância de ajustar a alimentação para responder às necessidades crescentes dos idosos.

“Temos” (f = 11) reflete a ação contínua e a responsabilidade partilhada pela equipa no acompanhamento e na adaptação da alimentação dos utentes. Frases como “temos que passar a outro tipo de alimentação, umas alimentações mais pastosas, uma alimentação mais líquida” (DT24:9) evidenciam o compromisso da equipa em ajustar continuamente a alimentação conforme necessário.

A frequência elevada das palavras “Dieta” (f = 10) e “Pastosa” (f = 10) destaca a importância das dietas modificadas na gestão da alimentação adaptada. As dietas pastosas são uma estratégia comum para evitar engasgamentos e facilitar a deglutição, como ilustrado pela citação “Muitas das vezes o utente vem mesmo com a indicação para a dieta pastosa” (DT27:26). Estas dietas são personalizadas e ajustadas às necessidades individuais dos utentes, conforme a situação evolui.

“Já” (f = 8) e “Veze” (f = 8), estas palavras sugerem a evolução contínua e as mudanças necessárias na alimentação ao longo do tempo. As citações indicam que os ajustes são frequentemente feitos em resposta a alterações na condição dos utentes: “Já estamos a ver com a equipa da cozinha... vamos, não é retirar o arroz da nossa ementa, mas retirar o arroz seco” (DT9:33). Isto reflete a natureza dinâmica da adaptação da alimentação, que deve responder às mudanças nas capacidades de deglutição dos idosos.

“Comida” (f = 7) e “Espessante” (f = 7) são palavras que remetem diretamente às modificações físicas na consistência dos alimentos para facilitar a deglutição e prevenir aspirações. A citação “Temos vários utentes que, informando a família, usam espessantes já na água para conseguirem se hidratar” (DT9:8) destaca a importância do uso de espessantes como uma solução prática e eficaz na alimentação adaptada.

“Água” (f = 6), “Alimentos” (f = 6), e “Utente” (f = 6), estas palavras refletem as preocupações práticas na adaptação da alimentação, onde a hidratação segura e o fornecimento de alimentos adequados são essenciais. A água, frequentemente espessada para evitar engasgamentos, é um componente crítico na manutenção da saúde dos utentes, como evidenciado pela citação “no caso da água utilizamos muitas vezes o espessante que é para eles não se engasgarem” (DT20:4).

Palavras como “Arroz” (f = 5), “Colocar”(f = 5), e “Depois” (f = 5) refletem as

adaptações práticas específicas necessárias na preparação dos alimentos. O arroz, por exemplo, deve ser preparado para ser mais seguro para a deglutição, evitando consistências que possam representar um risco. “Sempre” (f = 5) indica a constante necessidade de vigilância e adaptação, enquanto “Utentes” (f = 5) coloca a atenção nos indivíduos que necessitam destas intervenções contínuas para garantir a segurança alimentar.

“Carne” (f = 4), “Comer” (f = 4), “Cuidado” (f = 4), “Forma” (f = 4), “Idosos” (f = 4), “Importante” (f = 4), “Momento” (f = 4), “Prato” (f = 4), “Tudo” (f = 4), essas palavras reforçam a atenção necessária aos detalhes na preparação e apresentação da comida para idosos. “Carne”, por exemplo, requer cuidados especiais na sua preparação e apresentação para evitar que se torne um risco de engasgamento, como ilustrado pela citação “Como é que está a carne? Que às vezes as pessoas metem para a boca, conseguem melhor comer, mas se for um pedaço de carne muito grande, se não tivermos o cuidado... aí é um problema” (DT5:35). O cuidado e a personalização da “Forma” como os alimentos são preparados e servidos são fundamentais para garantir que os idosos consigam “Comer” com segurança.

As palavras “Alimentar” (f = 3), “Apresentação” (f = 3), e “Aquilo” (f = 3) destacam a importância não só do conteúdo nutricional dos alimentos, mas também da forma como são apresentados aos idosos. A citação “não gostava daquilo, porque achava que aquilo era uma pasta, não tinha apresentação, não era aquilo que seria o razoável” (DT18:11) sublinha a necessidade de garantir que a comida não apenas cumpre os requisitos de segurança alimentar, mas também é esteticamente apelativa e digna para os utentes, respeitando as suas preferências e dignidade.

Estes termos refletem as considerações técnicas na adaptação da alimentação para problemas de deglutição. “Deglutição” (f = 3) é o processo fisiológico que estas adaptações procuram facilitar, enquanto “Espesso” (f = 3) e “Espessura” (f = 3) referem-se às modificações das consistências que são frequentemente necessárias para prevenir asfixia ou aspiração. A citação “Na sopa, a espessura da sopa, naqueles utentes que já não têm capacidade de comer a comida inteira, quando comem aquela comida mais pastosa, ter a espessura indicada” (DT9:13) exemplifica estas preocupações.

“Estamos” (f = 3) indica a ação contínua e a responsabilidade coletiva da equipa em adaptar a alimentação conforme necessário. “Exemplo” (f = 3) sugere a importância de aprender e ajustar práticas a partir de experiências específicas, enquanto “Hidratação” (f = 3) destaca uma

necessidade crítica na alimentação de idosos, frequentemente comprometida devido à dificuldade em engolir líquidos, como evidenciado pela necessidade de espessantes para facilitar este processo.

“Líquidos” (f = 3) são frequentemente um desafio na alimentação adaptada, dada a dificuldade que os idosos têm em engoli-los sem aspiração, levando ao uso comum de espessantes. “Necessária” (f = 3) e “Normal” (f = 3) indicam que essas adaptações são essenciais para garantir a segurança e o bem-estar dos utentes, mantendo a alimentação o mais próximo possível das suas preferências e padrões habituais.

A presença da palavra “Nutricionista” (f = 3) sublinha o papel deste profissional na criação de planos alimentares adaptados. A “Pessoa” (f = 3) como plano central das adaptações reflete a necessidade de personalizar as intervenções alimentares consoante as capacidades e necessidades individuais. “Problema” (f = 3) destaca os desafios contínuos que surgem na gestão da alimentação adaptada, como a dificuldade em encontrar o equilíbrio certo entre segurança, nutrição, e satisfação dos utentes.

“Retirar” (f = 3) refere-se à necessidade de eliminar certos alimentos que possam representar um risco para os utentes com dificuldades de deglutição. “Sensibilidade” (f = 3) é um conceito chave na preparação e adaptação da comida, indicando a necessidade de cuidado e atenção aos detalhes, enquanto “Textura” (f = 3) é uma das variáveis mais ajustadas para garantir que os alimentos possam ser consumidos em segurança. A citação “nós temos a nutricionista que nos faz as ementas para a instituição... mas a verdade é que não há sensibilidade. Um pastoso consegue vir tão líquido como uma sonda ou tão sólido como um prato de batatas assadas” (DT23:23) exemplifica o desafio de manter uma consistência adequada e segura.

“Tinha” (f = 3) reflete a necessidade de adaptar a alimentação ao estado de saúde atual dos utentes. “Triturar” (f = 3) é uma técnica comum utilizada para modificar a textura dos alimentos, facilitando a deglutição. A palavra “Vamos” (f = 3) indica uma abordagem proativa e colaborativa na implementação das adaptações alimentares, frequentemente mencionada nas entrevistas, como em “Vamos triturar a alimentação” (DT27:41), onde a equipa discute e decide as melhores práticas para cada utente.

“Adaptar” (f = 2) é o termo que compreende todo o processo de modificação da alimentação para se adequar às necessidades dos utentes. “Algum” (f = 2) e “Alguma” (f = 2) indicam que essas adaptações são feitas caso a caso, com base nas condições individuais e nas

avaliações contínuas dos profissionais de saúde, como indicado na citação “Adaptar a dieta alimentar a cada idoso em particular” (DT14:18).

“Bebidas” (f = 2), especialmente quando espessadas, são essenciais para manter a hidratação dos utentes, enquanto “Boca” (f = 2) refere-se ao foco nas funções orais e nas dificuldades associadas à deglutição. “Bolacha” (f = 2) e “Bolachas” (f = 2) aparecem como exemplos de alimentos que podem ser problemáticos devido à sua textura, exigindo cuidado extra na sua administração, como na citação “É importante que os profissionais auxiliares estejam atentos... uma bolacha molhada no chá é diferente de mastigar uma bolacha dura com uma textura seca” (DT6:25).

A análise da nuvem de palavras associada ao código ALI-ADAP revela uma abordagem diversificada e detalhada na gestão da alimentação de idosos com dificuldades de deglutição. As palavras mais evocadas, como “Alimentação”, “Temos”, “Dieta”, e “Pastosa”, destacam a relevância da adaptação alimentar nos cuidados a idosos, acentuando a importância de ajustar a consistência e a composição dos alimentos para garantir a segurança e o bem-estar dos utentes.

As entrevistas com os DTs revelam a necessidade de uma vigilância constante e de uma abordagem personalizada. Termos como “Espessante”, “Sensibilidade”, “Nutricionista” e “Problema” fazem alusão às complexidades envolvidas na criação de planos alimentares adaptados que satisfaçam as necessidades nutricionais dos utentes enquanto previnem riscos como a asfixia e a aspiração.

Os cuidados com a apresentação e a textura dos alimentos, refletidos em palavras como “Apresentação”, “Textura”, “Espessura”, e “Triturar”, são críticos para garantir que os alimentos sejam não apenas seguros, mas também apelativos e dignos. A importância da personalização é reforçada pela necessidade de adaptar a dieta alimentar a cada idoso, levando em consideração fatores como a capacidade de mastigação e deglutição, e as preferências pessoais.

A análise também mostra a importância do trabalho em equipa e da formação contínua dos profissionais de saúde, incluindo auxiliares e nutricionistas, para assegurar que as adaptações alimentares sejam adequadas. Palavras como “Cuidado”, “Forma”, “Responsável” e “Informação” indicam que as adaptações na alimentação não são apenas técnicas, mas também requerem um compromisso ético e uma sensibilidade à dignidade dos utentes.

A adaptação da alimentação é vista como um processo dinâmico e contínuo, onde a avaliação e o ajuste constantes são essenciais. Isso é evidenciado por palavras como “Depois”,

“Adaptar”, “Percebemos” e “Alterar”, que reforçam a necessidade de estar atento às mudanças nas condições dos utentes e de ajustar as práticas de acordo.

Em resumo, a análise da nuvem de palavras sobre “Alimentação adaptada” destaca a complexidade e a importância das adaptações dietéticas para garantir a segurança, o bem-estar e a dignidade dos idosos em instituições. A necessidade de um cuidado personalizado, informado e colaborativo é central para o sucesso das estratégias de alimentação adaptada, refletindo um compromisso contínuo com a qualidade de vida dos utentes.

4.5 Análise da nuvem de palavras do código: EST-MAN: Estratégias de manutenção

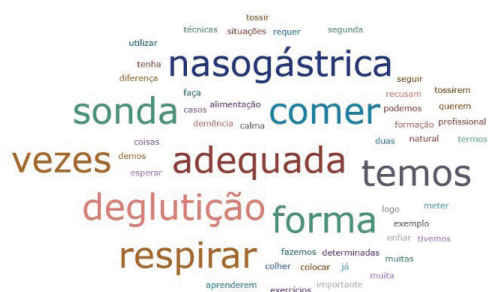


Figura 26 – Nuvem de palavras do código: EST-MAN

Foi analisada a nuvem de palavras obtida por meio das entrevistas realizadas, na qual verifica-se que as palavras mais evocadas para o código Estratégias de manutenção, foram: “adequada” (f = 2), “comer” (f = 2), “deglutição” (f = 2), “forma” (f = 2), “nasogástrica” (f = 2), “respirar” (f = 2), “sonda” (f = 2), “temos” (f = 2), “vezes” (f = 2), “alimentação” (f = 1), “aprenderem” (f = 1), “calma” (f = 1), “casos” (f = 1), “coisas” (f = 1), “colher” (f = 1), “colocar” (f = 1), “demência” (f = 1), “demos” (f = 1), “determinadas” (f = 1), “diferença” (f = 1), “duas” (f = 1), “enfiar” (f = 1), “esperar” (f = 1), “exemplo” (f = 1), “exercícios” (f = 1), “faça” (f = 1), “fazemos” (f = 1), “formação” (f = 1), “importante” (f = 1), “já” (f = 1), “logo” (f = 1), “meter” (f = 1), “muita” (f = 1), “muitas” (f = 1), “natural” (f = 1), “podemos” (f = 1), “profissional” (f = 1), “querem” (f = 1), “recusam” (f = 1), “requer” (f = 1), “seguir” (f = 1), “segunda” (f = 1), “situações” (f = 1), “técnicas” (f = 1), “tenha” (f = 1), “termos” (f = 1), “tivemos” (f = 1), “tossir” (f = 1), “tossirem” (f = 1), “utilizar” (f = 1) (ver figura 26).

A análise da nuvem de palavras associada ao código EST-MAN revela a complexidade e

a importância das práticas implementadas para garantir a saúde e a segurança dos idosos com dificuldades de deglutição. As palavras mais evocadas, como “Adequada”, “Comer”, “Deglutição”, “Forma”, “Nasogástrica”, “Respirar”, “Sonda”, e “Temos”, destacam as estratégias fundamentais para a manutenção da saúde dos utentes.

“Adequada” (f = 2) e “Forma” (f = 2) refletem a necessidade de adaptar as estratégias de manutenção segundo as condições de cada idoso. Por exemplo, a formação oferecida aos profissionais de saúde e auxiliares, como mencionado na citação “demos uma formação para eles aprenderem a tossir, assim como respirar de forma adequada” (DT10:11), mostra a preocupação em garantir que as intervenções sejam não só eficientes mas também adaptadas às necessidades específicas de cada situação. O conceito de adequação é reforçado pela repetição da palavra “adequada”, que sublinha a importância de personalizar as estratégias para maximizar a eficácia e a segurança dos cuidados prestados.

“Comer” (f = 2) e “Deglutição” (f = 2) são centrais na discussão sobre a alimentação dos idosos. A deglutição é um processo que requer tempo e cuidado, como indicado na citação “a deglutição requer que o profissional tenha tempo, tempo para dar a alimentação com muita calma, esperar que ele faça a deglutição” (DT5:5). Esta citação destaca a importância de respeitar o ritmo do idoso, evitando apressar o processo de alimentação, o que poderia aumentar o risco de asfixia ou outras complicações. A deglutição é, portanto, um processo que requer estratégias de manutenção cuidadosas, que envolvem tanto o tempo necessário para o idoso comer de forma segura quanto a paciência e a atenção dos cuidadores.

“Nasogástrica” (f = 2) e “Sonda” (f = 2) referem-se ao uso de sondas nasogástricas como uma técnica alternativa de alimentação em casos onde a deglutição é extremamente difícil ou impossível. A decisão de usar uma sonda nasogástrica, como ilustrado nas citações “Daí termos que utilizar outras técnicas como a sonda nasogástrica” (DT20:3) e “temos que colocar sonda nasogástrica porque eles recusam-se mesmo a comer quando têm demência” (DT20:7), destaca a gravidade de certas condições e a necessidade de intervenções mais invasivas. Estas estratégias são vitais em casos de demência avançada, onde os utentes podem recusar-se a comer, e a alimentação por sonda torna-se a única opção viável para garantir que recebem a nutrição necessária.

“Respirar” (f = 2) e “Tossir” (f = 1) são indicativos das estratégias preventivas ensinadas aos utentes e aos profissionais para lidar com situações de risco. A citação “Nós temos aqui uns

exercícios que fazemos com eles, que é para eles tossirem e respirar de forma adequada” (DT10:12) demonstra a importância de ensinar técnicas que ajudem a manter as vias respiratórias limpas e a prevenir engasgamentos. Estas técnicas não só são essenciais durante a alimentação, mas também são fundamentais para a saúde geral do idoso, prevenindo complicações como infecções respiratórias.

“Temos” (f = 2), uma palavra frequentemente evocada, sugere uma responsabilidade compartilhada e um esforço coletivo para implementar e manter estas estratégias. A repetição desta palavra indica que as estratégias de manutenção não são ações isoladas, mas sim parte de um esforço contínuo e colaborativo entre todos os envolvidos nos cuidados dos utentes.

“Alimentação” (f = 1), mesmo sendo mencionada apenas uma vez, carrega um peso significativo na análise. A alimentação é o ponto central em torno do qual estas estratégias são aplicadas, seja adaptando a consistência dos alimentos, seja implementando técnicas de alimentação alternativas. As estratégias de manutenção estão, portanto, profundamente interligadas à capacidade dos idosos de receber nutrição adequada, seja por métodos tradicionais de alimentação ou por meio de técnicas como a alimentação por sonda.

A interrelação entre as palavras-chave como “Deglutição”, “Sonda”, e “Respirar” com as práticas discutidas nas entrevistas evidencia a necessidade de uma abordagem sistémica na manutenção da saúde dos idosos. Por exemplo, a citação de que “a deglutição requer que o profissional tenha tempo” (DT5:5) está relacionada à palavra “Calma” (f = 1) e à técnica de esperar que o idoso complete a deglutição antes de oferecer a próxima colherada. Este cuidado é necessário para evitar que os alimentos sejam introduzidos muito rapidamente, o que poderia comprometer a capacidade de deglutição do idoso.

A palavra “Formação” (f = 1) destaca a importância de capacitar os profissionais com as competências necessárias para implementar estas estratégias de forma resolutiva. Como visto na citação “demos uma formação para eles aprenderem a tossir, assim como respirar de forma adequada” (DT10:11), a formação contínua dos profissionais é fundamental para assegurar que eles saibam como lidar com as situações de risco e aplicar as técnicas adequadas de forma correta.

A análise da nuvem de palavras associada ao código EST-MAN revela uma abordagem na adaptação e implementação de práticas que garantam a segurança e o bem-estar dos idosos com dificuldades de deglutição. A interrelação entre as diferentes palavras-chave e as práticas

descritas nas entrevistas reitera a importância de uma abordagem cuidadosa, colaborativa e adaptada às necessidades individuais dos utentes.

4.6 Análise do diagrama de Sankey da categoria: Adaptações na alimentação e estratégias de manutenção

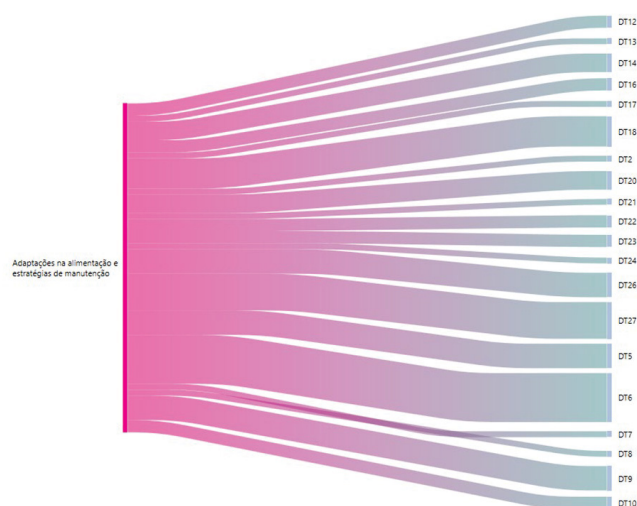


Figura 27 - Diagrama de Sankey da categoria: Adaptações na alimentação e estratégias de manutenção

A categoria “Adaptações na alimentação e estratégias de manutenção” envolve as práticas necessárias para assegurar a nutrição e a segurança de idosos com dificuldades de deglutição nas ERPI. Essas práticas incluem adaptações na consistência dos alimentos, bem como estratégias mais abrangentes para manter a saúde e prevenir complicações graves, como a aspiração e a desnutrição. Na perspectiva dos DTs, essas adaptações são necessárias para a segurança e qualidade de vida dos idosos, e o diagrama de Sankey visualiza a relação entre os DTs e os principais códigos da categoria. A representação gráfica no diagrama oferece uma observação dos contributos dos diretores, destacando a importância dessas práticas e as percepções relacionadas às adaptações alimentares e estratégias de manutenção.

A figura do diagrama de Sankey destaca como a categoria se interliga com as contribuições de diversos diretores. Entre eles, DT6, DT27, DT9, DT18 e DT14 têm as faixas mais largas, representando maior contribuição. Essas faixas indicam uma participação mais expressiva dos referidos diretores nas discussões sobre a adaptação da alimentação e estratégias

de manutenção.

O DT6, por exemplo, trouxe uma contribuição sobre a importância de adaptar a consistência dos alimentos, mencionando a necessidade de espessantes para líquidos e a diferenciação de texturas em alimentos sólidos: “avaliar se é necessário ou não colocar, por exemplo, nas bebidas, espessante, porque muitos até com água se engasgam” (DT6:17). Já DT27 abordou com frequência a personalização das dietas para os utentes, mencionando a preparação específica de refeições, como sopas fortificadas e texturas pastosas adaptadas: “muitas das vezes o utente vem mesmo com a indicação para a dieta pastosa, acontece, temos aí alguns utentes com esse tipo de dieta” (DT27:26).

O diagrama reflete a relação entre os diretores técnicos e os três códigos principais da categoria: ALI-ADAP, ADAP-DIET e EST-MAN. A relação mais evidente no diagrama é entre os DTs e o código ALI-ADAP, sugerindo que a adaptação da alimentação é o tópico mais discutido pelos DTs. DT6, por exemplo, realça a importância de adaptar as texturas dos alimentos para prevenir engasgamentos e facilitar a ingestão: “portanto, isso diz-nos que nós temos que ter muito cuidado com os alimentos que lhes deveremos proporcionar, nomeadamente retirar alimentos duros e secos, etc.” (DT6:3).

No que diz respeito ao código ADAP-DIET, que envolve adequação nutricional das refeições, a contribuição de DT23, mesmo não tendo uma faixa larga no diagrama, foi esclarecedora, especialmente em casos onde a necessidade de aumentar o valor proteico das refeições é essencial: “Faço uma sopa compensada porque tem que ter um reforço proteico, não é? Por algum motivo aquela pessoa precisa disso. Mas fica por aí. Já não se adequa que a sopa seja mais espessa, menos espessa, mais líquida, menos líquida. E o que é que se vai fazendo? Vai-se diluindo porções. Isso perde valor nutricional. Não é só a consistência, mas é também o ajuste nutricional que pode ser feito em relação à consistência” (DT23:25). Já em relação a EST-MAN, o diagrama indica que as estratégias de manutenção, como o uso de sondas nasogástricas, são menos frequentemente mencionadas, mas ainda surgem em situações mais graves, como relatado por DT20: “já tivemos casos que não querem comer e aí temos que colocar sonda nasogástrica porque eles recusam-se mesmo a comer quando têm demência, por exemplo” (DT20:13).

Os fluxos no diagrama de Sankey evidenciam as interações mais significativas entre os DTs e os códigos da categoria, mesmo existindo alguns com faixa menos largas que outros. O

maior fluxo é entre os DTs e o código ALI-ADAP, o que destaca a ênfase colocada na adaptação da consistência dos alimentos, que é uma prática muito discutida nas entrevistas. A espessura de líquidos, como mencionada por DT6, e a adaptação de sólidos, como indicado por DT9 e DT27, são fundamentais para garantir que os idosos recebam uma alimentação segura e adequada. Por exemplo, DT9 sublinha: “nós temos neste momento vários tipos de espessura para o utente nas comidas” (DT9:6).

Os fluxos entre os DTs e o código ADAP-DIET também são de referenciar, especialmente nos casos em que as adaptações dietéticas se fazem necessárias para garantir que os idosos recebam os nutrientes necessários. O diagrama mostra que, embora menos frequentes, essas falas são importantes para a manutenção do estado nutricional dos utentes. Como afirmou DT26: “fazer aqui uma alimentação tem que ser uma comida mais pastosa ou uma sopa mais reforçada, com proteína para conseguirmos aqui chegar ao que será o melhor em termos de alimentação, por causa desta influência da deglutição no idoso” (DT26:11).

Por fim, os fluxos que conectam os DTs ao código EST-MAN são menos expressivos, mas ainda visíveis. Estes fluxos refletem a implementação de estratégias de manutenção em casos mais severos, como o uso de sondas ou outras intervenções de suporte, algo que DT20 referiu: “já tivemos casos que não querem comer e aí temos que colocar sonda nasogástrica porque eles recusam-se mesmo a comer quando têm demência, por exemplo” (DT20:7).

A análise do diagrama de Sankey foi realizada com base no relatório de citações da categoria “Adaptações na alimentação e estratégias de manutenção”, o que assegura que as perceções e as contribuições dos DTs foram representadas adequadamente. O diagrama permite visualizar as interações entre os diretores técnicos e os principais códigos da categoria, reforçando as suas perceções sobre a adaptação alimentar e as estratégias de manutenção nas ERPI.

4.7 Síntese da Categoria: Adaptações na alimentação e estratégias de manutenção

A categoria “Adaptações na Alimentação e estratégias de manutenção” concentra-se nas práticas para garantir a nutrição e segurança de idosos com dificuldades de deglutição nas ERPI. Essas adaptações são necessárias para evitar complicações como a aspiração e desnutrição, ambas comuns em idosos com deglutição comprometida. Os DTs de ERPI percebem estas adaptações como práticas necessárias para assegurar que os idosos recebam a alimentação adequada às suas condições, ao mesmo tempo que minimizam os riscos associados à deglutição inadequada.

Dentro desta categoria, os principais códigos analisados incluem ALI-ADAP, ADAP-DIET e EST-MAN. O código ALI-ADAP destaca a adaptação da consistência dos alimentos, desde a modificação de texturas até ao uso de espessantes em líquidos. Este foi o código com maior frequência nas entrevistas, indicando a sua relevância nas práticas diárias de ERPI.

Já o código ADAP-DIET, com menor frequência, reflete a necessidade de ajustes nutricionais nas dietas dos idosos, garantindo que eles recebem o aporte calórico e proteico necessário. Esta prática, embora menos recorrente, é fundamental em situações onde a adaptação da alimentação vai além da consistência, envolvendo adaptações na composição nutricional.

O código EST-MAN refere-se às estratégias utilizadas para manter a saúde dos idosos em casos mais graves, como o uso de sondas nasogástricas quando a alimentação oral já não é possível. Este código, embora menos frequente, reforça a gravidade de certas situações e a necessidade de intervenções invasivas.

A análise das relações entre os códigos revela que ALI-ADAP é o mais frequentemente mencionado pelos DTs, refletindo uma forte preocupação com a segurança alimentar dos idosos através da modificação das texturas e consistências dos alimentos. ADAP-DIET, embora menos frequente, é importante em situações onde os idosos precisam de um reforço nutricional, como sopas enriquecidas com proteína para compensar a dificuldade de deglutir alimentos sólidos.

Já EST-MAN revela-se uma estratégia de último recurso, utilizada em casos complexos onde a alimentação convencional já não é suficiente para garantir a saúde do idoso. As entrevistas demonstram que os DTs reconhecem a importância dessas intervenções, especialmente em situações de demência avançada, onde os idosos se recusam a comer.

Desta forma, as adaptações alimentares e as estratégias de manutenção são práticas integradas no cuidado a idosos com disfagia nas ERPI. A análise do diagrama de Sankey e o relatório de citações evidenciam que os DTs consideram essas práticas indispensáveis para garantir a segurança alimentar e a nutrição dos idosos, integrando tanto medidas preventivas quanto emergenciais, conforme necessário.

5. Categoria: Educação e capacitação

5.1 Análise da coocorrência e dos coeficientes de força

A categoria “Educação e capacitação” destaca a importância de uma formação contínua para os profissionais que cuidam de idosos com disfagia. A necessidade de garantir que esses profissionais estejam preparados para reconhecer sinais de disfagia e aplicar intervenções adequadas é indispensável para a prestação de cuidados de qualidade nas ERPI. Nesse contexto, é fundamental compreender as percepções dos DTs sobre a relevância da formação e os tópicos abordados durante essas capacitações.

A análise de coocorrência revela que as relações mais significativas se encontram entre a categoria e os códigos NEC-FOR e TOP-FOR. O código NEC-FOR aparece com 80 ocorrências, coocorrendo com a categoria com um coeficiente de 0,58, enquanto o código TOP-FOR registra 60 ocorrências, coocorrendo com a categoria com um coeficiente de 0,43. Isso reflete a importância atribuída à capacitação contínua e à adequação dos temas abordados durante essas formações.

No entanto, não foram identificadas coocorrências significativas entre os próprios códigos NEC-FOR e TOP-FOR, com apenas uma coocorrência registrada e um coeficiente de 0,01, o que sugere que, nas entrevistas, os DTs discutem a necessidade de formação e os tópicos de forma isolada, sem necessariamente relacioná-los diretamente. Isso pode indicar que, apesar de a formação ser considerada necessária, os tópicos abordados ainda não estão bem assentes, sem uma clara integração entre a percepção da necessidade de capacitação e os conteúdos ministrados.

O coeficiente de força entre a categoria e o código NEC-FOR é de 0,58, o que demonstra uma forte interdependência entre a categoria e a percepção da necessidade de formação contínua. Isso reflete que, para os DTs, garantir que as equipas estejam capacitadas é um necessário na gestão de cuidados a idosos com disfagia. Como mencionado por um dos DTs: “eu acho que a formação, e tendo pessoas especializadas para formar as equipas da ERPI, nesse âmbito, acho que é extremamente importante” (DT10:30), destacando que o desenvolvimento profissional é visto como um fator-chave para a segurança e bem-estar dos utentes.

O coeficiente de 0,43 entre a categoria e o código TOP-FOR indica que os temas abordados nas formações também são percebidos como relevantes, embora haja uma ênfase maior na necessidade de formação em si, e pouco clareza dos conteúdos a serem ministrados. Um DT comentou sobre a importância de incluir tópicos mais específicos nas formações: “um dos

temas seria os sinais de alerta, como estarmos em alerta para estas situações, quais os sinais que nos podem levar, os sinais de preocupação que nos podem levar a considerar que aquele utente tem sinais de dificuldade de deglutição” (DT13:19). Essa citação sugere que, embora os tópicos sejam relevantes, há uma lacuna na profundidade com que esses temas devem ser incluídos nas formações.

Desta forma, a baixa coocorrência entre NEC-FOR e TOP-FOR (apenas 1 ocorrência, com coeficiente de 0,01) pode indicar que, nas entrevistas, os DTs discutiram mais sobre a necessidade de formação do que sobre os tópicos específicos que deveriam ser abordados. Isso sugere que há uma necessidade de maior integração entre o reconhecimento da importância da capacitação e a definição clara dos temas que precisam ser tratados nessas formações.

No entanto, as percepções dos DTs reforçam a necessidade de uma abordagem contínua e sistemática da formação. Um DT ressaltou a importância de abordar tópicos práticos e diretamente relacionados à deglutição: “formar as equipas para os sinais e sintomas que possam dar indício à possibilidade de haver ali algum risco, alguma alteração da deglutição, quer seja para sólidos, quer seja para líquidos, portanto os recursos que existem para colmatar, minimizar os riscos, não é, a própria dentição dos utentes, não é, a sensibilização das problemáticas na pessoa idosa, portanto assim no grosso seria mais ou menos isto” (DT4:19). Outro DT também sublinhou a necessidade de uma formação mais direcionada: “a importância da formação da equipa de cozinha, para entender perfeitamente qual é a consistência adequada para a disfagia” (DT10:26).

A análise da coocorrência e dos coeficientes de força para a categoria “Educação e capacitação” evidencia a importância da formação contínua para os profissionais de ERPI. Embora haja uma forte coocorrência entre a categoria e os códigos NEC-FOR e TOP-FOR, indicando que tanto a necessidade de capacitação quanto os tópicos abordados são percebidos como relevantes, a falta de correlação significativa entre esses códigos sugere uma abordagem fragmentada. As percepções dos DTs revelam que a capacitação deve ser contínua, prática e direcionada em tópicos específicos, especialmente na identificação de sinais de disfagia e na aplicação de técnicas de intervenção.

	● Educação e capacitação Gr=139		○ Educação e capacitação: Necessidade de formação Gr=80		○ Educação e capacitação: Tópicos de formação Gr=60	
	count	coefficient	count	coefficient	count	coefficient
● Educação e capacitação Gr=139	0	0,00	80	0,58	60	0,43
● Gestão de riscos e segurança Gr=241	2	0,01	2	0,01	1	0,00
● Percepção sobre competências e formação própria Gr=59	2	0,01	2	0,01	0	0,00

Tabela 5 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Educação e capacitação

	● Educação e capacitação Gr=139	○ Educação e capacitação: Necessidade de formação Gr=80	○ Educação e capacitação: Tópicos de formação Gr=60
● Educação e capacitação	139	80 (0,58)	60 (0,43)
● Gestão de riscos e segurança	241	2 (0,01)	1 (0,00)
● Percepção sobre competências e formação própria	59	2 (0,01)	

Figura 28 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Educação e capacitação

5.2 Análise da nuvem de palavras da categoria: Educação e capacitação

= 4), “fundo” (f = 4), “gente” (f = 4), “medicação” (f = 4), “mim” (f = 4), “necessário” (f = 4), “nessa” (f = 4), “nível” (f = 4), “num” (f = 4), “pastoso” (f = 4), “patologias” (f = 4), “primeira” (f = 4), “problema” (f = 4), “profissional” (f = 4), “próprios” (f = 4), “quer” (f = 4), “receio” (f = 4), “sensibilização” (f = 4), “tópicos” (f = 4), “vão” (f = 4), “ação” (f = 3), “agir” (f = 3), “além” (f = 3), “alimento” (f = 3), “ano” (f = 3), “apesar” (f = 3), “através” (f = 3), “base” (f = 3), “básica” (f = 3), “colaboradoras” (f = 3), “conveniente” (f = 3), “cozinha” (f = 3), “cuidados” (f = 3), “daquilo” (f = 3), “deglutir” (f = 3), “determinadas” (f = 3) (*ver figura 29*)

Foi analisada a nuvem de palavras obtida por meio das entrevistas realizadas, na qual se verifica que as palavras mais evocadas para a categoria “Educação e capacitação” refletem a importância da formação contínua e específica para os profissionais que trabalham com idosos com disfagia, garantindo que estejam preparados para oferecer cuidados de qualidade.

A palavra “acho” (f = 54) é a mais mencionada, sugerindo uma reflexão constante e a ponderação dos DTs sobre as práticas e necessidades dentro das instituições. Esta expressão denota a subjetividade e a consideração pessoal nas respostas, indicando que muitas das decisões e opiniões são fundamentadas na experiência individual e no julgamento dos profissionais. Por exemplo, um diretor técnico afirmou: “Acho que era, por exemplo, formação na área de perceber qual é o processo de envelhecimento normal e o processo de envelhecimento aliado a demências precoces” (DT10:20), sublinhando a necessidade de uma formação adaptada às realidades específicas dos utentes.

“Importante” (f = 42) surge como uma das palavras-chave, destacando a relevância atribuída à formação e capacitação dentro de ERPI. A constante evocação desta palavra nas entrevistas sublinha a percepção da formação como um elemento essencial para o bom funcionamento das instituições e para a segurança dos utentes. Como um diretor expressou: “Sim, acho importante que todas as equipas tenham formação nessa área” (DT8:14), evidenciando a necessidade de que todos os membros da equipa, independentemente da sua função, estejam devidamente capacitados.

A palavra “pessoa” (f = 31) reflete a humanização das práticas institucionais, colocando o utente no centro das atenções. A formação deve, portanto, ser orientada para entender e atender às necessidades individuais dos utentes. Uma citação que ilustra isso é: “no conforto da pessoa que sente ao comer, não é!” (DT1:31), demonstrando a preocupação com o bem-estar físico e emocional dos idosos.

“Depois” (f = 22) sugere a importância do acompanhamento contínuo e da avaliação das práticas implementadas. Este termo aponta para a necessidade de reflexão e ajuste das práticas após a sua aplicação inicial, garantindo que as medidas adotadas continuem a ser eficazes e adequadas. Por exemplo, “depois, perceber também que à medida que nós vamos a envelhecer há um enfraquecimento dos músculos e que podem ser trabalhados” (DT10:20), manifestando a necessidade de adaptações contínuas.

“Ter” (f = 21) e “temos” (f = 18) reforçam a noção de responsabilidade coletiva e a necessidade de uma abordagem proativa na capacitação das equipas. Estes termos refletem a necessidade de as instituições serem proativas e responsáveis na implementação de práticas formativas. Um DT referiu: “temos que adaptar as refeições à textura necessária às condições que o cliente apresente” (DT17:3), destacando a importância da adaptação contínua e a responsabilidade partilhada pelas equipas.

“Deglutição” (f = 19) destaca-se como um dos principais focos da formação, indicando que a questão da deglutição é central nas preocupações dos DTs. A formação sobre deglutição é considerada crucial para evitar complicações e garantir a segurança dos utentes. Como mencionado: “a avaliação do utente, a capacidade que o utente tenha de deglutir ou não os alimentos” (DT12:21), é essencial para ajustar as práticas alimentares de forma adequada.

A palavra “já” (f = 18) sugere a urgência e a prontidão necessárias na implementação das formações e adaptações. A frequência com que “já” é mencionada indica que as formações devem ser imediatas e contínuas para responder às necessidades emergentes dos utentes.

“Utente” (f = 17) e “utentes” (f = 10) reforçam a centralidade do idoso nos processos formativos. A personalização do cuidado é fundamental, e as formações devem ser orientadas para atender às necessidades específicas de cada utente. Por exemplo: “saber como a pessoa está” (DT4:21) é necessário para adaptar a alimentação e os cuidados.

“Alimentação” (f = 16) surge como um elemento nuclear nas formações, evidenciando a necessidade de educar as equipas sobre a importância de adaptar as práticas alimentares para garantir a segurança e a nutrição dos utentes. A alimentação é frequentemente mencionada em conjunto com a deglutição, destacando a sua interrelação.

“Sinais” (f = 16) e “alerta” (f = 8) são constantemente mencionados relativamente à importância de identificar precocemente os sinais de dificuldades na deglutição, permitindo uma intervenção rápida e eficaz. Um diretor mencionou: “Detetar os sinais de alerta, estar atento

àquilo que é uma deterioração da capacidade de deglutição” (DT15:16), sublinhando a importância de uma formação que capacite os profissionais a identificar e agir sobre esses sinais.

“Área” (f = 14) e “equipa” (f = 14) refletem a importância de abordar as formações de forma abrangente e integrada, envolvendo toda a equipa e cobrindo todas as áreas relevantes para o cuidado dos idosos. As equipas devem estar coordenadas e bem preparadas para garantir a eficácia das práticas instituídas.

“Sempre” (f = 13) sugere a necessidade de uma formação contínua e regular, garantindo que as equipas estejam sempre atualizadas e preparadas para lidar com os desafios que surgem. Um exemplo é: “Acho sempre importante a formação. E a formação contínua ao longo do percurso é sempre crucial” (DT7:35).

“Conhecimento” (f = 12) e “perceber” (f = 12) destacam a importância de prover as equipas com o conhecimento necessário para compreenderem as condições dos utentes e adaptarem as práticas segundo as necessidades. A formação é vista como um meio essencial para aumentar o conhecimento e a compreensão das equipas sobre as condições de saúde dos idosos.

“Situação” (f = 12) e “profissionais” (f = 11) reforçam a importância de preparar os profissionais para enfrentar diferentes situações. A formação deve cobrir uma variedade de cenários para equipar os profissionais com as ferramentas necessárias para responder adequadamente.

“Engasgamento” (f = 10) e “sobre” (f = 10) refletem a necessidade de abordar especificamente as situações de engasgamento nas formações, proporcionando aos profissionais as habilidades para prevenir e responder a estes incidentes.

“Forma” (f = 9) e “idoso” (f = 9) indicam a importância de adaptar a forma de administração dos alimentos e cuidados, sempre com o foco no idoso. A individualização do cuidado é um tema recorrente, refletindo a necessidade de considerar as características únicas de cada utente.

“Muitas” (f = 9) e “primeiros” (f = 9) sugerem que as formações devem cobrir uma ampla gama de temas e preparar as equipas para identificar e responder aos primeiros sinais de problemas na deglutição.

A análise da nuvem de palavras da categoria “Educação e capacitação” revela a importância da formação contínua e específica para os profissionais que intervêm com idosos nas ERPI. As palavras mais evocadas nas entrevistas refletem a necessidade de uma abordagem

integrada, que envolva toda a equipa, e de uma formação que seja adaptada às realidades e necessidades específicas dos utentes. A educação dos profissionais é observada como fundamental para garantir que os cuidados prestados sejam de alta qualidade e que os idosos recebam a atenção e a assistência necessárias para manter a sua saúde e bem-estar.

5.3 Análise da nuvem de palavras do código: NEC-FOR: Necessidade de formação



Figura 30 – Nuvem de palavras do código: NEC-FOR

Foi analisada a nuvem de palavras obtida por meio das entrevistas realizadas, na qual verifica-se que as palavras mais evocadas para o código: Necessidade de formação, foram: “Formação” (f = 52), “importante” (f = 23), “equipa” (f = 14), “já” (f = 12), “sempre” (f = 11), “área” (f = 10), “temos” (f = 10), “ter” (f = 10), “conhecimento” (f = 9), “dúvida” (f = 9), “pessoa” (f = 9), “primeiros” (f = 7), “sobre” (f = 7), “termos” (f = 7), “cuidado” (f = 6), “importantíssimo” (f = 6), “situação” (f = 6), “socorros” (f = 6), “utentes” (f = 6), “alimentação” (f = 5), “auxiliares” (f = 5), “deveria” (f = 5), “formações” (f = 5), “fundamental” (f = 5), “instituição” (f = 5), “nossos” (f = 5), “profissionais” (f = 5), “sabem” (f = 5), “saúde” (f = 5), “sentido” (f = 5), “utente” (f = 5), “colaboradores” (f = 4), “considero” (f = 4), “deglutição” (f = 4), “depois” (f = 4), “enfermagem” (f = 4), “erpi” (f = 4), “fazemos” (f = 4), “haver” (f = 4), “idosos” (f = 4), “mim” (f = 4), “receio” (f = 4), “tudo” (f = 4), “ação” (f = 3), “acredito” (f = 3), “apesar” (f = 3), “conveniente” (f = 3), “correta” (f = 3), “cozinha” (f = 3), “determinadas” (f = 3), “dificuldades” (f = 3), “direta” (f = 3), “enfermeira” (f = 3), “equipas” (f = 3), “erpis” (f = 3), “forma” (f = 3), “gente” (f = 3), “idoso” (f = 3), “instituições” (f = 3), “nível” (f = 3), “obrigatório” (f = 3), “primeira” (f = 3), “profissional” (f = 3), “própria” (f = 3), “próprios” (f =

3), “realmente” (f = 3), “situações” (f = 3), “teorias” (f = 3), “terem” (f = 3), “vamos” (f = 3), “vez” (f = 3), “âmbito” (f = 2), “ano” (f = 2), “anuais” (f = 2), “anual” (f = 2), “áreas” (f = 2), “bastante” (f = 2), “colaboradoras” (f = 2), “comunicar” (f = 2), “conhecimentos” (f = 2), “contínua” (f = 2), “deglutir” (f = 2), “demais” (f = 2), “devia” (f = 2), “diferente” (f = 2), “disfagia” (f = 2), “enfim” (f = 2), “escolaridade” (f = 2), “estejam” (f = 2), “exatamente” (f = 2), “existe” (f = 2), “facilmente” (f = 2), “falta” (f = 2), “formar” (f = 2), “fundo” (f = 2), “hospitais” (f = 2), “intervir” (f = 2), “lar” (f = 2), “longo” (f = 2), “manobras” (f = 2) (*ver figura 30*).

A análise da nuvem de palavras para o código NEC-FOR o predomínio da formação contínua e especializada nas preocupações dos DTs de ERPI. A palavra “Formação” (f = 52) destaca-se como a mais evocada, exaltando a importância atribuída ao desenvolvimento constante das competências dos profissionais que lidam com idosos. A formação é vista como fundamental para assegurar a qualidade dos cuidados prestados, com vários diretores a enfatizarem a necessidade de formar equipas que compreendam a complexidade das condições dos utentes, especialmente em relação à deglutição. Um dos diretores afirmou: “fazendo esta formação permanente, mesmo com os próprios idosos, para fazerem um bom treino” (DT5:19), indicando que a formação não deve ser apenas teórica, mas também prática e contínua.

A palavra “importante” (f = 23) reitera o valor atribuído à formação nas instituições. Repetidamente, os diretores reforçam que a formação não é apenas desejável, mas incontornável para a operação eficiente e segura de ERPI. A importância é frequentemente associada à necessidade de preparar as equipas para superar situações de risco, como o engasgamento, e para reconhecer os sinais de dificuldades na deglutição. Um exemplo disso é: “Acho importante todos, todos terem o mesmo conhecimento” (DT11:24), o que assinala a necessidade de uniformidade no conhecimento e, na prática, dentro das equipas.

A palavra “equipa” (f = 14) manifesta a visão coletiva e integrada da formação. Os diretores enfatizam que a formação deve abranger todos os membros da equipa, desde os auxiliares até os cozinheiros e enfermeiros. A formação das equipas é vista como uma estratégia para assegurar que todos estejam em sintonia e preparados para abordar os desafios diários. “É fundamental” (DT17:21), afirma um diretor, reforçando que uma equipa bem formada é essencial para o bom funcionamento da instituição.

“Já” (f = 12) e “sempre” (f = 11) são palavras que sugerem a necessidade de urgência e continuidade nas formações. Os diretores destacam que as formações não podem ser eventos

pontuais, mas devem ser realizadas regularmente para garantir que as equipas estejam sempre atualizadas. “Acho sempre importante a formação. E a formação contínua ao longo do percurso é sempre crucial” (DT7:35), exemplifica a visão de que a educação dos profissionais deve ser uma prioridade constante.

“Área” (f = 10) e “temos” (f = 10) indicam a necessidade de uma abordagem abrangente que passe por todas as áreas relevantes para o cuidado dos idosos. A formação não deve ser limitada a um único aspeto, mas deve incluir temas variados, como a deglutição, os sinais de alerta, a preparação dos alimentos, e as manobras de desobstrução. Como mencionado por um diretor: “Acho que era, por exemplo, formação na área de perceber qual é o processo de envelhecimento normal e o processo de envelhecimento aliado a demências precoces” (DT10:21), mostrando a amplitude dos tópicos que precisam ser abordados.

“Ter” (f = 10) e “conhecimento” (f = 9) reforçam a ideia de que a formação procura fornecer aos profissionais o conhecimento necessário para prestar cuidados de alta qualidade. “facilmente se todos tivermos o conhecimento em nós, facilmente se consegue detetar os problemas nos utentes” (DT11:25), exemplifica a importância de garantir que todos os membros da equipa tenham o conhecimento necessário para agir de forma resolutiva.

“Dúvida” (f = 9) e “pessoa” (f = 9) refletem a necessidade de clarificação e atenção na individualidade dos utentes. A formação deve eliminar dúvidas e fornecer as ferramentas necessárias para que os profissionais possam adaptar os cuidados às necessidades específicas de cada utente. “É a primeira pessoa que vai perceber se ela está a engasgar ou não” (DT1:40), destaca a importância de que os profissionais estejam confiantes e bem informados para identificar e responder rapidamente a emergências.

“Primeiros” (f = 7) e “socorros” (f = 6) expõem a importância de incluir formações em primeiros socorros como parte essencial do treino das equipas, especialmente em contextos onde o risco de engasgamento é elevado. “Sim, sim, é muito importante” (DT5:33), afirma um diretor, reforçando a necessidade de que todos os profissionais estejam preparados para responder a situações complexas.

“Sobre” (f = 7), “termos” (f = 7), e “cuidado” (f = 6) indicam que as formações devem cobrir não apenas os aspetos técnicos, mas também o cuidado em todas as dinâmicas e a compreensão ampla das necessidades dos utentes. “Se tivermos técnicos bem formados, temos que ter o cuidado no cuidado que prestamos” (DT16:25), destaca a interdependência entre

formação e a qualidade dos cuidados.

“Importantíssimo” (f = 6), “situação” (f = 6), e “utentes” (f = 6) indicam a importância de adaptar as formações às situações específicas enfrentadas pelos utentes. A formação deve ser prática e orientada para resolver as questões reais enfrentadas no dia a dia nas ERPI. “A formação contínua garante que todos aqui na ERPI estejam atualizados sobre as melhores práticas e preparados para lidar com emergências” (DT25:26), mostra a importância de uma formação adaptada às realidades da instituição.

“Alimentação” (f = 5) e “deglutição” (f = 4) refletem a importância de uma formação que inclua conhecimentos sobre a alimentação e as necessidades específicas relacionadas com a deglutição. “A formação da equipa de cozinha, para entender perfeitamente qual é a consistência adequada para a disfagia” (DT10:26), especifica a necessidade de incluir todos os envolvidos na preparação e administração dos alimentos na formação.

“Auxiliares” (f = 5) e “profissionais” (f = 5) indicam que a formação deve ser inclusiva, abrangendo todos os níveis de profissionais dentro da instituição. “os auxiliares e quem está a dar alimentação é o principal ator no meio deste panorama todo de ERPIs” (DT1:41), destaca a importância de formar todos os membros da equipa, sem exceções.

A análise revela que a necessidade de formação é reconhecida como um elemento primário para assegurar a qualidade dos cuidados prestados nas ERPI. As palavras mais evocadas destacam a importância de uma formação contínua, abrangente e adaptada às realidades específicas de cada instituição e dos seus utentes. A formação é vista como um meio indispensável para garantir que todos os profissionais, independentemente da sua função, estejam preparados para oferecer cuidados seguros e eficazes.

5.4 Análise da nuvem de palavras do código: TOP-FOR: Tópicos de formação

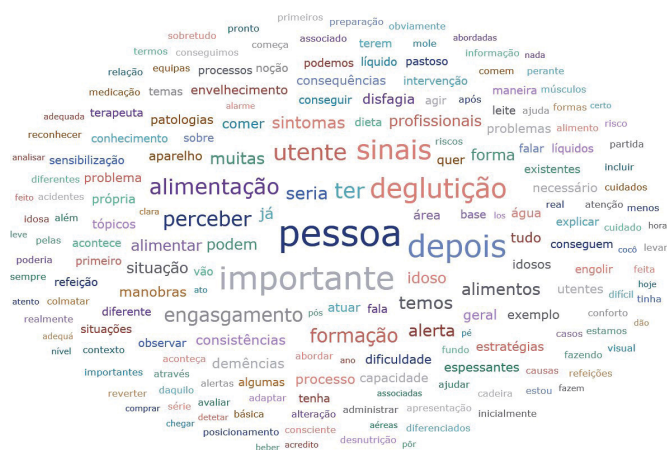


Figura 31 – Nuvem de palavras do código: TOP-FOR

Foi analisada a nuvem de palavras obtida por meio das entrevistas realizadas, na qual verifica-se que as palavras mais evocadas para o código: TOP-FOR, foram: “pessoa” (f = 22), “importante” (f = 19), “depois” (f = 18), “deglutição” (f = 15), “sinais” (f = 15), “utente” (f = 12), “alimentação” (f = 11), “ter” (f = 11), “perceber” (f = 10), “engasgamento” (f = 9), “formação” (f = 9), “seria” (f = 8), “temos” (f = 8), “alerta” (f = 7), “alimentos” (f = 7), “muitas” (f = 7), “sintomas” (f = 7), “alimentar” (f = 6), “forma” (f = 6), “idoso” (f = 6), “já” (f = 6), “podem” (f = 6), “profissionais” (f = 6), “situação” (f = 6), “comer” (f = 5), “consistências” (f = 5), “demências” (f = 5), “disfagia” (f = 5), “geral” (f = 5), “manobras” (f = 5), “processo” (f = 5), “tudo” (f = 5), “água” (f = 4), “aparelho” (f = 4), “área” (f = 4), “atuar” (f = 4), “capacidade” (f = 4), “consequências” (f = 4), “dificuldade” (f = 4), “envelhecimento” (f = 4), “espessantes” (f = 4), “estratégias” (f = 4), “exemplo” (f = 4), “idosos” (f = 4), “necessário” (f = 4), “patologias” (f = 4), “problema” (f = 4), “problemas” (f = 4), “própria” (f = 4), “quer” (f = 4), “tópicos” (f = 4), “utentes” (f = 4), “acontece” (f = 3), “agir” (f = 3), “algumas” (f = 3), “base” (f = 3), “conhecimento” (f = 3), “conseguem” (f = 3), “conseguir” (f = 3), “dieta” (f = 3), “diferente” (f = 3), “engolir” (f = 3), “existentes” (f = 3), “explicar” (f = 3), “fala” (f = 3), “falar” (f = 3), “intervenção” (f = 3), “leite” (f = 3), “líquido” (f = 3), “líquidos” (f = 3), “maneira” (f = 3), “noção” (f = 3), “observar” (f = 3), “pastoso” (f = 3), “podemos” (f = 3), “primeiro” (f = 3), “processos” (f = 3), “refeição” (f = 3), “sensibilização” (f = 3), “situações” (f = 3), “sobre” (f = 3), “temas” (f = 3), “tenha” (f = 3), “terapeuta” (f = 3), “terem” (f = 3), “vão” (f = 3), “abordar” (f = 2), “acidentes” (f = 2), “aconteça” (f = 2), “adaptar” (f = 2), “administrar” (f = 2), “ajuda” (f =

2), “ajudar” (f = 2), “além” (f = 2), “alertas” (f = 2), “alimento” (f = 2), “alteração” (f = 2), “após” (f = 2), “apresentação” (f = 2), “associado” (f = 2), “atenção” (f = 2), “através” (f = 2), “avaliar” (f = 2), “básica” (f = 2), “cadeira” (f = 2), “casos” (f = 2), “causas” (f = 2), “colmatar” (f = 2), “começa” (f = 2), “comem” (f = 2), “conforto” (f = 2), “consciente” (f = 2), “conseguimos” (f = 2), “contexto” (f = 2), “cuidado” (f = 2), “cuidados” (f = 2), “daquilo” (f = 2), “desnutrição” (f = 2), “diferenciados” (f = 2), “diferentes” (f = 2) (*ver figura 31*).

A análise da nuvem de palavras para o código TOP-FOR revela a importância atribuída à personalização e especificidade das formações oferecidas nas ERPI. As palavras mais evocadas refletem as principais preocupações dos DTs em garantir que os profissionais estejam bem preparados para enfrentar os desafios do cuidado a idosos, especialmente no que diz respeito à deglutição e alimentação.

A palavra “pessoa” (f = 22) surge como a mais mencionada, destacando a importância do utente no processo formativo. As formações não devem ser generalistas, mas sim focadas nas necessidades específicas de cada utente. Como um dos diretores técnicos menciona: “a preparação dos alimentos também deverá ser diferente” (DT4:18), sublinhando a importância de adaptar os cuidados às particularidades de cada pessoa.

“Importante” (f = 19) e “depois” (f = 18) reforçam a ideia de que a formação é vista como um meio de garantir a segurança e a qualidade dos cuidados. A necessidade de “perceber” (f = 10) a particularidade de cada caso após a formação inicial é enfatizada, mostrando que a educação continuada é o caminho a seguir. Como exemplificado por um diretor: “acho que é a base da formação para todo o tipo de profissionais” (DT11:23), indicando que o conhecimento adquirido deve ser aplicado e ajustado conforme as situações evoluem.

A palavra “deglutição” (f = 15) aparece frequentemente nas discussões sobre tópicos de formação, indicando que a gestão das dificuldades de deglutição é um ponto central a ser abordado nas formações. A formação sobre “sinais” (f = 15) de alerta é referida como indispensável para a prevenção de complicações graves. Um diretor destaca a necessidade de identificar rapidamente os sinais de disfagia: “Detetar os sinais de alerta, estar atento àquilo que é uma deterioração da capacidade de deglutição” (DT15:16).

“Utente” (f = 12) e “alimentação” (f = 11) refletem a ênfase na personalização dos cuidados alimentares. A formação deve capacitar os profissionais a ajustar as dietas e as práticas alimentares conforme as necessidades dos utentes, assegurando que a alimentação seja não só

nutritiva, mas também segura. Como um diretor mencionou: “a forma como se alimenta o idoso, sem pressas” (DT19:11), reforçando a importância de uma abordagem cuidadosa e adaptada às capacidades de cada utente.

A palavra “ter” (f = 11) sugere a necessidade de os profissionais terem um conjunto sólido de conhecimentos e competências que lhes permitam enfrentar com segurança as situações que surgem no cuidado diário. “Perceber” (f = 10) e “engasgamento” (f = 9) estão relacionados à importância de compreender os riscos associados à deglutição e de saber como agir em caso de emergência. “Temos” (f = 8) salienta o sentido de responsabilidade coletiva em garantir que todos os membros da equipa estejam capacitados para se deparar com situações de risco.

“Formação” (f = 9) é naturalmente um dos termos mais recorrentes, indicando a importância de um programa educativo estruturado e contínuo. As formações devem cobrir uma variedade de temas, desde as “consistências” (f = 5) alimentares adequadas até as “manobras” (f = 5) necessárias para lidar com emergências. “Sinais” (f = 15) e “sintomas” (f = 7) são também palavras-chave, ressaltando a importância de ensinar os profissionais a identificar e responder a sinais precoces de problemas de deglutição.

“Seria” (f = 8) e “alerta” (f = 7) indicam a necessidade de estar sempre vigilante e preparado para intervir, refletindo a natureza dinâmica e imprevisível do cuidado a idosos. “Muitas” (f = 7) situações requerem uma intervenção rápida e eficaz, o que reforça a importância de uma formação prática e orientada para a ação.

“Profissionais” (f = 6), “situação” (f = 6), e “idoso” (f = 6) reiteram a responsabilidade dos profissionais em adaptar as suas práticas às necessidades dos idosos em diferentes situações. A formação deve capacitar os profissionais a tomar decisões informadas e a aplicar intervenções apropriadas em situações variadas.

“Comer” (f = 5) e “alimentar” (f = 6) refletem a preocupação com como os idosos são alimentados, destacando a importância de uma abordagem cuidadosa que minimize os riscos associados à deglutição. Como um diretor comenta: “como alimentar as pessoas. Isso eu acho extremamente importante” (DT10:20), referindo que a alimentação segura é uma prioridade nas formações.

“Disfagia” (f = 5), “demências” (f = 5), e “geral” (f = 5) indicam que as formações devem envolver uma quantidade ampla de tópicos relacionados à saúde dos idosos, incluindo condições específicas como a disfagia e as demências. As formações precisam ser aprofundadas para

preparar os profissionais para enfrentar uma variedade de desafios que possam surgir.

Palavras como “água” (f = 4), “aparelho” (f = 4), e “capacidade” (f = 4) indicam a necessidade de formar os profissionais sobre os aspetos técnicos e físicos do cuidado aos idosos. Saber como controlar questões relacionadas à hidratação, à função dos aparelhos digestivo e respiratório, e à capacidade física dos idosos é essencial para garantir um cuidado de qualidade.

A análise indica que os tópicos de formação são variados e devem ser cuidadosamente selecionados para garantir que os profissionais estejam bem preparados para abordar as necessidades dos utentes. A formação contínua, prática e adaptada é importante para assegurar que os cuidados prestados nas ERPI sejam seguros, eficazes e concentrados no utente.

5.5 Análise do diagrama de Sankey da categoria: Educação e capacitação

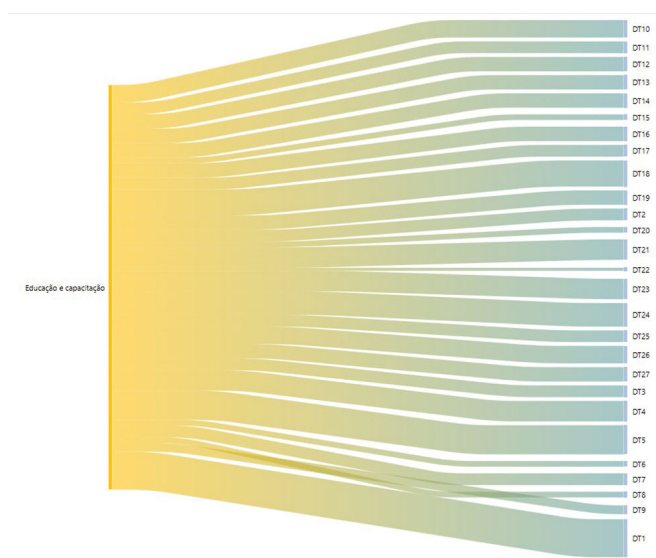


Figura 32 - Diagrama de Sankey da categoria: Educação e capacitação

A análise do diagrama de Sankey referente à categoria "Educação e capacitação" auxilia na compreensão de DTs percebem a importância da formação contínua para garantir a qualidade dos cuidados prestados aos idosos com disfagia nas ERPI. O diagrama permite uma visualização das relações entre as percepções dos DTs e os principais códigos dessa categoria, nomeadamente a NEC-FOR e os TOP-FOR. A educação e capacitação destacam-se como essenciais para a melhoria dos cuidados diários, sendo as suas interações representadas no diagrama uma reflexão dessas prioridades.

O diagrama evidencia a conexão entre a categoria “Educação e capacitação” e a

contribuição de diversos DTs. Entre os diretores técnicos com maior contribuição estão o DT1, DT5, DT24, DT21, DT4, DT18 e DT23. Esses profissionais destacam-se por contribuírem para a discussão sobre a necessidade de formação contínua e os tópicos essenciais a serem abordados nas capacitações. O DT24, por exemplo, enfatiza a importância de “nesta parte da deglutição, nós temos que ter a noção de que tipo de exercícios podemos, no dia a dia, utilizar com a pessoa para a motivar a ter aquela musculatura, aquele aparelho a funcionar” (DT24:32) e como essa capacitação deve incluir a compreensão de como trabalhar a parte emocional do idoso, uma abordagem que procura tanto o bem-estar físico quanto psicológico dos utentes: “saber também trabalhar a parte emotiva, a parte mais psíquica também, para que, pronto, haver um conjunto de coisas que possam ser de ajuda, de ferramentas que possam ser de ajuda” (DT24:33). Por outro lado, o DT25 ressalta a importância de “considero importante abordar tópicos como os sinais, os sintomas que os idosos podem apresentar quando estão com este tipo de problemas de deglutição. Seria também importante abordar as técnicas de alimentação segura, as adaptações da dieta, as próprias manobras de desobstrução da garganta, a importância do posicionamento correto durante as refeições, a própria medicação” (DT25:23), um fator preponderante para prevenir complicações durante a alimentação.

As relações entre os DTs e os códigos principais da categoria, NEC-FOR e TOP-FOR, são observadas no diagrama pela espessura das faixas de contribuição. Essas faixas identificam o grau de envolvimento dos DTs com a categoria e com os códigos e como percebem a relevância dessas formações para os cuidados prestados. O DT1, por exemplo, tem uma contribuição relacionada à necessidade de formação, destacando que “os auxiliares e quem está a dar alimentação é o principal ator no meio deste panorama todo de ERPIs, não é?” (DT1:41) no cuidado diário e que “a formação contínua garante que todos aqui na ERPI estejam atualizados sobre as melhores práticas e preparados para lidar com emergências, que são cada vez mais. Só melhora a qualidade do cuidado oferecido aos idosos. Esta formação, na minha opinião, também deveria incluir todos os envolvidos na própria realização, na própria oferta de alimentação ao idoso, desde os cozinheiros aos cuidadores mais diretos, sem dúvida” (DT25:26). O DT18, por sua vez, menciona a importância de uma maior especialização, afirmando que “ao nível da formação, sim, sei que por mais formação às vezes que haja tem que haver aqui, deveria haver aqui algo mais próximo daquilo que é a enfermagem em Portugal” (DT18:33), refletindo a necessidade de uma formação que vá além dos conceitos teóricos.

No que diz respeito aos tópicos abordados nas formações, como previsto pelo código TOP-FOR, os DTs concordam sobre a necessidade de incluir tópicos práticos e aplicáveis, como as manobras de desobstrução e o reconhecimento precoce dos sinais de disfagia. O DT13 reforça a importância de “há sempre aqui uma formação a esse nível, fazemos sempre primeiros socorros anuais para que a equipa, às vezes a equipa é nova e tem que se voltar a fazer aqui uma, ou equipa nova para aprender, ou aqueles mesmo que estão cá e que já sabem, voltar a fazer aqui um refresh, não é” (DT13:15) e de “é importante porque eles têm que estar em alerta sobre estes temas” (DT13:21). Esses fluxos de informação entre os DTs e os códigos refletem o consenso sobre a importância de capacitar as equipas em práticas que podem ser aplicadas diretamente no cuidado diário, minimizando riscos e garantindo a segurança dos idosos.

Os fluxos principais representados no diagrama destacam as conexões entre as percepções dos DTs e as áreas onde há maior necessidade de intervenção. A largura das faixas, especialmente no caso de DTs como DT1, DT5 e DT24, indica uma forte correlação entre as suas percepções e a importância da formação contínua e dos tópicos relevantes para o dia a dia de ERPI. Essas interações refletem uma preocupação generalizada com a atualização frequente das práticas de cuidado, sendo a formação sobre sinais de alerta e intervenções de emergência um dos pontos mais mencionados.

O diagrama também revela a interdependência entre os tópicos de formação e a necessidade de capacitação prática, como mencionado por DT5, que destaca a necessidade de uma formação “portanto, há formações de primeiros socorros, mas não há formações num âmbito um bocadinho mais alargado e simples, não digo académico, mas simples de forma que as pessoas possam realmente perceber um bocadinho mais. Eu acho que quando nós percebemos o que envolve a problemática da situação, trabalhamos de forma diferente e é um bocadinho esse desejo que eu tenho na minha instituição de que as colaboradoras vão se aprofundando e percebendo as dificuldades e o que é, o que é uma pessoa e a sua complexidade” (DT5:36). Essa afirmação sublinha a importância de uma formação contínua, que não se restrinja ao conhecimento teórico, mas que prepare efetivamente os cuidadores para lidar com as situações complexas e de emergência do quotidiano nas ERPI.

A análise das relações representadas no diagrama de Sankey foi complementada pela consulta ao relatório de citações da categoria. As percepções dos DTs, conforme representadas no diagrama, são corroboradas pelas suas contribuições detalhadas, que reforçam a necessidade de

uma abordagem formativa integrada e contínua.

5.6 Síntese da Categoria: Educação e capacitação

A categoria “Educação e Capacitação” incidiu sobre formação contínua dos profissionais que trabalham com os residentes e é destacado pelas percepções dos DTs, que estão de acordo com a necessidade de garantir que as equipas estejam preparadas para identificar sinais de disfagia e aplicar intervenções adequadas. A capacitação, além de melhorar a qualidade do cuidado, é analisada como uma estratégia essencial para garantir a segurança e o bem-estar dos utentes, prevenindo complicações associadas à deglutição inadequada.

Dois principais códigos surgem da análise desta categoria: NEC-FOR e TOP-FOR. O código NEC-FOR apresentou uma alta frequência, com 80 ocorrências, demonstrando que os DTs consideram a formação contínua como necessária para a melhoria dos cuidados. O coeficiente de coocorrência de 0,58 entre NEC-FOR e a categoria reflete essa forte interdependência. Os DTs frequentemente mencionaram que a formação regular é necessária para manter as equipas atualizadas e garantir que todos os colaboradores, incluindo auxiliares e cozinheiros, estejam preparados para lidar com as complexidades da disfagia.

O código TOP-FOR, com 60 ocorrências e um coeficiente de 0,43, revelou que os DTs também consideram os tópicos abordados nas formações como relevantes, mas houve menor clareza sobre quais temas específicos deveriam ser priorizados. Embora os sinais de alerta para dificuldades de deglutição sejam frequentemente mencionados, a análise mostrou uma menor coocorrência entre NEC-FOR e TOP-FOR (apenas uma ocorrência, com coeficiente de 0,01). Isso sugere que, nas entrevistas, a necessidade de formação foi discutida de forma isolada dos conteúdos, apontando para uma fragmentação na abordagem da capacitação.

As relações entre os códigos NEC-FOR e TOP-FOR indicam a necessidade de capacitação contínua, mas também revelam a necessidade de uma maior integração entre a identificação dessa necessidade e a definição clara dos conteúdos formativos. Os DTs expressaram a importância de abordar temas práticos e aplicáveis nas formações, como a identificação precoce de sinais de disfagia, manobras de desobstrução, e adaptações alimentares adequadas. O diagrama de Sankey e o relatório de citações corroboram a importância dessas práticas formativas, revelando a necessidade de uma abordagem mais estruturada e direcionada, que inclua tanto práticas preventivas quanto intervenções de emergência.

6. Categoria: Suporte familiar, financeiro e integração

6.1 Análise da coocorrência e dos coeficientes de força

A categoria “Suporte familiar, financeiro e integração” engloba aspectos relevantes para o cuidado de idosos com dificuldades de deglutição nas ERPI. Nessa categoria, destacam-se três componentes principais: o suporte familiar, as limitações financeiras e a integração multidisciplinar. A gestão da deglutição, que envolve um cuidado contínuo e adaptado às necessidades individuais, exige uma abordagem colaborativa entre diferentes profissionais, apoio financeiro e participação ativa das famílias. A integração desses fatores é fundamental para garantir a segurança alimentar e a qualidade de vida dos idosos. Alguns dos entrevistados fizeram referência que a falta de recursos financeiros e o suporte inadequado das famílias podem comprometer a eficácia dos cuidados prestados.

A análise de coocorrências revela que o código INT-MULT foi o mais frequente, aparecendo em 25 ocasiões e registrando um coeficiente de 0,60 em relação à categoria. Esse número remete a importância atribuída pelos DTs à colaboração entre diferentes profissionais, como médicos, enfermeiros, terapeutas da fala, nutricionistas e auxiliares de saúde, entre outros profissionais, para garantir uma abordagem completa na gestão da deglutição. Os diretores indicam que a integração é essencial para prevenir complicações e manter a saúde dos idosos.

O código LIM-FIN, com 11 ocorrências e um coeficiente de 0,26, destaca as dificuldades enfrentadas pelas ERPI na contratação de profissionais e na solicitação serviços externos necessários para uma gestão adequada da deglutição. Essas limitações têm impacto direto na qualidade dos cuidados, especialmente em instituições com poucos recursos.

Já o código SUP-FAM com 6 ocorrências e um coeficiente de 0,14, reflete a importância de contar com o apoio das famílias no cuidado dos idosos. No entanto, os DTs descrevem que, em muitos casos, as famílias, durante as visitas, não têm consciência dos riscos associados à deglutição inadequada, o que compromete o cuidado dos idosos. A colaboração familiar é, portanto, uma área que ainda necessita de maior conscientização e envolvimento.

A relação mais forte observada foi entre a categoria e o código INT-MULT, com um coeficiente de 0,60, sugerindo que a maioria dos DTs valoriza a colaboração multidisciplinar como um fator determinante na gestão da deglutição. As percepções dos diretores indicam que o trabalho conjunto entre diferentes profissionais permite uma abordagem mais alargada, com maior capacidade de identificar sinais precoces de problemas e intervir de forma adequada. Como

afirmou um DT: “os auxiliares e quem está a dar alimentação é o principal ator no meio deste panorama todo de ERPIs, não é? Nós fazemos o nosso trabalho, mas sem eles não nos chegava a metade” (DT1:43).

Por outro lado, o coeficiente de 0,26 entre a categoria e o código LIM-FIN aponta para uma relação, mas menos intensa, entre as limitações financeiras e os cuidados prestados. Um DT referiu: “temos sempre muitas limitações financeiras que não nos permitem às vezes termos os técnicos” (DT14:21), sublinhando o impacto negativo que a falta de recursos tem na capacidade de garantir uma gestão eficiente da deglutição.

O código SUP-FAM teve uma menor coocorrência com a categoria, com um coeficiente de 0,14. Embora os DTs reconheçam a importância do suporte familiar, as perceções indicam que as famílias nem sempre estão bem informadas ou preparadas para colaborar adequadamente. Um exemplo disso é mencionado por um DT: “As informações, as famílias estão um bocadinho também alheias àquilo que é a realidade. Também às vezes quando são familiares é um entre querido e nós não queremos ver, mas a verdade é que muitas das vezes, sobre os utentes, dizem que ele comem, faz bem a ingestão dos alimentos, chega aqui ao lar, a realidade é outra” (DT26:7).

As declarações dos DTs refletem a importância dos três aspetos principais desta categoria. No que diz respeito à integração multidisciplinar, um DT afirmou: “para uma ação bem concertada será necessário envolver todos os técnicos. Quando eu falei que acho que é mais capaz a equipa de enfermagem intervir num caso agudo, porque eu tenho uma equipa de enfermagem mais presente. Não é que o fisioterapeuta também não tenha alguma habilitação para o fazer ou até um terapeuta da fala. Claro que sim, mas o fisioterapeuta nós temos na equipa interna da instituição, um terapeuta da fala não. Temos que recorrer ao exterior, mas sim, acho muito importante que estas áreas trabalhem todas em conjunto para dar uma melhor resposta ao utente” (DT8:15). Este comentário exemplifica a necessidade de uma equipa de profissionais coordenada, especialmente quando se trata da gestão de um problema tão sensível como a deglutição.

No âmbito das limitações financeiras, outro DT mencionou: “Não me interessa muito que as pessoas não têm dinheiro. Vamos ser francos, não é? Não vamos estar a sugerir todas aquelas suplementações incríveis e adequadas a todas as disfagias do mundo porque isso é caríssimo e ninguém consegue comprar essas coisas” (DT23:27). Isso exemplifica como a falta de recursos

afeta diretamente a capacidade de aplicar soluções ideais para a gestão da deglutição.

Quanto ao suporte familiar, um DT relatou: “mesmo as famílias não têm muita noção. Nós tivemos um caso, não há muito tempo, que falámos mais de uma vez com os familiares a dizer que o utente em causa, que não podia comer porque estava a ter micro-aspirações, explicar, e o que é que nós verificamos. A família achava que não era importante e então sempre que vinham visitá-la, davam qualquer coisa para ela comer. Sempre. Ou então, depois acharam que não davam de comer e o que é que davam? Era um chupa. E o chupa, o acumular da saliva fazia com que... E nós, com essa família, tivemos um percurso longo até a família entender que estava a ser prejudicial para a utente” (DT9:24), esclarecendo a dificuldade de sensibilizar as famílias para a importância da adesão a práticas adequadas.

A análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria “Suporte familiar, financeiro e integração” revela que a integração multidisciplinar é percebida como fundamental para garantir uma gestão eficiente da deglutição nas ERPI. No entanto, as limitações financeiras e a falta de suporte familiar consistente são desafios que afetam a qualidade dos cuidados. A colaboração entre diferentes profissionais e a sensibilização das famílias são áreas que exigem atenção contínua para assegurar que os idosos recebam o suporte necessário para uma alimentação e deglutição adequada.

	● Suporte familiar, financeiro e integração Gr=42		○ Suporte familiar, financeiro e integração : Integração multidisciplinar Gr=25		○ Suporte familiar, financeiro e integração : Limitações financeiras Gr=11		○ Suporte familiar, financeiro e integração : Suporte familiar Gr=6	
	count	coefficient	count	coefficient	count	coefficient	count	coefficient
● Suporte familiar, financeiro e integração Gr=42	0	0,00	25	0,60	11	0,26	6	0,14
○ Suporte familiar, financeiro e integração: Integração multidisciplinar Gr=25	25	0,60	0	0,00	0	0,00	0	0,00
○ Suporte familiar, financeiro e integração: Limitações financeiras Gr=11	11	0,26	0	0,00	0	0,00	0	0,00
○ Suporte familiar, financeiro e integração: Suporte familiar Gr=6	6	0,14	0	0,00	0	0,00	0	0,00

“há” (f = 5), “importante” (f = 5), “médico” (f = 5), “terapeuta” (f = 5), “acho” (f = 4), “auxiliares” (f = 4), “claro” (f = 4), “dar” (f = 4), “depois” (f = 4), “enfermeira” (f = 4), “esses” (f = 4), “fácil” (f = 4), “famílias” (f = 4), “instituição” (f = 4), “necessário” (f = 4), “pessoal” (f = 4), “saúde” (f = 4), “situações” (f = 4), “tudo” (f = 4), “ajudar” (f = 3), “áreas” (f = 3), “atentos” (f = 3), “comer” (f = 3), “consigam” (f = 3), “davam” (f = 3), “dias” (f = 3), “dinheiro” (f = 3), “efetivamente” (f = 3), “elas” (f = 3), “equipas” (f = 3), “equipe” (f = 3), “falámos” (f = 3), “médicos” (f = 3), “melhor” (f = 3), “momento” (f = 3), “neste” (f = 3), “níveis” (f = 3), “nível” (f = 3), “óbvio” (f = 3), “outros” (f = 3), “patologias” (f = 3), “profissionais” (f = 3), “resolver” (f = 3), “técnicos” (f = 3), “terapia” (f = 3), “tivemos” (f = 3), “todas” (f = 3), “utentes” (f = 3), “alguma” (f = 2), “algumas” (f = 2), “alimentos” (f = 2), “atuação” (f = 2), “atuar” (f = 2), “auxiliar” (f = 2), “base” (f = 2), “chefe” (f = 2), “chupa” (f = 2), “come” (f = 2), “comem” (f = 2), “concertada” (f = 2), “condições” (f = 2), “correta” (f = 2), “deste” (f = 2), “disfagia” (f = 2), “dizem” (f = 2), “doentes” (f = 2), “enfermeiras” (f = 2), “engenheira” (f = 2), “entre” (f = 2), “era” (f = 2), “especialistas” (f = 2), “esta” (f = 2), “estamos” (f = 2), “estas” (f = 2), “estava” (f = 2), “falo” (f = 2), “falta” (f = 2), “familiares” (f = 2), “fazem” (f = 2), “fisioterapeuta” (f = 2), “formação” (f = 2), “hospital” (f = 2), “humanos” (f = 2), “identificar” (f = 2), “idosos” (f = 2), “instituições” (f = 2), “mal” (f = 2), “médica” (f = 2), “menos” (f = 2), “necessária” (f = 2), “ninguém” (f = 2), “normalmente” (f = 2), “nutricionista” (f = 2) (*ver figura 34*).

Foi analisada a nuvem de palavras obtida por meio das entrevistas realizadas, na qual se verifica que as palavras mais evocadas para a categoria “Suporte familiar, financeiro e integração” revelam as preocupações dos DTs relativamente à gestão de cuidados para idosos, especialmente no que relaciona-se ao suporte familiar, limitações financeiras e a necessidade de integração entre as diversas equipas de saúde.

A palavra “temos” (f = 29) é a mais mencionada, indicando a forte presença de responsabilidade coletiva nas falas dos diretores. Este termo indica o compromisso das equipas em responder às necessidades dos idosos, como se vê nas diversas citações onde se refere a coordenação e a adaptação das práticas de cuidados: “temos que adaptar as refeições à textura necessária às condições que o cliente apresente” (DT17:3). Esta evocação constante reforça a ideia de que a prestação de cuidados é um esforço coletivo e contínuo.

A palavra “equipa” (f = 11) aparece em segundo lugar, sublinhando a importância da colaboração e da coesão entre os profissionais de saúde. As equipas multidisciplinares são

relevantes para a administração das necessidades dos idosos, especialmente no contexto de deglutição. A palavra “equipa” é frequentemente mencionada em contextos onde se destaca a necessidade de uma abordagem integrada: “temos uma equipa de enfermagem e médica que faz a supervisão e orientação” (DT2:12).

“Muitas” (f = 11) reflete a diversidade e a frequência das situações enfrentadas pelas equipas no dia a dia. O termo é frequentemente utilizado para descrever a variedade de desafios e a multiplicidade de intervenções necessárias: “Muitas vezes aqui acontece-nos isso, nem é às vezes a 100% detetado por uma equipa de saúde” (DT2:37). Este uso destaca a complexidade do trabalho das equipas, que precisam de estar prontas para adaptar as suas abordagens em diferentes situações.

“Família” (f = 10) é uma palavra-chave, evidenciando o papel que os familiares desempenham no cuidado aos idosos. O suporte familiar pode ser um aliado ou, em alguns casos, uma barreira ao bom controlo da deglutição, conforme exemplificado em várias entrevistas: “mesmo as famílias não têm muita noção... e o que é que nós verificamos. A família achava que não era importante e então sempre que vinham visitá-la, davam qualquer coisa para ela comer” (DT9:24). Esta citação evidencia as dificuldades de comunicação e alinhamento entre os profissionais de saúde e os familiares.

“Vezes” (f = 10) está associada à repetição e à frequência com que as situações desafiadoras surgem. A palavra sugere que os profissionais de saúde precisam frequentemente de intervir em várias ocasiões para resolver problemas relacionados à deglutição: “muitas das vezes o utente vem mesmo com a indicação para a dieta pastosa” (DT27:26). Isto indica a necessidade de vigilância contínua e ajustes repetidos na alimentação dos idosos.

“Enfermagem” (f = 9) e “fala” (f = 9) são termos que indicam a importância da contribuição destes profissionais na gestão da deglutição. A presença constante de enfermeiros e terapeutas da fala nas discussões reflete a importância destes papéis no cuidado diário: “o enfermeiro está sempre na primeira linha dos cuidados diretos ao utente” (DT4:16), e “a terapia da fala, que poderíamos tentar... a família contratou uma terapeuta da fala” (DT9:35). Estes profissionais são vistos como essenciais para garantir que as necessidades de deglutição dos idosos sejam atendidas de forma segura.

“Enfermeiro” (f = 8) também surge com frequência, reforçando o papel vital que estes profissionais desempenham, tanto na identificação de riscos como na implementação de

intervenções: “temos enfermeiro na instituição a tempo inteiro” (DT3:20). A palavra indica a confiança e a dependência das equipas de saúde no trabalho destes profissionais.

“Já” (f = 7) é usada para expressar a prontidão e a urgência com que as intervenções precisam ser realizadas. Este termo sugere a necessidade de uma resposta imediata às situações que surgem, destacando a dinâmica do trabalho nas instituições de cuidados: “já há um tempo, sim, passado oito meses de tratamento, o senhor come tudo” (DT9:35).

“Ter” (f = 7) revela a necessidade de possuir recursos adequados e a capacidade de resposta, seja em termos de pessoal ou de equipamentos: “ter um médico, para nos ajudar em questões de saúde diversas” (DT18:36). Este termo salienta a importância de ter os recursos necessários para fornecer cuidados de qualidade.

“Alimentação” (f = 6) e “caso” (f = 6) indicam o alvo na nutrição e nos cuidados individualizados. As discussões sobre alimentação mostram a importância de adaptar as refeições às necessidades dos idosos: “a alimentação necessária e toda a prática necessária para o paciente ficar a salvo” (DT8:10). A palavra “caso” é frequentemente usada para descrever situações específicas que requerem uma abordagem personalizada.

“Portanto” (f = 6) e “sempre” (f = 6) são termos que reforçam a continuidade e a constância do cuidado. “Portanto” é usado para conectar ideias e justificar ações, enquanto “sempre” reflete a consistência das práticas e a necessidade de estar constantemente atento às necessidades dos utentes: “portanto, eu penso que entre médico e enfermeiro é fundamental que as instituições não abduquem” (DT6:20).

“Utente” (f = 6) revela o protagonismo do idoso no processo de cuidado. As discussões centram-se em adaptar as práticas para garantir que cada utente receba o cuidado mais adequado: “temos que estar atentos a tudo aquilo que envolve a alimentação dela” (DT10:25).

“Há” (f = 5), “importante” (f = 5), “médico” (f = 5), e “terapeuta” (f = 5) destacam a existência de desafios, a relevância das práticas adotadas e a necessidade de colaboração entre diferentes profissionais para garantir a qualidade dos cuidados. Estas palavras reforçam a noção de que o cuidado aos idosos é uma prática multidisciplinar que cada elemento da equipa desempenha um papel singular na gestão da deglutição.

Termos como “acho” (f = 4), “auxiliares” (f = 4), “claro” (f = 4), “dar” (f = 4), “depois” (f = 4), “enfermeira” (f = 4), “esses” (f = 4), “fácil” (f = 4), “famílias” (f = 4), “instituição” (f = 4), “necessário” (f = 4), “pessoal” (f = 4), “saúde” (f = 4), “situações” (f = 4), e “tudo” (f = 4)

“identificar” (f = 2), “médica” (f = 2), “menos” (f = 2), “necessária” (f = 2), “nível” (f = 2), “normalmente” (f = 2), “nutricionista” (f = 2), “óbvio” (f = 2), “outros” (f = 2), “parceria” (f = 2), “patologias” (f = 2), “penso” (f = 2), “ponte” (f = 2), “possa” (f = 2), “profissionais” (f = 2), “próprios” (f = 2), “quer” (f = 2), “responsável” (f = 2), “saúde” (f = 2), “situações” (f = 2), “técnicos” (f = 2), “terapia” (f = 2), “terreno” (f = 2), “toda” (f = 2), “abdiquem” (f = 1), “ação” (f = 1), “acompanham” (f = 1), “acompanhamentos” (f = 1), “acontece” (f = 1), “acontecem” (f = 1), “adequar” (f = 1), “agudo” (f = 1), “ainda” (f = 1), “ajuda” (f = 1), “alerta” (f = 1), “alertada” (f = 1), “algum” (f = 1), “alguma” (f = 1), “alimentada” (f = 1), “alimentar” (f = 1), “apesar” (f = 1), “aplica” (f = 1), “aplicar” (f = 1), “aquilo” (f = 1), “áreas” (f = 1), “articulam” (f = 1), “assertiva” (f = 1), “assistência” (f = 1), “assistentes” (f = 1), “associado” (f = 1), “assunto” (f = 1), “assuntos” (f = 1), “atendendo” (f = 1), “ator” (f = 1), “atuar” (f = 1), “auxiliar” (f = 1), “avalia” (f = 1), “avaliação” (f = 1), “bastante” (f = 1), “bombeiros” (f = 1), “capacidade” (f = 1), “capacitado” (f = 1), “capaz” (f = 1), “chamar” (f = 1) (*ver figura 35*).

Ao analisar a nuvem de palavras relacionada ao código INT-MULT, obtida por meio das entrevistas realizadas, podemos observar que as palavras mais evocadas refletem a centralidade da colaboração entre diferentes profissionais de saúde na gestão das questões de deglutição nos idosos. A seguir, faremos uma análise de cada uma das palavras-chave, contextualizando o seu significado dentro das falas dos diretores técnicos e destacando as inter-relações entre elas.

A palavra “temos” (f = 19) aparece com grande frequência, valorizando a prática corrente e as responsabilidades assumidas pelas equipas multidisciplinares nas instituições. A evocação repetida de “temos” indica a presença constante de recursos e práticas necessárias para o cuidado dos idosos. Como se observa na citação “temos que nos cingir aos profissionais que temos, mas eu penso que o enfermeiro e o médico são fundamentais” (DT6:20), esta palavra reflete o comprometimento das equipas em utilizar ao máximo os recursos disponíveis, mesmo quando estes são limitados.

A palavra “equipa” (f = 10) destaca-se como uma das mais mencionadas, insinuando a importância da coesão e da colaboração entre os diferentes profissionais de saúde. A integração das equipas é fundamental para garantir um cuidado de qualidade. Como indicado na citação “temos uma equipa de enfermagem e médica que faz a supervisão e orientação” (DT2:12), o trabalho em equipa é essencial para a implementação eficaz das estratégias de cuidado, especialmente no contexto da deglutição.

O termo “enfermagem” (f = 9) ressalta o papel dos enfermeiros no cuidado direto aos idosos. Os enfermeiros são frequentemente mencionados como a linha de frente na identificação e na mediação dos riscos associados à deglutição: “Portanto, o enfermeiro, não é? Está sempre na primeira linha dos cuidados diretos ao utente” (DT4:16). Esta palavra reafirma a confiança depositada nas equipas de enfermagem e a sua importância na estrutura multidisciplinar.

A presença constante da palavra “enfermeiro” (f = 8) reforça a ideia de que estes profissionais são fundamentais na implementação das estratégias de cuidado. O enfermeiro é frequentemente responsável por aplicar as orientações médicas e supervisionar a alimentação dos utentes: “temos enfermeiro na instituição a tempo inteiro” (DT3:20). A frequência desta palavra demonstra a confiança dos diretores técnicos na atuação dos enfermeiros.

A palavra “fala” (f = 7) refere-se à intervenção dos terapeutas da fala, que desempenham um papel fundamental na reabilitação ou manutenção das funções de deglutição. A importância deste profissional é destacada em várias citações, como “falamos quer da equipa de enfermagem... mas também aqui falo do papel do terapeuta da fala como crucial” (DT7:29). Esta palavra revela a necessidade de uma abordagem integrada, onde os terapeutas da fala trabalham em conjunto com outros profissionais para garantir a segurança dos utentes.

“Alimentação” (f = 5) aparece em contextos que evidenciam a necessidade de uma nutrição adaptada às capacidades dos idosos. A palavra é frequentemente utilizada em discussões sobre como ajustar as práticas alimentares para evitar complicações de deglutição: “temos uma equipa constituída por cinco enfermeiras, neste caso, e ainda uma nutricionista para adequar toda a alimentação necessária” (DT8:10). A palavra assinala a importância de uma abordagem cuidadosa e personalizada na preparação das refeições.

A palavra “caso” (f = 5) é utilizada para descrever situações específicas que exigem uma abordagem individualizada e multidisciplinar. O termo é evocado para exemplificar casos onde o trabalho conjunto das várias valências é indispensável para a segurança e o bem-estar dos utentes.

Esses exemplos reforçam a importância de uma abordagem multidisciplinar, onde diferentes profissionais de saúde trabalham em conjunto para atender às necessidades específicas dos idosos com dificuldades de deglutição. Cada palavra evoca aspetos essenciais desse trabalho colaborativo, demonstrando como as equipas e os indivíduos contribuem para a criação de um ambiente seguro e saudável para os utentes.

6.4 Análise da nuvem de palavras do código: LIM-FIN: Limitações financeiras



Figura 36 – Nuvem de palavras do código: LIM-FIN

Foi analisada a nuvem de palavras obtida por meio das entrevistas realizadas, na qual verifica-se que as palavras mais evocadas para o código: Limitações financeiras, foram: “temos” (f = 8), “muitas” (f = 7), “já” (f = 5), “ter” (f = 5), “fácil” (f = 4), “dinheiro” (f = 3), “há” (f = 3), “níveis” (f = 3), “pessoal” (f = 3), “resolver” (f = 3), “vezes” (f = 3), “ajudar” (f = 2), “áreas” (f = 2), “condições” (f = 2), “hospital” (f = 2), “humanos” (f = 2), “mal” (f = 2), “momento” (f = 2), “quase” (f = 2), “recursos” (f = 2), “saúde” (f = 2), “todas” (f = 2), “tratamos” (f = 2), “vamos” (f = 2), “acredito” (f = 1), “adequadas” (f = 1), “algumas” (f = 1), “andamos” (f = 1), “ano” (f = 1), “anos” (f = 1), “área” (f = 1), “atuar” (f = 1), “auxiliar” (f = 1), “calibre” (f = 1), “capacidades” (f = 1), “caríssimo” (f = 1), “casa” (f = 1), “casos” (f = 1), “chegam” (f = 1), “claro” (f = 1), “coisas” (f = 1), “comprar” (f = 1), “consegue” (f = 1), “conseguido” (f = 1), “consequir” (f = 1), “contratar” (f = 1), “cuidado” (f = 1), “data” (f = 1), “devido” (f = 1), “dificuldades” (f = 1), “disfagias” (f = 1), “dito” (f = 1), “diversas” (f = 1), “diversos” (f = 1), “doenças” (f = 1), “entidades” (f = 1), “entrevistas” (f = 1), “equipa” (f = 1), “espaço” (f = 1), “especiais” (f = 1), “esta” (f = 1), “existem” (f = 1), “externos” (f = 1), “faço” (f = 1), “falta” (f = 1), “famílias” (f = 1), “financeira” (f = 1), “financeiras” (f = 1), “fisioterapeutas” (f = 1), “fisioterapia” (f = 1), “francos” (f = 1), “fundo” (f = 1), “gerar” (f = 1), “grandes” (f = 1), “humano” (f = 1), “idosos” (f = 1), “incríveis” (f = 1), “instituição” (f = 1), “instituições” (f = 1), “interessa” (f = 1), “investimento” (f = 1), “lacunas” (f = 1), “limitações” (f = 1), “maior” (f = 1), “média” (f = 1), “médico” (f = 1), “minha” (f = 1), “mundo” (f = 1), “nessa” (f = 1), “ninguém” (f = 1), “nível” (f = 1)

= 1), “óbvio” (f = 1), “outras” (f = 1), “outros” (f = 1), “passada” (f = 1), “patologias” (f = 1), “pequena” (f = 1), “permitem” (f = 1), “portanto” (f = 1), “possam” (f = 1), “posso” (f = 1), “pouco” (f = 1), “problemas” (f = 1), “profissionais” (f = 1), “pronto” (f = 1), “propriamente” (f = 1), “qualificações” (f = 1), “questão” (f = 1), “questões” (f = 1), “recurso” (f = 1), “remuneradas” (f = 1), “residentes” (f = 1), “respeito” (f = 1) (*ver figura 36*).

A análise da nuvem de palavras para o código LIM-FIN revela as dificuldades enfrentadas pelas instituições de saúde na gestão de recursos, especialmente no que diz respeito à contratação de pessoal e aquisição de serviços e bens essenciais. A seguir, será discutido o significado e a relevância das palavras-chave mais evocadas nas entrevistas com os diretores técnicos, relacionando-as com as citações correspondentes e destacando o impacto dessas limitações no cuidado aos utentes.

A palavra “temos” (f = 8) surge como a mais frequente, refletindo a constante presença de desafios financeiros nas falas dos diretores. Esta palavra é utilizada para expressar a realidade com a qual as instituições se deparam diariamente. Por exemplo, na citação “temos sempre muitas limitações financeiras que não nos permitem às vezes termos os técnicos” (DT14:21), a palavra “temos” alerta para a inevitabilidade das restrições orçamentárias que afetam a capacidade de oferecer um cuidado de qualidade.

“Muitas” (f = 7) é outra palavra significativa, indicando a frequência e a amplitude dos desafios enfrentados. A palavra aparece em contextos que descrevem a multiplicidade de problemas financeiros e as suas consequências diretas, como na citação “muitas dificuldades... não é fácil para instituições deste calibre” (DT18:32). Esta evocação salienta que as limitações não são apenas pontuais, mas sistémicas e recorrentes, impactando várias áreas de operação.

“Já” (f = 5) e “ter” (f = 5) são palavras que, quando combinadas com outras, expressam a realidade atual e as necessidades das instituições. Em “acredito que existem outros profissionais que possam ajudar, mas que neste momento, por recurso humano, nós não temos” (DT15:15), a palavra “já” indica que as dificuldades financeiras são um problema contínuo, enquanto “ter” reflete a escassez de recursos disponíveis, especialmente em termos de pessoal.

A palavra “fácil” (f = 4) surge em contextos que destacam a complexidade e os desafios enfrentados. Em “não é fácil já ter pessoal para atuar nesta área” (DT18:31), a palavra “fácil” é usada de forma negativa, reforçando a dificuldade de recrutar e manter uma equipa qualificada devido às limitações financeiras.

“Dinheiro” (f = 3) é uma palavra importante nas discussões sobre as restrições orçamentárias. Nas citações “não temos dinheiro para contratar” (DT25:16) e “de momento não temos dinheiro para esse investimento” (DT25:20), a palavra “dinheiro” revela a crua realidade de que a falta de recursos financeiros impede o desenvolvimento e a melhoria contínua das práticas de cuidado.

A palavra “há” (f = 3), por sua vez, é frequentemente utilizada para introduzir a existência de desafios, como em “há a questão financeira, como é óbvio” (DT18:40). Aqui, “há” é uma palavra que marca a constatação de uma situação inescapável, indicando que as limitações financeiras são um fator constante e reconhecido por todos os envolvidos.

“Níveis” (f = 3) e “pessoal” (f = 3) aparecem em contextos que abordam a escassez de recursos humanos, um dos maiores desafios mencionados pelos diretores. Na citação “não é muito fácil já ter pessoal para atuar nesta área, a vários níveis” (DT18:31), as palavras sublinham as dificuldades em todos os níveis de operação, desde auxiliares até técnicos especializados, reforçando a ideia de que o problema é generalizado.

A palavra “resolver” (f = 3) é utilizada em discussões sobre os esforços feitos para minimizar os impactos das limitações financeiras, como em “andamos aqui com muitas entrevistas para recursos humanos, para tentar aqui resolver algumas lacunas” (DT18:32). No entanto, a frequência com que esta palavra é usada num contexto de tentativa, ao invés de sucesso, indica que resolver essas questões é uma tarefa árdua e muitas vezes incompleta.

“Vezes” (f = 3) também aparece para destacar a repetição das dificuldades enfrentadas, como na citação “às vezes termos os técnicos” (DT14). Esta palavra sublinha a natureza recorrente dos problemas financeiros, sugerindo que as dificuldades não são eventos isolados, mas sim uma realidade contínua.

“Ajuda” (f = 2) e “áreas” (f = 2) são palavras que refletem a necessidade de suporte adicional e a diversidade dos desafios enfrentados. Em “acredito que existem outros profissionais que possam ajudar” (DT15:15), “ajuda” indica a dependência de apoio externo, enquanto “áreas” refere-se às múltiplas frentes onde as dificuldades financeiras se manifestam, como em “não temos grandes condições nesse sentido” (DT18:36).

“Condições” (f = 2) e “hospital” (f = 2) são evocadas para descrever o ambiente de trabalho e a infraestrutura, que frequentemente não estão à altura das necessidades. Por exemplo, “no fundo, é um hospital, e é um hospital muitas vezes sem condições” (DT18:30) ressalta a

“alimentos” (f = 2), “chupa” (f = 2), “come” (f = 2), “comem” (f = 2), “dizem” (f = 2), “era” (f = 2), “estava” (f = 2), “fala” (f = 2), “familiares” (f = 2), “há” (f = 2), “poderíamos” (f = 2), “realidade” (f = 2), “sempre” (f = 2), “temos” (f = 2), “tivemos” (f = 2), “utente” (f = 2), “utentes” (f = 2), “visitá” (f = 2), “acharam” (f = 1), “achava” (f = 1), “acumular” (f = 1), “adequada” (f = 1), “ajudar” (f = 1), “alguma” (f = 1), “algumas” (f = 1), “alheias” (f = 1), “alimentação” (f = 1), “altamente” (f = 1), “altura” (f = 1), “apresenta” (f = 1), “àquilo” (f = 1), “aspirações” (f = 1), “bocadinho” (f = 1), “caso” (f = 1), “causa” (f = 1), “chefe” (f = 1), “chega” (f = 1), “coisa” (f = 1), “consequências” (f = 1), “contratou” (f = 1), “depois” (f = 1), “disfagia” (f = 1), “enfermeira” (f = 1), “engasgar” (f = 1), “entender” (f = 1), “entre” (f = 1), “espessantes” (f = 1), “explicar” (f = 1), “falta” (f = 1), “importante” (f = 1), “inapropriados” (f = 1), “informações” (f = 1), “informando” (f = 1), “ingestão” (f = 1), “já” (f = 1), “lar” (f = 1), “longo” (f = 1), “mecânica” (f = 1), “meses” (f = 1), “micro” (f = 1), “momento” (f = 1), “muita” (f = 1), “muitas” (f = 1), “noção” (f = 1), “óbvias” (f = 1), “oferece” (f = 1), “outra” (f = 1), “passado” (f = 1), “percurso” (f = 1), “perguntou” (f = 1), “prejudicial” (f = 1), “queremos” (f = 1), “querido” (f = 1), “questão” (f = 1), “recorrentes” (f = 1), “saem” (f = 1), “saliva” (f = 1), “senhor” (f = 1), “situação” (f = 1), “situações” (f = 1), “sobre” (f = 1), “ter” (f = 1), “terapeuta” (f = 1), “terapia” (f = 1), “termo” (f = 1), “tratamento” (f = 1), “trazendo” (f = 1), “tudo” (f = 1), “usam” (f = 1), “vários” (f = 1), “vem” (f = 1), “verificamos” (f = 1), “vez” (f = 1), “vinham” (f = 1) (*ver figura 37*).

A análise da nuvem de palavras para o código SUP-FAM traz ao de cima a importância e, por vezes, a interferência do envolvimento da família na gestão dos problemas de deglutição dos utentes. As palavras mais evocadas nas entrevistas revelam como o suporte familiar pode tanto contribuir positivamente quanto criar desafios na implementação de cuidados adequados. A seguir, discutiremos o significado e a relevância dessas palavras-chave no contexto das entrevistas, relacionando-as com as citações fornecidas pelos diretores.

A palavra “família” (f = 9) destaca-se como a mais frequente, refletindo a relevância do papel da família na gestão dos cuidados com os utentes. Em várias citações, como “informando a família, usam espessantes” (DT9:7), é evidente que a colaboração e a comunicação com a família são fundamentais para assegurar que as adaptações alimentares sejam seguidas corretamente. No entanto, o envolvimento da família também pode ser problemático, como ilustrado na citação “a família achava que não era importante e então sempre que vinham visitá-la, davam qualquer coisa

para ela comer” (DT9:24), onde a falta de compreensão ou de conformidade com as orientações dos profissionais de saúde pode levar a riscos para os utentes.

“Comer” (f = 3) é uma palavra-chave que aparece em contextos relacionados ao comportamento alimentar dos utentes influenciado pela família. Em “eles não comem, às vezes até está para, até para aqui, como é que eu ia dizer, agora falta um termo, mas para se engasgar” (DT26:13), a palavra “comer” é usada para descrever situações em que a alimentação inadequada oferecida pela família pode resultar em complicações como o engasgamento.

A palavra “davam” (f = 3), utilizada em frases como “davam qualquer coisa para ela comer” (DT9:24), frisa o ato de dar alimentos inadequados, o que pode ser prejudicial quando feito sem o devido conhecimento ou orientação, como na situação em que a família oferece alimentos inadequados que podem piorar a condição do utente.

“Falámos” (f = 3) e “famílias” (f = 3) refletem a comunicação constante necessária entre os profissionais de saúde e as famílias. A palavra “falámos” aparece em contextos de diálogo e tentativa de educação das famílias sobre os cuidados adequados, como em “falámos com os familiares a dizer que o utente em causa, que não podia comer porque estava a ter microaspirações” (DT9:24). Esta comunicação é essencial, mas nem sempre é frutífera, o que se reflete na necessidade de repetir as orientações.

“Vezes” (f = 3), como em “falámos mais de uma vez com os familiares” (DT9:24), realça a frequência com que os profissionais precisam reiterar as instruções às famílias, indicando que a compreensão ou aceitação das recomendações por parte dos familiares pode ser um processo lento e repetitivo.

“Alimentos” (f = 2) e “chupa” (f = 2) aparecem em contextos onde a escolha de alimentos oferecidos pelos familiares é questionável. Na citação “era um chupa. E o chupa, o acumular da saliva, fazia com que...” (DT9:24), os alimentos inadequados, como chupa-chupas, são um exemplo de como as famílias, apesar das boas intenções, podem não perceber os riscos associados a certos alimentos, agravando os problemas de deglutição.

As palavras “come” (f = 2) e “comem” (f = 2) aparecem em contextos que discutem a perceção errada que as famílias podem ter sobre a capacidade do utente de ingerir alimentos de forma segura. Em “ele não come, faz bem a ingestão dos alimentos, chega aqui ao lar, a realidade é outra” (DT26:7), é destacada a discrepância entre o que as famílias acreditam e a realidade clínica observada pelos profissionais.

“Dizem” (f = 2), como em “famílias dizem, ai ele come” (DT26:13), reflete as crenças das famílias sobre o estado de saúde do utente, que nem sempre correspondem à realidade, o que pode dificultar o trabalho dos profissionais de saúde.

A palavra “era” (f = 2) aparece em contextos de reflexão sobre as práticas passadas das famílias, enquanto “estava” (f = 2) reflete o estado contínuo dos desafios enfrentados, como em “estava a ser prejudicial para a utente” (DT9:24).

“Fala” (f = 2) e “familiares” (f = 2) destacam a importância da intervenção especializada, como na citação “a família contratou uma terapeuta da fala” (DT9:35), onde a introdução de um terapeuta da fala após comunicação com a família leva a uma melhoria significativa no estado do utente.

“Há” (f = 2) e “poderíamos” (f = 2), como em “há um tempo, sim, passado oito meses de tratamento” (DT9:35), refletem a continuidade e as possibilidades de melhora quando a família se envolve de forma correta e com o apoio dos profissionais.

As palavras “realidade” (f = 2) e “sempre” (f = 2) ilustram a diferença entre a percepção das famílias e a realidade clínica, como em “a realidade é outra” (DT26:7), e a persistência das famílias em seguir práticas inadequadas, como em “sempre que vinham visitá-la, davam qualquer coisa para ela comer” (DT9:24).

“Temos” (f = 2) e “tivemos” (f = 2) refletem a experiência acumulada e as estratégias desenvolvidas pelos profissionais para lidar com as questões trazidas pelo envolvimento familiar, enquanto “utente” (f = 2) e “utentes” (f = 2) direcionam a atenção no bem-estar do utente, que deve ser priorizado em todas as decisões.

“Visitar” (f = 2) é relevante no contexto de visitas familiares, que são muitas vezes momentos críticos em que os problemas de deglutição podem ser exacerbados pela introdução de alimentos inadequados.

Por fim, palavras com menor frequência, como “acharam” (f = 1), “achava” (f = 1), e “acumular” (f = 1), também fornecem perspectivas importantes sobre a dinâmica de subentendidos e percepções erradas que as famílias podem ter, levando a consequências potencialmente prejudiciais para os utentes.

A análise do código SUP-FAM revela que, embora a família tenha um papel importante no cuidado aos utentes, é necessário um esforço contínuo de comunicação e educação por parte dos profissionais de saúde para garantir que as práticas adotadas pelas famílias durante as visitas

sejam seguras e benéficas. A intersecção entre a boa intenção das famílias e a necessidade de um suporte adequado e informado é um tema recorrente, indicando que o apoio familiar precisa ser sempre alinhado com as orientações dos profissionais de saúde para evitar complicações graves.

6.6 Análise do diagrama de Sankey da categoria: Suporte familiar, financeiro e integração

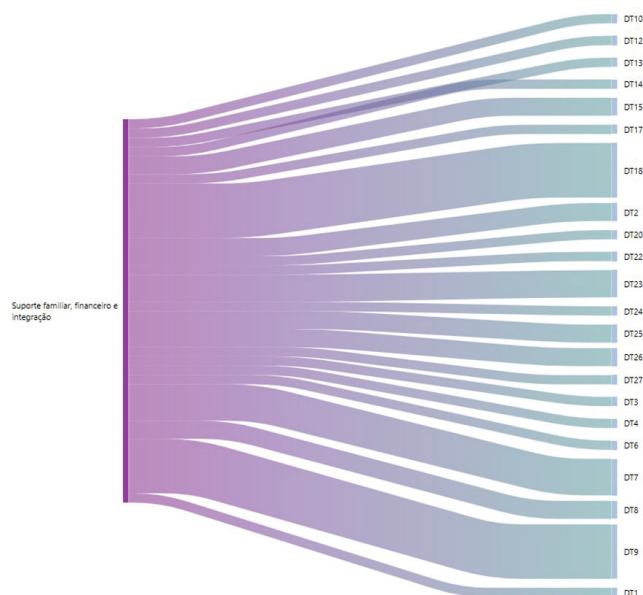


Figura 38 - Diagrama de Sankey da categoria: Suporte familiar, financeiro e integração

A categoria “Suporte familiar, financeiro e integração” reflete a interdependência entre a colaboração multidisciplinar, as limitações financeiras e o suporte familiar. A análise da relação entre os DTs e essa categoria, representada no diagrama de Sankey, proporciona uma análise das percepções dos DTs quanto aos desafios enfrentados nas ERPI, particularmente no que diz respeito à gestão de recursos financeiros, à integração de diferentes profissionais de saúde e ao envolvimento das famílias no processo de cuidado.

O diagrama destaca a contribuição de DTs como DT18, DT9, DT7, DT23, DT15 e DT26, que apresentam as faixas mais espessas de contribuição para a categoria. Esses DTs destacam a relevância dos três códigos principais que compõem a categoria: INT-MULT, LIM-FIN e SUP-FAM. As percepções desses diretores sobre esses aspectos variam, mas todos concordam na importância de uma gestão adequada para garantir a qualidade dos cuidados.

Por exemplo, o DT18, um dos entrevistados com maior faixa de contributo, chama a

atenção para os desafios financeiros, mencionando que “agora, há a questão financeira, como é óbvio” (DT18:40), referindo-se às dificuldades que as ERPI enfrentam na contratação de profissionais especializados e na aquisição de serviços essenciais. Outros diretores, como DT9 e DT7, enfatizam a importância da colaboração entre profissionais de saúde para garantir uma abordagem eficaz aos problemas de deglutição. DT7 destaca que “os auxiliares de saúde, de geriatria, no caso, são muito desvalorizados, mas eles são os pilares base, porque o enfermeiro normalmente temos um, dois por equipas, nunca temos muitos, enquanto que os auxiliares são quem está efetivamente no terreno. Portanto, estas equipas técnicas, e falo aqui de enfermeiros, terapeutas da fala, outras pessoas envolvidas” (DT7:28), evidenciando a interdependência entre profissionais da área da saúde e os auxiliares no cuidado aos idosos.

O diagrama ilustra as interações entre os DTs e os códigos principais da categoria. A INT-MULT aparece como o código mais destacado, com um coeficiente de força de 0,60, refletindo a importância atribuída à colaboração entre os diferentes profissionais envolvidos na gestão dos problemas de deglutição. Os DTs descrevem que a atuação coordenada entre médicos, enfermeiros, terapeutas da fala e auxiliares é essencial para garantir a segurança dos utentes, sendo uma prática valorizada em algumas das entrevistas realizadas. Por exemplo, DT9 observa que “A importância, estamos em constante parceria com a equipa, com a engenheira responsável pela alimentação, responsável pela cozinha” (DT9:5) e “apesar da engenheira alimentar estar alertada, as cozinheiras não é, é que preparam” (DT9:29), esclarecendo a importância da integração entre diferentes valências para a segurança alimentar dos utentes.

Por outro lado, as LIM-FIN, com um coeficiente de 0,26, sugerem os desafios orçamentais enfrentados pelas instituições. DT15 observa que “acredito que existem outros profissionais que possam ajudar, mas que neste momento, por recurso humano, nós não temos” (DT15:15), revelando a dificuldade em contratar profissionais especializados devido à falta de recursos orçamentais. Esta perceção é compartilhada por outros DTs que indicam que a falta de recursos financeiros afeta diretamente a qualidade dos serviços prestados, especialmente na solicitação de exames complementares, instrumentais, e na contratação de profissionais.

O SUP-FAM, embora menos destacado, com um coeficiente de 0,14, também é relevante. Os DTs observam que a colaboração das famílias nem sempre é ideal, o que pode comprometer a gestão da deglutição dos utentes. DT26 relata que “famílias dizem, ai ele come. Ele não comem, às vezes até está para, até para aqui, como é que eu ia dizer, agora falta um termo, mas para se

engasgar” (DT26:13). Essa falta de compreensão por parte das famílias representa um desafio adicional para as equipas de ERPI, que precisam de educar e sensibilizar os familiares sobre os cuidados adequados.

Os fluxos principais no diagrama de Sankey evidenciam a forte correlação entre o código INT-MULT e os DTs, refletindo a percepção de que a colaboração entre os diferentes profissionais de saúde é significativa para uma gestão adequada dos problemas de deglutição. Os diretores reforçam a necessidade de uma abordagem integrada, em que cada profissional desempenha um papel complementar na promoção do bem-estar dos utentes.

Por outro lado, os fluxos relacionados às limitações financeiras mostram que este é um fator limitante para a implementação de melhorias nas ERPI. A falta de recursos financeiros afeta tanto a contratação de pessoal quanto a aquisição de equipamentos essenciais, como observou DT23: “Não me interessa muito que as pessoas não têm dinheiro. Vamos ser francos, não é? Não vamos estar a sugerir todas aquelas suplementações incríveis e adequadas a todas as disfagias do mundo porque isso é caríssimo e ninguém consegue comprar essas coisas” (DT23:27).

A análise das citações reforça as percepções expressas pelos DTs no diagrama de Sankey. A consulta ao relatório de citações evidencia que a colaboração entre as equipas, as dificuldades financeiras e o envolvimento das famílias são temas recorrentes nas discussões dos diretores. Esses aspetos refletem os desafios diários enfrentados pelas ERPI, que precisam equilibrar a gestão financeira, a formação de equipas multidisciplinares e o envolvimento familiar para garantir o melhor cuidado possível aos idosos.

A análise do diagrama de Sankey revela a complexidade das interações entre os DTs e os diferentes aspetos do “Suporte familiar, financeiro e integração”. A colaboração entre profissionais, as limitações orçamentais e o envolvimento das famílias são identificados como fatores determinantes para a qualidade dos cuidados prestados aos idosos com dificuldades de deglutição nas ERPI. A necessidade de uma abordagem integrada e sustentável é amplamente reconhecida, embora as limitações financeiras continuem a representar um obstáculo a ser transposto.

6.7 Síntese da Categoria: Suporte familiar, financeiro e integração

A categoria “Suporte familiar, financeiro e integração” revela três aspetos fundamentais no cuidado de idosos com dificuldades de deglutição nas ERPI: a integração multidisciplinar entre os diferentes profissionais de saúde, as limitações financeiras enfrentadas pelas instituições

e o papel do suporte familiar. A gestão eficiente da deglutição nas ERPI exige uma colaboração estreita entre estas três áreas, como forma de garantir que os cuidados prestados sejam adequados às necessidades dos idosos. As percepções dos DTs destacam os desafios e as estratégias adotadas para lidar com esses fatores, reconhecendo as suas interdependências e a necessidade de uma abordagem coordenada e contínua.

Os principais códigos analisados na categoria foram INT-MULT, LIM-FIN e SUP-FAM. O código INT-MULT destacou-se pela sua frequência (25 ocorrências) e coeficiente de 0,60, refletindo a importância da colaboração entre auxiliares, enfermeiros, terapeutas da fala e outros profissionais. Esta integração é ponderada como relevante pelos DTs para uma abordagem correta na gestão da deglutição. Já o código LIM-FIN, com 11 ocorrências e um coeficiente de 0,26, aponta as dificuldades financeiras que afetam diretamente a qualidade dos cuidados prestados, sobretudo na contratação de pessoal especializado e na aquisição de materiais adequados, como suplementos nutricionais, para os cuidados com a saúde do idoso. No entanto, o código SUP-FAM, com 6 ocorrências e um coeficiente de 0,14, referencia a importância do envolvimento das famílias, embora seja reconhecido que muitas vezes os familiares não estão devidamente conscientes dos riscos associados à deglutição inadequada.

As relações entre esses três códigos evidenciam desafios a serem ultrapassados. A INT-MULT destaca-se como o principal fator para assegurar que a gestão da deglutição seja efetiva, sendo citada pelos DTs como um elemento indispensável para a prevenção de complicações. A LIM-FIN, por sua vez, evidencia que a escassez de recursos financeiros limita a capacidade de ERPI de fornecer cuidados de alta qualidade. No que respeita ao SUP-FAM, os DTs ressaltam que, embora o suporte familiar seja importante, muitas vezes há uma desconexão entre as orientações das equipas de técnica e a prática familiar, o que pode comprometer os cuidados prestados.

A análise revela que os três aspetos interagem de maneira complexa e interdependente. A integração multidisciplinar é vista como essencial para a eficácia dos cuidados, mas as limitações financeiras impõem restrições severas à implementação de práticas ideais. Por outro lado, o suporte familiar, embora fundamental, precisa de maior atenção com as orientações das equipas de saúde para ser efetivo. O diagrama de Sankey ilustra essas interações, mostrando que a INT-MULT é o código com maior impacto, seguido pelas dificuldades financeiras e, em menor grau, pelo suporte familiar. A síntese dessas relações aponta para a necessidade de uma abordagem

coordenada e equilibrada entre equipas multidisciplinares, gestão financeira eficiente e envolvimento consciente das famílias para garantir a segurança alimentar e o bem-estar dos idosos institucionalizados.

7. Categoria: Condições físicas e psicológicas

7.1 Análise da coocorrência e dos coeficientes de força

A categoria “Condições físicas e psicológicas” aborda a percepção dos DTs sobre os efeitos que influenciam a deglutição dos idosos institucionalizados em ERPI, destacando-se dois fatores principais: a perda muscular e o impacto emocional. Essas condições afetam a capacidade de engolir, exigindo uma abordagem multidimensional que envolva tanto o cuidado físico quanto a atenção às emoções dos idosos. No contexto dos cuidados prestados nas ERPI, alguns diretores referenciaram a relevância de considerar os fatores físicos, como a perda muscular que reduz a força necessária para mastigar e engolir, e os fatores emocionais, como a ansiedade e depressão, que podem interferir na alimentação adequada.

A análise da coocorrência entre os códigos da categoria “Condições físicas e psicológicas” revela que o código IMP-EMO (é o mais frequente, com 13 ocorrências e um coeficiente de coocorrência de 0,93 em relação à categoria principal. Este coeficiente indica uma relação entre o impacto emocional e os problemas de deglutição enfrentados pelos idosos. Os DTs reconhecem que fatores emocionais, como o medo de engasgar ou a perda de autonomia, podem aumentar as dificuldades alimentares dos idosos. Um DT exemplifica esta preocupação ao afirmar que “porque se o profissional tem pressa e quer, com pressa, ajudar a pessoa a beber ou a comer, ou seja o que for, é que origina ansiedade” (DT3:30).

Por outro lado, o código PER-MUS apresentou uma ocorrência muito baixa, apenas uma menção, com um coeficiente de 0,07. Embora a perda muscular seja reconhecida como um fator importante, sua menção reduzida sugere que, no contexto específico das entrevistas, os DTs priorizam mais os efeitos emocionais do que os físicos no que concerne à deglutição. Isso pode se dever ao fato de que a perda muscular é muitas vezes vista como parte do processo natural de envelhecimento, enquanto os efeitos emocionais são percebidos como mais diretamente relacionados à qualidade de vida e ao cuidado diário.

Em termos de coocorrência entre os códigos PER-MUS e IMP-EMO, não há registro de coocorrências diretas entre esses dois fatores, como indicado pelos valores de coeficiente de 0,00. Esse dado sugere que, nas percepções dos diretores, as condições físicas e psicológicas são tratadas de forma relativamente separada, sem uma clara interação entre os fatores emocionais e físicos nos relatos sobre a deglutição. Apenas um DT mencionou: “devido à diminuição da musculatura” (DT16:2).

Os coeficientes de força reforçam a centralidade do impacto emocional na gestão da deglutição, com um valor de 0,93 para o código IMP-EMO, demonstrando uma forte ligação entre os problemas de deglutição e o estado emocional dos idosos. Os diretores técnicos relatam que muitos dos idosos manifestam sintomas de ansiedade ou depressão associados às dificuldades de deglutição, o que agrava o quadro clínico geral. Um diretor afirmou: “as doenças acabam por nos afetar de uma maneira ou de outra, as próprias emoções, a parte emotiva da pessoa, o recusar-se de deglutir a alimentação pode ser também uma questão emocional” (DT24:29).

As percepções dos DTs sobre o impacto emocional são evidentes nas citações extraídas das entrevistas. Um DT relatou a importância de abordar os fatores emocionais: “incomodados quando se engasgam, com medo até de deglutir” (DT16:8). Outro DT destacou que “algo que nos dá prazer, alguém que tem esta dificuldade certamente não tem prazer e vive sempre em constante medo, né, o medo de se engasgar e que as coisas não corram bem” (DT1:44), reconhecendo a necessidade de adaptar as práticas de cuidado para lidar com a fragilidade emocionais dos utentes.

A análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria “Condições físicas e psicológicas” mostra que o impacto emocional é visto pelos DTs como um fator preponderante na gestão da deglutição dos idosos. A ansiedade, o medo de engasgar e outros fatores emocionais aparecem como desafios que afetam a deglutição. Embora a perda muscular seja reconhecida como um problema, ela é referida por um único diretor nas entrevistas, sugerindo que o foco das práticas diárias de cuidado nas ERPI, na percepção dos DTs está mais voltado para a observação das emoções do que para a minimização das dificuldades físicas. A integração dessas duas vertentes, física e psicológica, pode ser uma área a explorar para melhorar os cuidados prestados aos idosos com disfagia nas ERPI.

	● Condições físicas e psicológicas Gr=14		○ Condições físicas e psicológicas: Impacto emocional Gr=13		○ Condições físicas e psicológicas: Perda muscular Gr=1	
	count	coefficient	count	coefficient	count	coefficient
● Condições físicas e psicológicas Gr=14	0	0,00	13	0,93	1	0,07
○ Condições físicas e psicológicas: Impacto emocional Gr=13	13	0,93	0	0,00	0	0,00
○ Condições físicas e psicológicas: Perda muscular Gr=1	1	0,07	0	0,00	0	0,00

Tabela 7 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Condições físicas e psicológicas

	● Condições físicas e psicológicas 14	○ Condições físicas e psicológicas: Impacto emocional 13	○ Condições físicas e psicológicas: Perda muscular 1
● Condições físicas e psicológicas	14	13 (0,93)	1 (0,07)
○ Condições físicas e psicológicas: Impacto emocional	13	13 (0,93)	
○ Condições físicas e psicológicas: Perda muscular	1	1 (0,07)	

Figura 39 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Condições físicas e psicológicas

7.2 Análise da nuvem de palavras da categoria: Condições físicas e psicológicas



Figura 40 – Nuvem de palavras da categoria: Condições físicas e psicológicas

Foi analisada a nuvem de palavras obtida por meio das entrevistas realizadas, na qual verifica-se que as palavras mais evocadas para a categoria: Condições físicas e psicológicas, foram: “comer” (f = 5), “sempre” (f = 5), “medo” (f = 3), “acabou” (f = 2), “acamado” (f = 2), “algum” (f = 2), “alimentação” (f = 2), “completamente” (f = 2), “deglutir” (f = 2), “degradação” (f = 2), “dia” (f = 2), “dificuldade” (f = 2), “era” (f = 2), “espaços” (f = 2), “esta” (f = 2), “estava” (f = 2), “evitar” (f = 2), “falava” (f = 2), “fase” (f = 2), “fundo” (f = 2), “há” (f = 2), “mau” (f = 2), “orientado” (f = 2), “pessoa” (f = 2), “portanto” (f = 2), “prazer” (f = 2), “pressa” (f = 2), “pronto” (f = 2), “quase” (f = 2), “refeitório” (f = 2), “só” (f = 2), “social” (f = 2), “sonda” (f = 2), “tristeza” (f = 2), “vida” (f = 2), “abdicou” (f = 1), “acabam” (f = 1), “afetar” (f = 1), “afins” (f = 1), “ajudar” (f = 1), “algo” (f = 1), “alguém” (f = 1), “alimentos” (f = 1), “ansiedade” (f = 1), “apesar” (f = 1), “apresentação” (f = 1), “aquilo” (f = 1), “associada” (f = 1), “atividades” (f = 1), “beber” (f = 1), “bocado” (f = 1), “caso” (f = 1), “casos” (f = 1), “causava” (f = 1), “certa” (f = 1), “certamente” (f = 1), “coisas” (f = 1), “come” (f = 1), “comida” (f = 1), “comidas” (f = 1), “complicada” (f = 1), “comuns” (f = 1), “consequia” (f = 1), “constante” (f = 1), “constrangimento” (f = 1), “corram” (f = 1), “daí” (f = 1), “dependente” (f = 1), “depois” (f = 1), “deprimido” (f = 1), “dessa” (f = 1), “devido” (f = 1), “diariamente” (f = 1), “dias” (f = 1), “diferente” (f = 1), “difícil” (f = 1), “diga” (f = 1), “diminuição” (f = 1), “doenças” (f = 1), “emocional” (f = 1), “emoções” (f = 1), “emotiva” (f = 1), “engasgam” (f = 1), “engasgar” (f = 1), “estávamos” (f = 1), “existe” (f = 1), “exterior” (f = 1), “falecer” (f = 1), “falei” (f = 1), “família” (f = 1), “fazem” (f = 1), “ficou” (f = 1), “francos” (f = 1), “gostava” (f = 1), “grave” (f = 1), “hospital” (f = 1), “idosos” (f = 1), “impacto” (f = 1), “incomodados” (f = 1), “isolamento” (f = 1), “limitados” (f = 1), “lúcido” (f = 1), “maneira” (f = 1), “manter” (f = 1), “morrer” (f = 1), “musculatura” (f = 1), “origina” (f = 1), “outra” (f = 1), “outras” (f = 1), “participar” (f = 1), “partilhar” (f = 1), “partir” (f = 1), “pasta” (f = 1), “percebemos” (f = 1), “perceberem” (f = 1),

“percebi” (f = 1), “perceção” (f = 1), “permitir” (f = 1), “podíamos” (f = 1) (ver figura 40).

Foi analisada a nuvem de palavras obtida por meio das entrevistas realizadas, na qual se verifica que as palavras mais evocadas para a categoria “Condições físicas e psicológicas” refletem as preocupações dos diretores técnicos relativamente aos efeitos da deglutição nos idosos, tendo em atenção a complexidade das condições físicas e psicológicas que afetam este grupo.

A palavra “comer” (f = 5) surge com maior frequência, destacando a relevância do ato de se alimentar nas discussões sobre as condições físicas e psicológicas dos idosos. Em DT18:9, um dos diretores técnicos menciona um caso específico onde um idoso “só falava que não conseguia comer e que queria comer esse tipo de alimentos”, mas não podia, o que acabou por contribuir para a sua degradação emocional e física, levando-o a “abdicou da vida”. Esta citação ilustra como a dificuldade em comer pode ter consequências devastadoras, tanto fisicamente como emocionalmente.

“Medo” (f = 3) é uma palavra que ressalta o impacto psicológico das dificuldades de deglutição. Em DT16:8, o medo é diretamente associado ao ato de deglutir, onde os idosos ficam “incomodados quando se engasgam, com medo até de deglutir”. Esta situação reflete a ansiedade constante que acompanha a dificuldade de deglutição, podendo levar a um ciclo de medo e rejeição do alimento que agrava as dificuldades alimentares e o estado emocional dos idosos.

“Acabou” (f = 2) e “acamado” (f = 2) estão interligadas no contexto das condições físicas graves dos idosos. Em DT18:9, o termo “acabou” é usado para descrever o final trágico de um idoso que, ao perder a capacidade de comer e o prazer associado, acabou por “ficar dependente, acamado, completamente acamado e acabou por falecer”. Este exemplo demonstra a relação entre a degradação física (acamado) e a perda de vontade de viver (acabou), exemplificando como as dificuldades na alimentação podem levar ao declínio geral da saúde.

A palavra “sempre” (f = 5) aparece com uma conotação de constância e regularidade. Em DT2:39, o termo é usado para descrever a rotina dos idosos no refeitório, um espaço que se torna central nas suas vidas diárias. A expressão “estão sempre” sugere que o refeitório não é apenas um local de alimentação, mas também um espaço social importante, que influencia o bem-estar psicológico dos idosos.

“Deglutir” (f = 2) é uma palavra que aparece diretamente relacionada à capacidade física dos idosos em lidar com os alimentos. Em DT16:8, a dificuldade em deglutir é associada ao

medo de se engasgar, mostrando como o ato de deglutir é uma fonte significativa de “stress” e ansiedade para os idosos.

“Degradação” (f = 2) surge em DT18:9 no contexto de um idoso cuja saúde e estado emocional deterioraram-se progressivamente após perder a capacidade de comer. A palavra resume o processo de declínio tanto físico como psicológico que ocorre quando os idosos não conseguem manter uma alimentação adequada, refletindo a interdependência entre as condições físicas e psicológicas.

“Alimentação” (f = 2) é uma palavra central, como demonstrado em DT24:29, onde se discute como a recusa em deglutir pode estar associada a questões emocionais. A alimentação é vista não apenas como uma necessidade física, mas também como um aspeto profundamente influenciado pelo estado psicológico do idoso, pondo em relevo a importância de abordagens integradas que considerem ambos os aspetos.

O termo “social” (f = 2) refere-se aos impactos sociais das dificuldades alimentares. Em DT23:8, são discutidas as repercussões sociais, como o “constrangimento social” e o “isolamento social” que surgem quando os idosos evitam participar de refeições em grupo ou eventos sociais, devido às suas dificuldades de deglutição. Este exemplo mostra como as condições físicas afetam a participação social e o bem-estar emocional dos idosos.

“Tristeza” (f = 2) está associada ao estado emocional negativo que surge quando os idosos enfrentam dificuldades em se alimentar. Em DT23:9, é mencionado que “quem não come bem quase sempre está triste”, vinculando diretamente as dificuldades alimentares ao sentimento de tristeza, que pode ser exacerbado pela frustração de não conseguir comer de forma satisfatória.

A palavra “sonda” (f = 2) aparece em DT9:34 e DT18:9, onde se discute o uso da sonda como uma solução para problemas graves de deglutição, mas que, no entanto, tem um forte impacto emocional. Em um dos casos mencionados, um idoso ficou “completamente deprimido” após ser submetido ao uso de sonda, destacando o quanto essa intervenção pode ser psicologicamente devastadora, mesmo sendo fisicamente necessária.

Outras palavras como “vida” (f = 2), “prazer” (f = 2), “pressa” (f = 2), “orientado” (f = 2), entre outras, também emergem na nuvem de palavras, cada uma refletindo aspetos específicos das condições vividas pelos idosos. Estas palavras indicam as múltiplas dimensões da experiência de envelhecimento com dificuldades de deglutição, onde as questões físicas, emocionais e sociais estão interrelacionadas.

A análise da nuvem de palavras para a categoria “Condições físicas e psicológicas” revela a interconexão entre as condições físicas, a capacidade de deglutição e o impacto emocional nos idosos. As palavras evocadas nas entrevistas refletem a necessidade de uma abordagem integrada para garantir não apenas a saúde física dos idosos, mas também o seu bem-estar emocional e social.

7.3 Análise da nuvem de palavras do código: PER-MUS: Perda muscular



Figura 41 – Nuvem de palavras do código: PER-MUS

Foi analisada a nuvem de palavras obtida por meio das entrevistas realizadas, na qual verifica-se que as palavras mais evocadas para o código PER-MUS, foram: “devido” (f = 1), “diminuição” (f = 1), “musculatura” (f = 1) (*ver figura 41*).

Na análise da nuvem de palavras referente ao código PER-MUS observou-se a evocação das palavras “devido” (f = 1), “diminuição” (f = 1) e “musculatura” (f = 1). Embora cada uma destas palavras tenha sido mencionada apenas uma vez, a sua presença é significativa no contexto das entrevistas com os DTs, uma vez que refletem aspetos críticos relacionados com a condição física dos idosos com dificuldades de deglutição.

A palavra “devido” (f = 1) surge na citação: “Devido à diminuição da musculatura” (DT16:2). Esta palavra introduz a causa direta da perda muscular, sugerindo uma correspondência causal que é necessária para compreender a situação clínica dos idosos em questão. A escolha do termo “devido” sublinha que a perda de massa muscular não é um evento isolado, mas sim o resultado de um processo contínuo e inevitável, ligado ao envelhecimento e às limitações físicas que ele impõe.

A palavra “diminuição” (f = 1), presente na mesma frase, reforça a ideia de um declínio progressivo. Neste contexto, “diminuição” refere-se à redução gradual da massa muscular, um

Foi analisada a nuvem de palavras obtida por meio das entrevistas realizadas, na qual verifica-se que as palavras mais evocadas para o código IMP-EMO, foram: “comer” (f = 5), “sempre” (f = 5), “medo” (f = 3), “acabou” (f = 2), “acamado” (f = 2), “algum” (f = 2), “alimentação” (f = 2), “completamente” (f = 2), “deglutir” (f = 2), “degradação” (f = 2), “dia” (f = 2), “dificuldade” (f = 2), “era” (f = 2), “espaços” (f = 2), “esta” (f = 2), “estava” (f = 2), “evitar” (f = 2), “falava” (f = 2), “fase” (f = 2), “fundo” (f = 2), “há” (f = 2), “mau” (f = 2), “orientado” (f = 2), “pessoa” (f = 2), “portanto” (f = 2), “prazer” (f = 2), “pressa” (f = 2), “pronto” (f = 2), “quase” (f = 2), “refeitório” (f = 2), “só” (f = 2), “social” (f = 2), “sonda” (f = 2), “tristeza” (f = 2), “vida” (f = 2), “abdicou” (f = 1), “acabam” (f = 1), “afetar” (f = 1), “afins” (f = 1), “ajudar” (f = 1), “algo” (f = 1), “alguém” (f = 1), “alimentos” (f = 1), “ansiedade” (f = 1), “apesar” (f = 1), “apresentação” (f = 1), “aquilo” (f = 1), “associada” (f = 1), “atividades” (f = 1), “beber” (f = 1), “bocado” (f = 1), “caso” (f = 1), “casos” (f = 1), “causava” (f = 1), “certa” (f = 1), “certamente” (f = 1), “coisas” (f = 1), “come” (f = 1), “comida” (f = 1), “comidas” (f = 1), “complicada” (f = 1), “comuns” (f = 1), “consequia” (f = 1), “constante” (f = 1), “constrangimento” (f = 1), “corram” (f = 1), “daí” (f = 1), “dependente” (f = 1), “depois” (f = 1), “deprimido” (f = 1), “dessa” (f = 1), “diariamente” (f = 1), “dias” (f = 1), “diferente” (f = 1), “difícil” (f = 1), “diga” (f = 1), “doenças” (f = 1), “emocional” (f = 1), “emoções” (f = 1), “emotiva” (f = 1), “engasgam” (f = 1), “engasgar” (f = 1), “estávamos” (f = 1), “existe” (f = 1), “exterior” (f = 1), “falecer” (f = 1), “falei” (f = 1), “família” (f = 1), “fazem” (f = 1), “ficou” (f = 1), “francos” (f = 1), “gostava” (f = 1), “grave” (f = 1), “hospital” (f = 1), “idosos” (f = 1), “impacto” (f = 1), “incomodados” (f = 1), “isolamento” (f = 1), “limitados” (f = 1), “lúcido” (f = 1), “maneira” (f = 1), “manter” (f = 1), “morrer” (f = 1), “origina” (f = 1), “outra” (f = 1), “outras” (f = 1), “participar” (f = 1), “partilhar” (f = 1), “partir” (f = 1), “pasta” (f = 1), “percebemos” (f = 1), “perceberem” (f = 1), “percebi” (f = 1), “perceção” (f = 1), “permitir” (f = 1), “podíamos” (f = 1), “positivo” (f = 1), “possível” (f = 1), “pouco” (f = 1), “prato” (f = 1), “prevalecem” (f = 1), “primeiro” (f = 1), “problema” (f = 1), “profissional” (f = 1), “próprias” (f = 1), “quer” (f = 1), “querer” (f = 1), “queria” (f = 1), “questão” (f = 1), “recusar” (f = 1), “refeições” (f = 1), “refeitórios” (f = 1), “regressou” (f = 1), “restaurante” (f = 1), “sabem” (f = 1), “satisfatória” (f = 1), “saúde” (f = 1), “segura” (f = 1), “seja” (f = 1), “senhor” (f = 1), “temáticos” (f = 1), “temos” (f = 1), “tinha” (f = 1), “tivemos” (f = 1), “tradicional” (f = 1),

“triste” (f = 1), “utente” (f = 1), “vamos” (f = 1), “veio” (f = 1), “visual” (f = 1), “vive” (f = 1) (ver figura 42).

A análise da nuvem de palavras para o código IMP-EMO revela uma complexa interligação entre as palavras mais evocadas nas entrevistas realizadas com os DTs e as suas implicações nas condições emocionais dos idosos que enfrentam dificuldades de deglutição. A seguir, apresento uma análise, contextualizando o significado de cada palavra-chave no âmbito das entrevistas e destacando a interrelação entre elas.

As palavras “comer” (f = 5) e “alimentação” (f = 2) aparecem como principais, o que sublinha a importância da refeição diária como não apenas uma necessidade física, mas também um momento carregado de significado emocional para os idosos. A dificuldade em “comer” é associada à perda de prazer e ao medo constante de engasgar, como indicado na citação: “algo que nos dá prazer, alguém que tem esta dificuldade certamente não tem prazer e vive sempre em constante medo, né, o medo de se engasgar e que as coisas não corram bem” (DT1). Este medo intensifica o impacto emocional, levando a uma degradação progressiva do bem-estar dos idosos, como observado em “o senhor só falava disso, só falava que não conseguia comer e que queria comer esse tipo de alimentos e não lhe era possível fazê-lo...” (DT18).

A palavra “sempre” (f = 5) é usada dar ênfase a recorrência dos desafios enfrentados pelos idosos nas suas rotinas diárias. Refere-se à constante presença de obstáculos emocionais e físicos, especialmente em situações sociais, como o refeitório, onde a interação e o ato de comer são marcantes para o convívio. Esta repetição diária das dificuldades amplifica o impacto emocional, despertando sentimentos de isolamento e ansiedade, evidentes na citação: “Primeiro porque é um dos espaços em que eles, pronto, estão sempre, eles prevalecem, aliás eles estão sempre, a parte do refeitório para eles é quase como...” (DT2).

O “medo” (f = 3) aparece como uma emoção fundamental e está neste contexto conectado ao ato de deglutir. O receio de engasgar, de não conseguir completar uma refeição com segurança, ou de perder o controlo durante a deglutição, são questões que emergem com frequência nas entrevistas. Este medo contínuo contribui para um estado de ansiedade que deteriora o estado emocional dos idosos: “incomodados quando se engasgam, com medo até de deglutir” (DT16).

“Acabou” (f = 2), “Degradação” (f = 2), “Vida” (f = 2), estas palavras remetem à percepção de fim, de uma deterioração que não é apenas física, mas também emocional e psicológica. A

degradação mencionada nas entrevistas refere-se à perda gradual da vontade de viver, como descrito em “isso acabou por ser, no fundo, a degradação, a ser a degradação dele. A partir dessa fase ele abdicou da vida...” (DT18). Essa degradação está diretamente relacionada com a incapacidade de se alimentar de forma satisfatória, clarificando como a perda do prazer em comer pode levar a uma desistência da vida.

A “pressa” (f = 2) dos profissionais ao alimentar os idosos é identificada como um fator que pode aumentar a “ansiedade” (f = 1) dos mesmos. A falta de tempo e a necessidade de acelerar o processo de alimentação criam um ambiente de “stress” que é transmitido aos idosos, aumentando o seu desconforto emocional: “Porque se o profissional tem pressa e quer, com pressa, ajudar a pessoa a beber ou a comer... é que origina ansiedade” (DT3). Esta ansiedade não só afeta a experiência do idoso durante a refeição, mas também contribui para um ciclo vicioso de medo e aversão ao ato de comer.

O uso da “sonda” (f = 2) é mencionado em situações de saúde mais graves, onde a capacidade de deglutir se torna extremamente limitada ou inexistente. Contudo, a dependência de uma sonda pode ter um impacto devastador no estado emocional do idoso, o que explica a evocação da palavra “Deprimido” (f = 1), como ilustrado na citação: “quando regressou do hospital veio com sonda, mas ele estava completamente deprimido” (DT9). A presença da sonda simboliza uma perda significativa de autonomia e dignidade, o que pode levar a estados de depressão.

O impacto emocional também se manifesta em termos de isolamento social (f = 2) e “constrangimento” (f = 1). A dificuldade em participar de atividades sociais, como refeições em grupo, é frequentemente mencionada como uma fonte de “stress” e desconforto. O medo de ser julgado ou de não conseguir acompanhar os outros pode levar os idosos a evitar situações sociais, resultando em maior isolamento: “Temos casos aqui de algum constrangimento social, algum isolamento social...” (DT23).

As palavras analisadas inter-relacionam-se ao ilustrar um ciclo contínuo de medo, ansiedade, e degradação emocional. A incapacidade de “comer” de forma satisfatória desperta “medo” e “ansiedade”, que por sua vez contribuem para um sentimento de “degradação” e perda de “vida”. Este ciclo é exacerbado pela “pressa” dos cuidadores, o que leva a uma maior dependência de métodos invasivos como a “sonda”, culminando em estados de “depressão” e “isolamento social”.

Esta análise revela o possível impacto emocional nas vidas dos idosos com dificuldades de deglutição, destacando a necessidade de uma abordagem mais sensível e cuidadosa por parte dos profissionais de saúde, para reduzir os efeitos psicológicos e melhorar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

7.5 Análise do diagrama de Sankey da categoria: Condições físicas e psicológicas

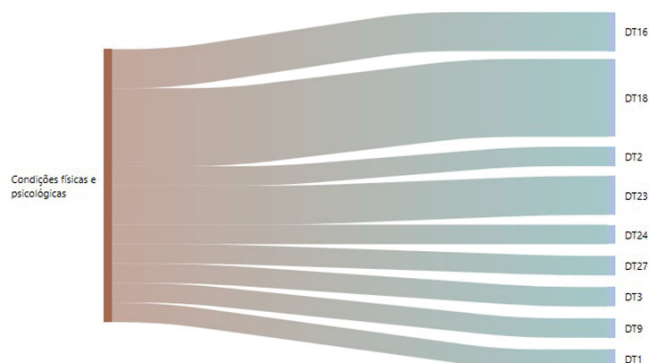


Figura 43 - Diagrama de Sankey da categoria: Condições físicas e psicológicas

O diagrama de Sankey para a categoria “Condições físicas e psicológicas” demonstra que DTs como DT18, DT23 e DT16 contribuíram de maneira mais expressiva para essa categoria. Esses diretores relataram as suas percepções sobre os códigos da categoria no comprometimento da deglutição dos idosos.

Por exemplo, DT18 descreve que um idoso que não conseguia comer se recusava a viver, o que ilustra claramente o impacto emocional devastador que a dificuldade de deglutição pode gerar. Segundo ele, “a verdade é que em pouco tempo, o senhor só falava disso, só falava que não conseguia comer e que queria comer esse tipo de alimentos e não lhe era possível fazê-lo, porque nós não podíamos permitir, estávamos aqui limitados, e isso acabou por ser, no fundo, a degradação, a ser a degradação dele. A partir dessa fase ele abdicou da vida, porque era o que ele gostava de fazer, e portanto, e daí depois ficou dependente, acamado, completamente acamado e acabou por falecer” (DT18:9), dando ênfase que a alimentação, além de uma necessidade física, é também um momento de prazer e socialização. Já o DT23 reforça que “vamos ser francos, quem não come bem quase sempre está triste. Portanto, existe também uma certa tristeza, vá, associada a esta dificuldade de manter uma alimentação dita satisfatória e segura” (DT23:9), mostrando a relação entre uma alimentação inadequada e os sentimentos de tristeza e isolamento social.

Os códigos PER-MUS e IMP-EMO são importantes para compreender a dinâmica entre as condições físicas e emocionais. No diagrama, as relações entre os DTs e os códigos principais mostram que o IMP-EMO é o mais destacado, com uma contribuição de maior peso em relação à PER-MUS, que teve apenas uma citação. O diagrama revela que as percepções dos diretores técnicos concentram-se mais nos desafios psicológicos do que físicos, reforçando que o aspeto emocional, como a ansiedade e a depressão, muitas vezes agrava os problemas de deglutição.

DTs como DT18 e DT23 discutem a importância de manter um ambiente onde os idosos não se sintam constrangidos ou envergonhados por suas dificuldades alimentares. A participação em atividades sociais ou até mesmo o ato de partilhar uma refeição em família pode ser desafiador quando há problemas de deglutição. Para DT23, isso leva ao isolamento social: “temos casos aqui de algum constrangimento social, algum isolamento social, a não querer partilhar os refeitórios ou os espaços comuns, o evitar de fazer refeições no exterior com a família, o evitar de participar em dias temáticos em que a comida é diferente, não é tradicional de prato” (DT23:8). A perda de confiança para comer em público é um impacto emocional importante que precisa ser abordado pelas equipas multidisciplinares nas ERPI.

Os fluxos principais do diagrama evidenciam as ligações entre os DTs, a categoria e o código IMP-EMO. As interações revelam que os efeitos psicológicos da dificuldade de deglutição são frequentemente mencionados pelos DTs como fatores que comprometem a saúde geral dos idosos. A ansiedade e o medo de engasgar, por exemplo, são mencionados por DT16, que afirma que os idosos ficam “incomodados quando se engasgam, com medo até de deglutir” (DT16:8). Esses sentimentos podem desencadear uma recusa em comer, agravando a condição física e psicológica dos idosos.

A análise realizada foi suportada pelo relatório de citações da categoria “Condições físicas e psicológicas”. As contribuições dos DTs indicam que o impacto emocional desempenha um papel importante na gestão da deglutição nas ERPI, mas não se pode deixar de valorizar a perda muscular. As dificuldades psicológicas exacerbam as limitações físicas, e os profissionais de saúde nas ERPI precisam estar atentos a esses dois fatores para garantir um cuidado de qualidade. Como ilustra DT24, “as doenças acabam por nos afetar de uma maneira ou de outra, as próprias emoções, a parte emotiva da pessoa, o recusar-se de deglutir a alimentação pode ser também uma questão emocional” (DT24:29).

A análise do diagrama de Sankey para a categoria “Condições físicas e psicológicas”

revela que os diretores valorizam o impacto emocional em detrimento da perda muscular, no entanto, a perda muscular também desempenha um papel relevante para garantir a segurança e o bem-estar dos idosos nas ERPI.

7.6 Síntese da Categoria: Condições físicas e psicológicas

A categoria “Condições físicas e psicológicas” aborda percepção dos DTs sobre a relevância dos fatores físicos e emocionais no contexto dos cuidados prestados a idosos com dificuldades de deglutição nas ERPI. A deglutição é uma função corporal essencial que pode ser comprometida tanto por condições físicas, como a perda muscular, quanto por fatores psicológicos, como ansiedade e depressão. Estas dificuldades afetam diretamente a qualidade de vida dos idosos, uma vez que comprometem a sua capacidade de se alimentar de forma segura e eficiente.

Os principais códigos analisados nesta categoria são PER-MUS e IMP-EMO. O código IMP-EMO destaca-se pela sua maior frequência nas entrevistas, com 13 ocorrências e um coeficiente de coocorrência de 0,93, sugerindo uma associação entre os impactos emocionais e as dificuldades de deglutição dos idosos, na percepção dos diretores. Os DTs salientam que muitos idosos desenvolvem medo de se alimentar devido ao risco de engasgar, o que aumenta a ansiedade e agrava o seu estado emocional. Já o código PER-MUS teve apenas uma menção, com um coeficiente de 0,07, sugerindo que, nas entrevistas, os DTs conferem maior relevância aos fatores emocionais do que à perda muscular propriamente dita.

Apesar da baixa frequência de PER-MUS, a perda muscular é um fator que não deve ser negligenciado. Conforme ilustrado pelo diagrama de Sankey, há uma clara separação entre as percepções sobre os impactos físicos e emocionais na deglutição, sem coocorrências entre os dois códigos. No entanto, nas práticas diárias de ERPI, a gestão da perda muscular, mesmo que menos enfatizada, também é um desafio importante. Extrapolando a fala de um diretor, poderíamos inferir que a diminuição da força muscular prejudica diretamente a capacidade de mastigar e engolir, tornando-se necessário adaptar as intervenções para utentes com esses problemas físicos.

As relações entre os códigos e as práticas de cuidados demonstram que o impacto emocional é central na gestão da deglutição. Os idosos frequentemente manifestam medo, ansiedade e tristeza, sentimentos que os levam a recusar a alimentação, o que, por sua vez, agrava as suas condições físicas. Este ciclo negativo reforça a necessidade de uma abordagem integrada que considere as condições físicas e emocionais dos idosos.

A síntese da categoria “Condições físicas e psicológicas” revela que os DTs atribuem maior importância ao impacto emocional na gestão da deglutição. A ansiedade e o medo de engasgar são os principais obstáculos à alimentação saudável, sendo essenciais intervenções que atendam não só às necessidades físicas, mas também às emocionais. As práticas preventivas e interventivas devem estar interligadas, como visualizado no diagrama de Sankey e corroborado pelas citações dos diretores técnicos, para assegurar uma abordagem mais eficaz e humanizada no cuidado aos idosos com disfagia.

8. Categoria: Planeamento e procedimentos de intervenções

8.1 Análise da coocorrência e dos coeficientes de força

A categoria “Planeamento e procedimentos de intervenções” é relevante para a compreensão de melhorias, através das perceções dos diretores, na abordagem da deglutição em idosos institucionalizados nas ERPI.

Com o avanço da idade, muitas pessoas apresentam dificuldades crescentes para se alimentar de forma adequada, aumentando o risco de complicações como aspiração e desnutrição. A importância do planeamento personalizado de cuidados, bem como a implementação de exercícios de deglutição e estratégias de posicionamento, é destacada pelos DTs de ERPI.

A análise de coocorrência revela relações entre os principais códigos desta categoria: PLAN-CUI, EX-DEG e EST-POS. A categoria, “Planeamento e procedimentos de intervenções”, apresentou um total de 12 ocorrências, com os seus códigos interligados a diferentes graus. Entre os códigos, o PLAN-CUI é o mais frequente, com 8 ocorrências, seguido de EST-POS com 4, e EX-DEG com 2. O coeficiente de força mais elevado foi registado entre a categoria e o código PLAN-CUI, com um valor de 0,73, sugerindo uma interdependência entre o planeamento de cuidados e os procedimentos de intervenção.

Entre os códigos, o único que apresentou coocorrência foi PLAN-CUI com EST-POS, com um coeficiente de 0,11, sugerindo que, nas perceções dos DTs, o planeamento de cuidados considera o posicionamento do idoso durante a alimentação para melhorar a segurança e a eficácia da deglutição. Por outro lado, não houve coocorrência significativa entre EX-DEG e outros códigos, o que pode indicar uma abordagem separada para os exercícios de deglutição nas ERPI. Como um DT explica, “com o treinamento da deglutição, se calhar podíamos retardar esse processo” (DT16:17), mostrando que os exercícios são importantes, mas são vistos como um complemento específico, e não como uma prática integrada ao planeamento de cuidados diários.

O coeficiente de 0,73 entre a categoria e o código PLAN-CUI reflete a confluência do desenvolvimento de planos individualizados para os idosos com dificuldades de deglutição. Um dos DTs destaca: “se a pessoa for autónoma nós preservamos a autonomia e a funcionalidade da pessoa e não estamos aqui para fazer por, mas para fazer com a pessoa. E esse é o nosso princípio” (DT3:28). Este exemplo exemplifica como o planeamento de cuidados não apenas pretende intervir com as dificuldades físicas, mas também respeitar o ritmo e a autonomia dos idosos, assegurando que as suas necessidades individuais sejam atendidas.

O coeficiente de 0,36 entre a categoria e o código EST-POS sugere que as estratégias de posicionamento são frequentemente consideradas uma parte essencial do processo de alimentação para evitar engasgamento e facilitar a deglutição. Um DT menciona: “portanto, essa formação, a posição em que a pessoa deve estar, eu às vezes debato muito com esta situação, deve comer numa cadeira de rodas, ou deve comer num cadeirão, ou deve comer numa cadeira normal de sala de jantar. O que é que facilita a deglutição? Porque é mais fácil se a pessoa está semi-sentada, a posição, mas é mais fácil para o engasgamento” (DT5:31). Esse depoimento demonstra a importância do correto posicionamento do idoso para melhorar a segurança durante a refeição.

Por outro lado, o coeficiente de 0,17 entre a categoria e o código EX-DEG indica uma menor integração desses exercícios nas práticas diárias de cuidado. Um dos DTs explica: “eu tenho aqui o utentes que tem terapeutas da fala, fazem exercícios e ele até está a ser alimentado com uma PEG, mas a técnica já lhe disse, olha, podemos dar um bocadinho de uma refeição pastosa, só um bocadinho. Porquê? Porque ela tem técnicas, não é? Tem exercícios que vão melhorar em termos para a deglutição ser melhor” (DT26:18). Isso sugere que os exercícios são realizados por especialistas e são vistos como intervenções específicas para casos mais graves ou como parte de programas de reabilitação.

Os depoimentos dos DTs reforçam a importância do planeamento adequado e das estratégias preventivas. Um diretor menciona: “serem alimentadas, todas cada vez estão mais informadas e mais conscientes de todos os cuidados que temos que ter na alimentação dos idosos, sim” (DT9:43). Outro DT comenta sobre o posicionamento: “o posicionamento, como é que ela vai ser alimentada, e como é que vai permanecer após ser alimentada” (DT10:29). Esses relatos trazem a relevância de uma abordagem cuidadosa e individualizada para evitar complicações.

A análise da coocorrência e dos coeficientes de força para a categoria “Planeamento e procedimentos de intervenções” demonstra a interrelação entre o planeamento de cuidados, as estratégias de posicionamento e, em menor escala, os exercícios de deglutição. Os DTs relatam a importância de respeitar o tempo e as necessidades dos idosos ao desenvolver planos de cuidados. Enquanto as estratégias de posicionamento são frequentemente integradas ao cuidado, os exercícios de deglutição tendem a ser aplicados de forma mais especializada.

	● Planeamento e procedimentos de intervenções Gr=12		○ Planeamento e procedimentos de intervenções: Estratégias de posicionamento Gr=3		○ Planeamento e procedimentos de intervenções: Exercícios de deglutição Gr=2		○ Planeamento e procedimentos de intervenções: Planeamento de cuidados Gr=7	
	count	coefficient	count	coefficient	count	coefficient	count	coefficient
● Planeamento e procedimentos de intervenções Gr=12	0	0,00	4	0,36	2	0,17	8	0,73
○ Planeamento e procedimentos de intervenções: Estratégias de posicionamento Gr=3	4	0,36	0	0,00	0	0,00	1	0,11
○ Planeamento e procedimentos de intervenções: Exercícios de deglutição Gr=2	2	0,17	0	0,00	0	0,00	0	0,00
○ Planeamento e procedimentos de intervenções: Planeamento de cuidados Gr=7	8	0,73	1	0,11	0	0,00	0	0,00

Tabela 8 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Planeamento e procedimentos de intervenções

	● Planeam... 12	○ Planeament... 3	○ Planeament... 2	○ Planeament... 7
● Planeamento e procedimentos de intervenções 12		4 (0,36)	2 (0,17)	8 (0,73)
○ Planeamento e procedimentos de intervenções: Estratégias de posicionamento 3	4 (0,36)			1 (0,11)
○ Planeamento e procedimentos de intervenções: Exercícios de deglutição 2	2 (0,17)			
○ Planeamento e procedimentos de intervenções: Planeamento de cuidados 7	8 (0,73)	1 (0,11)		

Figura 44 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Planeamento e procedimentos de intervenções

8.2 Análise da nuvem de palavras da categoria: Planeamento e procedimentos de intervenções

“logo” (f = 1), “melhor” (f = 1), “melhorar” (f = 1), “meter” (f = 1), “muita” (f = 1), “muitas” (f = 1), “natural” (f = 1), “necessários” (f = 1), “necessidade” (f = 1), “neles” (f = 1), “normal” (f = 1), “nunca” (f = 1), “partida” (f = 1), “partir” (f = 1), “pastosa” (f = 1), “peg” (f = 1), “permanecer” (f = 1), “podíamos” (f = 1), “posicionamento” (f = 1), “possível” (f = 1), “precisam” (f = 1), “preservamos” (f = 1), “prestar” (f = 1), “princípio” (f = 1), “problemática” (f = 1), “processo” (f = 1), “pronto” (f = 1), “rápido” (f = 1), “recursos” (f = 1), “refeição” (f = 1), “requer” (f = 1), “retardar” (f = 1), “rodas” (f = 1), “sala” (f = 1), “saúde” (f = 1) (*ver figura 45*).

Foi analisada a nuvem de palavras obtida por meio das entrevistas realizadas, na qual foi verificado que a palavra “pessoa” (f = 7) aparece como a mais frequente nesta categoria, privilegiando o indivíduo no planejamento e execução das intervenções. A ênfase na pessoa reflete uma abordagem centrada no utente, onde as necessidades e capacidades individuais são o ponto de partida para o desenvolvimento de planos de cuidados. Em DT3:28, por exemplo, é mencionado: “se a pessoa for autónoma nós preservamos a autonomia e a funcionalidade da pessoa”. Esta citação demonstra a importância de respeitar e preservar a autonomia dos idosos sempre que possível, ajustando as intervenções ao nível de independência de cada utente.

A palavra “deglutição” (f = 5) é central no contexto desta categoria, uma vez que o planejamento das intervenções procura precisamente melhorar ou manter a capacidade de deglutição dos idosos. Em DT16:17, é abordada a possibilidade de retardar o processo de deterioração da deglutição por meio de exercícios: “com o treinamento da deglutição, se calhar podíamos retardar esse processo”. Esta abordagem preventiva é fundamental para manter a qualidade de vida dos idosos, destacando a importância dos exercícios de deglutição no plano de cuidados.

A palavra “comer” (f = 4) reflete a preocupação prática com o ato de alimentação, que está relacionado à deglutição. Em DT5:5, discute-se a importância de dar tempo ao idoso para realizar a deglutição de forma segura: “às vezes a deglutição requer que o profissional tenha tempo, tempo para dar a alimentação com muita calma, esperar que ele faça a deglutição”. Esta orientação na paciência durante a alimentação põe em relevo a necessidade de adaptar o ritmo de cuidados ao ritmo individual do utente, prevenindo engasgamentos e outros problemas associados.

As palavras “vezes” (f = 4) e “menos” (f = 3) aparecem em discussões sobre a frequência e quantidade de alimento a ser administrado, bem como sobre a necessidade de ajustar

procedimentos com base nas condições do idoso. Em DT21:29, por exemplo, há uma reflexão sobre a quantidade de alimento que deve ser administrada: “deve-se deitar mais, deve-se deitar menos”. Este tipo de avaliação contínua é essencial para ajustar as intervenções às necessidades de saúde e segurança do idoso, mostrando a flexibilidade necessária no planejamento de cuidados.

A palavra “alimentação” (f = 3) destaca o propósito nas práticas alimentares dentro do planejamento de intervenções. A citação em DT5:5 reforça a importância do cuidado durante a alimentação, assegurando que esta seja feita de forma calma e controlada. A palavra “dar” (f = 3), que acompanha esta discussão, assinala a ação direta dos cuidadores na alimentação dos idosos, exigindo atenção e tempo para garantir uma deglutição segura.

As palavras “deitar” (f = 3) e “posição” (f = 2) estão relacionadas com as estratégias de posicionamento discutidas no planejamento de cuidados. A posição do idoso durante e após a alimentação é necessária para prevenir complicações como o engasgamento. Em DT10:29, é discutido como o posicionamento afeta a segurança da deglutição: “o posicionamento, como é que ela vai ser alimentada, e como é que vai permanecer após ser alimentada”. A escolha da posição correta é uma intervenção simples, mas que pode ter um impacto significativo na segurança do utente.

As palavras “temos” (f = 3) e “ter” (f = 2) refletem a consciência dos recursos e responsabilidades necessárias para garantir uma boa prática no cuidado aos idosos. Em DT27:3, o entrevistado alerta: “se temos idosos com mais necessidade, automaticamente temos que ter mais pessoas para prestar os cuidados necessários ao utente”. Esta citação destaca a interdependência entre as necessidades dos utentes e os recursos humanos disponíveis, sugerindo que uma planificação adequada deve sempre considerar a disponibilidade de pessoal.

A palavra “engasgamento” (f = 2) é utilizada para referir um dos riscos mais imediatos e perigosos durante a alimentação dos idosos. Em DT3:29, o respeito pelo tempo do idoso ao comer é visto como essencial para reduzir o risco de engasgamento: “se respeitar o seu próprio tempo de alimentação ou de ingestão, corre menos risco, pronto, menos risco de engasgamento”. Este cuidado é o ponto-chave no planejamento de procedimentos de intervenção, mostrando que a prevenção de riscos está no cerne das práticas de cuidado.

A análise da nuvem de palavras para a categoria “Planeamento e procedimentos de intervenções” revela uma abordagem preocupada com o utente, onde o interesse é garantir que cada idoso receba cuidados personalizados, respeitando o seu ritmo e condições específicas.

8.3 Análise da nuvem de palavras do código: PLAN-CUI: Planejamento de cuidados

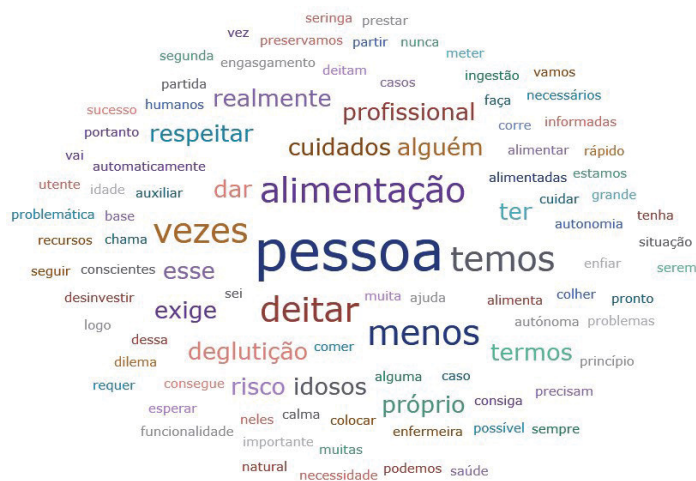


Figura 46 – Nuvem de palavras do código: PLAN-CUI

Foi analisada a nuvem de palavras obtida por meio das entrevistas realizadas, na qual verifica-se que as palavras mais evocadas para o código: PLAN-CUI, foram: “pessoa” (f = 5), “alimentação” (f = 3), “deitar” (f = 3), “menos” (f = 3), “temos” (f = 3), “vezes” (f = 3), “alguém” (f = 2), “cuidados” (f = 2), “dar” (f = 2), “deglutição” (f = 2), “esse” (f = 2), “exige” (f = 2), “idosos” (f = 2), “profissional” (f = 2), “próprio” (f = 2), “realmente” (f = 2), “respeitar” (f = 2), “risco” (f = 2), “ter” (f = 2), “termos” (f = 2), “ajuda” (f = 1), “alguma” (f = 1), “alimenta” (f = 1), “alimentadas” (f = 1), “alimentar” (f = 1), “automaticamente” (f = 1), “autônoma” (f = 1), “autonomia” (f = 1), “auxiliar” (f = 1), “base” (f = 1), “calma” (f = 1), “caso” (f = 1), “casos” (f = 1), “chama” (f = 1), “colher” (f = 1), “colocar” (f = 1), “comer” (f = 1), “conscientes” (f = 1), “consegue” (f = 1), “consiga” (f = 1), “corre” (f = 1), “cuidar” (f = 1), “deitam” (f = 1), “desinvestir” (f = 1), “dessa” (f = 1), “dilema” (f = 1), “enfermeira” (f = 1), “enfiar” (f = 1), “engasgamento” (f = 1), “esperar” (f = 1), “estamos” (f = 1), “faça” (f = 1), “funcionalidade” (f = 1), “grande” (f = 1), “humanos” (f = 1), “idade” (f = 1), “importante” (f = 1), “informadas” (f = 1), “ingestão” (f = 1), “logo” (f = 1), “meter” (f = 1), “muita” (f = 1), “muitas” (f = 1), “natural” (f = 1), “necessários” (f = 1), “necessidade” (f = 1), “neles” (f = 1), “nunca” (f = 1), “partida” (f =

1), “partir” (f = 1), “podemos” (f = 1), “portanto” (f = 1), “possível” (f = 1), “precisam” (f = 1), “preservamos” (f = 1), “prestar” (f = 1), “princípio” (f = 1), “problemas” (f = 1), “problemática” (f = 1), “pronto” (f = 1), “rápido” (f = 1), “recursos” (f = 1), “requer” (f = 1), “saúde” (f = 1), “seguir” (f = 1), “segunda” (f = 1), “sei” (f = 1), “sempre” (f = 1), “serem” (f = 1), “seringa” (f = 1), “situação” (f = 1), “sucesso” (f = 1), “tenha” (f = 1), “utente” (f = 1), “vai” (f = 1), “vamos” (f = 1), “vez” (f = 1) (*ver figura 46*).

A análise da nuvem de palavras para o código PLAN-CUI divulga uma interligação complexa entre as palavras mais evocadas nas entrevistas com os DTs e a sua relevância no contexto do planejamento de cuidados para os idosos com dificuldades de deglutição. A seguir, apresentamos uma análise detalhada, contextualizando o significado de cada palavra-chave no âmbito das entrevistas e destacando a interrelação entre elas.

A palavra “pessoa” (f = 5) surge com maior frequência, destacando-se nas discussões sobre o planejamento de cuidados. Esta palavra reflete a preocupação individualizada que os diretores procuram manter na prestação dos cuidados, assegurando que cada idoso seja tratado segundo as suas necessidades específicas. Por exemplo, em DT3:28, é realçado que “se a pessoa for autónoma, nós preservamos a autonomia e a funcionalidade da pessoa”. Esta citação exalta a importância de respeitar a individualidade e a autonomia dos idosos, mesmo quando estes necessitam de assistência.

A “alimentação” (f = 3) é outro termo relevante, frequentemente associado à importância de proporcionar uma nutrição adequada e segura. A palavra é mencionada no contexto de assegurar que os cuidados prestados levem em consideração as necessidades específicas de deglutição de cada idoso. Em DT5:5, é destacado que “a deglutição requer que o profissional tenha tempo, tempo para dar a alimentação com muita calma”. Esta citação valoriza a necessidade de um planejamento cuidadoso, que permita ao profissional administrar a alimentação de forma que minimize os riscos, como o engasgamento, e assegure que a deglutição ocorra de forma segura.

“Deitar” (f = 3) e “menos” (f = 3) aparecem interligados no contexto das discussões sobre o posicionamento dos idosos durante a alimentação. Em DT21:29, há uma reflexão sobre a melhor postura para os idosos durante as refeições, com a preocupação de que “deve se deitar mais, deve se deitar menos”, dependendo das circunstâncias e do estado de saúde do idoso. Esta citação realça a importância de ajustar os cuidados conforme as condições específicas de cada

idoso, evitando complicações durante a alimentação.

A palavra “temos” (f = 3) também é recorrente, refletindo a necessidade de recursos adequados para garantir a eficácia do planeamento de cuidados. Em DT27:3, é mencionado que “temos que ter mais pessoas para prestar os cuidados necessários ao utente”, manifestando a exigência de uma equipa adequada para atender às necessidades crescentes dos idosos que necessitam de cuidados especializados. Esta preocupação com os recursos humanos adequados é essencial para assegurar que o planeamento dos cuidados seja eficaz e possa ser implementado de forma consistente.

A palavra “vezes” (f = 3) aparece em discussões sobre a repetição e a rotina dos cuidados, essencial para garantir que os procedimentos sejam realizados de forma correta e consistente. Por exemplo, em DT5:5, é mencionado que “às vezes a deglutição requer que o profissional tenha tempo”, o que indica que o planeamento de cuidados precisa considerar a repetição das práticas e a paciência necessária por parte dos profissionais para evitar erros e garantir a segurança do idoso.

“Alguém” (f = 2) e “cuidados” (f = 2) são palavras que reforçam a importância do cuidado voltado na pessoa. Em DT3:29, é afirmado que “o profissional que vai auxiliar alguém que não consiga fazer por si só, respeitar o tempo dessa pessoa”, evidenciando o objetivo em prestar cuidados que respeitem o ritmo individual de cada idoso, evitando pressões que possam comprometer a segurança e o bem-estar durante a alimentação.

A palavra “deglutição” (f = 2) está diretamente relacionada ao interesse principal do planeamento de cuidados, sendo um aspeto fundamental no cuidado dos idosos. Como mencionado em DT5:5, “a deglutição requer atenção especial, e o tempo dedicado a este processo deve ser respeitado para evitar complicações”. O planeamento de cuidados deve, portanto, assegurar que os profissionais estejam devidamente formados e que tenham o tempo necessário para administrar a alimentação de forma segura.

A palavra “exige” (f = 2) reflete o desafio por um esforço extra e recursos adequados no cuidado com os idosos. Em DT27:3, é afirmado que o cuidado de idosos com necessidades especiais “exige mais em termos de recursos humanos”, destacando a importância de planear adequadamente os cuidados, garantindo que a equipa tenha os recursos necessários para atender às exigências dos idosos.

Outras palavras como “profissional” (f = 2), “próprio” (f = 2), “realmente” (f = 2),

“respeitar” (f = 2), e “risco” (f = 2) também aparecem com relevância, cada uma reforçando diferentes aspetos do planeamento de cuidados, desde a necessidade de profissionais qualificados até à importância de respeitar o tempo e o ritmo de cada idoso para minimizar os riscos.

As palavras analisadas inter-relacionam-se ao mostrar a complexidade do planeamento de cuidados para idosos com dificuldades de deglutição. A ênfase na “pessoa”, a necessidade de uma abordagem individualizada e a preocupação com a segurança e a qualidade da “alimentação” são temas que permeiam as preocupações dos diretores. O planeamento cuidadoso, que respeita o tempo e as condições específicas de cada idoso, é primordial para garantir que os cuidados prestados sejam produtivos e contribuam para o bem-estar dos idosos.

Esta análise destaca a necessidade de uma abordagem detalhada no planeamento dos cuidados, considerando não só os aspetos técnicos e de recursos, mas também a dimensão humana, respeitando a individualidade de cada idoso e assegurando que os cuidados prestados sejam seguros, exequíveis e humanizados.

8.4 Análise da nuvem de palavras do código: EX-DEG: Exercícios de deglutição

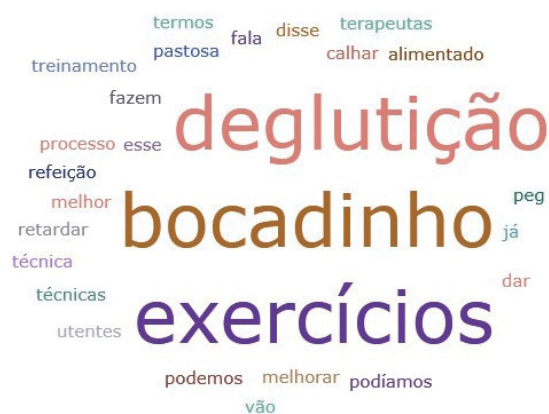


Figura 47 – Nuvem de palavras do código: EX-DEG

Foi analisada a nuvem de palavras obtida por meio das entrevistas realizadas, na qual verifica-se que as palavras mais evocadas para o código EX-DEG, foram: “bocadinho” (f = 2), “deglutição” (f = 2), “exercícios” (f = 2), “alimentado” (f = 1), “calhar” (f = 1), “dar” (f = 1), “disse” (f = 1), “esse” (f = 1), “fala” (f = 1), “fazem” (f = 1), “já” (f = 1), “melhor” (f = 1),

“melhorar” (f = 1), “pastosa” (f = 1), “peg” (f = 1), “podemos” (f = 1), “podíamos” (f = 1), “processo” (f = 1), “refeição” (f = 1), “retardar” (f = 1), “técnica” (f = 1), “técnicas” (f = 1), “terapeutas” (f = 1), “termos” (f = 1), “treinamento” (f = 1), “utentes” (f = 1), “vão” (f = 1) (*ver figura 47*).

A análise da nuvem de palavras para o código EX-DEG revela uma interligação entre as palavras evocadas nas entrevistas com os DTs e as suas implicações práticas na melhoria da deglutição dos idosos nas ERPI. A seguir, apresentamos uma análise, contextualizando o significado de cada palavra-chave no âmbito das entrevistas e destacando a interrelação entre elas.

As palavras “bocadinho” (f = 2) e “deglutição” (f = 2) evidenciam a importância de adaptar o tamanho das porções alimentares e a prática de exercícios específicos para facilitar a deglutição dos idosos. A citação de DT26 ilustra este ponto: “Podemos dar um bocadinho de uma refeição pastosa, só um bocadinho”, demonstrando que a administração de pequenas porções é uma estratégia utilizada em conjunto com exercícios de deglutição para melhorar a segurança alimentar dos idosos. A atenção na deglutição é essencial, uma vez que a capacidade de engolir adequadamente é importante para prevenir complicações como a aspiração e a desnutrição.

A palavra “exercícios” (f = 2) reflete a ênfase dada pelos DTs à necessidade de intervenções terapêuticas regulares que fortaleçam os músculos envolvidos na deglutição. Como mencionado em DT16: “Com o treinamento da deglutição, se calhar podíamos retardar esse processo”, considerando que o treino contínuo pode ajudar a retardar o declínio da função de deglutição, promovendo uma melhor qualidade de vida para os idosos.

A palavra “alimentado” (f = 1) é utilizada no contexto da administração de alimentos em situações onde a deglutição está comprometida, como descrito em DT26: “Ele até está a ser alimentado com uma PEG”, referindo-se ao uso de uma sonda colocada por gastrostomia percutânea endoscópica (PEG) para garantir a nutrição do idoso. Esta prática, embora necessária em casos graves, é complementada com exercícios de deglutição para potencializar qualquer função residual que o idoso ainda possa ter, para reintroduzir a alimentação oral, mesmo que seja de forma parcial.

Palavras como “calhar” (f = 1) e “dar” (f = 1) sugerem a flexibilidade necessária na abordagem dos cuidados alimentares, onde os profissionais precisam ajustar as intervenções com base na resposta individual dos idosos. DT16 menciona: “Se calhar podíamos retardar esse

processo”, destacando a possibilidade de ajustar as estratégias conforme a evolução da condição do idoso.

A palavra “disse” (f = 1) aponta para a importância da comunicação entre os terapeutas e os demais membros da equipa de cuidados. Como observado em DT26: “A técnica já lhe disse”, demonstra que a informação passada entre os profissionais é um diferencial para garantir que os exercícios de deglutição sejam realizados de forma correta e coordenada, maximizando os benefícios para os idosos.

O termo “fala” (f = 1) reflete a intervenção dos terapeutas da fala, que desempenham um papel fundamental na reabilitação da deglutição. Em DT26, o uso de exercícios de deglutição é descrito como parte do trabalho dos terapeutas, que utilizam técnicas específicas para melhorar a função de deglutição dos idosos.

“Fazem” (f = 1) e “já” (f = 1) indicam a continuidade e a presença de uma rotina estabelecida de exercícios de deglutição, como exemplificado em DT26: “Fazem exercícios”, mostrando que estas práticas estão integradas no dia a dia dos cuidados prestados aos idosos, e que há uma consciência sobre a importância de manter estas intervenções ao longo do tempo.

A palavra “melhor” (f = 1) e “melhorar” (f = 1) enfatizam o objetivo final dos exercícios de deglutição: melhorar a qualidade de vida dos idosos. Como ilustrado em DT26: “Exercícios que vão melhorar em termos para a deglutição ser melhor”, destaca a esperança e o foco na melhoria contínua das capacidades dos idosos, mesmo quando estão a ser alimentados por métodos alternativos, como a PEG.

“Pastosa” (f = 1) e “PEG” (f = 1) são termos que indicam as adaptações necessárias na alimentação dos idosos com dificuldades de deglutição. A referência a uma “refeição pastosa” em DT26 indica uma das estratégias alimentares complementadas com os exercícios de deglutição para facilitar o processo de alimentação.

“Podemos” (f = 1) e “podíamos” (f = 1) mostram a abordagem colaborativa e de tentativa dos profissionais, onde as intervenções são ajustadas com base nas respostas observadas nos idosos. A flexibilidade e a personalização das intervenções são um diferencial para o sucesso do tratamento.

Palavras como “processo” (f = 1), “refeição” (f = 1), “retardar” (f = 1) evocam o caráter contínuo e progressivo dos cuidados de deglutição. O termo “retardar” em DT16 destaca a possibilidade de atrasar o avanço das dificuldades de deglutição por meio de exercícios regulares.

“Técnica” (f = 1) e “técnicas” (f = 1) referem-se às abordagens específicas utilizadas pelos terapeutas da fala para otimizar a deglutição. Como mencionado em DT26: “Ela tem técnicas”, reflete a especialização e o conhecimento técnico necessário para conduzir exercícios eficazes.

“Terapeutas” (f = 1), “termos” (f = 1), “treinamento” (f = 1) e “utentes” (f = 1) indicam a importância do papel dos terapeutas da fala e do treino contínuo para a manutenção da capacidade de deglutição. Os terapeutas são fundamentais para orientar os utentes mediante um regime de exercícios que objetiva preservar e, se possível, melhorar a função de deglutição.

Esta análise apresenta a complexidade e a importância dos exercícios de deglutição como parte dos cuidados oferecidos aos idosos com dificuldades de deglutição, destacando a necessidade de uma abordagem integrada e contínua, onde os profissionais trabalham em conjunto para melhorar a qualidade de vida dos utentes.

8.5 Análise da nuvem de palavras do código: EST-POS: Estratégias de posicionamento

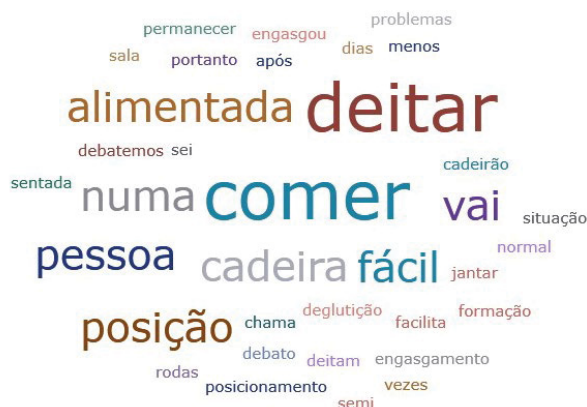


Figura 48 – Nuvem de palavras do código: EST-POS

Foi analisada a nuvem de palavras obtida por meio das entrevistas realizadas, na qual verifica-se que as palavras mais evocadas para o código EST-POS, foram: “comer” (f = 3), “deitar” (f = 3), “alimentada” (f = 2), “cadeira” (f = 2), “fácil” (f = 2), “numa” (f = 2), “pessoa” (f = 2), “posição” (f = 2), “vai” (f = 2), “após” (f = 1), “cadeirão” (f = 1), “chama” (f = 1), “debatemos” (f = 1), “debato” (f = 1), “deglutição” (f = 1), “deitam” (f = 1), “dias” (f = 1),

“engasgamento” (f = 1), “engasgou” (f = 1), “facilita” (f = 1), “formação” (f = 1), “jantar” (f = 1), “menos” (f = 1), “normal” (f = 1), “permanecer” (f = 1), “portanto” (f = 1), “posicionamento” (f = 1), “problemas” (f = 1), “rodas” (f = 1), “sala” (f = 1), “sei” (f = 1), “semi” (f = 1), “sentada” (f = 1), “situação” (f = 1), “vezes” (f = 1) (*ver figura 48*).

A análise da nuvem de palavras para o código EST-POS revela uma interligação complexa entre as palavras mais evocadas nas entrevistas com os DTs e a sua importância para o planejamento dos cuidados no contexto da deglutição dos idosos. A seguir, apresentamos uma análise, contextualizando o significado de cada palavra-chave no âmbito das entrevistas e destacando a inter-relação entre elas.

As palavras “comer” (f = 3) e “deitar” (f = 3) surgem nas estratégias de posicionamento, indicando a relevância de ajustar a postura dos idosos durante as refeições para facilitar a deglutição e prevenir o engasgamento. A palavra “comer” é mencionada no contexto sobre a posição ideal para os idosos durante as refeições, seja numa cadeira de rodas, cadeirão ou numa cadeira de sala de jantar. A citação de DT5 reflete esta preocupação: “deve comer numa cadeira de rodas, ou deve comer num cadeirão, ou deve comer numa cadeira normal de sala de jantar. O que é que facilita a deglutição?” Este questionamento alerta para a necessidade de uma avaliação cuidadosa da posição corporal para melhorar a segurança alimentar.

A palavra “alimentada” (f = 2) aparece em citações sobre como a postura influencia a eficácia e a segurança da alimentação dos idosos. Em DT10, a importância do posicionamento após a alimentação é destacada: “como é que ela vai ser alimentada, e como é que vai permanecer após ser alimentada”. Esta citação indica que não só a posição durante a refeição é crucial, mas também a manutenção de uma postura adequada após comer, para prevenir complicações como refluxo ou aspiração.

“Cadeira” (f = 2) e “posição” (f = 2) estão relacionadas ao tema do posicionamento. A escolha do tipo de cadeira e a posição corporal do idoso são fatores que influenciam a deglutição. A citação de DT5, mencionada anteriormente, discute os diferentes tipos de cadeiras que podem ser utilizadas e a necessidade de escolher a mais apropriada para cada caso. “Facilita” (f = 1), neste contexto, relaciona-se com a facilidade ou dificuldade que diferentes posições e cadeiras podem oferecer à deglutição, como indicado em “é mais fácil se a pessoa está semissentada, a posição, mas é mais fácil para o engasgamento”.

“Fácil” (f = 2) é mencionada relativamente à comparação entre diferentes posições de

alimentação. A preocupação aqui é encontrar a posição que mais facilite a deglutição, minimizando, ao mesmo tempo, o risco de engasgamento. A palavra “semi” (f = 1), associada a “sentada” (f = 1), reforça a ideia de que uma posição semi-sentada pode ser mais benéfica para alguns idosos durante as refeições, embora também possa aumentar o risco de engasgamento.

A palavra “debate” (f = 2), refletida nas expressões “debateamos” (f = 1) e “debato” (f = 1), indica que as estratégias de posicionamento são discutidas entre os profissionais de ERPI. Estes debates são essenciais para a tomada de decisões informadas sobre as melhores práticas para posicionar os idosos durante as refeições, como ilustrado na citação de DT21: “Todos os dias nos debatemos com problemas, engasgou-se, e deve se deitar mais, eu não sei como é que se chama aquilo que elas deitam, deve se deitar mais, deve se deitar menos”.

A palavra “engasgamento” (f = 1) e a sua ocorrência no contexto de problemas de deglutição, como “engasgou” (f = 1), são relacionadas as consequências de um posicionamento inadequado. O risco de engasgamento é uma preocupação constante, como apontado por DT21, que destaca a necessidade de ajustar a posição dos idosos após um episódio de engasgamento para prevenir a sua recorrência.

Outras palavras, como “permanecer” (f = 1) e “após” (f = 1), reforçam a importância do cuidado contínuo com a posição dos idosos, não só durante a alimentação, mas também depois. Esta continuidade no cuidado é essencial para prevenir complicações e garantir o bem-estar.

A análise das palavras “comer”, “deitar”, “cadeira”, e “posição” revela que o posicionamento dos idosos durante as refeições é um aspeto abordado das estratégias de cuidados nas ERPI. A escolha da posição correta pode facilitar a deglutição, minimizar o risco de engasgamento e melhorar a experiência alimentar dos idosos.

8.6 Análise do diagrama de Sankey da categoria: Planeamento e procedimentos de intervenções

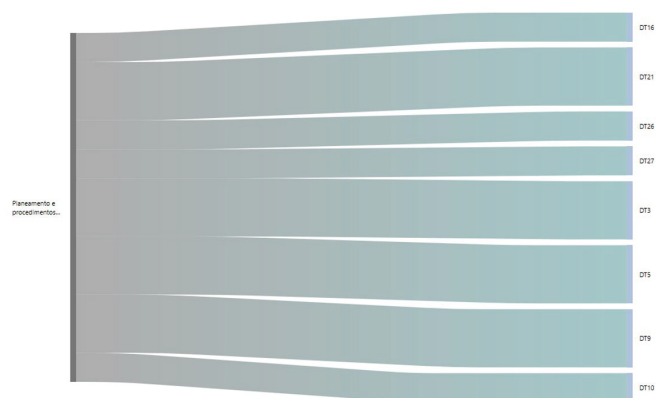


Figura 49 - Diagrama de Sankey da categoria: Planeamento e procedimentos de intervenções

A categoria “Planeamento e Procedimentos de Intervenções” é essencial no contexto do cuidado prestado a idosos. O diagrama de Sankey proporciona uma visão visual da interconexão entre os DTs e esses componentes, destacando as percepções e contribuições dos diretores no que diz respeito à aplicação dessas intervenções nas ERPI.

O diagrama de Sankey da categoria revela as contribuições de alguns diretores. Destacam-se os DT5, DT9, DT13 e DT21, que apresentam maior espessura das faixas no diagrama, refletindo o seu envolvimento com os aspetos de planeamento de cuidados, exercícios de deglutição e estratégias de posicionamento. Cada um desses DTs trouxe perspectivas valiosas sobre o modo como o planeamento estruturado e as intervenções adequadas podem melhorar a deglutição dos idosos.

Por exemplo, DT5 destacou a importância de respeitar o tempo necessário para os idosos realizarem a deglutição, afirmando: “são muitas pessoas e às vezes a deglutição requer que o profissional tenha tempo, tempo para dar a alimentação com muita calma, esperar que ele faça a deglutição, não é meter uma colher e enfiar logo a segunda a seguir, portanto, é muito importante esse tempo, que às vezes não é tão natural” (DT5:5). Esta observação chama à atenção para a necessidade de paciência por parte dos cuidadores ao alimentar os idosos, evitando pressa que possa comprometer a segurança da deglutição.

O DT9 também referiu a importância do PLAN-CUI, mencionando que nunca se deve “e acho que para aqueles casos mesmo é um sucesso, por isso nunca podemos desinvestir neles, porque mesmo tendo a idade que têm e todos os problemas que têm de saúde, é sempre possível”

(DT9:38) nos casos de idosos que, apesar das dificuldades, podem melhorar com as intervenções corretas: “e acho que para aqueles casos mesmo é um sucesso, por isso nunca podemos desinvestir neles, porque mesmo tendo a idade que têm e todos os problemas que têm de saúde, é sempre possível” (DT9:38).

O diagrama demonstra as interações entre os DTs e os principais códigos da categoria: PLAN-CUI, EX-DEG e EST-POS. A análise do diagrama revela que o código PLAN-CUI é o mais referenciado, com os DTs sublinhando a necessidade de um planejamento cuidadoso e adaptado para cada idoso. DT21, por exemplo, discutiu a complexidade do planejamento ao afirmar: “deve se deitar mais, eu não sei como é que se chama aquilo que elas deitam, deve se deitar mais, deve se deitar menos, deve estar com seringa, porque às vezes a enfermeira não está cá e é um dilema muito grande” (DT21:29). Este exemplo mostra a importância de uma coordenação adequada entre os profissionais para garantir a continuidade dos cuidados.

No que diz respeito ao código EST-POS, o diagrama também reflete a relevância deste código. DT5 mencionou as dificuldades de decidir qual a posição mais segura para os idosos durante as refeições, referindo: “Portanto, essa formação, a posição em que a pessoa deve estar, eu às vezes debato muito com esta situação, deve comer numa cadeira de rodas, ou deve comer num cadeirão, ou deve comer numa cadeira normal de sala de jantar. O que é que facilita a deglutição? Porque é mais fácil se a pessoa está semi-sentada, a posição, mas é mais fácil para o engasgamento” (DT5:31). A posição correta pode fazer uma grande diferença na prevenção de engasgamentos e outras complicações.

O código EX-DEG, embora menos mencionado no diagrama, é igualmente importante. O DT26 refere que o papel dos terapeutas da fala e dos exercícios de deglutição, comentando: “eu tenho aqui o utentes que tem terapeutas da fala, fazem exercícios e ele até está a ser alimentado com uma PEG, mas a técnica já lhe disse, olha, podemos dar um bocadinho de uma refeição pastosa, só um bocadinho. Porquê? Porque ela tem técnicas, não é? Tem exercícios que vão melhorar em termos para a deglutição ser melhora” (DT26:18).

Os fluxos principais do diagrama mostram as conexões mais evidentes entre os DTs e os três códigos. Os EX-DEG são menos referenciados, mas têm impacto na recuperação de idosos com dificuldades graves de deglutição. DT16 sugeriu que os exercícios poderiam atrasar a progressão de alguns problemas, afirmando: “com o treinamento da deglutição, se calhar podíamos retardar esse processo” (DT16:17).

Por outro lado, as EST-POS estão mais associadas à prevenção de complicações, como os engasgamentos, relatados pelos diretores. A correta implementação destas estratégias é vista como uma medida para assegurar que os idosos com dificuldades de deglutição possam alimentar-se com segurança.

A análise do diagrama de Sankey foi suportada pelo relatório de citações da categoria “Planeamento e procedimentos de intervenções”. O diagrama revela que os DTs, podem desempenhar um papel fundamental na implementação de planeamentos de cuidados específicos e na adoção de estratégias de posicionamento que garantam a segurança e bem-estar dos idosos com dificuldades de deglutição. Embora os exercícios de deglutição sejam menos frequentes nas perceções dos DTs, eles são igualmente reconhecidos como parte importante da reabilitação dos utentes. A análise destaca que a integração entre o planeamento, as intervenções físicas e a adaptação contínua das estratégias de cuidado é essencial para proporcionar uma intervenção ajustada a necessidade dos residentes de ERPI.

8.7 Síntese da Categoria: Planeamento e procedimentos de intervenções

Nesta categoria, três códigos principais foram analisados: PLAN-CUI, EX-DEG e EST-POS. O código PLAN-CUI revelou-se o mais frequente, com 8 ocorrências, o que reflete a ênfase no desenvolvimento de planos de cuidados personalizados, fundamentais para garantir uma alimentação segura. A coocorrência entre PLAN-CUI e EST-POS, com um coeficiente de 0,11, sugere que o planeamento de cuidados inclui frequentemente estratégias de posicionamento para melhorar a deglutição. As estratégias de posicionamento, representadas por EST-POS, aparecem em 4 ocasiões e são vistas como essenciais para evitar engasgamentos.

As relações entre esses códigos refletem diferentes abordagens e desafios observados nas práticas de cuidados dos diretores. O PLAN-CUI é percebido como crucial para a segurança alimentar, sendo adaptado às condições individuais de cada utente. As EST-POS aparecem associadas a essas práticas, principalmente para evitar o risco de engasgamento, com os DTs sublinhando a importância de encontrar a posição ideal para cada utente.

No entanto, os EX-DEG são percebidos como intervenções mais específicas e, por vezes, menos integradas no planeamento diário, sendo frequentemente recomendados por especialistas como terapeutas da fala ou enfermeiros.

Os diretores de ERPI contribuem, através das suas competências de gestão, para o desenvolvimento de planos de cuidados que consideram tanto as limitações físicas como as

necessidades emocionais dos idosos. O diagrama de Sankey ilustra claramente as interações entre os DTs e esses códigos, reforçando a importância de um planejamento cuidadoso, aliado a intervenções práticas e adaptadas à condição de cada utente. A abordagem integrada que considera tanto o planejamento preventivo como as intervenções terapêuticas contribui para a segurança e o bem-estar dos idosos com dificuldades de deglutição nas ERPI.

9. Categoria: Percepção sobre competências e formação própria

9.1 Análise da coocorrência e dos coeficientes de força

A categoria “Percepção sobre competências e formação própria” está direcionada as reflexões dos DTs de ERPI sobre as suas próprias competências, formação e a necessidade de aprendizagem contínua para melhorar a gestão dos cuidados a idosos, especialmente em relação à disfagia e outros problemas associados à deglutição. No contexto dos cuidados geriátricos especializados, a autorreflexão sobre as competências e a formação contínua são elementos fundamentais para assegurar a qualidade dos cuidados prestados e a segurança dos utentes. Os DTs reconhecem que, além da prática diária, o desenvolvimento constante de novas habilidades é necessário para lidar com as crescentes complexidades associadas ao envelhecimento e às condições de saúde dos idosos.

A análise das coocorrências revela a interconexão entre as percepções dos DTs sobre as suas próprias competências e a formação necessária. O código que é ao mesmo tempo, a categoria, PER-COMP-FOR está presente em 59 ocorrências, refletindo o interesse geral dos DTs em discutir a sua preparação profissional. Muitos DTs destacam que a formação recebida foi essencial, mas que existe a necessidade de atualizações periódicas e de uma formação contínua para enfrentar as novas realidades no cuidado aos idosos.

Por exemplo, o DT7 reconhece que a formação contínua é uma necessidade prática: “sim, sim, completamente tivemos formação recente” (DT7:24). Este depoimento sugere que a formação frequente, ou pelo menos recente, é vista como uma estratégia para se manter atualizado com as melhores práticas.

Por outro lado, as coocorrências revelam também um certo desconforto por parte de alguns DTs quanto à sua formação, especialmente quando confrontados com situações críticas ou técnicas específicas. O DT2, por exemplo, menciona: “Eu pessoalmente, talvez não, não é... Assim, é como que eu digo. Se calhar para um desenrasque, mas a 100% não” (DT2:23). A expressão deste DT revela a sensação de que, embora haja alguma formação, ela pode não ser suficiente para enfrentar todas as situações práticas de forma completamente eficaz.

Os coeficientes de força indicam a relação entre as percepções dos DTs e a formação contínua. Um coeficiente elevado de PER-COMP-FOR e os outros elementos das suas reflexões sugere que a formação é vista como um fator-chave para a melhoria das suas competências no cuidado aos idosos. A formação em primeiros socorros e técnicas de desobstrução é mencionada

com regularidade, mostrando a relevância desta formação para as emergências. O DT21 menciona: “aqui no meu lar, toda a gente tem formação em primeiros socorros. Isso é muito, muito importante” (DT21:8), evidenciando o valor que os DTs atribuem a essas competências específicas.

Por outro lado, o coeficiente mais baixo em relação à formação contínua em áreas mais específicas, como a disfagia, sugere que alguns DTs consideram que ainda há lacunas a serem preenchidas no seu conhecimento. O DT6 revela um certo receio ao ser confrontado com o tema: “só me cabe dizer que efetivamente eu fui abordada para este tema, fiquei um bocado receosa, porque achei que não tinha conhecimentos suficientes para dar uma entrevista sobre esta temática. No entanto, disponibilizei-me para falar daquilo que eu sei e da minha prática do dia a dia. Considero que foi importante e que é muito importante este tema e vem ainda mais vincar a necessidade de reforçarmos ainda mais, junto da equipa, esta área, que é uma área fundamental na saúde, no bem-estar dos idosos, na prevenção de patologias que não queremos que aconteçam e, portanto, é de extrema relevância” (DT6:33). Esta reflexão indica que a formação mais especializada pode não ser tão abrangente ou frequente quanto necessário.

Os DTs fornecem várias citações que reforçam a importância da formação contínua e das suas competências no ambiente de ERPI. O DT25 afirma: “pois recebi recentemente uma formação de uma equipa de nutricionistas que representam um espessante para estes casos. Estes sinais podem indicar dificuldades na deglutição, que precisam ser avaliadas e tratadas rapidamente, como deve entender. Durante a formação que recebemos, foi muito abordada a questão desta importância da observação constante e a comunicação eficaz com a equipa de cuidados que são fundamentais, são essenciais para identificar precocemente qualquer alteração a este nível” (DT25:7). Esta citação reflete a necessidade de conhecimento prático e de intervenções rápidas para lidar com problemas de deglutição, que podem ser fatais se não forem identificados e tratados em tempo hábil.

Adicionalmente, a formação em primeiros socorros e nas técnicas de desobstrução são frequentemente mencionadas como habilidade necessárias, com o DT16 a pronunciar-se: “sim, todos os anos temos formação na área do engasgamento, da disfagia e no primeiro socorro” (DT16:12). Estes exemplos mostram que os DTs estão cientes da importância de estarem preparados para lidar com emergências e reconhecem que a formação contínua é vital para o sucesso nesta área.

A análise da coocorrência e dos coeficientes de força na categoria “Percepção sobre competências e formação própria” revela que os DTs reconhecem a importância da formação contínua como um elemento importante para a gestão eficiente dos cuidados nas ERPI. No entanto, as percepções variam entre os DTs, com alguns a expressarem uma confiança plena nas suas capacidades, enquanto outros reconhecem a necessidade de mais formação para enfrentar situações complexas de forma adequada. As citações fornecidas destacam a importância de garantir que a formação não só seja contínua, mas também adaptada às necessidades emergentes dos idosos e às exigências do ambiente de ERPI.

Esta reflexão sobre as suas próprias competências e a formação necessária faz parte de um processo contínuo de autorreflexão que, quando bem implementado, pode resultar em melhorias significativas nos cuidados prestados. Assim, a formação contínua surge como um fator essencial para assegurar a qualidade e a segurança no cuidado dos idosos institucionalizados.

	count	coefficient
<ul style="list-style-type: none"> ● Percepção sobre competências e formação própria Gr=59 	0	0,00

Tabela 9 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Percepção sobre competências e formação própria

	<ul style="list-style-type: none"> ● Percepção sobre competências e formação própria 59 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Percepção sobre competências e formação própria 59 		

Figura 50 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Percepção

sobre competências e formação própria

9.2 Análise da nuvem de palavras da categoria: Percepção sobre competências e formação própria



Figura 51 – Nuvem de palavras da categoria: Percepção sobre competências e formação própria - PER-COMP-FOR

Foi analisada a nuvem de palavras obtida por meio das entrevistas realizadas, na qual verifica-se que as palavras mais evocadas para a categoria: Percepção sobre competências e formação própria, foram: “sim” (f = 19), “formação” (f = 18), “sei” (f = 18), “já” (f = 14), “acho” (f = 10), “área” (f = 8), “importante” (f = 8), “há” (f = 7), “temos” (f = 7), “alimentação” (f = 6), “dia” (f = 6), “equipa” (f = 6), “ter” (f = 6), “estou” (f = 5), “situação” (f = 5), “situações” (f = 5), “anos” (f = 4), “aquilo” (f = 4), “assunto” (f = 4), “bocadinho” (f = 4), “coisa” (f = 4), “conheço” (f = 4), “deglutição” (f = 4), “explicar” (f = 4), “feito” (f = 4), “fizemos” (f = 4), “manobra” (f = 4), “minha” (f = 4), “primeiros” (f = 4), “saúde” (f = 4), “sempre” (f = 4), “sobre” (f = 4), “socorros” (f = 4), “tema” (f = 4), “tudo” (f = 4), “acontece” (f = 3), “ainda” (f = 3), “casos” (f = 3), “claro” (f = 3), “começa” (f = 3), “daquilo” (f = 3), “engasgamento” (f = 3), “específica” (f = 3), “falar” (f = 3), “formações” (f = 3), “idosos” (f = 3), “menos” (f = 3), “pessoa” (f = 3), “seja” (f = 3), “sinais” (f = 3), “tivemos” (f = 3), “vamos” (f = 3), “vezes” (f = 3), “abordada” (f = 2), “acompanho” (f = 2), “alguma” (f = 2), “anualmente” (f = 2), “aprendendo” (f = 2), “assim” (f = 2), “atuar” (f = 2), “calma” (f = 2), “chega” (f = 2), “coisas” (f = 2), “começar” (f = 2), “comum” (f = 2), “conhecimento” (f = 2), “conhecimentos” (f = 2), “consegue” (f = 2), “considero” (f = 2), “constante” (f = 2), “desculpa” (f = 2), “devemos” (f = 2), “durante” (f = 2), “efetivamente” (f =

2), “essas” (f = 2), “estamos” (f = 2), “exemplo” (f = 2), “experiência” (f = 2), “fala” (f = 2), “fazemos” (f = 2), “fiquei” (f = 2), “fui” (f = 2), “fundo” (f = 2), “gente” (f = 2), “identificar” (f = 2), “idosas” (f = 2), “importantes” (f = 2), “informação” (f = 2), “ingestão” (f = 2), “muita” (f = 2), “necessidade” (f = 2), “nível” (f = 2), “nossa” (f = 2), “nunca” (f = 2), “passado” (f = 2), “penso” (f = 2), “percebendo” (f = 2), “pessoalmente” (f = 2), “podem” (f = 2), “podemos” (f = 2), “portanto” (f = 2), “possa” (f = 2), “posso” (f = 2), “pouco” (f = 2), “prática” (f = 2), “primeiro” (f = 2), “pronto” (f = 2), “questão” (f = 2), “realmente” (f = 2), “recente” (f = 2), “sensu” (f = 2), “será” (f = 2), “somos” (f = 2), “técnica” (f = 2), “tentamos” (f = 2), “termos” (f = 2), “tossir” (f = 2), “utente” (f = 2), “vários” (f = 2), “vi” (f = 2), “visão” (f = 2), “vou” (f = 2), “achei” (f = 1), “aconteçam” (f = 1), “acontecer” (f = 1), “acontecido” (f = 1), “acordo” (f = 1), “afeta” (f = 1), “ajustado” (f = 1), “alerta” (f = 1), “algo” (f = 1), “alguém” (f = 1), “algum” (f = 1), “alteração” (f = 1), “ano” (f = 1), “aplicar” (f = 1), “aprendizagens” (f = 1), “atento” (f = 1), “atuação” (f = 1), “avaliadas” (f = 1), “avançar” (f = 1), “bastante” (f = 1), “beber” (f = 1), “bocado” (f = 1), “cá” (f = 1), “cabe” (f = 1), “caso” (f = 1), “causa” (f = 1), “chamada” (f = 1), “chamados” (f = 1), “chegou” (f = 1), “cientificamente” (f = 1), “colaboradores” (f = 1), “colegas” (f = 1), “competem” (f = 1), “completamente” (f = 1), “complicado” (f = 1), “comunicação” (f = 1), “concreta” (f = 1), “conduz” (f = 1), “conheça” (f = 1), “conhecer” (f = 1), “conjunto” (f = 1), “conseguirmos” (f = 1), “consequências” (f = 1), “consigo” (f = 1), “contexto” (f = 1), “contínuo” (f = 1), “contribuir” (f = 1), “conveniente” (f = 1), “corpo” (f = 1), “corra” (f = 1), “cuidados” (f = 1), “curso” (f = 1), “damos” (f = 1), “dar” (f = 1), “deles” (f = 1), “depende” (f = 1), “desenrrasque” (f = 1), “desobstrução” (f = 1), “desobstruir” (f = 1), “despachar” (f = 1), “destas” (f = 1), “detetar” (f = 1), “diariamente” (f = 1), “dias” (f = 1), “diferente” (f = 1), “difíceis” (f = 1), “difícil” (f = 1), “dificuldade” (f = 1), “dificuldades” (f = 1), “diretamente” (f = 1), “diretor” (f = 1), “diretora” (f = 1), “disfagia” (f = 1), “disponibilizei” (f = 1), “doenças” (f = 1), “domino” (f = 1), “eficaz” (f = 1), “emergências” (f = 1) (*ver figura 51*).

A análise da categoria codificada como PER-COMP-FOR revela uma reflexão dos DTs de ERPI sobre as suas competências, áreas de especialização e a necessidade de aprendizagem contínua, aspetos importantes para a gestão eficiente da disfagia nos idosos sob os seus cuidados. A recorrência de palavras como “sim” (f = 19), “formação” (f = 18), e “sei” (f = 18) nas entrevistas demonstra um bom nível de autoavaliação e reconhecimento da importância da formação contínua para enfrentar os desafios específicos desta condição.

A palavra “sim” (f = 19) surge frequentemente nas entrevistas, indicando uma confirmação e um reconhecimento das lacunas existentes no conhecimento dos diretores. Este termo aparece de forma repetida em respostas afirmativas sobre a importância da formação e sobre a aceitação de que há sempre algo mais a aprender. Por exemplo, em DT3:17, é afirmado que “Sim. E houve formação recente”, o que mostra a continuidade do processo formativo dentro das instituições.

A “formação” (f = 18) é predominante no discurso dos diretores, refletindo a importância atribuída à capacitação técnica para o desempenho adequado das suas funções. A formação contínua é mencionada por vários diretores como uma prática recorrente e necessária. Em DT16:12, o diretor afirma: “Sim, todos os anos temos formação na área do engasgamento, da disfagia e no primeiro socorro”, destacando a relevância de manter a equipa constantemente atualizada sobre as melhores práticas de cuidado, especialmente em áreas problemáticas como a deglutição.

A palavra “sei” (f = 18) indica a auto percepção dos diretores em relação ao seu conhecimento, mas também reflete as limitações que eles reconhecem em si. Em algumas entrevistas, “sei” é usado para expressar confiança nas suas competências, como em DT7:22: “Conheço e sei explicá-la já tive uma formação”. No entanto, também é utilizado para admitir limitações, como em DT21:14, onde um diretor reconhece: “Ah, não sei bem”, evidenciando a necessidade de mais formação ou atualização em áreas específicas.

“Já” (f = 14) aponta para experiências passadas e a utilização de conhecimentos adquiridos anteriormente. Em DT9:22, o diretor menciona: “nós ainda há pouco tempo fizemos, não foi uma formação, mas sim uma informação sobre o assunto”, o que sugere uma preocupação constante com a atualização de conhecimentos, ainda que nem sempre formalizada em formações estruturadas.

O termo “acho” (f = 10) reflete uma certa incerteza ou humildade ao abordar questões que talvez não sejam do total domínio do entrevistado. Em DT9:16, por exemplo, o diretor expressa: “Sim, conheço. Explicar? Sim, acho que sim. Acho que sim.”, o que revela uma percepção de competência, mas também uma consciência de que pode haver mais a aprender.

A “área” (f = 8) é mencionada para delimitar o campo de especialização de cada diretor, sublinhando o reconhecimento de que a gestão da ERPI requer conhecimentos que ultrapassam muitas vezes a formação inicial. Por exemplo, em DT2:43, é dito: “É o que eu digo, também não

é a minha área concreta, claro que a gente vai aprendendo”, o que reforça a necessidade de formação contínua e de atualização para lidar eficazmente com problemas como a disfagia.

A palavra “importante” (f = 8) surge como um marcador da relevância atribuída à formação e às competências na gestão da disfagia. Em DT6:33, o diretor menciona: “Considero que foi importante e que é muito importante este tema”, destacando a necessidade de abordar a disfagia com a seriedade que merece.

“Há” (f = 7) é utilizada frequentemente para introduzir reflexões sobre as mudanças e atualizações necessárias nas práticas de cuidado. Em DT7:2, o diretor afirma: “O que é que acontece, da experiência que tenho e daquilo que fui aprendendo, o que acontece é que efetivamente há uma perda muscular transversal na pessoa idosa”, mostrando como o conhecimento adquirido através da experiência e formação contínua se integra na prática diária.

“Temos” (f = 7) reflete a visão coletiva do trabalho em equipa, fundamental na gestão de cuidados complexos como os exigidos pela disfagia. Em DT25:15, o diretor observa: “nós aqui temos a formação das manobras”, sublinhando a importância de um conhecimento partilhado e de uma responsabilidade coletiva na aplicação de técnicas de socorro em emergências.

A palavra “alimentação” (f = 6) é nuclear no contexto da disfagia, mencionada em várias entrevistas como uma área de especial atenção. Em DT5:8, é destacado que “a alimentação é muito importante e quando ele começa, durante a refeição, a tossir, quando começa a beber, a engasgar-se um bocadinho mais, mas principalmente a tossir, começa a ser um sinal”, indicando a necessidade de estar atento a sinais precoces de dificuldades de deglutição.

“Dia” (f = 6) e “equipa” (f = 6) também são relevantes no discurso dos DTs, refletindo a rotina diária e a importância do trabalho em equipa na identificação e gestão de problemas de deglutição. A colaboração entre os membros da equipa é fundamental, como mencionado em DT9:40: “Mas este foi um dos casos de sucesso que nós tivemos aqui na nossa ERPI. E acho que a partir daí... Sempre ouvi a equipa de enfermagem falar destas situações”.

“Ter” (f = 6) está relacionado com a posse de conhecimentos ou competências necessárias para enfrentar desafios. Em DT10:14, um DT afirma: “temos formação em primeiros socorros. Nós somos obrigados a fazer anualmente”, sublinhando a obrigação legal e ética de garantir que todos os membros da equipa estejam preparados para lidar com emergências.

“Estou” (f = 5) e “situação” (f = 5) refletem a experiência e a percepção de estar preparado ou não para lidar com situações específicas. Em DT18:28, a complexidade das situações

enfrentadas é expressa de forma inequívoca: “há situações e situações, e, portanto, por mais formação que se tenha, é complicado”, destacando a variabilidade das circunstâncias e a dificuldade de estar sempre plenamente preparado.

“Anos” (f = 4) e “aquilo” (f = 4) são usados para referir o tempo de experiência e o conhecimento adquirido ao longo dos anos, bem como para referir aspectos específicos que os diretores consideram importantes. Em DT5:16, é mencionado: “pelos anos que já tenho de experiência, temos feito, uma ou outra vez”, demonstrando que a experiência acumulada é uma componente essencial na gestão eficaz dos cuidados aos idosos.

A análise das palavras e das citações dos DTs evidencia uma autocrítica constante e um desejo de melhoria contínua, essencial para enfrentar os desafios da disfagia nas ERPI. O reconhecimento das próprias limitações e a valorização da formação contínua surgem como elementos centrais na procura por uma prestação de cuidados mais segura e eficiente.

É importante destacar como as palavras relacionadas à autopercepção de competência e a necessidade de formação contínua interligam-se com as experiências práticas dos DTs, particularmente no contexto do cuidado com idosos que enfrentam dificuldades de deglutição.

A palavra “assunto” (f = 4) frequentemente surge no discurso dos DTs para indicar um tema ou uma questão que requer atenção especial, muitas vezes relacionada à necessidade de formação. Em DT6:33, um diretor expressa a importância de ser abordado sobre determinado tema, mesmo que inicialmente tenha sentido receio por falta de conhecimento: “só me cabe dizer que efetivamente eu fui abordada para este tema, fiquei um bocado receosa, porque achei que não tinha conhecimentos suficientes para dar uma entrevista sobre esta temática”. Isso demonstra uma abertura à aprendizagem e uma consciência das próprias limitações, crucial para a evolução profissional.

“Bocadinho” (f = 4) e “coisa” (f = 4) são termos que surgem de forma mais coloquial nas entrevistas, refletindo a linguagem comum utilizada pelos diretores ao descrever situações práticas. Em DT5:8, a palavra “bocadinho” é usada para descrever pequenos sinais que podem indicar problemas maiores: “quando ele começa, durante a refeição, a tossir, quando começa a beber, a engasgar-se um bocadinho mais, mas principalmente a tossir, começa a ser um sinal”. Este tipo de linguagem simples, mas efetiva é comum, pois facilita a comunicação direta e eficaz com as suas equipas.

O termo “conheço” (f = 4) está diretamente relacionado com a segurança que os diretores

sentem nas suas competências. Em várias ocasiões, esta palavra é usada para afirmar o conhecimento prático sobre procedimentos específicos, como em DT22:8: “Explicar, explicar, eu conheço e sei fazê-la, por exemplo, mas explicar por palavras”. Isto evidencia que, apesar de algumas dificuldades na articulação teórica, os diretores têm um conhecimento prático, adquirido através da experiência.

“Deglutição” (f = 4), sendo o foco central do estudo, aparece naturalmente nas entrevistas, tanto em termos de desafios enfrentados como de competências necessárias para lidar com esses desafios. Em DT5:20, por exemplo, é destacada a importância do treino contínuo: “E quanto mais nós treinarmos, mais retarda esta situação de dificuldade de deglutição”. Esta afirmação enfatiza a crença na eficácia da prática constante para a contenção dos efeitos da disfagia, uma condição preocupante no cuidado aos idosos.

A palavra “explicar” (f = 4) aparece relacionada com a necessidade de os DTs serem capazes de transmitir claramente os procedimentos e as razões por trás das práticas implementadas. Isto é decisivo tanto para a formação das equipas quanto para a comunicação com as famílias dos utentes. Em DT9:16, a hesitação em explicar um procedimento é aparente: “Sim, conheço. Explicar? Sim, acho que sim. Acho que sim.” Este comentário revela uma consciência de que, embora o conhecimento esteja presente, a clareza na comunicação desse conhecimento pode precisar de melhorias.

“Feito” (f = 4) e “fizemos” (f = 4) indicam ações passadas e refletem uma abordagem prática e resolutiva. Estas palavras são frequentemente utilizadas para descrever intervenções realizadas e resultados obtidos. Em DT5:16, por exemplo, é dito: “Sim, temos feito, já tem acontecido uma ou outra vez”, mostrando a capacidade de respostas dos diretores em implementar soluções baseadas na experiência acumulada ao longo dos anos.

A “manobra” (f = 4) de desobstrução é um termo técnico mencionado repetidamente, explicando a importância de competências específicas e da formação para gerir emergências. Em DT27:19, um diretor reflete sobre a sua formação prática: “eu tive formação de facto, a manobra em si, sei como atuar, não sei o nome da manobra, isso não, não sei se será essa a atuação”. Este comentário revela a importância de não apenas saber executar uma técnica, mas também compreender completamente o contexto e o nome das manobras aplicadas, algo que pode ser melhorado com uma formação contínua e específica.

“Minha” (f = 4) e “primeiros” (f = 4) refletem a personalização das experiências e a

orientação em práticas fundamentais, como os primeiros socorros. Em DT11:16, o diretor menciona a relevância dos primeiros socorros na sua atuação: “é uma das coisas que eu, como... (DT) e por ter estes conhecimentos e ter esta sensibilidade de trabalhar as equipas para a área da saúde e dos primeiros socorros”. Isto ilustra como as experiências e formações pessoais influenciam diretamente a gestão e a qualidade dos cuidados prestados nas ERPI.

“Saúde” (f = 4) e “sempre” (f = 4) são palavras que destacam a preocupação contínua com o bem-estar dos idosos. Em DT6:33, a importância da saúde é destacada ao discutir a necessidade de reforçar as formações: “vem ainda mais vincar a necessidade de reforçarmos ainda mais, junto da equipa, esta área, que é uma área fundamental na saúde, no bem-estar dos idosos”. Esta prioridade no reforço contínuo das competências relacionadas à saúde é imprescindível para assegurar que as necessidades dos idosos sejam sempre priorizadas.

A palavra “sobre” (f = 4) é utilizada para introduzir temas de reflexão ou pontos de discussão. Em DT10:31, por exemplo, um diretor comenta: “eu penso que sobre o assunto, aquilo que eu pouco que eu domino, eu já partilhei”, mostrando como o conhecimento é partilhado dentro das equipas, mesmo que de forma limitada.

“Sempre” (f = 4) e “tudo” (f = 4) refletem a continuidade e a abrangência das práticas. Em DT5:32, é destacado que: “Tudo se consegue fazer, porque às vezes damos a desculpa de que o tempo não chega, para estarmos ali e chega”. Esta citação sublinha a importância de uma gestão eficiente do tempo e dos recursos, garantindo que todas as necessidades dos idosos sejam atendidas de forma adequada e segura.

As palavras “acontece” (f = 3), “ainda” (f = 3), “casos” (f = 3) e “claro” (f = 3) surgem em contextos de reflexões sobre as realidades e desafios diários enfrentados pelos diretores. Em DT6:10, a palavra “ainda” é usada para ressaltar a percepção contínua e o aprendizado constante: “Não estou muito à vontade dentro dessa área, mas sei que poderão ser sinais de alerta para serem investigadas outras doenças”. Esta citação reflete uma consciência das próprias limitações, mas também uma abertura para o desenvolvimento contínuo.

As palavras “casos” (f = 3) e “acontece” (f = 3) são frequentemente mencionadas no contexto das situações que os DTs enfrentam nas ERPI. Em DT5:16, por exemplo, é dito: “Sim, temos feito, já tem acontecido uma ou outra vez, pelos anos que já tenho de experiência, temos feito, uma ou outra vez, não é muito, muito vulgar, mas acontece”. Esta citação evidencia que, apesar de não serem situações diárias, os casos de dificuldades de deglutição e a necessidade de

intervenção são reais e exigem preparação e competência para serem enfrentados de forma eficaz.

A palavra “claro” (f = 3) é usada para afirmar a compreensão ou aceitação de um fato, ou situação. Em DT2:43, é mencionado: “É o que eu digo, também não é a minha área concreta, claro que a gente vai aprendendo”. Esta afirmação reflete uma humildade e uma abertura para a aprendizagem contínua, reconhecendo que, mesmo fora da área de especialização, há sempre espaço para o desenvolvimento e a aquisição de novas competências.

“Começa” (f = 3) é uma palavra que aparece em discursos sobre os primeiros sinais de dificuldades e as ações que devem ser tomadas a partir desses indícios. Em DT5:8, o DT observa: “quando ele começa, durante a refeição, a tossir, quando começa a beber, a engasgar-se um bocadinho mais, mas principalmente a tossir, começa a ser um sinal”. Este foco nos sinais iniciais é crucial, pois permite que as intervenções sejam feitas precocemente, minimizando o risco de complicações mais graves.

A palavra “daquilo” (f = 3) surge em discursos onde os DTs discutem aspectos específicos das suas funções ou de uma situação em particular. Por exemplo, em DT6:33, um DT reflete sobre a importância de discutir o tema da disfagia: “fiquei um bocado receosa, porque achei que não tinha conhecimentos suficientes para dar uma entrevista sobre esta temática. No entanto, disponibilizei-me para falar daquilo que eu sei e da minha prática do dia a dia”. Esta citação revela uma atitude proativa e uma disposição para partilhar o conhecimento adquirido na prática, mesmo reconhecendo limitações.

“Engasgamento” (f = 3) é uma palavra-chave no contexto do cuidado a idosos com disfagia, destacando a gravidade das emergências que podem ocorrer nas ERPI. Em DT21:14, o DT discute o que pode ser feito para desobstruir as vias aéreas: “Ah, não sei bem. Penso que deve ter a ver com a manobra de desobstruir qualquer coisa que está a obstruir, sei lá, os pulmões ou qualquer coisa”. Esta citação exhibe as incertezas que ainda existem entre alguns diretores sobre procedimentos específicos, sublinhando a necessidade de formação contínua e especializada.

“Específica” (f = 3) refere-se à necessidade de conhecimentos detalhados em determinadas áreas. Em DT18:17, um DT admite: “Sim, de modo geral posso dizer que sim, não é a minha área específica, mas sim”. Esta afirmação destaca a importância da especialização, mas também a necessidade de uma base ampla de conhecimentos para garantir que os DTs possam intervir em várias situações.

“Falar” (f = 3) e “formações” (f = 3) são palavras que aparecem relacionadas à

comunicação e à capacitação contínua. Em DT4:24, é destacado: “é importante falar sobre o problema da deglutição na pessoa idosa”. Esta citação indica a importância de manter a comunicação aberta sobre questões que podem desencadear problemas, como a deglutição, para garantir que todos os membros da equipa estejam conscientes dos desafios e das melhores práticas para enfrentá-los.

“Idosos” (f = 3) e “pessoa” (f = 3) são termos que tornam visível o trabalho dos diretores: o cuidado com as pessoas idosas. Em DT11:3, o DT reflete sobre a importância de conhecer bem cada utente: “Podemos começar, primeiro, por conhecer muito bem aquele utente, não é? No dia a dia, para conseguirmos detetar os sinais evidentes de que alguma coisa não está bem”. Esta ênfase no conhecimento individualizado é decisivo para proporcionar um cuidado personalizado.

“Menos” (f = 3) e “seja” (f = 3) aparecem em contextos de adaptação e flexibilidade. Em DT27:19, por exemplo, um DT fala sobre a formação em manobras de desobstrução: “sei como atuar, não sei o nome da manobra, isso não, não sei se será essa a atuação”. A palavra “menos” pode refletir uma abordagem prática, onde o foco está na eficácia das ações mais do que na nomenclatura técnica, embora o ideal seja que ambos sejam bem compreendidos.

“Sinais” (f = 3) é uma palavra importante no contexto da identificação precoce de problemas de deglutição. Em DT25:7, um diretor menciona: “Estes sinais podem indicar dificuldades na deglutição, que precisam ser avaliadas e tratadas rapidamente”. A identificação de sinais de alerta deveria ser uma competência de todos nas ERPI para a prevenção de complicações graves em idosos, destacando a necessidade de formação contínua para melhorar a capacidade de deteção precoce.

“Situação” (f = 5) e “situações” (f = 5) são frequentemente mencionadas relativamente às diferentes circunstâncias que os DTs enfrentam no seu trabalho diário. Em DT18:28, é descrita a dificuldade em lidar com uma situação prática: “há situações e situações, e, portanto, por mais formação que se tenha, é complicado”. Esta citação sublinha a complexidade e a variabilidade das situações que podem surgir, exigindo uma preparação abrangente e adaptabilidade constante por parte dos diretores.

As palavras “vamos” (f = 3) e “tivemos” (f = 3) indicam uma atitude proativa e colaborativa na abordagem das necessidades de formação e resposta a emergências. Em DT27:16, um DT refere: “Nós já fizemos cá o curso várias vezes, mas fizemos no ano passado, fizemos a formação específica para prestar os primeiros socorros, não é? E tivemos mesmo

formação específica em engasgamento”. Esta citação mostra o compromisso em garantir que a formação seja atual e relevante, respondendo diretamente às necessidades identificadas na prática diária.

“Vezes” (f = 3) é uma palavra que surge para destacar a frequência com que certas práticas são realizadas ou a repetição de situações específicas. Em DT5:16, é mencionado: “Temos feito, uma ou outra vez, não é muito, muito vulgar, mas acontece, já o temos feito”. A utilização desta palavra revela a importância de estar preparado para situações que, embora não sejam frequentes, requerem uma resposta imediata quando ocorrem.

“Abordada” (f = 2) e “acompanho” (f = 2) são termos nos em discursos sobre a necessidade de tratar certos temas de forma direta e a importância do acompanhamento contínuo dos utentes. Em DT6:33, por exemplo, é dito: “fui abordada para este tema, fiquei um bocado receosa, porque achei que não tinha conhecimentos suficientes para dar uma entrevista sobre esta temática”. Esta citação revela uma autocritica saudável e a importância de reconhecer as próprias limitações, enquanto se mostra a disposição para aprender e crescer na função.

“Anualmente” (f = 2) é uma palavra que sublinha a periodicidade com que a formação deve ser realizada. Em DT13:14, um diretor menciona: “Sim, a nossa equipa tem formações anualmente”, reforçando a ideia de que a formação não deve ser uma ação isolada, mas sim uma prática regular que assegure a atualização contínua das competências.

“Aprendendo” (f = 2) e “assim” (f = 2) indicam uma postura de aprendizagem contínua e adaptação. Em DT2:43, é mencionado: “Claro que a gente vai aprendendo”, mostrando que, mesmo fora das áreas de especialização, os DTs reconhecem a necessidade de expandir constantemente os seus conhecimentos para melhor responder às exigências do seu papel.

“Atuar” (f = 2) e “calma” (f = 2) refletem a necessidade de ação imediata e controlada em emergências. Em DT5:27, um DT sugere: “Quando estamos com alguém numa alimentação, devemos ter sempre muita calma e não estar a tentar despachar o serviço”. Esta citação destaca a importância de uma abordagem calma e ponderada para evitar acidentes, especialmente em contextos de alimentação onde a deglutição pode ser comprometida.

“Coisas” (f = 2) e “comum” (f = 2) são utilizadas para referir-se a práticas ou situações recorrentes no contexto de ERPI. Em DT25:7, é mencionado: “sinais comuns que podem indicar dificuldades na deglutição”, sugerindo que há certos aspetos da prática diária que, embora comuns, requerem uma atenção especial e uma resposta bem informada para prevenir problemas

maiores.

“Conhecimento” (f = 2) e “conhecimentos” (f = 2) aparecem como referências à base de saberes que os DTs devem possuir e atualizar. Em DT6:33, o DT afirma: “Considero que foi importante e que é muito importante este tema e vem ainda mais vincar a necessidade de reforçarmos ainda mais, junto da equipa, esta área, que é uma área fundamental na saúde”. Esta citação realça a importância do conhecimento especializado e a necessidade de reforçar continuamente as áreas críticas através da formação.

“Considero” (f = 2) e “constante” (f = 2) refletem a avaliação contínua e a necessidade de uma atualização regular das competências e práticas. Em DT9:9, é dito: “E é uma situação que nós estamos em constante melhoria, a tentar pelo menos”, indicando que há um reconhecimento da necessidade de aperfeiçoamento contínuo para garantir a qualidade do cuidado prestado.

“Devemos” (f = 2) e “durante” (f = 2) aparecem em contextos de responsabilidade e prática contínua. Em DT10:14, um DT menciona: “temos formação em primeiros socorros. Nós somos obrigados a fazer anualmente, mesmo que não fôssemos, acho que é algo que todos nós devemos saber fazer”. Esta citação ressalta o senso de responsabilidade dos DTs em assegurar que todos os membros da equipa estejam devidamente formados para responder a emergências.

“Exemplo” (f = 2) e “experiência” (f = 2) são utilizados para ilustrar casos práticos e o valor da prática acumulada. Em DT9:40, é citado: “Sempre ouvi a equipa de enfermagem falar destas situações, mas acho que desde essa situação, fiquei mais interessada no assunto”, destacando como uma experiência específica pode sensibilizar e motivar um maior interesse e dedicação a certos temas críticos, como a deglutição.

“Fiquei” (f = 2) e “fui” (f = 2) são utilizados em contextos de reflexão pessoal sobre a capacidade e a confiança em lidar com determinadas situações. Em DT6:33, o DT reflete: “fiquei um bocado receosa, porque achei que não tinha conhecimentos suficientes para dar uma entrevista sobre esta temática”, demonstrando perceção pessoal e o reconhecimento das próprias limitações.

“Gente” (f = 2) e “idosa” (f = 2) referem-se às pessoas envolvidas no processo de cuidado e à população alvo dos cuidados prestados. Em DT21:8, é mencionado: “Aqui no meu lar, toda a gente tem formação em primeiros socorros. Isso é muito, muito importante”. Esta citação ressalta a importância de garantir que todos os envolvidos no cuidado estejam bem preparados para agir em emergências.

“Importantes” (f = 2) e “informação” (f = 2) são palavras que sublinham a necessidade de uma comunicação objetiva e de práticas fundamentadas em conhecimentos atualizados. Em DT25:7, um DT observa: “Durante a formação que recebemos, foi muito abordada a questão desta importância da observação constante e a comunicação eficaz com a equipa de cuidados”, referenciando a importância de uma formação que vá além do conhecimento técnico, envolvendo também a comunicação e a coordenação entre os membros da equipa.

“Posso” (f = 2) e “pouco” (f = 2) refletem uma percepção de capacidade pessoal e, por vezes, de limitação. Em DT10:31, um DT reflete: “eu penso que sobre o assunto, aquilo que eu pouco que eu domino, eu já partilhei”, mostrando que há um reconhecimento das próprias limitações, mas também uma vontade de partilhar o que se sabe para o benefício coletivo.

A análise da nuvem de palavras da categoria “Percepção sobre competências e formação própria” evidencia a autoconsciência e a reflexão crítica dos DTs de ERPI sobre a sua preparação e a necessidade de formação contínua no contexto do cuidado de idosos com disfagia. As palavras mais evocadas, como “formação”, “sei”, e “sim”, revelam uma percepção inequívoca da importância da capacitação específica e da atualização regular das competências. Esta preocupação está ajustada com o principal objetivo do estudo, que procura compreender como os DTs enfrentam os desafios associados à deglutição correta, um tema fulcral na manutenção da saúde e qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

A evocação de termos como “importante”, “equipa”, e “ter”, frequentemente associados às citações que salientam a necessidade de formação contínua e a responsabilidade coletiva, reforça a ideia de que a gestão eficiente da disfagia não é apenas uma questão de conhecimento técnico, mas também de práticas colaborativas dentro de ERPI. Os diretores reconhecem que, apesar das suas diversas formações de base e níveis de experiência, o domínio sobre temas específicos, como a disfagia, ainda requer aperfeiçoamento e atualização constante, o que é evidenciado pela ênfase em palavras como “anualmente”, “aprendendo” e “constante”.

Esta análise revela que os DTs estão informados da relevância da deglutição correta e dos riscos associados à sua má gestão, como a desnutrição e a aspiração, que podem ter consequências graves para os idosos. A reflexão sobre as suas competências e a necessidade de formação contínua manifesta um compromisso com a melhoria constante das práticas institucionais, assegurando que os cuidados prestados sejam adequados. Assim, a percepção dos diretores sobre a importância da formação é um reflexo direto do compromisso com a qualidade

do cuidado e com a segurança dos idosos, objetivos centrais do estudo e fundamentais para a gestão eficiente da disfagia nas ERPI.

9.3 Análise do diagrama de Sankey da categoria: Percepção sobre competências e formação própria

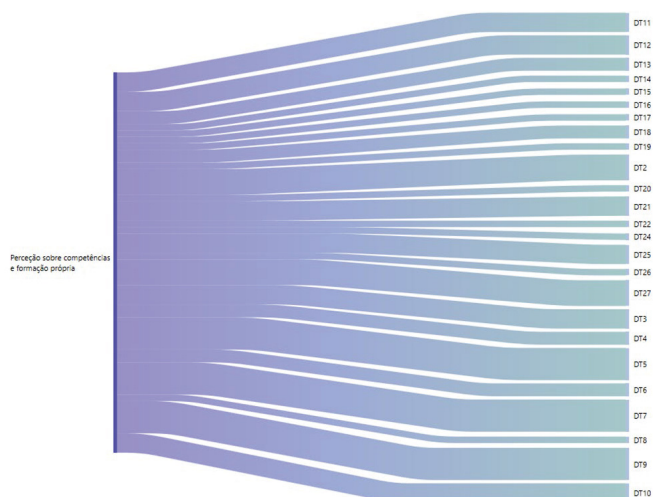


Figura 52 - Diagrama de Sankey da categoria: Percepção sobre competências e formação própria

O diagrama de Sankey, que se refere à categoria “Percepção sobre competências e formação própria”, revela a contribuição de vários DTs para a discussão desta categoria. As faixas mais espessas estão associadas aos DT9, DT7, DT27, DT2, DT25, DT21, DT11 e DT12, indicando que estes diretores tiveram uma maior contribuição em termos de autorreflexão sobre as suas competências e formação.

Por exemplo, o DT9 destaca o esforço contínuo de melhoria e o reconhecimento da importância da formação: “E é uma situação que nós estamos em constante melhoria, a tentar pelo menos” (DT9:9). Esse comentário evidencia a postura proativa e a consciência da necessidade de adaptação constante às exigências do cuidado especializado a idosos. Além disso, o DT7 reflete sobre a relação entre a perda muscular e as dificuldades de deglutição, demonstrando a importância da formação: “o que é que acontece, da experiência que tenho e daquilo que fui aprendendo, o que acontece é que efetivamente há uma perda muscular transversal na pessoa idosa que também afeta os músculos da fala e, nomeadamente, também da alimentação, que estão diretamente relacionados com a alimentação” (DT7:2).

O diagrama de Sankey também mostra como os DTs percebem a relação entre as suas competências e a necessidade de formação contínua. DT25, por exemplo, menciona a importância das formações regulares: “pois recebi recentemente uma formação de uma equipa de nutricionistas que representam um espessante para estes casos. Estes sinais podem indicar dificuldades na deglutição, que precisam ser avaliadas e tratadas rapidamente, como deve entender. Durante a formação que recebemos, foi muito abordada a questão desta importância da observação constante e a comunicação eficaz com a equipa de cuidados que são fundamentais, são essenciais para identificar precocemente qualquer alteração a este nível” (DT25:7). Essa percepção demonstra que a formação constante é compreendida como um meio de atualização para lidar com desafios como a disfagia.

A relação entre os DTs e o código principal que é ao mesmo tempo, a categoria é evidenciada pelo fluxo de informações e pela espessura das faixas. O DT27, por exemplo, menciona a formação específica em primeiros socorros e engasgamento: “Nós já fizemos cá o curso várias vezes, mas fizemos no ano passado, fizemos a formação específica para prestar os primeiros socorros, não é? E tivemos mesmo formação específica em engasgamento” (DT27:16). Essa abordagem prática remete a importância de uma formação contínua e especializada para garantir que os profissionais estejam preparados para emergências relacionadas à deglutição.

Os fluxos no diagrama de Sankey destacam as interações mais relevantes entre as percepções dos DTs e o código relacionado às suas competências e formação. Os fluxos mais espessos indicam uma maior contribuição para a reflexão sobre as competências e a formação contínua.

Além disso, a formação contínua é vista como uma oportunidade para melhorar a prática, como expressa pelo DT12: “eu pessoalmente, por exemplo, estou muito presente nessas situações, mas nunca tive necessidade de o fazer” (DT12:44). Essa citação reforça a importância da formação prática e do aprendizado contínuo no contexto diário de cuidados aos idosos.

A análise realizada com a consulta ao relatório de citações confirma a importância da formação contínua e das percepções dos DTs sobre as suas competências. O DT9, por exemplo, reconhece a necessidade de atualizar os conhecimentos: “nós ainda há pouco tempo fizemos, não foi uma formação, mas sim uma informação sobre o assunto” (DT9:22). Esse reconhecimento de lacunas e o desejo de melhorar refletem a disposição dos DTs em aprimorar continuamente as suas capacidades.

O relatório também revela que a autorreflexão é uma prática constante entre os DTs, com o DT11 mencionando: “eu tenho uma visão um bocadinho diferente relativamente a isto, porque eu sou há muitos anos, então tenho uma visão muito da parte da saúde” (DT11:12). Esta citação reflete uma postura crítica e o reconhecimento da importância de especialização nas áreas relacionadas ao cuidado geriátrico.

Em síntese, o diagrama de Sankey para a categoria “Percepção sobre competências e formação própria” demonstra a relevância da autorreflexão entre os DTs sobre as suas competências e a importância da formação contínua. As faixas mais espessas no diagrama revelam uma contribuição substancial de diretores como DT9, DT7, DT27 e DT25, entre outros, que destacam a necessidade de atualizações constantes para melhorar a qualidade dos cuidados prestados a idosos com dificuldades de deglutição. A integração entre a autorreflexão, as áreas de especialização e a formação contínua é fundamental para assegurar que os profissionais estejam preparados para enfrentar os desafios complexos no cuidado geriátrico.

9.4 Síntese da Categoria: Percepção sobre competências e formação própria

O principal código analisado nesta categoria, PER-COMP-FOR, foi o foco das reflexões dos DTs sobre as suas próprias competências. Este código, que aparece em 59 ocorrências, representa as percepções dos diretores sobre a sua formação e a necessidade de atualizações constantes. Conforme os relatos dos diretores, há um reconhecimento generalizado de que a formação recebida até o momento foi fundamental, mas que é necessário manter um processo contínuo de aprendizagem para acompanhar as exigências crescentes no cuidado a idosos.

As relações entre o código PER-COMP-FOR e as práticas de cuidados observadas mostram uma interdependência significativa entre as competências dos DTs e a capacidade de oferecer um suporte físico e emocional eficaz aos idosos. A formação contínua é vista como uma ferramenta para enfrentar as dificuldades apresentadas pela disfagia. As percepções dos DTs reforçam a importância de uma formação abrangente, que aborde tanto os aspetos técnicos como a compreensão emocional dos utentes, garantindo assim uma abordagem integral aos cuidados geriátricos.

O diagrama de Sankey reflete as contribuições de vários diretores, sendo que os DTs 9, 7, 27, 2 e 25 destacam-se pelas faixas mais espessas, indicando uma maior participação nas reflexões sobre as suas competências e a formação necessária. Estes diretores destacaram a relevância de estarem sempre atualizados, especialmente em temas relacionados com a deglutição

e as emergências alimentares. A formação contínua é, portanto, percebida como um processo que permite não apenas o aprimoramento das suas competências, mas também a melhoria da qualidade de vida dos idosos.

Os depoimentos dos diretores e a análise do diagrama de Sankey demonstram que a percepção sobre competências e formação própria é fundamental para a gestão eficiente dos cuidados a idosos com dificuldades de deglutição. A reflexão sobre a formação contínua, associada à necessidade de intervenções específicas, evidencia a importância de um compromisso constante com o desenvolvimento profissional. Assim, a integração de práticas preventivas e interventivas, fundamentadas no conhecimento atualizado e na autorreflexão, surge como uma das principais estratégias para assegurar a segurança e o bem-estar dos idosos institucionalizados.

10. Categoria: Profissionais habilitados

10.1 Análise da coocorrência e dos coeficientes de força

A análise da coocorrência e dos coeficientes de força na categoria “Profissionais habilitados” oferece uma perspectiva sobre a importância atribuída aos diferentes profissionais envolvidos na reabilitação de idosos com dificuldades de deglutição. Esta categoria, codificada como PRO-HAB, engloba 55 citações que refletem a percepção dos DTs sobre o papel de profissionais como terapeutas da fala, enfermeiros, médicos, entre outros, na gestão adequada da disfagia.

Entre os profissionais mencionados, os terapeutas da fala são frequentemente destacados, sendo mencionados em 30 das 55 citações. Os DTs consideram-nos como os principais responsáveis pela reabilitação da deglutição, devido à sua formação específica na área. Um dos diretores expressa esta confiança ao afirmar que “O terapeuta da fala é, sem dúvida, o profissional mais habilitado para avaliar e reabilitar os problemas de deglutição” (DT25:22). Esta afirmação destaca a importância atribuída a este profissional, considerado como especializado para garantir a segurança e eficácia das intervenções.

A coocorrência entre a presença de terapeutas da fala e outros profissionais, como enfermeiros e médicos, revela a natureza multidisciplinar do cuidado necessário para a gestão clínica da disfagia. Os enfermeiros, mencionados em 18 citações, são igualmente considerados como fundamentais no cuidado diário e na implementação de estratégias imediatas para prevenir complicações. Como um dos diretores afirma, “O enfermeiro está sempre na primeira linha dos cuidados diretos ao utente, portanto, é o melhor para identificar os riscos” (DT4:14). Esta declaração confirma a confiança nos enfermeiros para atuar prontamente em situações críticas.

Os médicos, citados em 10 ocasiões, são considerados os profissionais responsáveis clínicos das práticas realizadas por outros profissionais, como enfermeiros e terapeutas da fala. A sua função é destacada na supervisão geral dos cuidados e na definição de estratégias de que complementam o processo de reabilitação, garantindo que as intervenções sejam apoiadas em avaliações médicas. Um exemplo disso é quando um DT menciona que “O médico também faz a supervisão, faz a orientação e o enfermeiro aplica” (DT6:19).

Embora os terapeutas da fala, enfermeiros e médicos sejam os profissionais mais destacados, outros profissionais, como nutricionistas, também são mencionados. Os nutricionistas são considerados como importantes no planeamento das dietas para assegurar que os idosos

recebam uma alimentação adequada, especialmente em casos de disfagia. Apesar de serem mencionados com menos frequência (em 5 citações), a sua contribuição é igualmente essencial para a manutenção da saúde dos utentes.

A análise das coocorrências dentro desta categoria evidencia a interdependência entre os diversos profissionais. A relação profissional entre os terapeutas da fala e os enfermeiros, por exemplo, sugere que a eficácia das intervenções depende de uma colaboração estreita entre esses profissionais. Esta colaboração é o diferencial para garantir que as intervenções sejam realizadas de forma coordenada, maximizando os benefícios para os idosos.

A análise da categoria “Profissionais habilitados” destaca a importância de uma abordagem integrada e multidisciplinar na gestão da disfagia nas ERPI. Os DTs reconhecem que, para assegurar um cuidado de qualidade, é essencial contar com uma equipa de profissionais bem formados e especializados, que possam trabalhar em conjunto para melhorar a qualidade de vida dos idosos. A formação contínua e a especialização desses profissionais são observadas como elementos necessários para a prestação de cuidados, concordando com o objetivo central de promover o bem-estar dos utentes.

	● Profissionais habilitados Gr=55	
		count coefficient
● Profissionais habilitados Gr=55		0 0,00

Tabela 10 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Profissionais habilitados

	● Profissionais habilitados 55	
● Profissionais habilitados 55		

Figura 53 – Análise da coocorrência e dos coeficientes de força da categoria: Profissionais habilitados

“pouco” (f = 2), “prática” (f = 2), “primeira” (f = 2), “principal” (f = 2), “problemas” (f = 2), “reabilitar” (f = 2), “recorremos” (f = 2), “serviço” (f = 2), “serviços” (f = 2), “situação” (f = 2), “talvez” (f = 2), “técnicos” (f = 2), “tivemos” (f = 2), “usufruir” (f = 2), “vários” (f = 2), “vou” (f = 2), “acaso” (f = 1), “acompanhados” (f = 1), “acompanhar” (f = 1), “acontece” (f = 1), “acontecem” (f = 1), “acontecer” (f = 1), “aconteceu” (f = 1), “acreditamos” (f = 1), “administra” (f = 1), “alimentação” (f = 1), “alimentos” (f = 1), “alterarmos” (f = 1), “anos” (f = 1), “aplica” (f = 1), “aplicar” (f = 1), “apoiam” (f = 1), “assistência” (f = 1), “associado” (f = 1), “associação” (f = 1), “atendendo” (f = 1) (*ver figura 54*).

A análise da categoria PRO-HAB confirma a centralidade dos profissionais de saúde especializados no controlo da disfagia nas ERPI. As palavras mais frequentemente evocadas, como “fala” (f = 38), “temos” (f = 19), “terapeuta” (f = 17), e “terapia” (f = 16), marcam a importância atribuída aos terapeutas da fala e outros profissionais da saúde, como enfermeiros e médicos, no contexto de ERPI.

A palavra “fala” (f = 38) aparece repetidamente, quase sempre associada à terapia da fala. Esta perspetiva demonstra a perceção dos diretores sobre a relevância dos terapeutas da fala no diagnóstico e tratamento da disfagia. Por exemplo, em DT1:26, um diretor afirma: “No nosso entender... nós trabalhamos com terapeutas da fala numa fase em que ainda há ali algumas coisas a poder ser trabalhadas”, destacando o papel deste profissional na reabilitação dos idosos. A crescente conscientização sobre a importância desta especialidade é reforçada por outros discursos, como em DT1:35: “é uma descoberta que eu tenho há pouco tempo que seria um terapeuta da fala a partir de agora, este trabalho”.

A palavra “temos” (f = 19) revela a disponibilidade e o acesso aos profissionais dentro de ERPI, com os diretores mencionando frequentemente as suas equipas de enfermagem e a colaboração com terapeutas da fala. Em DT2:26, um diretor comenta: “Há uns anos atrás tivemos cá a terapia da fala. Neste momento não temos, mas penso que é benéfico...”. Isso demonstra a importância da continuidade na presença desses profissionais.

“Terapeuta” (f = 17) e “terapia” (f = 16) sublinham a especialização necessária para abordar a disfagia. Em DT11:21, é mencionado: “Os enfermeiros também podem trabalhar isso... mas sem dúvida alguma, que será a terapia da fala”, destacando que, apesar das competências dos enfermeiros, o terapeuta da fala é visto como o profissional mais habilitado para esta função.

A palavra “enfermeiro” (f = 13) e o termo associado “enfermeiros” (f = 6) destacam-se na

discussão sobre os profissionais habilitados, indicando que os enfermeiros são muitas vezes os primeiros a intervir em casos de disfagia. Em DT4:14, o diretor refere: “o enfermeiro... está sempre na primeira linha dos cuidados diretos ao utente”. Isso destaca o papel dos enfermeiros na gestão imediata dos problemas de deglutição.

A palavra “área” (f = 8) refere-se ao campo de especialização dos profissionais envolvidos na reabilitação dos idosos com disfagia. Em DT1:28, um diretor comenta: “o que nós acreditamos é que terá que ser sempre da área da... terapia da fala, ou da área da enfermagem com competências na parte da reabilitação”, evidenciando a necessidade de especialização para a gestão eficaz dos problemas de deglutição.

As palavras “penso” (f = 8) e “sei” (f = 8) revelam tanto a confiança quanto as incertezas dos DTs relativamente às competências dos profissionais sob a sua gestão. Por exemplo, em DT5:21, um diretor expressa: “Eu penso que será o enfermeiro...”. Esta citação reflete a percepção de que, apesar do papel dos enfermeiros, outros membros da equipa também desempenham funções no cuidado diário dos utentes. Em DT3:24, a palavra “sei” é utilizada para expressar uma incerteza: “Não sei se enfermeiros com habilitação específica na área da reabilitação...”.

O termo “há” (f = 6) aparece frequentemente nas entrevistas, introduzindo considerações sobre a presença ou ausência de determinados recursos, ou competências nas ERPI. Em DT21:21, um DT reflete: “penso eu que é o terapeuta da fala... para reabilitar a pessoa”. Esta hesitação sublinha a importância de garantir que os profissionais envolvidos possuam as qualificações necessárias para enfrentar os desafios que surgem no cuidado diário dos idosos.

A palavra “reabilitação” (f = 6) destaca a função principal dos profissionais de saúde no tratamento da disfagia, frequentemente mencionada em conjunto com a terapia da fala. Em DT20:14, é mencionado: “Já nos aconteceu a vários utentes ser um terapeuta da fala que faz esse tipo de reabilitação...”. Isso clarifica o papel contínuo e essencial da reabilitação no cuidado dos idosos com dificuldades de deglutição.

O termo “utentes” (f = 6) reforça a atenção do trabalho dos profissionais habilitados, que é o cuidado com os residentes de ERPI. Em DT9:21, a relação direta entre os serviços de terapia da fala e os utentes é destacada: “Temos vários utentes a usufruir desse serviço...”. Isso evidencia a importância de ter acesso a profissionais externos quando os recursos internos são limitados.

A palavra “ter” (f = 6) destaca a necessidade de garantir a disponibilidade de recursos humanos especializados dentro de ERPI. Em DT24:26, a importância de contar com terapeutas da

fala é observada: “Bem, eu tenho aqui um caso que estamos neste momento a acompanhar e foi interessante que foi nos enviado para a terapia da fala...”.

“Enfermagem” (f = 5) aparece associado à prática diária dos cuidados e à intervenção imediata em situações de risco. Em DT5:25, um diretor menciona: “nós aqui por acaso até temos enfermagem todo dia...”. Isso reflete a dependência de ERPI destes profissionais para garantir a segurança e o bem-estar dos seus utentes.

“Equipa” (f = 5) surge nas entrevistas para refletindo a importância do trabalho em conjunto no cuidado aos idosos. Em DT7:28, o papel da equipa de enfermagem é destacado: “falamos quer da equipa de enfermagem numa situação de sinalização e de atuação imediata...”. Isso reforça a necessidade de uma abordagem colaborativa e coordenada no tratamento da disfagia.

A palavra “nutricionista” (f = 5) é mencionada como um profissional importante na avaliação e gestão da alimentação dos idosos. Em DT14:13, um diretor técnico afirma: “Na minha opinião, uma pessoa que é essencial é o nutricionista...”. Este depoimento evidencia que, além dos terapeutas da fala e enfermeiros, os nutricionistas desempenham um papel indispensável na abordagem dos problemas de deglutição, contribuindo para um cuidado multidisciplinar.

As palavras “pessoa” (f = 5) e “sempre” (f = 5) refletem a importância de um atendimento personalizado e contínuo. Em DT4:14, o papel do enfermeiro é descrito como fundamental: “o enfermeiro... está sempre na primeira linha dos cuidados diretos ao utente”. Este acompanhamento ininterrupto é essencial para identificar problemas de deglutição, reforçando a necessidade de uma presença constante e atenta no cuidado com os idosos.

A palavra “dúvida” (f = 4) pode refletir as incertezas que os DTs têm relativamente às competências específicas necessárias para o tratamento da disfagia. Embora a citação de DT11:20, onde um diretor afirma: “Assim que eu tenho conhecimento, acho que a terapia da fala, sem dúvida, é a principal”, evidencie uma certeza sobre a importância da terapia da fala, sugere também que, apesar da valorização da intervenção dos terapeutas da fala, podem existir dúvidas sobre quais outros profissionais devem estar envolvidos no cuidado dos idosos com disfagia.

O termo “enfermeira” (f = 4) e o relacionado “enfermagem” destacam a presença e a função contínua destes profissionais nas ERPI. Em DT21:20, um diretor menciona: “o que acontece é que quantas vezes a enfermeira avalia e diz esta senhora já não consegue comer a comida normal...”. Este exemplo descreve a responsabilidade da enfermagem na identificação

precoce de problemas de deglutição.

A palavra “médico” (f = 4) surge em contextos onde a avaliação, supervisão e a orientação, quando necessária, as para a gestão dos problemas de saúde dos idosos. Em DT17:17, um diretor destaca: “O profissional é sempre o médico que avalia, pronto. E o enfermeiro que dá assistência”, demonstrando a relação hierárquica e colaborativa entre médicos e enfermeiros no tratamento das dificuldades de deglutição. Esta citação sugere que, enquanto os médicos têm a responsabilidade final pela avaliação e decisão de tratamento, os enfermeiros desempenham um papel essencial na execução das intervenções recomendadas.

O termo “portanto” (f = 4) é frequentemente utilizado pelos DTs para introduzir conclusões ou sínteses das suas reflexões. Por exemplo, em DT18:41, um diretor comenta: “os únicos que eu conheço que possam ter alguma capacidade nesse sentido seriam os terapeutas da fala, presumo eu...”. Isso sugere que, apesar de existirem outras possíveis intervenções, a terapia da fala é considerada a abordagem mais direta e eficaz.

A palavra “profissionais” (f = 4) reflete a diversidade e a importância dos diferentes membros da equipa de saúde dentro de ERPI. Em DT14:13, o DT menciona: “há uma série de técnicos que podem ajudar, mas a avaliação será feita sempre pelo nutricionista com a equipa de saúde”. Isso reforça a necessidade de integrar diferentes especialidades para abordar os múltiplos aspetos da saúde dos idosos.

O uso das palavras “será” (f = 4) e “seria” (f = 4) nas entrevistas indica a especulação e a ponderação dos DTs sobre as melhores práticas ou profissionais mais adequados para determinadas situações. Em DT15:13, um diretor afirma: “De acordo com a informação que eu tenho até então... será realmente o terapeuta da fala”. Isso sugere uma tentativa de identificar o profissional mais qualificado para lidar com a disfagia, ao mesmo tempo que reconhece a evolução contínua das práticas dentro da ERPI.

“Situações” (f = 4) e “situação” (f = 2) são mencionadas em contextos que descrevem as diversas circunstâncias em que os problemas de deglutição podem ocorrer. Em DT27:24, um diretor aponta: “O enfermeiro”, quando questionado sobre quem deve intervir em situações emergências. Esta referência assinala que as situações de risco exigem uma resposta rápida e competente, muitas vezes confiada aos enfermeiros devido à sua presença constante nas ERPI.

“Terapeutas” (f = 4) e “terapeutas da fala” aparecem como figuras centrais na reabilitação da disfagia. Em DT18:41, o diretor expressa: “Mas normalmente nós recorreremos à terapia da

fala”, reforçando a ideia de que, embora haja outros profissionais capacitados, os terapeutas da fala são frequentemente vistos como os mais especializados para lidar com problemas de deglutição.

O termo “acho” (f = 3) reflete uma hesitação ou uma opinião ponderada dos diretores sobre certas questões. Em DT11:20, é mencionado: “Assim que eu tenho conhecimento, acho que a terapia da fala, sem dúvida, que é a principal”. Isso indica que, mesmo com uma percepção da importância da terapia da fala, há uma certa cautela na afirmação.

“Acredito” (f = 3) denota a confiança dos diretores na eficácia das intervenções propostas, apesar das incertezas. Em DT15:14, um diretor expressa: “acredito que poderá haver outros profissionais... porque em primeira linha são sempre os enfermeiros que nos apoiam”. Isso sugere que, além dos terapeutas da fala, outros profissionais também podem desempenhar um papel crucial no tratamento da disfagia.

“Ajudar” (f = 3) surge em contextos onde os diretores discutem o apoio oferecido pelos profissionais de saúde. Em DT14:13, é mencionado: “pronto, que há uma série de técnicos que podem ajudar”, salientando a importância de uma abordagem colaborativa na prestação de cuidados, onde diferentes profissionais contribuem para o bem-estar dos idosos.

As palavras “algumas” (f = 3) e “alguma” (f = 2) refletem a variação nas necessidades dos utentes e nas intervenções aplicadas. Em DT9:21, o diretor refere: “temos algumas situações que temos utentes a usufruir desse serviço”, destacando que nem todos os casos de disfagia são iguais, exigindo abordagens personalizadas.

“Conhecimentos” (f = 3) e “conhecimento” (f = 2) referem-se à base de saberes que os DTs consideram essenciais para uma prática adequada. Em DT11:21, é afirmado: “pelos conhecimentos, mas sem dúvida alguma, que será a terapia da fala”, realçando a necessidade de uma formação contínua e especializada para lidar com as complexidades da disfagia.

“Deglutição” (f = 3) é abordada em termos de reabilitação e monitorização. Em DT9:20, um diretor menciona simplesmente: “Terapeuta da Fala”, em resposta a quem deve intervir em casos de disfagia, frisando a especialização necessária para tratar esta condição.

As palavras “delas” (f = 3) e “linha” (f = 3) são utilizadas em contextos de trabalho em equipa e responsabilidade. Em DT25:22, é referido: “são os enfermeiros... são os profissionais que têm estado nesta área na linha da frente”, reconhecendo a importância dos enfermeiros na gestão quotidiana dos problemas de deglutição.

A palavra “médica” (f = 3) reflete a função específica dos médicos dentro de ERPI. Em DT20:14, o diretor comenta: “Já nos aconteceu a vários utentes ser um terapeuta da fala que faz esse tipo de reabilitação...”, sugerindo que, embora o papel do médico seja central, a intervenção prática frequentemente cabe aos terapeutas da fala e outros profissionais especializados.

O termo “menos” (f = 3) surge em contextos de limitação ou reconhecimento das capacidades de intervenção. Em DT24:27, é mencionado: “Agora no dia a dia eu penso que o enfermeiro pode ser aquele que, com os conhecimentos corretos... poderia ser aquele que poderá motivar, promover a pessoa que está com necessidade”, sugerindo que, embora o enfermeiro possa assumir um papel relevante, pode haver situações em que a intervenção de outros profissionais especializados seja mais apropriada.

“Papel” (f = 3) é uma palavra que aparece quando os DTs discutem as responsabilidades e funções de cada profissional dentro de ERPI. Em DT7:28, o diretor diz: “falamos quer da equipa de enfermagem numa situação de sinalização e de atuação imediata, quando as situações acontecem, mas também aqui falo do papel do terapeuta da fala”, indicando que cada profissional tem um papel distinto e crucial na abordagem dos problemas de deglutição.

“Possam” (f = 3) reflete a potencialidade das intervenções e das competências dos profissionais. Em DT18:41, é afirmado: “os únicos que eu conheço que possam ter alguma capacidade nesse sentido seriam os terapeutas da fala”, sublinhando a importância de assegurar que os profissionais envolvidos no cuidado dos idosos estejam plenamente capacitados para tratar problemas específicos, como a disfagia.

O termo “profissional” (f = 3) e o relacionado “profissionais” sublinham a necessidade de uma formação especializada e a diversidade de conhecimentos necessários para abordar os problemas de deglutição nas ERPI. Em DT15:13, é mencionado: “De acordo com a informação que eu tenho até então e daquilo que tem sido também a nossa prática profissional, será realmente o terapeuta da fala”, reafirmando a centralidade de um conhecimento especializado para garantir o bem-estar dos idosos.

“Pronto” (f = 3) aparece como uma interjeição de conclusão ou aceitação, frequentemente utilizada pelos diretores ao discutir as práticas dentro de ERPI. Em DT17:17, um diretor resume: “O profissional é sempre o médico que avalia, pronto. E o enfermeiro que dá assistência”, indicando uma aceitação das responsabilidades delineadas entre os diferentes profissionais.

A palavra “sentido” (f = 3) é usada em contextos onde os diretores expressam a

importância ou a lógica por trás de determinadas práticas. Em DT24:26, o diretor afirma: “mas tem todo o seu interesse, porque para ver como é que funciona todo o mecanismo, eu penso que estariam mais habilitados nesse sentido”, sugerindo que a intervenção dos terapeutas da fala faz sentido no contexto de reabilitação da deglutição.

As palavras “todo” (f = 3) e “inteiro” (f = 2) são usadas para referir a abrangência ou totalidade de uma intervenção, ou prática. Em DT14:22, é mencionado: “o ideal seria ter aqui um nutricionista a tempo inteiro”, sugerindo a necessidade de uma presença constante de determinados profissionais para garantir o cuidado contínuo e abrangente dos idosos.

A palavra “Utente” (f = 3) e o plural “utentes” (f = 6) destacam a abordagem principal de trabalho nas ERPI: o cuidado aos residentes. Em DT21:20, o diretor menciona: “quantas vezes a enfermeira avalia e diz esta senhora já não consegue comer a comida normal...”, evidenciando a importância da vigilância contínua e personalizada dos utentes para adaptar as intervenções conforme necessário.

“Algum” (f = 2) e “pouco” (f = 2) refletem as incertezas ou limitações percebidas pelos diretores relativamente às competências, ou intervenções. Em DT15:14, o diretor afirma: “acredito que poderá haver outros profissionais, porque em primeira linha são sempre os enfermeiros que nos apoiam”, sugerindo abertura para incluir outros profissionais, mesmo com experiência limitada.

A palavra “assim” (f = 2) é uma palavra de transição, frequentemente usada para introduzir uma conclusão. Em DT11:20, é dito: “Assim que eu tenho conhecimento, acho que a terapia da fala, sem dúvida, que é a principal”, reforçando a confiança na importância da terapia da fala, apesar das incertezas.

“Calhar” (f = 2) e “talvez” (f = 2) expressam possibilidade ou especulação. Em DT13:18, um diretor comenta: “Não sei se vou responder corretamente, mas a terapia da fala? E algum médico de especialidade interna, não sei. Medicina interna e terapia da fala?”, tentando definir os profissionais mais adequados para a reabilitação da disfagia, apesar das dúvidas.

“Avalia” (f = 2) e “avaliação” (f = 2) referem-se ao diagnóstico e análise das capacidades de deglutição dos utentes. Em DT17:17, é afirmado: “O profissional é sempre o médico que avalia”, destacando a responsabilidade dos médicos em realizar uma avaliação precisa para orientar o tratamento.

“Nestas” (f = 2) e “nesta” (f = 2) surgem em contextos específicos, apontando para

situações que requerem atenção especial. Em DT12:18, é mencionado: “Portanto, temos cá duas profissionais que têm formação nessa área”, destacando a importância de ter profissionais formados para lidar com questões de deglutição.

“Normalmente” (f = 2) reflete as práticas estabelecidas nas ERPI. Em DT18:41, o diretor afirma: “Mas normalmente nós recorremos à terapia da fala”, indicando que, apesar de outras intervenções possíveis, a terapia da fala é a abordagem padrão para a reabilitação da disfagia.

“Opinião” (f = 2) reflete as percepções individuais dos diretores sobre as práticas e a organização dos cuidados. Em DT14:13, é mencionado: “Na minha opinião, uma pessoa que é essencial é o nutricionista”, sublinhando que, além dos terapeutas da fala, outros profissionais são igualmente vistos como essenciais para uma abordagem multidisciplinar.

“Podem” (f = 2) e “poderia” (f = 2) referem-se às possibilidades de intervenção ou à potencialidade dos profissionais. Em DT21:21, o diretor expressa: “penso eu que é o terapeuta da fala, acho que é quem estão habilitados... para reabilitar a pessoa”, sugerindo que, apesar das incertezas, há confiança na capacidade dos terapeutas da fala para conduzir a reabilitação.

“Prática” (f = 2) e “primeira” (f = 2) surgem em contextos de experiência e prioridade nas intervenções. Em DT15:13, é mencionado: “De acordo com a informação que eu tenho até então e daquilo que tem sido também a nossa prática profissional, será realmente o terapeuta da fala”, indicando que a prática adquirida orienta a decisão sobre quem deve conduzir as intervenções.

“Problemas” (f = 2) refere-se aos desafios enfrentados no cuidado dos idosos, especialmente em relação à deglutição. Em DT22:11, o diretor menciona: “Os nossos utentes que têm esses problemas e que já estão devidamente identificados são acompanhados pelos médicos da especialidade”, sublinhando a necessidade de monitorização contínua e especializada.

“Reabilitar” (f = 2) e “recorremos” (f = 2) descrevem o processo de recuperação e a dependência de recursos externos para assegurar o cuidado adequado. Em DT18:37, o diretor refere: “vamos recorrendo aos serviços externos”, indicando que, na ausência de recursos internos suficientes, é essencial contar com a colaboração de especialistas externos para a reabilitação dos utentes.

“Serviço” (f = 2) e “serviços” (f = 2) refletem as infraestruturas e recursos disponíveis nas ERPI para lidar com a disfagia. Em DT9:21, é mencionado: “Mas temos (a Terapia da Fala) a nível externo e temos algumas situações que temos utentes a usufruir desse serviço”, destacando a importância de ter acesso a serviços especializados, mesmo que externos, para garantir o

cuidado necessário.

A palavra “técnicos” (f = 2) abrange todos os profissionais especializados envolvidos no cuidado dos idosos. Em DT14:13, é afirmado: “há uma série de técnicos que podem ajudar”, reforçando a ideia de uma abordagem multidisciplinar onde diferentes especialidades contribuem para o bem-estar dos utentes.

“Tivemos” (f = 2) reflete experiências passadas que moldam as práticas atuais. Em DT18:37, o diretor menciona: “vamos recorrendo aos serviços externos”, sugerindo uma experiência contínua na dependência de serviços externos para tratar a disfagia.

A análise da nuvem de palavras da categoria “Profissionais habilitados” revela a complexidade e interdependência dos diferentes profissionais de saúde na gestão da disfagia nas ERPI. As palavras mais evocadas, como “fala”, “terapeuta”, “enfermeiro” e “reabilitação”, destacam os terapeutas da fala e os enfermeiros na identificação e tratamento das dificuldades de deglutição. Termos como “equipa”, “médico” e “nutricionista” sublinham a importância de uma abordagem multidisciplinar e colaborativa. As perceções dos diretores, refletidas nas referências a incertezas e necessidades de formação contínua, demonstram reconhecimento das suas limitações e valorização dos conhecimentos especializados dos profissionais habilitados. Desta forma, a gestão eficaz da disfagia nas ERPI depende do equilíbrio entre a disponibilidade de recursos especializados e a cooperação entre diferentes áreas de competência, assegurando cuidados abrangentes e ajustados às necessidades dos idosos institucionalizados.

10.3 Análise do diagrama de Sankey da categoria: Profissionais habilitados

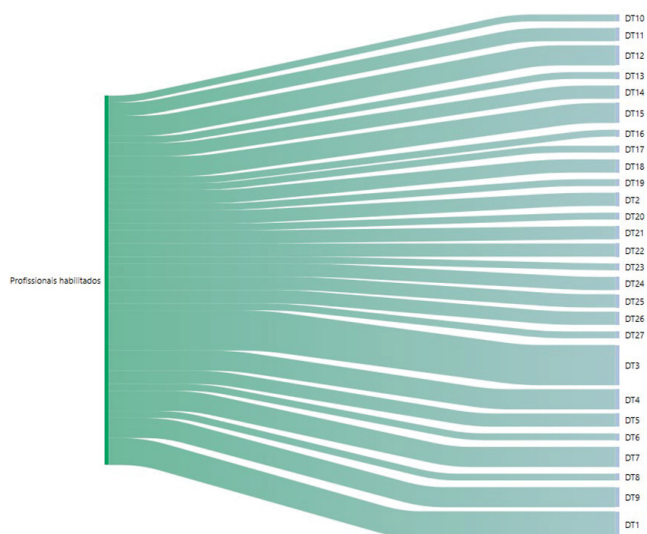


Figura 55 - Diagrama de Sankey da categoria: Profissionais habilitados

A análise do diagrama de Sankey referente à categoria “Profissionais habilitados” ilustra como os DTs de ERPI percebem a importância dos diversos profissionais na gestão de cuidados, especialmente no contexto de reabilitação e controlo da deglutição nos idosos.

No diagrama, os diretores, DT10, DT11, DT12, DT13, DT14, DT15, DT16, DT17, DT18, DT19, e outros, são os que apresentam maior participação e contribuições significativas relativamente a este tema. Estes diretores destacam-se pela frequência e intensidade das suas respostas, o que sugere um reconhecimento elevado da importância de profissionais habilitados, como terapeutas da fala, enfermeiros, nutricionistas, médicos e outros especialistas.

Por exemplo, a análise detalhada das citações revela que o DT11 menciona especificamente a relevância da terapia da fala, destacando que “Assim que eu tenho conhecimento, acho que a terapia da fala, sem dúvida, que é a principal” (DT11:20). Esta citação reforça a importância atribuída à intervenção de profissionais especializados na reabilitação da deglutição, que é um problema comum entre os idosos institucionalizados.

Os DTs também mencionam a importância da equipa de enfermagem na gestão diária e nos cuidados diretos aos utentes. A citação de DT4, por exemplo, ressalta: “o enfermeiro, não é? Está sempre na primeira linha dos cuidados diretos ao utente, portanto esse melhor do que ninguém para identificar os riscos que aquela pessoa corre” (DT4:14). Este comentário reflete a perceção de que os enfermeiros, estando em contacto direto e contínuo com os utentes, desempenham um papel importante na identificação precoce de problemas, incluindo dificuldades de deglutição.

Além disso, a citação de DT25 reforça a confiança nos terapeutas da fala como os profissionais mais habilitados para lidar com problemas de deglutição: “O terapeuta da fala é, sem dúvida, o profissional mais habilitado para avaliar e reabilitar os problemas de deglutição” (DT25:22). Este tipo de declaração, que se repete ao longo das entrevistas, reforça a visão partilhada entre os DTs sobre a necessidade de ter profissionais especializados e bem formados nas ERPI.

A amplitude das faixas no diagrama, especialmente para os DTs mencionados, reflete o reconhecimento da complexidade e dos desafios associados ao cuidado de idosos com disfagia. A sua ênfase na necessidade de intervenção de profissionais habilitados, como terapeutas da fala e

enfermeiros, evidencia um entendimento comum de que a qualidade dos cuidados depende diretamente da qualificação e da especialização da equipa.

Por outro lado, diretores como DT2 e DT20, que apresentam uma participação menos intensa, podem refletir uma menor experiência ou envolvimento direto na gestão de situações que requerem reabilitação específica. A citação de DT2, por exemplo, mostra uma consciência de que a terapia da fala é benéfica, embora atualmente não disponível na sua ERPI: “Há uns anos atrás tivemos cá a terapia da fala. Neste momento não temos, mas penso que é benéfico, principalmente nestas situações” (DT2:26). Isso pode indicar limitações de recursos ou acesso a serviços especializados, o que afeta diretamente a capacidade de proporcionar cuidados adequados aos utentes.

No geral, o diagrama de Sankey revela uma consciência entre os diretores sobre a importância de profissionais habilitados na gestão de cuidados complexos como a disfagia. As faixas associadas a DTs como DT10, DT11, e DT12 indicam uma maior ênfase e preocupação com a formação contínua e a disponibilidade de profissionais especializados, refletindo uma abordagem mais proativa e informada na gestão de ERPI.

Esta análise sublinha a importância de investir na formação e na contratação de profissionais habilitados como uma estratégia necessária para assegurar a qualidade dos cuidados prestados aos idosos, especialmente aqueles com necessidades específicas de reabilitação, como os problemas de deglutição.

10.4 Síntese da Categoria: Profissionais habilitados

A análise da categoria “Profissionais habilitados” sublinha a importância atribuída pelos DTs de ERPI à presença e atuação de profissionais especializados na abordagem clínica da disfagia, uma condição prevalente entre os idosos institucionalizados. Através da coocorrência de termos, da nuvem de palavras e do diagrama de Sankey, é possível compreender a perceção destes diretores sobre os riscos associados à gestão inadequada da disfagia e a necessidade de uma equipa multidisciplinar qualificada para diminuir esses riscos.

Os terapeutas da fala emergem como os profissionais mais mencionados e valorizados pelos diretores, sendo frequentemente citados como os principais responsáveis pela reabilitação da deglutição devido à sua formação específica. O destaque dado a estes profissionais reflete-se em citações como a de DT25, que afirma: “O terapeuta da fala é, sem dúvida, o profissional mais habilitado para avaliar e reabilitar os problemas de deglutição”. Esta perceção é reforçada pela

análise da coocorrência, onde a palavra “fala” aparece com grande frequência, indicando a centralidade da terapia da fala no contexto de ERPI.

A análise do diagrama de Sankey revela ainda a interdependência entre os terapeutas da fala e outros profissionais, como enfermeiros, nutricionistas e médicos. Esta colaboração é essencial para garantir intervenções assertivas e coordenadas, maximizando os benefícios para os idosos. A importância dos enfermeiros é igualmente enfatizada, especialmente pelo seu papel na implementação de estratégias imediatas e no cuidado diário dos utentes. A citação de DT4:14, que menciona que “o enfermeiro está sempre na primeira linha dos cuidados diretos ao utente”, ilustra a confiança depositada nestes profissionais para atuar prontamente em situações críticas.

Os médicos, embora mencionados com menos frequência do que os terapeutas da fala e os enfermeiros, são considerados essenciais diagnósticos de outras condições clínicas e apoio aos outros profissionais no processo de avaliação e reabilitação das disfagias.

Apesar de serem mencionados também com menor frequência, os nutricionistas são essenciais, particularmente no planeamento das dietas para assegurar que os idosos recebam uma alimentação adequada, especialmente em casos de disfagia.

A análise da nuvem de palavras reforça a importância dos terapeutas da fala e dos enfermeiros, marcando a necessidade de uma abordagem colaborativa e multidisciplinar. Termos como “equipa”, “médico” e “nutricionista” indicam a importância de integrar diferentes especialidades para abordar os múltiplos aspetos da saúde dos idosos.

Por outro lado, diretores como DT2 e DT20, que apresentam uma participação menos intensa nas entrevistas, podem refletir uma menor experiência ou envolvimento direto na gestão de situações que requerem reabilitação específica, sugerindo possíveis limitações de recursos ou de acesso a serviços especializados.

A gestão eficaz da disfagia nas ERPI depende de um equilíbrio entre a disponibilidade de recursos especializados e a cooperação entre diferentes áreas de competência. A análise desta categoria evidencia que os diretores estão conscientes da necessidade de uma equipa bem formada e especializada, capaz de trabalhar em conjunto para assegurar a qualidade dos cuidados prestados. Este reconhecimento ressalta a importância de investir na formação contínua e na contratação de profissionais habilitados, como uma estratégia principal para garantir a segurança e o bem-estar dos idosos institucionalizados.

Capítulo IV – Discussão dos resultados e conclusão

1. Discussão dos resultados e conclusão

A presente investigação teve como objetivo analisar a percepção dos diretores técnicos das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) sobre a deglutição nos idosos institucionalizados, com um enfoque particular nos desafios relacionados ao controlo da disfagia. Os resultados demonstram que os diretores técnicos reconhecem a importância da deglutição correta para a saúde física e o bem-estar geral dos residentes. Contudo, as respostas evidenciam limitações relativamente à formação especializada e à disponibilidade de recursos adequados para a condução eficaz desta condição, que é prevalente entre os idosos.

Ao comparar os resultados obtidos com a literatura existente, verifica-se que há uma concordância clara quanto ao impacto da disfagia nas populações idosas institucionalizadas. Estudos como os de Sousa et al. (2022) e Carrillo et al. (2016) ressaltam a relevância da deteção precoce da disfagia, principalmente para evitar complicações como a desnutrição e a pneumonia por aspiração, que constituem consequências diretas das dificuldades em deglutir. Os diretores técnicos mostraram-se cientes dos riscos, mas reconheceram que a implementação de protocolos padronizados enfrenta dificuldades, na maioria devido à escassez de instrução contínua e especializada para as suas equipas. Essa lacuna está em consonância com as observações de Cichero (2013), que enfatiza a necessidade de integrar diferentes profissionais de saúde no tratamento da disfagia, assegurando uma orientação multidisciplinar e sistemática que promova o bem-estar dos residentes.

O acompanhamento adequado da deglutição é inequivocamente reconhecido pelos diretores técnicos como uma prioridade; no entanto, a dificuldade prática na sua implementação persiste como um obstáculo. Embora as equipas se esforcem para identificar precocemente sinais de disfagia e intervir de maneira adequada, a falta de técnicos e de aprendizagem em algumas instituições limita as suas capacidades de atuação. Vargas (2018) também aborda essa questão, apontando que o acesso limitado a preparação específica e a ativos é uma das maiores barreiras para uma intervenção eficaz, algo corroborado pelas entrevistas realizadas com os diretores técnicos.

Adicionalmente, os diretores expressaram uma visão positiva sobre o potencial preventivo das ERPI, caso dispusessem da equipa necessária e de protocolos bem definidos. Nesse sentido, a avaliação instrumental, como a videofluoroscopia da deglutição (VFD) ou a avaliação

endoscópica da deglutição por fibra ótica (FEES), frequentemente destacadas na literatura (Cichero, 2013) como avaliações indispensáveis para a confirmação precisa da disfagia, tem sido raramente solicitada. Esse facto deve-se, principalmente, à falta de conhecimento sobre o exame e à escassez de recursos financeiros, conforme também destacado por Vargas (2018). A ausência de protocolos estruturados, com a falta de encaminhamentos para exames complementares, dificulta uma intervenção precoce, resultando, frequentemente, em cuidados reativos implementados apenas após o surgimento de complicações graves. Isso compromete a qualidade de vida dos residentes e aumenta o risco de hospitalizações, como também observado por Carrillo et al. (2016).

Estes achados corroboram a literatura ao sublinhar que a falta de meios e a qualificação inadequada nas ERPI afetam diretamente a qualidade dos cuidados prestados aos idosos com disfagia. Camarano (2004) alerta para os riscos que essa limitação de infraestrutura impõe, salientando que a falta de suportes adequados nas ERPI pode agravar o estado de saúde dos residentes e aumentar os custos a longo prazo, devido a hospitalizações frequentes. Da mesma forma, Barros (2013) observa que, sem uma perspectiva preventiva e proativa, o agravamento das condições de saúde relacionadas com a disfagia pode resultar em intervenções mais complexas e prolongadas, elevando os custos globais de tratamento.

A utilização do “software” ATLAS.ti, versão 24.1.1.30813 (Licença de estudante n.º L-B06-A3D), facilitou a organização e análise dos dados qualitativos, permitindo uma visualização estruturada das coocorrências e a criação de representações visuais, como as nuvens de palavras e os diagramas de Sankey. Essas ferramentas gráficas, conforme discutido por Harris (1999), foram essenciais para uma melhor compreensão das interrelações entre as categorias e os códigos identificados na análise. Através dessas ferramentas, foi possível identificar padrões nas percepções dos diretores técnicos sobre a gestão da deglutição em idosos institucionalizados, reforçando a consistência da análise qualitativa.

No que diz respeito aos objetivos específicos da investigação, ficou evidente que o papel dos diretores técnicos na supervisão das equipas que intervém com idosos com problemas de deglutição é essencialmente de coordenação, mas a sua atuação é limitada pela falta de atualização específica e de apoio técnico especializado. Estudos como o de Fernández-Getino Sallés (2018) destacam a necessidade de uma intervenção multidisciplinar, que inclua terapeutas da fala, nutricionistas e enfermeiros, de modo a garantir uma reabilitação adequada da disfagia.

No entanto, muitos dos diretores técnicos admitiram que o seu conhecimento sobre os distúrbios da deglutição é limitado, o que pode ser um obstáculo na distribuição de tarefas e na coordenação dos cuidados com os residentes. Esta limitação é amplamente discutida na literatura, com Sousa et al. (2022) e Carrillo et al. (2016) a reforçarem a necessidade de programas de desenvolvimento profissional contínuo para capacitar melhor esses profissionais.

A falta de conhecimento específico nos diretores técnicos sobre as complicações da deglutição é particularmente preocupante, dado o impacto direto que a disfagia tem na saúde dos idosos. A literatura evidencia uma relação clara entre a disfagia e condições como a desnutrição, a desidratação e a pneumonia por aspiração, todas altamente prevalentes entre os idosos institucionalizados (Sousa et al., 2022). Assim, torna-se imperativo que as ERPI invistam em programas de ensino, para que tanto os diretores como as suas equipas adquiram as competências necessárias para um acompanhamento eficiente da disfagia. Carrillo et al. (2016) reforça esta ideia, sublinhando que o conhecimento inadequado sobre a disfagia resulta frequentemente em cuidados tardios e ineficazes, sendo, portanto, determinante a implementação de estratégias formativas.

Uma das soluções mais viáveis para superar estas limitações é a inclusão de programas de curso no plano anual das ERPI, utilizando as ofertas de formação certificadas pela Plataforma SIGO (Sistema de Informação e Gestão da Oferta Educativa e Formativa) da Direção Geral das Relações de Trabalho (DGERT). Estes programas, adaptados à realidade das ERPI, podem melhorar a capacidade de resposta das equipas de saúde às necessidades dos idosos com disfagia, permitindo uma intervenção mais célere e eficaz. Por outro lado, as plataformas de ensino à distância oferecem uma solução prática e flexível, permitindo que os profissionais acedam a atualizações sem comprometer as suas responsabilidades diárias.

Outro ponto importante revelado pelas entrevistas foi a variabilidade nos procedimentos de deteção e controlo da disfagia entre as diferentes ERPI. Muitos diretores técnicos referiram que as avaliações realizadas são predominantemente informais, baseando-se na observação direta dos residentes durante as refeições. Este método, embora comum, é insuficiente para detetar precocemente problemas graves de deglutição, uma falha também destacada por Vargas (2018). A ausência de instrumentos padronizados de rastreio constitui uma lacuna significativa que compromete a segurança alimentar dos residentes e aumenta o risco de complicações associadas à disfagia.

A literatura também enfatiza a necessidade de uma estratégia preventiva na análise da disfagia, que envolva uma avaliação contínua e a adaptação das práticas alimentares nas ERPI. No entanto, como indicaram os diretores técnicos, a implementação dessas práticas enfrenta obstáculos práticos, como a escassez de profissionais especializados e a falta de meios financeiros. Jürschik-Giménez et al. (2009) e Cichero et al. (2017) destacam a adaptação das refeições, com a utilização de espessantes e a modificação das texturas alimentares, como uma estratégia indispensável para garantir a segurança alimentar dos idosos com disfagia. Todavia, a investigação revela que estas práticas não são uniformemente aplicadas em todas as ERPI, o que compromete a qualidade dos cuidados prestados.

A contratação de especialistas na área, como terapeutas da fala e nutricionistas, e a aquisição de materiais, como espessantes alimentares, embora vistas como essenciais pelos diretores técnicos, são frequentemente limitadas pelas restrições orçamentais das instituições. Vargas (2018) sublinha que a falta de adaptação alimentar pode agravar o estado nutricional dos residentes, aumentando o risco de desnutrição e desidratação. Este é um desafio que deve ser enfrentado por meio de políticas públicas que promovam o acesso a apoios materiais adequados e que incentivem a capacitação das equipas de saúde. Para superar essa limitação, é fundamental que as medidas governamentais assegurem não apenas a alocação de suprimentos materiais, mas também um financiamento adequado para a solicitação de exames instrumentais e outros serviços essenciais.

No que diz respeito à percepção dos diretores técnicos sobre a eficácia dos cuidados prestados aos idosos com disfagia, os resultados revelam uma certa ambivalência entre o reconhecimento do empenho das suas equipas e a consciência das limitações impostas pela falta de capital financeiro e de protocolos validados. Muitos diretores técnicos demonstraram confiança na dedicação das suas equipas, sublinhando o esforço contínuo para garantir a segurança e o bem-estar dos residentes. Contudo, também reconheceram que, sem uma tática mais estruturada e baseada em evidências, as intervenções tendem a ser reativas em vez de preventivas, como também destacado por Cichero et al. (2017).

As necessidades práticas identificadas na investigação destacam a escassez de trabalhadores especializados, como terapeutas da fala, e a ausência de protocolos estruturados que integrem profissionais na condução das disfunções da deglutição. Os diretores técnicos apontaram que essa carência afeta diretamente a qualidade dos cuidados, limitando a capacidade

de intervenção precoce e eficaz. Para superar essas barreiras, torna-se imperativo que as iniciativas de regulação avancem para assegurar a integração de terapeutas da fala, nutricionistas e outros profissionais nas ERPI.

A atual legislação, como o artigo 12.º da Portaria n.º 67/2012, que regula os rácios mínimos de pessoal, não inclui a obrigatoriedade desses profissionais, o que constitui um défice no acompanhamento da disfagia. Da mesma forma, o Diário da República n.º 219/2023, Série I, também não prevê a inclusão desses especialistas para lidar com condições complexas, como a disfagia, evidenciando a necessidade urgente de ajustes nas políticas vigentes. Nesse sentido, o desenvolvimento e a implementação de ações governamentais eficazes, que promovam o acesso equitativo a colaboradores especializados, são essenciais para um planeamento preventivo da disfagia nas ERPI.

O relatório da OECD (2023), intitulado "Melhorar o Processo de Decisão e de Desenvolvimento de Políticas Públicas em Portugal: O Papel do PlanAPP", sublinha a relevância de um planeamento estratégico e de uma maior fiscalização na aplicação de medidas públicas no setor da saúde, apontando o PlanAPP como um instrumento fundamental para garantir a implementação dessas políticas de forma mais coordenada e eficaz.

O PlanAPP tem o potencial de coordenar as diversas iniciativas de aprendizagem e alocação de mão de obra, promovendo um plano de ação mais estruturado e integrado. A implementação de políticas voltadas para a inclusão de profissionais especializados, como terapeutas da fala, psicólogos, fisioterapeuta, terapeutas ocupacionais, psicomotricistas e nutricionistas, deve ser acompanhada de uma monitorização contínua, garantindo que as medidas sejam aplicadas de forma adequada em todas as instituições. Por conseguinte, é fundamental que o PlanAPP assegure que os meios necessários, tanto humanos como tecnológicos, estejam disponíveis de maneira equitativa entre as ERPI, facilitando o acesso a ferramentas e a exames complementares de diagnóstico. Dessa forma, a criação de protocolos claros e a sua aplicação consistente, com o suporte das políticas coordenadas pelo PlanAPP, permitirão uma intervenção precoce e eficaz na recuperação da disfagia, garantindo uma melhor qualidade de vida para os idosos institucionalizados.

A monitorização da aplicação destas políticas deve ser contínua, permitindo ajustes em tempo real e assegurando que as práticas se mantenham alinhadas com as necessidades dos idosos. Este método assegura que os objetivos traçados no plano estratégico sejam concretizados,

traduzindo-se em melhorias reais no cuidado prestado. Por fim, a inclusão de terapeutas da fala, nutricionistas e psicólogos nas ERPI, conforme defendido pela literatura (Sousa et al., 2022; Cichero et al., 2017), deve ser assegurada por propostas do governo que promovam a criação de parcerias entre as ERPI e instituições de saúde, tanto públicas como privadas, permitindo um acesso mais rápido e eficaz a técnicos habilitados e a ferramentas tecnológicas que facilitem a comunicação e a coordenação entre as equipas.

A investigação também evidenciou que o cuidado com utentes com disfagia deve ser integrado num plano de cuidados mais amplo, envolvendo não apenas os profissionais de saúde, mas também as famílias dos residentes. Os diretores técnicos indicaram que, na prática, essa integração é limitada, muitas vezes pela falta de tempo, disponibilidade financeira ou políticas internas que promovam uma colaboração eficaz entre os diferentes profissionais e as famílias. A literatura, especialmente o estudo de Sousa et al. (2022), destaca que a comunicação entre todos os intervenientes no processo de cuidados é essencial para uma avaliação correta da disfagia.

Outro ponto relevante apontado pelos diretores técnicos foi a necessidade de cursos de atualização para todos os profissionais das ERPI, não apenas para os diretores técnicos, mas também para as equipas de saúde e auxiliares. A ausência de uma habilitação específica foi identificada como uma das principais barreiras à implementação de cuidados efetivos, uma vez que limita a capacidade das equipas de detetar precocemente os sinais de disfagia e de intervir de forma adequada. Carrillo et al. (2016) reforçam que a falta de conhecimento sobre a disfagia é um dos principais obstáculos à sua monitorização e sugerem que as ERPI adotem programas de aprendizagem acessíveis a todos os profissionais envolvidos nos cuidados a idosos.

Para além da questão formativa, a falta de articulação entre os diferentes profissionais de saúde foi outra preocupação destacada. Embora os diretores técnicos reconheçam a influência positiva de uma abordagem interdisciplinar, muitos relataram que a colaboração entre os diversos intervenientes nos cuidados aos residentes nem sempre ocorre de forma eficaz, o que resulta numa fragmentação dos cuidados. Cichero et al. (2017) apontam que a comunicação entre profissionais é essencial na resolução de condições complexas, como a disfagia, permitindo que cada membro da equipa contribua com o seu conhecimento especializado para uma intervenção mais eficaz.

Neste contexto, a introdução de ferramentas tecnológicas, como plataformas de registo clínico, poderia facilitar a comunicação entre os membros da equipa multidisciplinar, permitindo

uma partilha mais rápida de informações sobre o estado de saúde dos residentes e um acompanhamento contínuo dos cuidados prestados. De igual modo, a implementação de reuniões periódicas de equipa, onde se possam discutir casos clínicos e definir estratégias de intervenção partilhada, poderia melhorar a proposta de intervenção da disfagia nas ERPI. Este tipo de colaboração, já defendido na literatura, pode promover um modelo mais coordenado.

Outro aspeto importante é o envolvimento das famílias no processo de recuperação da disfagia. Segundo os diretores técnicos entrevistados, as famílias muitas vezes não estão suficientemente informadas sobre a condição dos seus familiares, nem sobre as melhores formas de os apoiar. A literatura, incluindo Cichero et al. (2017), sugere que a educação das famílias é um fator decisivo para o sucesso das intervenções, uma vez que o apoio familiar pode melhorar a adesão às orientações alimentares e aos exercícios de reabilitação.

A criação de programas educativos destinados às famílias poderia melhorar a sua compreensão sobre a disfagia e facilitar uma colaboração mais estreita entre as equipas de saúde e os familiares. Esses programas poderiam incluir sessões informativas, materiais educativos simples e a criação de canais de comunicação abertos entre as ERPI e as famílias, promovendo um maior envolvimento e uma melhor articulação no cuidado dos idosos.

A investigação também revelou que a forma de atuar na disfagia nas ERPI é frequentemente abordada de maneira fragmentada, sendo muitas vezes tratada como um problema isolado, em vez de integrar um plano de cuidados contínuo e preventivo. A adoção de uma estratégia conjunta, que inclua tanto a prevenção como a reabilitação, foi mencionada pelos diretores técnicos como uma necessidade urgente. No entanto, a sua implementação é frequentemente dificultada pela falta de profissionais e materiais. A literatura, nomeadamente Vargas (2018), sublinha que a prevenção da disfagia passa pela realização de avaliações regulares e pela adaptação contínua das práticas alimentares, permitindo a deteção precoce de problemas de deglutição. Contudo, nas ERPI analisadas, essas práticas ainda não são amplamente adotadas, o que compromete a eficácia das intervenções.

A implementação de programas de avaliação contínua da deglutição, com a adaptação individualizada das refeições e a promoção de exercícios de reabilitação da deglutição, poderia melhorar significativamente a qualidade dos cuidados prestados. O ensino das equipas de cozinha sobre a adaptação das texturas alimentares e o uso de espessantes é essencial para garantir que as refeições sejam seguras e adequadas às necessidades dos residentes com disfagia. Esse tipo de

intervenção, supervisionada por nutricionistas, é fundamental para prevenir complicações, como aspiração e desnutrição, tal como defendido por Jürschik-Giménez et al. (2009) e Sousa et al. (2022).

Os diretores técnicos também destacaram o impacto psicológico da disfagia nos residentes. Muitos relataram que os idosos com dificuldades de deglutição frequentemente experienciam sentimentos de frustração, ansiedade e isolamento. Esses resultados confirmam as observações de Fernández-Getino Sallés (2018), que associa a disfagia ao declínio emocional dos residentes, o que pode agravar o seu estado geral de saúde. A literatura defende que a monitorização da disfagia deve incluir não apenas a intervenção física, mas também um acompanhamento psicológico dos residentes, para minimizar os efeitos negativos desta condição na sua saúde mental. No entanto, a investigação revelou que as ERPI nem sempre dispõem de dinheiro para oferecer esse tipo de apoio, limitando a capacidade de intervenção e comprometendo o bem-estar emocional dos residentes.

A integração de serviços de apoio psicológico nas ERPI seria uma solução viável para suprir essa carência. Equipas multidisciplinares que incluam psicólogos, terapeutas da fala, nutricionistas e outros profissionais técnicos proporcionariam um acompanhamento mais extenso e completo, promovendo tanto a reabilitação física quanto o bem-estar emocional dos idosos. Esta abordagem coesa é defendida por diversos estudos (Cichero et al., 2017; Sousa et al., 2022), que apontam para a pertinência de se adotar uma perspetiva global no cuidado de residentes com disfagia.

As implicações práticas desta investigação são evidentes: as ERPI precisam de investir em educação e instrução permanente e no reforço das equipas multidisciplinares. A adoção de protocolos baseados em evidências científicas, assim como o encaminhamento para avaliação instrumental, é uma medida essencial para garantir intervenções mais atempadas e eficazes. Sem estas mudanças, o acompanhamento clínico da disfagia nas ERPI continuará a ser fragmentada, comprometendo a qualidade dos cuidados prestados e aumentando os riscos para a saúde dos residentes. Em complemento, a criação de diretrizes que promovam o acesso a provisões materiais e humanos especializados é fundamental para garantir que as ERPI possam desempenhar um papel preventivo mais eficiente.

As limitações deste estudo devem ser reconhecidas. Em primeiro lugar, a investigação focou-se exclusivamente nas perceções dos diretores técnicos, sem incluir as opiniões de outros

profissionais de saúde, cuidadores, residentes ou familiares. Este facto limita a abrangência das conclusões, uma vez que impede uma visão mais ampla e integrada sobre a condução da disfagia em todas as suas dimensões. De forma similar, o estudo foi realizado num contexto geográfico específico, o que pode restringir a generalização dos resultados para outras regiões do país, com diferentes realidades socioeconómicas.

Outra limitação relevante foi a ausência de uma análise quantitativa que complementasse os dados qualitativos obtidos nas entrevistas. Embora o método qualitativo tenha permitido explorar em profundidade as perceções dos diretores técnicos, a inclusão de dados quantitativos, como a frequência e o impacto das complicações relacionadas com a disfagia nas ERPI, poderia ter proporcionado uma visão mais completa do fenómeno. Da mesma forma, o uso de métodos complementares, como a realização de grupos focais ou a observação direta das práticas implementadas nas ERPI, teria enriquecido a análise qualitativa, oferecendo uma perspetiva mais dinâmica e detalhada do quotidiano institucional.

Futuras investigações poderiam integrar as perspetivas de diferentes profissionais de saúde, residentes e as suas famílias, proporcionando uma visão mais interligada do controlo da disfagia nas ERPI. Outrossim, seria de interesse realizar estudos comparativos entre diferentes regiões do país, avaliando como as práticas de observação da disfagia variam entre contextos institucionais distintos. Outra área que merece atenção é a eficácia da aprendizagem em serviço para os profissionais de saúde nas ERPI, nomeadamente aqueles que se concentram na deteção e reabilitação da disfagia. Estes estudos poderiam ajudar a entender melhor como a implementação de protocolos de avaliação e intervenções pode melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Neste contexto, os resultados desta investigação revelam importantes carências no tratamento clínico da disfagia nas ERPI, principalmente no que diz respeito à formação das equipas e à disponibilidade de funcionários especializados. Os diretores técnicos demonstraram uma compreensão dos riscos associados à disfagia, mas enfrentam dificuldades na implementação de práticas preventivas e terapêuticas. Estas dificuldades são exacerbadas pela falta de protocolos padronizados, pela escassez de profissionais qualificados e pela insuficiência de bens materiais e humanos.

As implicações teóricas e práticas deste estudo apontam para a necessidade de uma intervenção multidisciplinar, apoiada na aprendizagem contínua e na implementação de protocolos claros e baseados em evidências científicas. Integrar a avaliação e reabilitação física e

motora da disfagia num plano de cuidados mais amplo e preventivo, que inclua a participação ativa de terapeutas da fala, nutricionistas, enfermeiros, psicólogos e outros profissionais de saúde. A coordenação entre esses profissionais e a participação das famílias é essencial para garantir uma intervenção eficaz e centrada no bem-estar físico e emocional dos residentes.

A criação de políticas públicas que assegurem o acesso equitativo a apoios especializados é fundamental para garantir que as ERPI possam adotar uma estratégia preventiva e proativa na supervisão da disfagia. Sem essas intervenções, a qualidade dos cuidados prestados continuará comprometida, com um impacto negativo na saúde e na qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Desta forma, a implementação de programas de aprendizagem ao longo da vida profissional, adaptados às especificidades das ERPI e acessíveis a todos os profissionais, surge como uma das soluções mais viáveis para melhorar a capacidade de resposta das equipas de saúde à administração no controlo clínico da disfagia. A utilização de plataformas de ensino à distância e a integração de programas de capacitação oferecidos por entidades certificadas, como a Plataforma SIGO, podem facilitar a capacitação dos profissionais, assegurando que estejam devidamente preparados para enfrentar os desafios colocados pela planificação dos cuidados da disfagia nas ERPI.

Esta investigação, embora limitada na sua abrangência, fornece um importante contributo para a compreensão dos desafios enfrentados pelas ERPI na gestão da disfagia e destaca áreas que necessitam de intervenção urgente. Investigações futuras deverão expandir a análise a diferentes contextos regionais e envolver uma espectro mais vasto de profissionais de saúde, auxiliares e de familiares.

Referências bibliográficas

- Abu-Ghanem, S., Chen, S., e Amin, M. R. (2020). Oropharyngeal dysphagia in the elderly: evaluation and prevalence. *Curr. Otorhinolaryngol. Rep.*, 8, 34-42.
- Achem, S. R. e Devault, K. R. (2005). Dysphagia in aging. *J. Clin. Gastroenterol.*, 39(5), 357-371.
- Agudelo, M., Cardona, D., Segura, A. & Restrepo, D. (2020). Elder abuse, a silent problem. *Rev Fac Nac Salud Pública*, 38(2), e331289. doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e331289>
- Aguilar, E., Pérez, L., Martín, M., & Romero, A. (2018). Rehabilitación de las alteraciones en la succión y deglución en recién nacidos prematuros de la unidad de cuidados intensivos neonatales. *Boletín Médico Del Hospital Infantil de México*, 75(1), 15-22. <https://doi.org/10.24875/bmhim.m18000001>
- Alves, M., Menezes, M., Felzemburg. R., Silva, V. e Amaral. J. (2017). Instituições de longa permanência para idosos: aspectos físico-estruturais e organizacionais. *Escola Anna Nery*, 21(4), 1-8.
- Ambagtsheer, R. C., Beilby, J., Seiboth, C., e Dent, E. (2020). Prevalence and associations of frailty in residents of Australian aged care facilities: findings from a retrospective cohort study. *Aging Clin. Exp. Res.*, 32(9), 1849–1856.
- Ambiado, M. M., & Borjas, J. (2021). Presbifagia: Una mirada a los procesos de alimentación y deglución en los adultos mayores. *Revista Areté*, 21(1),105-112.
- Ariza, C. & Rojas Aguilar, D. (2020). Disfagia en el adulto mayor. *Universitas Médica*, 61(4), 117-128. <https://doi.org/10.11144/javeriana.umed61-4.disf>
- Bacco, J., Araya, F., Flores, E., & Peña, N. (2014). Trastornos de la alimentación y deglución en niños y jóvenes portadores de parálisis cerebral: abordaje multidisciplinario. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(2), 330-342. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70044-6](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70044-6)
- Bahat, G., Yilmaz, O., Durmazoglu, S., Kilic, C., Tascioglu, C., & Karan, M. A. (2019). Association between dysphagia and frailty in community dwelling older adults. *J. Nutr. Health Aging*, 23(6), 571–577.
- Barros, P. P. (2013). *Economia da saúde: Conceitos e comportamentos*. Edições Almedina.

- Baijens, L. W. J., Clavé, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Kolb, G. F., Leners, J.-C., Masiero, S., Mateos-Nozal, J., Ortega, O., Smithard, D. G., Speyer, R., e Walshe, M. (2016). European Society for Swallowing disorders –European Union geriatric medicine society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clin. Interv. Aging*, 11, 1403–1428.
- Bielsa, M., & Urbasos, C. (2019). Anatomofisiología de la deglución. En Paniagua, Jaime, Susanibar, Franklin, P. Giménez, P. Murciego, & R. García, Disfagia. *De la evidencia científica a la práctica clínica*. Madrid: Editorial GiuntiEOS.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto Editora.
- Bonaccorsi, G., Collini, F., Castagnoli, M., Di Bari, M., Cavallini, M. C., Zaffarana, N., Pepe, P., Mugelli, A., Lucenteforte, E., Vannacci, A. e Lorini, C. (2015). A cross sectional survey to investigate the quality of care in Tuscan (Italy) nursing homes: the structural, process and outcome indicators of nutritional care. *BMC Health Serv. Res.*, 15, 1–10.
- Bryman, A. (2012). *Social research methods* (4ª ed.). Oxford University Press.
- Bülow M, Olsson R, Ekberg O. (2001). Videomanometric analysis of supraglottic swallow, effortful swallow and chin tuck in dysphagic patients. *Dysphagia*, 16: 190-5.
- Cabré, M., Serra-Prat, M., Force, L. L., Almirall, J., Palomera, E., & Clave, P. (2014). Oropharyngeal dysphagia is a risk factor for readmission for pneumonia in the very elderly persons: observational prospective study. *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.*, 69 (3), 330–337.
- Cabrito, A. (2020). *Percepção dos profissionais das unidades de cuidados continuados integrados acerca da intervenção do terapeuta da fala na pessoa com disfagia* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Alcoitão]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/35518>
- Camarano, A. A. (2004). *Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica*. IPEA
- Camarero, E. (2009). Consecuencias y tratamiento de la disfagia. *Nutrición Hospitalaria*, 2(2), 66-78. <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309226754007.pdf>
- Cámpora, H., & Falduti, A. (2019). *Deglución de la A a la Z. Fisiopatología, Evaluación, Tratamiento*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Journal.

- Canham, M. (2017). Revisión de la disfagia orofaríngea en adultos mayores. *Nursing (Ed. española)*, 34(1), 42-47. <https://doi.org/10.1016/j.nursi.2017.02.012>
- Caniglia, G., Luederitz, C., von Wirth, T., Fazey, I., Martín, B., Hondrila, K., König, A., von Wehrden, H., Schöpke, N. A., Laubichler, M. D.; et al. (2021). A pluralistic and integrated approach to action-oriented knowledge for sustainability. *Nat. Sustain.*, 4, 93-100.
- Carmo, H., & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da educação: Guia para autoaprendizagem*. Universidade Aberta.
- Carrillo, E., Aragón, S., García, J., Calvo, B. & Pajares, M. (2016). Disfagia y estado nutricional en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*, 27(4), 147-152.
- Chalekrua, S., Janop, K., & Wattanapan, P. (2021). Swallowing problems among community-dwelling elderly in Northeastern Thailand. *J. Prim. Care Commun. Health*, 12, 1–5.
- Chen, L., Gu, L., Li, X., Chen, W., & Zhang, L. (2021). Oral health matters in cognitive impaired aged residents in geriatric care facilities: a cross-sectional survey. *Nurs. Open*, 8, 792–798.
- Chryssikou, E. (2018). Why we need new architectural and design paradigms to meet the needs of vulnerable people. *Palgrave Commun.*, 4, 116.
- Chuhuaicura, P., Álvarez, G., Lezcano, M., Arias, A., Dias, F., & Fuentes, R. (2018). Patrones de Deglución y Metodología de Evaluación. Una Revisión de la Literatura. *Int. J. Odontostomat*, 12(4), 388-394. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v12n4/0718-381Xijodontos-12-04-00388.pdf>
- Cichero, J. A. (2013). Thickening agents used for dysphagia management: effect on bioavailability of water, medication and feelings of satiety. *Nutr J.*, 12, 54. doi: 10.1186/1475-2891-12-54. PMID: 23634758
- Cichero, J.A.Y., Lam, P., Steele, C.M. et al. (2017). Development of International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Fluids Used in Dysphagia Management: The IDDSI Framework. *Dysphagia* 32, 293–314. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9758-y>
- Clavé, P. e Shaker, R. (2015). Dysphagia: current reality and scope of the problem. *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.*, 12(5), 259-270.
- Clavé, P., Arreola, V., Velasco, M., Quer, M., Castellví, J., et al. (2007). Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. Aspectos de interés para el cirujano digestivo. *Cir Esp.*, 82(2), 62-76.

- Correia Mimoso, S (2020). *Cuidados de saúde e bem-estar prestados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas*. Projeto do grau de Mestre. Unversidade de Lisboa, Lisboa.
- Cosco, T. D., Prina, A. M., Perales, J., Stephan, B. & Brayne, C. (2013). Lay perspectives of successful ageing: a systematic review and meta ethnography. *BMJ Open.*, 3(6):e002710.
- Creswell, J. W. (2014). *Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa: Escolhendo entre cinco abordagens*. Penso.
- Cylus, J., Roubal, T., Ong, P. & Barber, S. (2019). European observatory policy briefs. In: Sagan A, Normand C, Figueras J, North J, White C, eds. *Sustainable health financing with an ageing population: implications of different revenue raising mechanisms and policy options*. Copenhagen European Observatory on Health Systems and Policies: World Health Organization.
- da Silva Júnior, E.G., Eulálio, M.D., Souto, R. Q., de Lima Santos, K., de Melo, R., Lacerda, A. R. (2019). The capacity for resilience and social support in the urban older. *Ciênc. Saúde Colet.*, 24, 7-16.
- De Stefano, A., Di Giovanni, P., Kulamarva, G., Gennachi, S., Di Fonzo, F., Sallustio, V., Patrocínio, D., Candido, S., Lamarca, G., e Dispenza. (2020). Oropharyngeal dysphagia in elderly population suffering from mild cognitive impairment and mild dementia: understanding the link. *Am. J. Otolaryngol.*, 41(4), 1-4.
- Dehaghani, S. E., Doosti, A. e Zare, M. (2021). Association between swallowing disorders and cognitive disorders in adults: a systematic review and meta-analysis. *Psychogeriatrics*, 21(4), 668-674.
- Dibello, V., Lobbezoo, F., Lozupone, M., Sardone, R., Ballini, A., Berardino, G., Mollica, A., Coelho-Júnior, H. J., De Pergola, G., Stallone, R., Dibello, A., Daniele, A., Petruzzi, M., Santarcangelo, F., Solfrizzi, V., Manfredini, D. e Panza, F. (2023). Oral frailty indicators to target major adverse health-related outcomes in older age: a systematic review. *Geroscience*, 45(2), 663-706.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Orgs.). (2006). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens* (2ª ed.). Artmed. Disponível em: <http://bds.unb.br/handle/123456789/863>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável (2017-2025)*. <https://www.dgs.pt>
- Drancourt, N., El Osta, N., Decerle, N. e Hennequin, M. (2022). Relationship between oral health

- status and oropharyngeal dysphagia in older people: a systematic review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19(20), 13618.
- Easterling, C. e Robbins, E. (2008). Dementia and dysphagia. *Geriatr Nurs.*, 29, 275-285.
- Ekberg, O., Hamdy, S., Woisard, V., Wuttge-Hannig, A. e Ortega, P. (2002). Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia*, 17(2), 139-146.
- Fagundes, K. V. D. L., Silva, J. P., Oliveira, A. L., & Santos, M. L. (2017). Instituições de longa permanência como alternativa no acolhimento das pessoas idosas. *Revista de Salud Pública*, 19(2), 210-214. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n2.41541>
- Fernández-Getino Sallés, C. (2018). Prevalencia de disfagia orofaríngea en ancianos institucionalizados y su relación con síndromes geriátricos. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 38(2), 69-76. <https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2017.09.001>.
- Ferrero, M., Castellano, E. e Navarro, R. (2009). Utilidad de implantar un programa de atención a la disfagia en un hospital de media y larga distancia. *Nutr Hosp.*, 24(5), 588-590.
- Ferrero, M., García, J., Botella, J. e Juan, O. (2012). Detección de disfagia en mayores institucionalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol.*, 47(4),143-147.
- Finiels, H., Strubel, D. e Jacquot, J. M. (2001). Deglutition disorders in the elderly. Epidemiological aspects. *Presse Med.*, 30(33), 1623-1634.
- Flick, U. (2009). *Desenho da pesquisa qualitativa*. Artmed. Recuperado de <http://bds.unb.br/handle/123456789/742>
- Forster, A., Samaras, N., Gold, G. & Samaras, D. (2011). Oropharyngeal dysphagia in older adults: a review. *Eur Geriatr Med.*, 2(6), 356-362.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Lusociência.
- Forsyth, A., Molinsky, J. & Kan, H. Y. (2019). Improving housing and neighborhoods for the vulnerable, older adults, small households, urban design, and planning. *Urban Des. Int.*, 24, 171-186.
- Fulmer, T., Patel, P., Levy, N., Mate, K., Berman, A., Pelton, L., Beard, J., Kalache, A., Auerbach, J. (2020). Moving toward a Global Age-Friendly Ecosystem. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 68, 1936-1940.
- Galán-Sánchez, M., Santander-Vaquero, C., Cortázar-Sáez, M., de la Morena-López, F., Susi-García, R., Martínez-Rincón, M. (2013). Malnutrición asociada a disfagia orofaríngea en

pacientes mayores de 65 años ingresados en una unidad médico-quirúrgica. *Enferm Clin.*, 24(3),183-190.

García Flores, V., Sanhueza, M., Peña, R., Catricheo, N., Cofre, M., Sepúlveda, A., Vergara, J. (2017). Percepción de un grupo de adultos mayores con presbifagia sobre el fenómeno de la alimentación y las propiedades organolépticas de los alimentos. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 67(4), 271-281.

García, C., Ramos, A. M. & Revelo, P. (2017). Historia de vida de un adulto mayor institucionalizado en un hogar de ancianos en Camagüey, Cuba. *Rev Univ Desarrollo Social*, 8(1).

GEP - Gabinete de Estrategia e Planeamento. (2024). *CARTA SOCIAL - Rede de serviços e equipamentos - Relatório 2022* (ISBN 978-972-704-488-7). GEP/MTSSS. <https://www.cartasocial.pt/documents/10182/13834/csocal2022.pdf/8f13f416-2d78-4ece-aff5-81ee62296043>

Giacalone, D., Wendin, K., Kremer, S., Bom, M., Bredie, W., Olsson, V., Otto, M., Skjoldborg, S., Lindberg, U. & Risvik, E. (2015). Health and quality of life in an aging population. Food and beyond. *Food Quality and Preference*, 47, 166-170. doi 10.1016/j.foodqual.2014.12.002

Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Methods of data collection in qualitative research: Interviews and focus groups. *British Dental Journal*, 204(6), 291–295. <https://doi.org/10.1038/bdj.2008.192>

Grazuleviciute, I., Seduikyte, L., Daugelaite, A. & Rudokas, K. (2021). Links between heritage building, historic urban landscape and sustainable development: Systematic approach. *Landsc. Archit. Art*, 17(17), 30-38.

Han, M., Ohnishi, H., Nonaka, M., Yamauchi, R., Hozuki, T., Hayashi, T., Saitoh, M., Hisahara, S., Imai, T., Shimohama, S. e Mori, M. (2011). Relationship between dysphagia and depressive states in patients with Parkinson's disease. *Parkins. Relat. Disord.*, 17(6), 437-449.

Hanson, L. C., Ersek, M., Lin, F. C., e Carey, T. S. (2013). Outcomes of feeding problems in advanced dementia in a nursing home population. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 61(10), 1692-1697.

Harris, R. L. (1999). *Information graphics: A comprehensive illustrated reference*. Oxford

University Press.

- Haverkamp, B., Bovenkerk, B. & Verweij, M. (2018). A Practice-Oriented Review of Health Concepts, *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 43(4), 381-401, <https://doi.org/10.1093/jmp/jhy011>
- Jayasekeran, V., Pendleton, N., Horan, M., Jones, M., et al. (2011). Prevalence and symptom profiling of oropharyngeal dysphagia in a community dwelling of an elderly population: a self-reporting questionnaire survey. *Diseases of the Esophagus*, 24, 476-480.
- Horner, J., Alberts, M. J., Dawson, D. V. e Cook, G. M. (1994). Swallowing in Alzheimer's disease. *Alzheimer Dis. Assoc. Disord.*, 8(3), 177-189.
- Izumi, M., Sonoki, K., Ohta, Y., Fukuhara, M., Nagata, M. e Akifusa, S. (2022). Swallowing dysfunction and the onset of fever in older residents with special care needs: a thirteen-month longitudinal prospective study. *Odontology*, 110(1), 164-170.
- Jordan A. & Sowerby M. (2016), "Preparing for the General Data Protection Regulation – Digest", Information Security Forum Limited.
- Jürschik-Giménez, P., Botigué-Satorra, T., Nuín-Orrio, C. e Lavedán-Santamaría, A. (2009). Influencia de la textura de la dieta sobre el estado nutricional en adultos mayores. *Gerokomos*, 20(3), 105-108.
- Kahrilas, P., Logemann, J., Lin, S. e Ergun, G. (1992). Pharyngeal clearance during swallowing: a combined manometric and videofluoroscopic study. *Gastroenterology*, 103, 128-136.
- Kvale, S. (2007). *Doing interviews*. Sage Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781849208963>
- Laguado Jaimes, E., Camargo Hernández, K. del C., Campo Torregroza, E., & Martín Carbonell, M. de la C. (2017). Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos*, 28(3), 135-141. Recuperado em 18 de setembro de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000300135&lng=es&tlng=es
- Laguna, L., Sarkar, A., Artigas, G. & Chen, J. (2015). A quantitative assessment of the eating capability in the elderly individuals. *Physiology & Behavior*, 147, 274-281.
- Leahy, R. L., Holland, S. J., & McGinn, L. K. (2011). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. Guilford Press.
- Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto - Lei de Bases da Saúde.

- Leira, J., Maseda, A., Lorenzo, L., Cibeira, N., López, R., Lodeiro, L. e Millan, J. (2023). Dysphagia and its association with other health-related risk factors in institutionalized older people: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 1-21.
- Lewis, C. & Buffel, T. (2020). Aging in place and the places of aging: A longitudinal study. *J. Aging Stud.*, 54, 100870.
- Lieu, P. K., Chong, M. S., e Seshadri, R. (2001). The impact of swallowing disorders in the elderly. *Ann. Acad. Med. Singapore*, 30(2), 148-154.
- Ling, T., Lu, H., Kao, Y., Chien, S., Chen, H., Lin, L. (2023). Understanding the Meaningful Places for Aging-in-Place: A Human-Centric Approach toward Inter-Domain Design Criteria Consideration in Taiwan. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 20, 1373. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021373>
- Lofrano, J., Jauregui, J., Spaccesi, A., Rodota, L. e Musso, C. (2013). Prevalencia de desnutrición en el adulto mayor e impacto de la polifarmacia en el estado nutricional. *Electron J Biomed.*, 3.
- Logemann, J. (1997). Therapy for oropharyngeal swallowing disorders. In: Perlman AL, *Deglutition and its disorders* (pp. 44-62), San Diego, London: K Schulzedelrieu.
- Logemann, J. (2000). Therapy for children with swallowing disorders in the educational setting. *American Speech- Language-Hearing Association*, 31, 50-55.
- Logemann, J. e Kahrilas, P. (1990). Relearning to swallow after stroke- application of maneuvers and indirect biofeedback : A case study. *Neurology*, 40,1136-1138.
- Machado, R., Bazán, M. & Izaguirre, M. (2014). Principales factores de riesgo asociados a las caídas en ancianos del área de salud Guanabo. *MEDISAN*, 18(2),158-164. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192014000200003&lng=es
- Margarido, C., Santos, R., Pocinho, R., Margarido, E. e Póvoa, V. (2020). O Diretor Técnico nas Estruturas residenciais para Pessoas Idosas, In Pocinho, R.; Esperanza Navarro, P.; Carrana, P.; Pereira, A.; Margarido, C.; Méndez, M.; Santos, R.; Belo, P.; Torres, L.; Trindade, B. *Envelhecimento Como Um Todo – Livro de atas do Ageing Congress 2020*. Navarra: Editora Thompson Reuters. ISBN: 978-84-1345-390-3
- Martin, R. e Sessle, B. (1993). The role of the cerebral cortex inswallowing. *Dysphagia*, 8,195-9.
- Mateos-Nozal, J., Montero-Errasquín, B., Sánchez García, E., Romero Rodríguez, E. e Cruz-Jentoft, A. J. (2020). High prevalence of oropharyngeal dysphagia in acutely hospitalized

- patients aged 80 years and older. *J. Am. Med. Dir. Assoc.*, 21(12), 2008-2011.
- Matsuo, H., Yoshimura, Y., Ishizaki, N., & Ueno, T. (2017). Dysphagia is associated with functional decline during acute - care hospitalization of older patients. *Geriatr. Gerontol. Int.*, 17(10), 1610–1616.
- Medeiros, F., Oliveira, J., Lima, R. e Nóbrega, M. (2015). O cuidar de pessoas idosas institucionalizadas na percepção da equipe de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.*, 36(1), 56-61.
- Menassa, M., Stronks, K., Khatmi, F., Roa, Z., Pano, O., Gamba, M., Itodo, O., Buttia, C., Wehrli, F., Minder, B., Rivas Velarde, M. & Franco, O. (2023). Concepts and definitions of healthy ageing: a systematic review and synthesis of theoretical models. *eClinicaMedicine*, 56, 101821.
- Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2023, 13 de novembro). Procede à primeira alteração à Portaria n.º 67/2012, de 21 de março, que define as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as estruturas residenciais para pessoas idosas. *Diário da República*, Série I, n.º 219, 27-51.
- Moura, A. & Dantas, E. (2012). Aspectos fisiológicos do envelhecimento e contribuição da Odontologia na saúde do idoso. *Rev. bras. odontol.*, 69(1), 94-96.
- Moura, C. (2014). *Idadismo: prioridade na construção social da idade*. Euedito.
- Mulliner, E., Riley, M., & Maliene, V. (2020). Older people’s preferences for housing and environment characteristics. *Sustainability*, 12(14), 5723. <https://doi.org/10.3390/su12145723>
- Namasivayam-MacDonald, A. M., Morrison, J. M., Steele, C. M., & Keller, H. (2017). How swallow pressures and dysphagia affect malnutrition and mealtime outcomes in long-term care. *Dysphagia*, 32(6), 785–796. <https://doi.org/10.1007/s00455-017-9825-z>
- Névoa, M. (2018). A ação da direção técnica das estruturas residenciais para pessoas idosas: um estudo de caso no concelho de Viana do Castelo. Dissertação Grau de Mestre, Escola Superior de Tecnologia e Gestão Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Nishida, T., Yamabe, K. e Honda, S. (2020). Dysphagia is associated with oral, physical, cognitive and psychological frailty in Japanese community-dwelling elderly persons. *Gerodontology*, 37(2), 185-190.

- OECD. (2023). *Melhorar o processo de decisão e de desenvolvimento de políticas públicas em Portugal: O papel do PlanAPP* (No. 39). OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/b542bffe-pt>
- Ohmae, Y., Logemann, J., Hanson, D., Kaiser, P. e Kahrilas, P. (1996). Effects of two breathholding maneuvers on oropharyngeal swallow. *Am Otol Rhinol Laryngol*; 105, 123-31.
- Oliveira, J. e Rozendo, C. (2014). Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(5), 773-9.
- OMS (2023). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Ortega, F. (2020). *Disfagia Neurogénica. Bases Conceptuales y Metodológicas para la Intervención Fonoaudiológica de Trastornos de la Deglución*. Santiago de Chile: ENM editions.
- Ossokina, I.V., Arentze, T.A., van Gameren, D., van den Heuvel, D. (2020). Best living concepts for elderly homeowners: Combining a stated choice experiment with architectural design. *J. Hous. Built Environ.*, 35, 847-865.
- Peladic, N. J., Orlandoni, P., Dell Aquila, G., Carrieri, B., Eusebi, P., Landi, F., Volpato, S., Zuliani, G., Lattanzio, F. e Cherubini, A. (2019). Dysphagia in nursing home residents: management and outcomes. *J. Am. Med. Dir. Assoc.*, 20(2), 147–151.
- Pereira, V. (2021). *Competências dos Diretores Técnicos de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas em Portugal: Estudo, Desenho e Avaliação de um Projeto de Formação*. Plan de investigación. Universidad de Salamanca.
- Popman, A., Richter, M., Allen, J. e Wham, C. (2018). High nutrition risk is associated with higher risk of dysphagia in advanced age adults newly admitted to hospital. *Nutr. Diet*, 75(1), 52–58.
- Porth, C. M. (2015). *Essentials of Pathophysiology*. (4th ed). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Razak, P. A., Richard, K. M., Thankachan, R. P., Hafiz, K. A., Kumar, K. N. e Sameer, K. M. (2014). Geriatric oral health: a review article. *J. Int. Oral Health*, 6(6), 110-116.
- Rech, R. S., Hugo, F. N., Baumgarten, A., Dos Santos, K. W., de Goulart, B. N. G. e Hilgert, J. B. (2018). Development of a simplified dysphagia assessment by dentists in older persons. *Commun. Dent. Oral Epidemiol.*, 46(3), 218-224.

- Ribeirinho, C. (2016). Gestão das emoções e afetos no cuidar: a supervisão emocional das equipas de cuidados. In C. Moura, *Novas competências para novas exigências no cuidar* (pp. 219-243). Porto: Euedito.
- Robbins, J., Hamilton, J., Lof, G., & Kempster, G. (1992). Oropharyngeal swallowing in normal adults of different ages. *Gastroenterology*, 103, 823-829.
- Robert, D., Giovanni, A., & Zanaret, M. (2000). Fisiología de la deglución. *EMC-Otorrinolaringología*, 29(1), 1-15. [https://doi.org/10.1016/s1632-3475\(00\)71974-6](https://doi.org/10.1016/s1632-3475(00)71974-6)
- Rodrigues, D., Corrêa, L., Almeida, G. M. e Bittante, I. (2020). The relationship between dysphagia and clinical and cognitive aspects in elderly patients presented with dementia. *Cefac*, 22(2), e5719.
- Rosa, I., & Duek, V. (2018). Envejecimiento y Deglución. En M. Trovato, I. Rosa, & G. Brotzman, *Manual de fonostomatología. Clínica, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones en la deglución y alimentación en niños y adultos*. Buenos Aires: Akadia
- Salcher, E., Portella, M. e Scortegagna, H. (2015). Cenários de instituições de longa permanência para idosos: retratos da realidade vivenciada por equipe multiprofissional. *In Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 18(2), 259-272.
- Sarabia-Cobo, C. M., Pérez, V., de Lorena, P., Domínguez, E., Hermosilla, C., Núñez, M. J., Vigueiro, M., e Rodríguez, L. (2016). The incidence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients institutionalized: a multicentre study in Spain. *Appl. Nurs. Res.*, 30, 6-9.
- Serrano, G. (2004). *Investigación cualitativa: Retos e interrogantes – I. Métodos*. Ed. La Muralla.
- Silveira L., Domingo, V., Montero, N., Osuna, C., Álvarez, L., et al. (2011). Disfagia orofaríngea en ancianos ingresados en una unidad de convalecencia. *Nutr Hosp.*, 26(3), 501-510.
- Skinner, M. W., Cloutier, D. & Andrews, G. J. (2015). Geographies of ageing: Progress and possibilities after two decades of change. *Prog. Hum. Geogr.*, 39, 776799.
- Soria, Z. & Montoya, B. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de POBLACIÓN* (93), 59-93.
- Sousa, F., Rodrigues, L. e Oliveira, I. (2022). Prevalência da disfagia em idosos institucionalizados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 60-66.
- Steenhagen, C. H. V. A. de, & Motta, L. B. da. (2006). Deglutição e envelhecimento: Enfoque

nas manobras facilitadoras e posturais utilizadas na reabilitação do paciente disfágico. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 9(3), 89–100. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2006.09037>

Suárez Escudero, J. C., Rueda Vallejo, Z. V., & Orozco, A. F. (2018). Disfagia y neurología: ¿una unión indefectible? *Acta Neurológica Colombiana*, 34(1), 92-100. <https://doi.org/10.22379/24224022184>

Sura, L., Madhavan, A., Carnaby, G. e Crary, M. A. (2012). Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clin. Interv. Aging*, 7, 287–298.

Takeuchi, K., Aida, J., Ito, K., Yamashita, Y. e Osaka, K. (2014). Nutritional status and dysphagia risk among community-dwelling frail older adults. *J. Nutr. Health Aging*, 18(4), 352-357.

Tamura, B. K., Bell, C. L., Masaki, K. H. e Amella, E. J. (2013). Factors associated with weight loss, low BMI, and malnutrition among nursing home patients: a systematic review of the literature. *J. Am. Med. Dir. Assoc.*, 14(9), 649-655.

Thiyagalingam, S., Kulinski, A. E., Thorsteindottir, B., Schindelar, K. L., & Takahashi, P. Y. (2021). Dysphagia in older adults. *Mayo Clin. Proc.*, 96(2), 488-497.

Udo, D. S. (2016). Active ageing: a concept analysis. *Caribb J Sci.*, 3(1), 59-79.

União Europeia. (2016). *Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados* (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados - RGPD). *Jornal Oficial da União Europeia*, L 119, 1-88. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679>

Van der Linden, R. & Schermer, M. (2022). Health and disease as practical concepts: exploring function in context-specific definitions. *Med Health Care and Philos*, 25, 131-140 <https://doi.org/10.1007/s11019-021-10058-9>

Vargas García, M. A. (2018). Repercusiones sociales de la disfagia. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 38(2), 77-83. <https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2017.10.003>

Vargas García, M. A. (2019). Perfil espectrográfico de la deglución normal en el adulto. *Nutrición Hospitalaria*, 36(2), 412-419. <https://doi.org/10.20960/nh.2173>

Vargas García, M. A., Cely Arboleda, A., Suarez Patarroyo, J. T., & Vélez Gutiérrez, D. A. (2021). Clasificación del Nivel de Riesgo por Alteraciones Funcionales de la Deglución

(CRAF). *Revista Areté*, 21 (1), 77-85.

Verdonschot, R., Baijens, L. W. J., Serroyen, J. L., Leue, C. e Kremer, B. (2013). Symptoms of anxiety and depression assessed with the hospital anxiety and depression scale in patients with oropharyngeal dysphagia. *J. Psychosom. Res.*, 75(5), 451-455.

Wahl, H.W., Iwarsson, S., Oswald, F. (2012). Aging Well and the Environment: Toward an Integrative Model and Research Agenda for the Future. *Gerontologist*, 52, 306-316.

WHO (2021). *Decade of healthy ageing: baseline report*. Geneva: WHO.

Ximenes, M. A. & Côte, B. A. (2007). Instituição asilar e seus fazeres cotidianos: um estudo de caso. *Estud. Interdiscip. Envelhec.*, 11, 29-52.

ANEXOS

Anexo 1. Preparação e guião da entrevista

1. Preparação da entrevista

Plataforma online: Plataforma Zoom

Data: (a definir com o participante)

Hora de início: (a definir com o participante)

1.1 Organização da entrevista:

- Preparar um documento com os objetivos gerais do estudo para enviar aos participantes.
- Enviar o “link” da reunião dois dias antes.
- Preparar a declaração de consentimento para gravação do grupo de discussão, a ser assinada por cada um dos participantes.

1.2 Apresentação

- Apresentar-me, agradecer a presença e resumir o que acontecer a seguir.
- Pedir ao participante que responda com sinceridade e sem se preocupar em dar respostas certas, considerando que a sua opinião é valiosa e que não está a ser avaliado.
- Reforçar as questões de confidencialidade.
- Pedir que evitem conversas paralelas e privadas.
- Tempo estimado para a discussão: cerca de 10 a 20 minutos.

2. Sensibilização para o tema

- Explicar sucintamente o conteúdo do tema da entrevista.
- Fazer um resumo geral dos objetivos desta investigação.
- Verificar se o profissional presente se sente sensibilizado para o tema abordado.

3. Entrevista

3.1 Temas

- Deglutição: significado(s) da expressão;
- Importância atribuída ao tema “deglutição”;
- Sinais de alerta para problemas de deglutição em pessoas idosas;
- Riscos e consequências dos problemas de deglutição em pessoas idosas;
- Ações iniciais em caso de engasgamento;
- Manobra de Heimlich: significado e capacidade para a sua realização na ERPI;
- Opinião sobre a presença de um profissional de saúde habilitado para a avaliação e reabilitação dos distúrbios da deglutição na ERPI;

- Formação sobre problemas de deglutição: tópicos importantes a ministrar aos profissionais e auxiliares de geriatria que trabalham na ERPI.

4. Agradecimentos

- Agradecer ao participante pela amabilidade em participar nesta investigação, bem como pelo tempo despendido.

5. Guião da Entrevista:

5.1 Apresentação

Boas-vindas e apresentação

- **Fala de abertura:** Bom dia/Boa tarde [Dr^o(a). XXXXXXXXX], Diretor(a) Técnico(a) da ERPI [XXXXXXXXXX], obrigado por disponibilizar o seu tempo para esta entrevista. O meu nome é Adriano Rockland Siqueira Campos e estou a conduzir esta investigação como parte dos meus estudos no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social Aplicada da Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa, tendo como meu orientador o Professor Doutor António Manuel Godinho da Fonseca.
- **Objetivo da sessão:** O objetivo desta entrevista é compreender melhor a perceção dos diretores técnicos de ERPI localizadas no Distrito de Braga relativamente à deglutição no idoso, na perspetiva do bem-estar do idoso institucionalizado.
- **Explicação do processo:** Gostaria de reforçar que não existem respostas certas ou erradas no âmbito desta entrevista. Queremos ouvir a sua opinião sincera sobre o assunto. Todas as informações fornecidas serão tratadas com confidencialidade e a entrevista será gravada, conforme informado na DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO enviada por correio eletrónico. A gravação é importante para garantir a precisão dos dados recolhidos durante o processo de transcrição e posterior análise da entrevista.
- **Confidencialidade:** Quero garantir que todas as suas respostas serão mantidas em sigilo e usadas apenas para os fins desta investigação. A gravação será guardada em segurança e apenas eu e o meu orientador, teremos acesso a ela, a qual será destruída depois da sua transcrição e a omissão dos dados de identificação do entrevistado e local de trabalho.

- **Ambiente individual:** Como estamos num ambiente individual, em Sala Virtual pela Plataforma “Zoom,” por favor, sinta-se à vontade para falar livremente. Gostaria de pedir-lhe para tentarmos evitar qualquer distração durante a nossa conversa.
- **Duração:** Esta entrevista deve transcorrer entre os 10 a 20 minutos. Está confortável com esse tempo?

5.2 Introdução ao tema

- **Fala do investigador:** Gostaria de começar por falar brevemente sobre o tema da nossa investigação, a deglutição em idosos. Este é um processo fundamental para a ingestão de alimentos, mas que pode tornar-se problemático à medida que envelhecemos. Desta forma, o nosso estudo procura compreender melhor os desafios e as soluções relacionadas com a deglutição em idosos, especialmente em contextos de instituições como as ERPI.
- **Pergunta:** Sente-se confortável e sensibilizado para discutir este tema? Posso iniciar as perguntas da entrevista?

5.3 Entrevista

5.3.1 Temas e perguntas principais

- **Deglutição: significados da expressão**
 - **Pergunta:** O que a expressão deglutição significa para si no contexto do cuidado aos idosos?
- **Importância atribuída ao tema deglutição**
 - **Pergunta:** Qual a importância que atribui ao tema da deglutição no cuidado aos idosos?
- **Sinais de alerta para problemas de deglutição em pessoas idosas**
 - **Pergunta:** Como DT consegue saber quais são os sinais de alerta que se observa como indicativos de problemas de deglutição em idosos?
- **Riscos e consequências dos problemas de deglutição em pessoas idosas**
 - **Pergunta:** Quais considera serem os principais riscos e consequências dos problemas de deglutição em idosos?
- **Ações iniciais em caso de engasgo**

- **Pergunta:** Quando uma pessoa se engasga com obstrução da via aérea, na sua opinião qual deve ser a primeira ação a ser tomada por quem estiver próximo do idoso na ERPI?
- **Manobra de Heimlich**
 - **Pergunta:** Conhece e saberia explicar o que é a Manobra de Heimlich? **Pergunta:** Considera que você ou a sua equipa têm formação, ou capacidade para realizá-la na ERPI numa situação de sufocação após deglutição?
- **Opinião sobre a presença de um profissional de saúde habilitado**
 - **Pergunta:** Qual a sua opinião sobre a importância da presença de um profissional de saúde habilitado para a avaliação e reabilitação dos distúrbios da deglutição na ERPI?
 - **Pergunta:** Na sua opinião, qual o profissional que estaria habilitado para a reabilitação dos distúrbios ou disfunções da deglutição?
- **Formação sobre problemas de deglutição**
 - **Pergunta:** Em relação a problemas de deglutição e formação sobre esta problemática, tem alguma opinião sobre quais tópicos consideraria importantes serem abordados numa formação para profissionais de cuidados como enfermeiros e técnicos de reabilitação, bem como para auxiliares de geriatria e gerontologia sobre problemas de deglutição?
 - **Pergunta:** Para concluirmos, considera importante haver formação especializada ou continuada para as equipas que integram a oferta de alimentos aos idosos institucionalizados, tendo ou não algum tipo de disfunção da deglutição?

5.4. Agradecimentos, encerramento e disponibilidade para futuros contactos

- **Fala do investigador:** Agradecemos a sua participação e todas as informações valiosas que partilhou. Estas serão fundamentais para o desenvolvimento do nosso estudo. Se tiver alguma dúvida ou quiser acrescentar mais alguma informação, por favor, sinta-se à vontade para partilhar agora, no final da entrevista, ou, se preferir, poderá entrar em contacto comigo a qualquer momento. Gostaria de acrescentar alguma informação?

- **Fala do investigador:** Uma Vez mais, muito obrigado pelo seu tempo e colaboração nesta (DIA) entre as (HORA DE INÍCIO) e às (HORA FINAL) do dia (DATA) de (MÊS) de (ANO).*

* Uma vez mais, muito obrigado pelo seu tempo e colaboração nesta.....entre as ... e às do dia ... de ... de 2024.



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Conforme a lei 58/2019 de 8 de agosto e a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996, Edimburgo 2000; Washington 2002, Tóquio 2004, Seul 2008, Fortaleza 2013).

O presente trabalho é sobre “Deglutição no Idoso: Perceção dos Diretores Técnicos das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosa (ERPI) do Distrito de Braga”, tendo como investigador Adriano Rockland Siqueira Campos, nascido aos 21/04/1970, Cartão de Cidadão Português n.º 312109954ZY3, estudante do Mestrado em Gerontologia Social Aplicada da Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa (Braga), sob a orientação do Professor Doutor António Manuel Godinho da Fonseca.

Este estudo procura conhecer inicialmente a perceção dos diretores técnicos de ERPI sobre a deglutição das pessoas idosas. O objetivo secundário é averiguar a perceção dos diretores técnicos acerca do impacto das alterações da deglutição do idoso institucionalizado.

Ao aceitar participar neste estudo, em primeira instância terá de responder a algumas questões colocadas num formulário digital para a caracterização sociodemográfica e uma pergunta de perceção, cuja duração prevista é de 5 a 10 minutos. Posteriormente, será entrevistado(a) por meio de uma sala virtual criada na Plataforma “Zoom”, com uma duração provável entre 10 e 20 minutos. A entrevista será gravada para posterior transcrição e análise dos dados recolhidos. As respostas são anónimas e confidenciais e a sua divulgação será apenas para efeitos científicos e académicos.

Esclarecemos ainda que o “consentimento” do titular dos dados é uma manifestação de vontade, livre, específica, informada e inequívoca, pela qual o titular dos dados aceita, mediante declaração ou ato positivo inequívoco, que os dados pessoais que lhe dizem respeito sejam objeto de tratamento (n.º 11 do art.º 4 do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD)). O consentimento é um dos fundamentos legais para tratar dados pessoais, elencados no art.º 6.º do RGPD, publicado no Jornal Oficial da União Europeia, o Regulamento 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016 (Regulamento Geral de Proteção de Dados – RGPD), que entrou em vigor a 25 de maio de 2018.

Foram-me explicados e compreendo os objetivos principais deste estudo, aceitando responder ao questionário e participar da entrevista. Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, logo, posso desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo para mim. Entendo, ainda, que os dados recolhidos são para uso exclusivo da elaboração da dissertação, sendo completamente garantida a confidencialidade.

No final de todo o trabalho de investigação, todo o material gravado será destruído a fim de preservar o anonimato e confidencialidade.

Nome completo por extenso: _____

Local e data: _____, _____ de _____ de 2024

Assinatura: _____