

Mariana Franco dos Ramos

O Impacto das Perturbações dos Sons da Fala na Vida Quotidiana da
Criança



Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2017

Mariana Franco dos Ramos

O Impacto das Perturbações dos Sons da Fala na Vida Quotidiana da
Criança

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, Setembro 2017

Mariana Franco dos Ramos

O Impacto das Perturbações dos Sons da Fala na Vida Quotidiana da Criança

Atesto a originalidade do trabalho

Assinatura da Aluna: _____

(Mariana Franco dos Ramos)

Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa, sob orientação da Prof.^a Doutora Joana Rocha e co-orientação do Prof. Doutor Luís Santos, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Terapêutica da Fala, ramo de Linguagem na Criança.

RESUMO

A fala é um modo verbal-oral da comunicação e realiza-se através da produção e articulação de sons, no entanto, esta competência não progride normalmente para um número considerável de crianças dando origem a perturbações da fala (Bernstein e Tiegerman, 1993; Lima, 2009; Beitchman e Browlie, 2010). A ASHA (2003) recomenda que se utilize, então, o termo Speech Sound Disorders, i.e., Perturbação dos Sons da Fala (PSF) nestes casos. As PSF são uma das áreas de intervenção do Terapeuta da Fala (TF) com uma elevada prevalência, variando entre 10 a 15% em crianças em idade pré-escolar (McLeod e Baker, 2014; McLeod e Harrison, 2009).

Partindo destes pressupostos foi realizado um estudo qualitativo cujo objetivo principal foi analisar as experiências quotidianas de crianças com PSF nos seus contextos significativos, nomeadamente, casa, escola e terapia da fala, e com os seus parceiros comunicativos, ou seja, os pais, o educador de infância (EI) e o TF. Participaram neste estudo 24 indivíduos, nomeadamente, 5 crianças com idades compreendidas entre os 4 e 6 anos, a mãe de cada criança, o seu TF e 2 EI. Os dados foram recolhidos através de uma entrevista de respostas abertas, denominada Avaliação da Participação e das Atividades que envolvam a Fala na Criança (APAF-C), que fora traduzida para o Português Europeu numa fase inicial do estudo. Percebeu-se que as crianças que participaram neste estudo apresentam uma maior tendência ao isolamento e que o impacto negativo das PSF parece ser maior e mais consciente em crianças com idade superior a 6 anos. Os seus parceiros comunicativos foram capazes de identificar frustração e comportamentos de oposição quando as crianças não se faziam compreender. A intervenção com o TF parece ser uma solução de extrema importância para estas crianças, para além de um trabalho em equipa com os profissionais de saúde e da educação.

Palavras-Chave: fala, perturbação dos sons da fala, impacto na vida diária e nos contextos significativos, experiências das crianças e dos seus parceiros comunicativos, crianças em idade pré-escolar, terapia da fala.

ABSTRACT

Speech is a verbal-oral mode of communication and occurs through the production and articulation of sounds, however, this competence doesn't progress normally to a considerable number of children originating speech disorders (Bernstein e Tiegerman, 1993; Lima, 2009; Beitchman e Browlie, 2010). ASHA (2003) recommends the term Speech Sound Disorders (SSD) in these cases. SSD are one of the Speech and Language Therapists (SLT) fields of intervention with a high prevalence ranging from 10 to 15% in preschoolers (McLeod e Baker, 2014; McLeod e Harrison, 2009).

Based on these assumptions, a qualitative study was conducted whose main objective was to analyze the daily experiences of children with SSD in their significant contexts: home, school and speech therapy, and with their communicative partners, i.e., the parents, the kindergarten teacher (KT) and the SLT. 24 individuals, including 5 children aged 4 to 6 years, the mother and the SLT of each child and 2 KT participated in this study. Data was collected through an interview with open answers – Speech Participation and Activity of Children (SPAA-C), which had been translated for European-Portuguese in an initial stage of the study. It was found that the children who participated in this study may be more susceptible to isolation and that the negative impact of SSD seem to be greater and more conscientious in the children over 6 years old. Their communicative partners were able to identify frustration and oppositional behavior when children didn't make themselves understood. The speech therapy seems to be a solution of extreme importance for these children, in addition to a team work with health and education professionals.

Keywords: speech, speech sounds disorders, impact on daily life and in the significant contexts, experiences of children and their communication partners, pre-school children, speech and language therapy.

Aos meus pais,
por me darem sempre asas para voar.

Agradecimentos

À Prof. Doutora Joana Rocha, minha orientadora, agradeço a forma como me guiou ao longo deste percurso, pela preocupação, encorajamento e compreensão, nunca me deixando baixar os braços.

Ao Prof. Doutor Luís Santos pela co-orientação de qualidade, disponibilidade e conhecimentos partilhados.

À Sharinne McLeod e ao órgão nacional australiano da profissão, o Speech Pathology Australia, que amavelmente me autorizaram a tradução e uso da entrevista.

Ao Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital pela cedência do espaço e ao Terapeuta da Fala pela simpatia, por toda a disponibilidade e auxílio na resolução de contratempos que foram surgindo.

Às crianças, pais e educadores de infância pela sua colaboração neste estudo, pois sem eles não era possível.

À Carla Chatterley e Yasmina Hafhouf que se dispuseram tão prontamente a colaborar na tradução/retroversão da entrevista utilizada.

Às Terapeutas da Fala e Professoras de Mestrado que aceitaram fazer parte do Comité de Especialistas no processo de tradução, um muito obrigado pela vossa participação.

À Cristina Freitas por me dar uma outra perspetiva do trabalho, por todo o apoio e sugestões.

Às minhas colegas de Mestrado, principalmente às que estiveram comigo do início ao fim, Cândida Silva e Stefanie Tomás, pelas palavras de incentivo, companheirismo e amizade.

Aos meus pais por todas as oportunidades que me proporcionaram, pelo amor, pelo apoio incondicional e sacrifício.

À minha tia Ana por ser o apoio da minha mãe quando não estava presente, e à minha prima Sofia pela motivação e por ter sido sempre um exemplo a seguir.

Ao Francisco Caires pela paciência, incentivo, bons conselhos, calma e ajuda nos momentos de stress.

Aos meus amigos e amigas pela amizade imprescindível, paciência e apoio em todos os momentos.

Índice Geral

Índice de Tabelas

Lista de Siglas

Introdução	1
Capítulo I – Enquadramento Teórico	5
1.1.Fala.....	5
1.2.Perturbações dos Sons da Fala e o seu Impacto na Vida da Criança.....	11
1.3.Intervenção Terapêutica nas Perturbações dos Sons da Fala	20
Capítulo II – Metodologia	29
2.1. Objetivos do Estudo e Questões de Investigação	29
2.2. Instrumentos de Recolha de Dados	30
2.2.1. Questionário Sociodemográfico.....	30
2.2.2. Escala de Inteligibilidade em Contexto	30
2.2.3. Avaliação da Participação e das Atividades que envolvam a Fala na Criança	31
2.3. Procedimentos.....	35
2.3.1. Considerações Éticas	35
2.3.2. Processo de Adaptação Cultural da Entrevista	36
2.3.3. Procedimentos na Recolha de Dados	37
2.4. Caracterização dos Participantes.....	38
2.5. Método de Análise e Tratamento de Dados	42
Capítulo III – Apresentação dos Resultados	43

3.1. Impacto Comunicativo da Perturbação na Criança.....	44
3.1.1. Problema de Fala.....	44
3.1.2. Carga Emocional.....	45
3.1.3. Consciencialização da Problemática.....	47
3.2. Consequências nos Contextos Significativos da Criança	48
3.2.1. Comportamentos e Atitudes da Criança com Perturbação dos Sons da Fala	48
3.2.2. Preocupações e Expectativas dos Pais	49
3.3. Soluções para diminuir o Impacto das Perturbações dos Sons da Fala	50
3.3.1. Intervenção Direta em Terapia da Fala.....	50
3.3.2. Intervenção Indireta	52
3.3.3. Adequação de Atitudes e de Postura dos Parceiros Comunicativos	53
Capítulo IV – Discussão	55
4.1. Impacto Comunicativo da Perturbação na Criança.....	56
4.1.1. Problema de Fala.....	56
4.1.2. Carga Emocional.....	57
4.1.3. Consciencialização da Problemática.....	58
4.2. Consequências nos Contextos Significativos da Criança	58
4.2.1. Comportamentos e Atitudes da Criança com Perturbação dos Sons da Fala	58
4.2.2. Preocupações e Expectativas dos Pais	59
4.3. Soluções para diminuir o Impacto das Perturbações dos Sons da Fala	59
4.3.1. Intervenção Direta em Terapia da Fala.....	59
4.3.2. Intervenção Indireta	60
4.3.3. Adequação de Atitudes e de Postura dos Parceiros Comunicativos	61

Considerações Finais	62
Referências Bibliográficas.....	66
Anexos	79

Índice de Tabelas

Tabela n.º 1 – Idade de aquisição dos fonemas do Português-Europeu (Mendes et al., 2013).

Tabela n.º 2 – Idade de supressão dos processos fonológicos (Mendes et al., 2013).

Tabela n.º 3 – Constituição do APAF-C adaptado ao presente estudo.

Tabela n.º 4 – Caracterização das crianças que participaram no estudo.

Tabela n.º 5 – Caracterização sociodemográfica dos pais das crianças que participaram neste estudo.

Tabela n.º 6 – Análise temática das entrevistas.

Tabela n.º 7 – Processos fonológicas que as crianças deste estudo realizam.

Lista de Siglas

Ao longo desta dissertação irão surgir algumas siglas, nomeadamente:

APAF-C – Avaliação da Participação e das Atividades que envolvam a Fala na Criança.

ASHA – American Speech-Language-Hearing Association.

DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

EI – Educador de Infância.

EIC – Escala de Inteligibilidade em Contexto: Português Europeu.

PCC – Percentagem de Consoantes Corretas.

PSF – Perturbações dos Sons da Fala.

SPAA-C – Speech Participation and Activity Assessment of Children.

TF – Terapeuta da Fala.

USPSTF - US Preventive Services Task Force.

Introdução

A presente dissertação insere-se no âmbito do Mestrado em Terapêutica da Fala, ramo de Linguagem na Criança, sob a orientação da Prof.^a Doutora Joana Rocha e co-orientação do Prof. Doutor Luís Santos. Esta tem como título “O Impacto das Perturbações dos Sons da Fala na Vida Quotidiana da Criança”, baseando-se numa metodologia qualitativa.

Na vida da criança, a comunicação, a linguagem e o conhecimento são três pilares de desenvolvimento simultâneo, com um peso eminentemente social e interativo. As trocas verbais com a criança, e na sua presença, ativam a capacidade inata para a linguagem, assim como a qualidade do contexto influencia a qualidade da linguagem, ou seja, o desenvolvimento cognitivo, linguístico e emocional da criança é tanto mais positivo quanto mais estimulante for o ambiente e quanto mais ricas forem as vivências da criança (Sim-Sim, Silva e Nunes, 2008). No entanto, a competência de fala não progride normalmente para um número considerável de crianças, e estas apresentam maior probabilidade de desenvolverem problemas psicossociais (Beitchman e Brownlie, 2010).

A maioria das crianças cometem alguns erros quando aprendem a dizer palavras novas, erros que fazem parte do percurso normal do desenvolvimento da fala, o problema é quando esses erros persistem para além da idade que é esperada. (ASHA, 2003). Assim, a ASHA (2003) recomenda que se utilize o termo *Speech Sound Disorders*, i.e, Perturbação dos Sons da Fala (PSF), como uma forma mais abrangente de incluir os problemas relacionados com articulação, alteração na programação motora da fala ou fonologia. Assim, uma PSF é diagnosticada quando a produção de sons não corresponde ao esperado para a idade e desenvolvimento da criança, e quando não resulta de uma alteração física, estrutural, neurológica ou por deficiência auditiva (American Psychiatric Association, 2013).

Esta perturbação é uma alteração da comunicação com uma elevada prevalência (McLeod e Baker, 2014; Mullen e Schooling, 2010). A prevalência das PSF varia entre

10 a 15% em crianças em idade pré-escolar e 6% em crianças em idade escolar (ASHA, 2000; McLeod e Harrison, 2009). Segundo a American Psychiatric Association (2002), a perturbação fonológica ocorre com um grau de moderado a severo em cerca de 2 a 3% das crianças entre os 6 e os 7 anos de idade, sendo que a sua prevalência é superior em casos mais ligeiros e diminuindo para 0,5% por volta dos 17 anos de idade. Em 2003, Shriberg estimou que 3,8% de crianças com 6 anos de idade apresentavam critérios de inclusão para esta perturbação. Apesar da grande prevalência desta perturbação, a sua etiologia é, normalmente, desconhecida, ou seja, designada perturbação de causa primária (ASHA, 2003). No entanto, também pode ser derivada de problemas físicos como por exemplo: perturbações do desenvolvimento (ex. autismo), síndromes genéticas (ex. síndrome de down), perdas auditivas, perturbações neurológicas, apresentando assim uma causa secundária (ASHA, 2003).

As PSF são uma das áreas de intervenção do Terapeuta da Fala (TF) mais cativantes, e apesar de hoje em dia constituírem uma das perturbações mais estudadas e investigadas, os estudos parecem cingir-se à perturbação propriamente dita, nomeadamente a questões de avaliação e intervenção (Dodd e Bradford, 2000; Oliveira, Lousada e Jesus, 2015), desvalorizando o que realmente acontece no dia-a-dia da vida de uma criança com esta problemática. Dada a prevalência e o impacto negativo desta perturbação, é importante que as intervenções dos TF's em crianças com PSF sejam efetivas, idealmente antes da criança ingressar no 1º ciclo de escolaridade (Nathan et al., 2004)

Para além do contexto familiar, o contexto escolar também é um dos ambientes privilegiados para o desenvolvimento das capacidades comunicativas e linguísticas da criança, essenciais para um futuro desempenho social e académico promissor (Sim-Sim, Silva e Nunes, 2008). É no período de educação pré-escolar que se criam oportunidades que promovam o desenvolvimento das competências comunicativas da criança (Sim-Sim, Silva e Nunes, 2008).

Cada vez mais a população em geral pretende ter em vista uma melhor qualidade de vida e o seu bem-estar, este é o principal objetivo dos pais quando detetam que o seu filho tem uma alteração ao nível da fala e/ou linguagem e procuram um TF (Markham e Dean, 2006; Markham et al., 2009). Assim, para que um TF alcance o êxito na

intervenção das PSF necessita, para além de compreender as características da perturbação, perguntar-se o que vivencia diariamente esta criança, de modo a adaptar, da melhor forma possível, o seu trabalho e as suas estratégias a cada caso (McCormack et al., 2010b).

Tal como a investigação de McCormack et al. (2010a), e tendo em vista estes estudos referidos anteriormente, foi delineada esta investigação, a qual tem como objetivo principal explorar, não a PSF em si mas, as consequências e manifestações que essa perturbação pode trazer no dia-a-dia e na vida da criança, proporcionando uma compreensão sobre as experiências que as crianças com PSF têm, descritas por elas e pelos seus parceiros comunicativos mais chegados. Este estudo também refere que a informação que as crianças podem fornecer são valiosas, apoiando a inclusão destas nas investigações sobre esta problemática (McCormack et al., 2010a).

Este trabalho encontra-se organizado em duas partes, a primeira refere-se ao enquadramento teórico e conceptual, no qual são abordados os conceitos que permitem compreender a temática desta investigação e a segunda relativa à investigação empírica. Assim, no primeiro capítulo, designado de Enquadramento Teórico, procurou-se definir os conceitos mais relevantes para a compreensão de toda a investigação; deste modo, serão definidos os conceitos de fala, de PSF e serão referidos estudos sobre o impacto da PSF na rotina diária da criança, e por fim, serão mencionadas linhas gerais sobre a intervenção terapêutica nesta perturbação.

A Metodologia é descrita no capítulo II, nomeadamente, os objetivos do estudo e as questões de investigação; os instrumentos utilizados na recolha dos dados; os procedimentos utilizados, desde o início à fase final desta investigação; a caracterização dos participantes neste estudo; e, por fim, a descrição do método de análise e do tratamento de dados. A opção pelo método qualitativo prendeu-se quer com os objetivos quer com o teor dos instrumentos utilizados, ou seja, com a informação que eles nos facultaram, sendo realizada uma análise temática dos resultados.

No capítulo III, que se designa por Apresentação de Resultados, serão constatados e apresentados os resultados obtidos na investigação, organizados por temas e divididos de acordo com as três questões de investigação formuladas.

No capítulo IV, que se refere à Discussão de Resultados, são discutidos os resultados obtidos e apresentados no capítulo anterior à luz do conhecimento de investigações e estudos realizados nesta área das PSF.

O capítulo final consiste nas Considerações Finais, onde são descritas as conclusões principais desta investigação, indo de encontro aos objetivos e dando resposta às questões de investigação propostas, na esperança que estas constituam um bom fundamento para investigações futuras e que auxiliem a prática dos TF's em casos de crianças com a PSF. Neste capítulo, também são referidas as limitações da presente investigação bem como sugestões para trabalhos futuros.

Capítulo I – Enquadramento Teórico

Este primeiro capítulo pretende abordar conceitos teóricos relacionados com a temática deste trabalho e com o fenómeno em estudo. Assim, esta abordagem teórica é importante para a compreensão do restante trabalho e divide-se nos seguintes temas: (1.1.) Fala; (1.2.) Perturbações dos Sons da Fala e o seu Impacto na Vida das Crianças e (1.3.) Intervenção Terapêutica nas Perturbações dos Sons da Fala.

1.1. Fala

A aquisição da linguagem é uma das realizações mais notáveis dos primeiros anos de vida (Hoff, 2009). Segundo Andrade (2008), a fala constitui uma marca essencial do ser humano, mas na variante de linguagem fónica, diferenciando-se da linguagem, na medida em que a primeira constitui uma exteriorização da segunda, através da explicitação de ideias (Lima, 2009).

A fala é um dos modos utilizados na comunicação e realiza-se através do processo de articulação de sons. É um modo verbal-oral de transmitir mensagens e envolve uma coordenação precisa de movimentos neuromusculares orais, a fim de produzir sons (Bernstein e Tiegerman, 1993; Lima, 2009). Por excelência, é a materialização e manifestação concreta da linguagem verbal oral (Franco, Reis e Gil, 2003).

O desenvolvimento adequado da fala é um dos fatores fundamentais para que o desenvolvimento infantil ocorra de forma harmoniosa, no que diz respeito às componentes social e relacional ou relativamente à aprendizagem da leitura e da escrita (Mousinho et al., 2008). A fala é, assim, um processo complexo, gradual e dinâmico, motivo pelo qual se justifica a reduzida inteligibilidade das primeiras produções das crianças (USPSTF, 2006; Batista, 2009).

A inteligibilidade da fala define-se pelo grau com o qual a mensagem do falante é decodificada e compreendida pelo ouvinte, ou seja, pela facilidade com que o ouvinte

é capaz de entender a fala do seu interlocutor (Kent et al., 1989; Bowen, 2011). Esta não deve ser vista apenas como um atributo do falante, pois também depende de outras variáveis relacionadas com o ouvinte e com o contexto no qual a comunicação ocorre (Kent et al., 1989; Hustad, 2007). Segundo Bowen (2011), no desenvolvimento típico, à medida que as crianças aprendem a falar, a compreensão por parte daqueles que as rodeiam aumenta gradualmente. Assim, a aquisição de um discurso inteligível é vista como uma conquista fascinante no desenvolvimento durante o período pré-escolar da criança (Campbell et al., 2003).

O processo de desenvolvimento da produção de sons é universal e regido por leis de maturação biológica (Sim-Sim, Silva e Nunes, 2008). O choro é a primeira manifestação sonora do bebé (Sim-Sim, Silva e Nunes, 2008; Muszkat e Mello, 2012). Entre esta primeira manifestação sonora e a articulação de todos os sons da língua, por volta dos cinco anos de idade, ocorre um processo gradual de aquisição dos sons da fala, que se denomina desenvolvimento fonológico, e que é a capacidade de discriminar e articular todos os sons da língua, de forma inteligível. (Sim-Sim, Silva e Nunes, 2008; Muszkat e Mello, 2012).

No primeiro ano de vida, os bebés formam categorias mentais dos sons da fala, em torno de sinais acústicos que ocorrem com maior frequência na sua língua, passando por um processo de aprendizagem da perceção de fala (Kuhl et al., 2005; Werker e Curtin, 2005). Os primeiros sons que os bebés produzem são ruídos que não se assemelham à fala, como por exemplo o choro, o riso e o balbucio (Sim-Sim, Silva e Nunes, 2008; Fagan, 2009; Muszkat e Mello, 2012). Quando aparecem as primeiras palavras, são utilizados os mesmos sons, e as palavras contêm o mesmo número de sons e sílabas que as sequências da fase do balbucio (Fagan, 2009). Por volta dos 18 meses de idade, as crianças parecem ter construído um sistema mental dos sons da sua língua, produzindo-os dentro das limitações das suas capacidades articulatórias (Stoel-Gammon e Sosa, 2007). Entre os 20 e os 30 meses, as crianças adquirem a função sintática da linguagem, ou seja, as regras para juntar frases na sua língua, utilizando artigos, preposições, conjunções, plurais e verbos (Muszkat e Mello, 2012). Por volta dos 3 anos, o discurso é fluente, mais extenso e complexo (Muszkat e Mello, 2012). Posteriormente, a criança é capaz de produzir e articular cada vez mais sons da sua língua materna (Sim-Sim, Silva e Nunes, 2008). Aos cinco anos de idade, as crianças

têm o domínio essencial do sistema de sons da sua língua, tendo adquirido um vocabulário de milhares de palavras (Hoff, 2009). Assim, na maioria das crianças, o conhecimento fonológico da sua língua materna está estabilizado à entrada para o 1º ciclo (Sim-Sim, Silva e Nunes, 2008).

No que diz respeito à capacidade de discriminação dos sons da fala, esta é inata e, desde o nascimento, o bebé reage a variações acústicas relacionadas com a voz humana (Sim-Sim, Silva e Nunes, 2008). Aos 6 meses, o bebé é capaz de identificar padrões diferentes de entoação e ritmo (Sim-Sim, Silva e Nunes, 2008). Por volta de 1 ano de idade é capaz de compreender, em contexto, muitas sequências fónicas, palavras e frases, pelos 3 anos de idade atinge a capacidade para discriminar todos os sons da fala, isto é, identifica todos os sons da sua língua materna (Sim-Sim, Silva e Nunes, 2008).

Para compreendermos bem o desenvolvimento da fala da criança, é preciso ter em conta duas dimensões do seu sistema linguístico: a fonética e a fonologia. A fonética corresponde ao nível da realização física das sonoridades da língua, que requer conhecimento e uso do ponto e modo de articulação dos fonemas, exigindo boa coordenação dos órgãos periféricos da fala e das estruturas nervosas (Lima, 2009). A fonologia representa a organização ou sequenciação dos elementos sonoros que a fonética lhe oferece (Lima, 2009). Assim, a fonética, enquanto produção dos sons da fala do ponto de vista físico, requer parceria com a fonologia que necessita já de alguma maturidade neurofisiológica e psicológica (Lima, 2009).

Mendes et al. (2013) referem, no seu estudo com uma amostra de 768 crianças falantes do Português Europeu com idades compreendidas entre os 3 anos e 0 meses e os 6 anos e 11 meses, as seguintes idades de aquisição de fonemas do Português-Europeu:

Tabela n.º 1 – Idade de aquisição dos fonemas do Português-Europeu (Mendes et al., 2013).

<i>Fonema</i>	<i>Faixa etária</i>
/p/	[3;0-3;6[
/t/	[3;0-3;6[
/k/	[3;0-3;6[
/b/	[3;0-3;6[
/d/	[3;0-3;6[
/g/	[3;0-3;6[
/f/	[3;0-3;6[
/s/	[3;0-3;6[
/ʃ/	[3;0-3;6[
/v/	[3;0-3;6[
/m/	[3;0-3;6[
/n/	[3;0-3;6[
/ɲ/	[3;0-3;6[
/R/	[3;0-3;6[
/l/	[3;6-3;12[
/ʎ/	[3;6-3;12[
/ʎ/ em posição final de sílaba	[3;6-3;12[
/z/	[4;0-4;6[
/ʒ/	[4;0-4;6[
/r/	[4;0-4;6[
/l/ em grupo consonântico	[4;0-4;6[
/r/ em posição final de sílaba	[4;6-4;12[
/r/ em grupos consonânticos	[5;0-5;6[

Durante este percurso de aquisição de fonemas, as crianças tentam adaptar a forma das palavras, de modo a que consigam produzi-las o mais corretamente possível e de forma aproximada à fala do adulto, recorrendo à utilização de processos fonológicos

(Othero, 2005). Assim, o conceito de processo fonológico foi concebido, primeiramente por Stampe (1973), como uma operação mental que as crianças utilizam e que se aplica à fala, para facilitar a produção de sons ou grupo de sons. Ou seja, refere-se a um som com uma certa propriedade “difícil” que é substituído por outro som exatamente igual, mas desprovido dessa propriedade que o torna mais complexo (Stampe, 1973). Othero (2005) salienta que estes processos são inatos, naturais e universais, pois fazem parte do desenvolvimento típico de uma criança. No entanto, o facto de as crianças realizarem estes processos fonológicos não significa que os não discriminem. (Sim-Sim, Silva e Nunes, 2008). Alguns dos processos fonológicos costumam desaparecer antes dos 3 anos de idade, enquanto os outros só desaparecem posteriormente, sendo que 7 anos é a idade prevista para a eliminação do uso de todos os processos de simplificação (Ferrante, Borsel e Pereira, 2009; Mendes et al., 2013). Mendes et al. (2013) referem a idade de supressão dos processos fonológicos, ou seja, a idade em que é suposto que esse processo deixe de existir na fala da criança:

Tabela n.º 2 – Idade de supressão dos processos fonológicos (Mendes et al., 2013).

<i>Processos fonológicos</i>	<i>Faixa etária</i>
Omissão	[3;0-3;6[
Posteriorização	[3;0-3;6[
Anteriorização	[3;0-3;6[
Despalatalização	[4;0-4;6[
Palatalização	[4;0-4;6[
Desvozeamento	[5;0-5;6[
Omissão de consoante final	[6;6-6;12[
Redução do grupo consonântico	[6;6-6;12[
Semivocalização de líquida	[6;6-6;12[
Redução de sílaba átona pré-tónica	>[6;6-6;12[

A omissão resulta na produção de uma palavra com ausência de sílabas ou fonemas, como por exemplo: [si 'kletø] para bicicleta e [køøkø] para caracol no caso da omissão de consoante final (Lima, 2009).

A posteriorização ocorre quando uma consoante dental é substituída por uma consoante velar, como por exemplo: [ˈkĩtɐ] para tinta (Smit, 2004; Miccio e Scarpino, 2008; Lima, 2009). Anteriorização é o processo contrário, ou seja, quando a consoante velar é substituída por uma consoante dental no caso de [ˈtɔpu] para copo (Smit, 2004; Miccio e Scarpino, 2008; Lima, 2009). O processo de despalatalização dá-se quando a consoante fricativa palatal é substituída por uma fricativa dental, no caso de [sɐˈpɐw] para chapéu, e o processo de palatalização é o processo contrário como acontece no caso de [vɐˈʃowɾɐ] para vassoura (Smit, 2004; Miccio e Scarpino, 2008). O desvozeamento é o processo que ocorre quando uma consoante vozeada é substituída por uma consoante não vozeada, como por exemplo: [ˈfakɐ] para vaca (Smit, 2004; Miccio e Scarpino, 2008; Lima, 2009).

O processo de redução de grupo consonântico ocorre aquando da omissão de um elemento do grupo consonântico, no caso de [ˈpatu] para prato, e o processo de redução de sílaba átona pré-tónica dá-se aquando da omissão de uma sílaba átona pré-tónica, por exemplo: [ˈpatu] para sapato (Smit, 2004; Miccio e Scarpino, 2008). Por fim, a semivocalização de líquida ocorre quando a consoante líquida é substituída por uma semivogal, no caso de [ˈbɔwɐ] para bola (Smit, 2004; Miccio e Scarpino, 2008; Lima, 2009).

As substituições e omissões são os processos mais frequentes nas PSF do tipo fonológico (Rabelo, 2010). Guerreiro e Frota (2010) referem que, em crianças com 5 anos de idade, o processo de semivocalização da consoante líquida apresenta uma maior frequência de ocorrência, bem como os processos de omissão de líquida em posição final e redução de grupo consonântico. Lousada (2012), na sua tese de Doutoramento, concluiu que o conhecimento sobre os processos fonológicos, quer sejam típicos ou atípicos, auxilia os TF's na identificação precoce e no período de intervenção destas dificuldades fonológicas. Assim, a determinação da presença de padrões fonológicos típicos e atípicos fornece informações sobre a inteligibilidade, a gravidade da perturbação, o prognóstico e quais os fonemas ou processos fonológicos que devem ser alvo de intervenção (Miccio e Scarpino, 2008).

Assim, a imaturidade da fala pode caracterizar-se pela presença de vários diminutivos, omissões, trocas e distorções de sons e por uma fala ininteligível para os

parceiros comunicativos da criança (Rombert, 2013). A redução da inteligibilidade de fala é considerada uma das principais manifestações visíveis em indivíduos com perturbações da fala (Kent et al., 1989). As alterações no desenvolvimento da fala preocupam o TF devido à sua grande ocorrência na população infantil, assim, há uma necessidade crescente de se compreender como ocorre a aquisição da fala, bem como as variáveis intervenientes no seu desenvolvimento (Wertzner, 2002).

1.2. Perturbação dos Sons da Fala e o seu Impacto na Vida das Crianças

Segundo a ASHA (2003), a maioria das crianças cometem alguns erros quando aprendem a dizer palavras novas. As crianças que apresentam dificuldades de fala podem funcionar plenamente nos seus contextos diários ou podem apresentar limitações, mínimas ou de maior dimensão, que afetam a sua participação nas suas atividades diárias (McLeod, 2004). Uma característica chave das crianças com PSF é que elas são, muitas vezes, menos inteligíveis do que as crianças da mesma idade com desenvolvimento típico (Bowen, 2011).

A ASHA (1993) descreve a perturbação da fala como sendo uma alteração na articulação dos sons da fala, fluência e/ou voz. A perturbação articulatória define-se por uma produção atípica dos sons da fala caracterizada por substituições, omissões, adições ou distorções que podem interferir na inteligibilidade da mesma (ASHA, 1993). A perturbação da fluência acontece quando existe uma interrupção do fluxo de fala, caracterizada por um ritmo atípico de fala e repetições dos sons, sílabas, palavras ou frases, e pode surgir acompanhada de tensões excessivas, comportamentos desadequados e maneirismos secundários (ASHA, 1993). Uma perturbação de voz é caracterizada por uma produção anormal e/ou ausência de qualidade vocal, intensidade e ressonância (ASHA, 1993).

Em 2003, a ASHA aconselhou a utilização do termo PSF para os problemas relacionados com a articulação, com a alteração na programação motora da fala

(apraxia) ou com a fonologia. Pelo DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002) e no capítulo dedicado às *Perturbações que Aparecem Habitualmente na Primeira e na Segunda Infância ou Adolescência*, estão descritas as *Perturbações da Comunicação* que são caracterizadas por dificuldades na fala e linguagem. Assim, a Perturbação Fonológica é descrita através dos seguintes critérios (American Psychiatric Association, 2002):

- manifesta-se clinicamente através da incapacidade para usar sons da fala esperados para o nível etário do sujeito;
- as dificuldades decorrentes desta perturbação interferem no rendimento escolar, no desempenho profissional e na comunicação;
- trata-se de uma perturbação mais frequente nos sujeitos masculinos;
- cerca de 2% das crianças entre os 6 e os 7 anos de idade apresentam esta perturbação e, a partir dos 17 anos, a prevalência diminui para 0,5%;
- os antecedentes familiares são um fator a ter em conta no que diz respeito a esta perturbação.

Por sua vez, segundo o DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), a PSF é um termo heterogêneo que inclui a perturbação fonológica e a perturbação articulatória. Assim, uma PSF é diagnosticada quando a produção de sons não corresponde ao esperado para a idade e desenvolvimento da criança e quando não resulta de uma alteração física, estrutural, neurológica ou de deficiência auditiva (American Psychiatric Association, 2013).

Dodd et al. (2005) propõem quatro subgrupos para um diagnóstico diferencial das PSF:

- Perturbação articulatória: incapacidade de produzir fonemas específicos, a criança realiza sempre a mesma substituição ou distorção do som alvo, em contexto de palavra ou de som isolado, em produção espontânea ou por imitação;
- Atraso fonológico: a criança apresenta padrões de erros fonológicos que são típicos de crianças com idade cronológica inferior;

- Perturbação fonológica consistente: uso consistente de padrões de erro que não fazem parte do desenvolvimento fonológico típico.
- Perturbação fonológica inconsistente: ocorre constantemente uma produção de erros diferente para o mesmo som alvo.

Giacchini (2009) defende que, quando ocorre uma PSF, é dado um dos seguintes diagnósticos: perturbação articulatória, perturbação fonológica, perturbação fonético-fonológica ou apraxia da fala infantil. Deste modo:

- A perturbação articulatória deriva de uma alteração motora que provoca alterações na produção dos sons (Yavas, 1998; Antunes e Rocha, 2009a);
- A perturbação fonológica caracteriza-se por uma incapacidade em utilizar os sons da fala, esperados e próprios da idade e da língua da criança, facto que pode interferir no rendimento escolar e cuja gravidade varia desde um impacto mínimo até uma ininteligibilidade total do discurso (World Health Organization, 2001; American Psychiatric Association, 2002);
- A perturbação fonético-fonológica envolve alterações relacionadas com a coordenação dos movimentos neuromusculares aquando da produção dos sons e, também, com dificuldades na organização do sistema sonoro da língua da criança (Yavas, 1998; Goulart, 2002);
- A apraxia da fala infantil, denominação adotada pela ASHA (2007), é uma perturbação da comunicação que afeta a produção e/ou planeamento motor da fala, originando erros articulatorios inconsistentes e predomínio de alterações nos domínios fonético, fonológico e, ainda, ao nível da prosódia. (Souza, Payão e Costa, 2009; Payão et al., 2012).

As crianças com PSF podem apresentar dificuldades na fala, denominada de perturbação da articulação ou perturbação fonética, ou ao nível da linguagem, denominada de perturbação fonológica (Rombert, 2013). O TF deve, então, apresentar conhecimentos sobre a fonética e a fonologia, uma vez que o afastamento relativamente à norma pode ser fonético, fonológico ou fonético-fonológico (Antunes e Rocha, 2009b). A perturbação pode ser, então (Antunes e Rocha, 2009b):

- Fonética, quando existem dificuldades nos movimentos articulatórios para a produção de sons da fala;
- Fonológica, se o indivíduo é capaz de articular os fones corretamente, todavia os erros cometidos são devido à fraca organização fonológica, revelando problemas com o valor contrastivo dos fonemas;
- Fonética-fonológica, se as dificuldades ocorrem não só na articulação, mas também no sistema sonoro da língua, falhando o alvo fonologicamente.

As perturbações fonéticas derivam, normalmente, de fatores orgânicos ou funcionais, existindo uma alteração nos órgãos e/ou músculos da fala, remetendo para problemas de sequenciação e de aprendizagem motora e/ou para as dificuldades auditivas/perceptivas, sendo difícil para a criança executar os movimentos corretos para a produção de um determinado som (Lima, 2008; Rombert, 2013). Por sua vez, nas perturbações do tipo fonológica, a criança apresenta dificuldade na tomada de consciência dos sons da sua língua e dificuldade em organizar os sons da fala num sistema por contrastes de significado, apesar da capacidade articulatória por imitação estar intacta (Lima, 2008; Rombert, 2013).

Lima (2008) definiu, então, três graus de severidade das PSF: ligeiro, moderado e grave, comparando com um perfil de fala típico e tendo em conta a frequência de ocorrência e consistência dos erros de fala, bem como os efeitos destes na inteligibilidade da fala da criança.

É visível que o conceito e classificação das PSF sofreram modificações ao longo das últimas décadas, no entanto, é perceptível que, na sua prática clínica, cada TF utiliza aquela que, de acordo com as suas preferências pessoais, lhe parece ser a mais adequada, em vez de utilizar uma nomenclatura baseada em critérios bem definidos (USPSTF, 2006; Antunes e Rocha, 2009a; Bowen, 2012).

Como já foi referido, as PSF são um termo genérico para uma população que apresenta variadas características ao nível das alterações da fala (American Psychiatric Association, 2013). Definem-se como um atraso significativo na aquisição dos sons da fala, sem que haja qualquer alteração física, estrutural, neurológica ou de deficiência

auditiva (American Psychiatric Association, 2013; Limbrick, McCormack e McLeod, 2013). Percebe-se, assim, que as crianças com PSF não constituem uma população homogênea, pois diferem em termos de padrões de erros de fala, diferentes aspetos da linguagem são prejudicados dependendo de cada criança e a gravidade da perturbação também não é igual para todos os casos (Dodd e Gillon, 2001). Os fatores etiológicos diferem, assim como a resposta das crianças à perturbação, esta pode ser tratada por diferentes abordagens terapêuticas tendo em conta as especificidades de cada caso (Dodd e Gillon, 2001). As crianças com PSF constituem uma grande percentagem dos casos dos TF, sendo fundamental uma atualização constante relativamente às abordagens teóricas e clínicas (Broomfield e Dodd, 2004; Antunes e Rocha, 2009a; McLeod e Harrison, 2009).

Lewis et al. (2006) referem que as competências exclusivas para as PSF incluem défices na articulação dos sons, défices na capacidade motora oral e planeamento motor, bem como alguns défices de perceção e discriminação auditiva, alterações na memória de trabalho, alterações de consciência fonológica e no desenvolvimento da linguagem escrita (Wiethan e Mota, 2010).

Para além de ser necessário compreender a evolução da nomenclatura das PSF, é também necessário perceber a sua etiologia, ou seja, a sua origem, que na maioria dos casos é desconhecida (Bowen, 2012), e quais os fatores que podem influenciar o aparecimento de uma PSF. Determinadas condições congénitas, como défices auditivos ou alterações craniofaciais, são comumente associadas às alterações de fala, para além de outros fatores de risco, tais como prematuridade, história familiar, sexo masculino, hábitos orais e fatores socioeconómicos (Fox, Dodd e Howard, 2002; Campbell et al., 2003; USPSTF, 2006). Segundo Andrade (2008), a questão dos hábitos orais é importante, pois este é um fator que pode interferir no desenvolvimento típico e adequado das estruturas do aparelho fonador e articulatorio, como, por exemplo, os dentes, os lábios, a língua e a cavidade oral.

De forma mais específica, aos 4 anos de idade, os fatores que podem prever a presença e persistência das PSF são: sexo, história familiar, condição socioeconómica, linguagem e competências motoras aos 24 meses, fatores neurobiológicos, habilitações académicas dos pais (Goulart e Chiari, 2007; Eadie et al., 2014).

Dodd et al. (2003), com uma amostra de 685 crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos, concluíram que as crianças do sexo feminino estão predispostas a apresentar níveis mais altos de acurácia na fonologia, do que as crianças do sexo masculino. A revisão sistemática de Law et al. (2000) refere que os atrasos de fala são mais comuns em crianças do sexo masculino do que em crianças do sexo feminino (American Psychiatric Association, 2002; Eadie et al., 2014).

De acordo com Lewis (1992), a questão dos antecedentes familiares para as PSF foi estabelecida com 20% a 40% de parentes em 1.º grau afetados com esta perturbação. Fox, Dodd e Howard (2002) concluíram que 28% das crianças do seu estudo apresentam uma história familiar positiva para as PSF. Deste modo, a probabilidade de incidência das PSF aumentam quase duas vezes quando existe outro membro da família com esta perturbação (Lewis et al., 2007).

Internacionalmente, já existem alguns estudos (e.g. McCormack et al., 2010a; McCormack et al., 2010b) sobre o impacto e consequências das PSF na vida das crianças, no entanto, em Portugal, não foram encontrados estudos na pesquisa que foi realizada.

As crianças com PSF podem apresentar uma capacidade de interação reduzida e uma capacidade diminuída de participar plenamente na educação e em atividades do dia-a-dia, e estas dificuldades podem estender-se à vida adulta (McCormack et al., 2009). Assim, o impacto das PSF na infância é imediato e duradouro, estendendo-se às atividades ocupacionais, sociais e académicas (McCormack et al., 2009). Lindsay e Dockrell (2000) indicam que as PSF podem estar associadas a limitações na formação e manutenção de relações interpessoais, ou seja, dificuldades em interagir e desenvolver um relacionamento com outros indivíduos, para além de estar associada a dificuldades emocionais e comportamentais, em crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 8 anos.

Os resultados de uma revisão sistemática levada a cabo por McCormack et al. (2009), em que pretendiam fazer uma associação entre as PSF e a participação da criança ao longo da sua vida, indicou que os indivíduos com PSF podem apresentar dificuldades associadas com a consciência fonológica e com as capacidades de

processamento da leitura (Carroll e Snowling, 2004; Holm, Farrier e Dodd, 2008). Indicando, ainda, que estas competências afetadas podem persistir em idade escolar (Nathan et al., 2004).

Num estudo que teve como objetivo explorar o impacto das alterações de fala na 1ª infância, tendo em vista as opiniões dos pais e dos TF, com recurso à *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* (World Health Organization, 2001), os autores referem que as Atividades e Participação que podem estar comprometidas devido à alteração de fala, vão mais além da comunicação e incluem as interações interpessoais, as aprendizagens, o stress e outras questões psicossociais (McCormack et al., 2010b).

McCormack et al. (2010a) entrevistaram crianças em idade pré-escolar, bem como outros interlocutores significativos das crianças, sobre as suas alterações de fala e as suas vivências, numa investigação qualitativa em que realizaram uma análise temática das entrevistas. No primeiro tema, os participantes identificaram os problemas que enfrentam na sua experiência de vida com as PSF, as crianças identificaram um problema de escuta por parte dos seus parceiros comunicativos, enquanto as famílias e professores identificaram um problema de fala, revelando uma diferença de perspetivas e de opiniões entre as crianças e os adultos (McCormack et al., 2010a). No segundo tema, os participantes deste estudo referiram e descreveram soluções para os problemas de fala e comunicação, nomeadamente, a intervenção com o TF de modo a resolver a perturbação de fala e a utilização de estratégias informais para ultrapassar os problemas de escuta (McCormack et al., 2010a). McCormack et al.(2010a) concluem, então, que o colapso do processo de comunicação é um problema e fonte de frustração, sentimento que é identificado pelos adultos que participaram no estudo, e que o “*falar corretamente*” é apenas uma parte da solução, que passa também por intervir na frustração e nos sentimentos negativos bem como na sensibilização dos parceiros comunicativos.

Quando se fala em entrevistar crianças em idade pré-escolar, de forma a que estas falem sobre as suas experiências, é preciso analisar os dados com alguma cautela, isto porque os participantes podem não reconhecer as suas alterações, bem como não demonstrar consciência das mesmas (McCormack et al., 2010a). Em crianças com

idades inferiores à idade escolar, os investigadores podem interpretar as informações recolhidas através: de respostas verbais às questões, de desenhos e/ou de comportamentos não-verbais (McCormack et al. 2010a). Já no estudo de Merrick e Roulstone (2011), onde foram inquiridas crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 10 anos de idade, é visível uma maior auto-consciência da sua perturbação, bem como uma melhor capacidade de se expressarem sobre isso.

Deste modo, quando as crianças têm dificuldade em entender o outro e em se fazerem compreender, não é surpreendente que surjam problemas do foro emocional e psicossocial (Cohen, 2010). A competência emocional inclui a capacidade da criança ser capaz de expressar as diferentes emoções experienciadas por ela ou não (Halberstadt, Denham e Dunsmore, 2001). Denham (2007) refere que esta capacidade das crianças se expressarem do ponto de vista emocional difere de idade para idade. Deste modo as crianças em idade escolar mostram-se capazes de expressar as emoções básicas, como por exemplo felicidade, tristeza, raiva, medo e surpresa (Denham, 2007). Todavia Russel (1990), nos anos 90, já demonstrava que, com a idade de 4 ou 5 anos, a maioria das crianças é capaz de especificar causas aceitáveis e consequências para as emoções básicas, à exceção da excitação e surpresa, reforçando que mesmo as crianças mais novas compreendem muito bem as emoções. No entanto, é evidente que não existe ainda muita investigação ao nível da consciência das emoções por parte das crianças (Denham 2007).

Lindsay e Dockrell (2000) indicam, ainda, que o nível de compreensão da criança acerca das suas dificuldades está associado a problemas emocionais e de comportamento.

McCormack et al. (2012) realizaram um estudo qualitativo sobre as experiências daqueles que vivem com a PSF, evidenciando a importância de considerar este tipo de estudos em conjunto com outras pesquisas mais quantitativas no âmbito da prática clínica do TF. Tal como refere Kovarsky (2008), é necessário que a investigação e a prática clínica considerem a informação qualitativa juntamente com dados quantitativos, de modo a obter uma evidência social mais significativa e ecologicamente válida. Ao observar a luta dos seus filhos, os pais relataram sentimentos de angústia, de culpa,

isolamento e fadiga, reforçando a ideia de que, na intervenção, há uma necessidade de apoiar tanto as crianças com a PSF, como as suas famílias (McCormack et al. 2012).

O estudo de Glogowska et al. (2006) teve como objetivo acompanhar crianças em idade pré-escolar (1 ano e dois meses – 3 anos e 7 meses), com alterações de fala e linguagem, até aos 7 – 10 anos de idade. Conseguiu demonstrar que 27% da amostra continuava a demonstrar problemas de fala e linguagem e que, por volta dos 7 a 10 anos de idade, começaram a surgir dificuldades de aprendizagem da leitura e da escrita (Glogowska et al., 2006).

No que diz respeito à relação entre as PSF e as aprendizagens posteriores, mais especificamente a aprendizagem da leitura e da escrita (literacia), Nathan et al. (2004) concluíram que o risco de dificuldades na aprendizagem da leitura e da escrita é mais elevado em crianças que apresentam alterações de fala em idade pré-escolar, afirmando que as competências de fala de uma criança são preditivas do seu desenvolvimento na literacia. Dodd e Gillon (2001) referem que algumas crianças com PSF nos anos pré-escolares desenvolvem, mais tarde, problemas ao nível da literacia, apesar da perturbação ter sido tratada, atempadamente, com sucesso.

As falhas na aquisição e no desenvolvimento fonológico, características das PSF, podem refletir-se na leitura e/ou na escrita, relativamente à aquisição tardia da autonomia desses processos (Mousinho et al., 2008). Lewis et al. (2002), acompanharam, até à idade escolar, crianças que apresentaram esta perturbação em idade pré-escolar e encontraram dificuldades académicas posteriores entre 50% a 75% da sua amostra. Carroll e Snowling (2004), no seu estudo, realizado com crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 6 anos, concluíram que as crianças com PSF apresentam um maior risco de, posteriormente, apresentarem dificuldades ao nível da literacia, devido a problemas de processamento fonológico.

As alterações de fala que as crianças apresentam podem estar associadas à sua qualidade de vida e, assim, sugere-se que as avaliações/intervenções dos TF's devem ter em conta as dificuldades da criança e os fatores relacionados com o seu bem-estar (Markham e Dean, 2006). De acordo com o estudo de Markham et al. (2009), as

amizades estão entre as áreas centrais para a experiência de qualidade de vida em crianças e jovens com alterações de fala.

Já Law, Garrett e Nye (2010) referem que 30 a 60% das crianças que apresentam alterações de fala e linguagem continuam a demonstrar dificuldades ao longo da sua adolescência e vida adulta, e que essas dificuldades podem ter um efeito negativo na sua qualidade de vida, mais precisamente, ao nível de uma realização escolar pobre, competências sociais pobres ou falta delas e problemas emocionais e de comportamento.

Os informantes primários são os pais, educadores de infância (EI)/professores e TF's, que identificam precocemente alguns sinais de alerta relativamente à PSF e demonstram algumas preocupações na capacidade comunicativa da criança (McLeod e Harrison, 2009; McAllister et al., 2011). Todavia, cada parte apresenta diferentes expectativas e perspetivas sobre a comunicação da criança (McLeod e Harrison, 2009; McAllister et al., 2011). Segundo McLeod et al. (2017), os pais e os educadores demonstram-se mais preocupados com a fala e com a linguagem expressiva da criança do que com o comportamento, questões sócio-emocionais, linguagem recetiva e competências de motricidade. Cada um destes informantes fornecem informações diferentes, mas igualmente valiosas, sobre o comprometimento da fala na infância (McLeod e Harrison, 2009).

1.3. Intervenção Terapêutica nas Perturbações dos Sons da Fala

O TF é o profissional responsável pela prevenção, avaliação, intervenção e estudo científico da comunicação humana, o que engloba não só todas as funções associadas à compreensão e expressão da linguagem oral e escrita, mas também outras formas de comunicação não-verbal (ASHA, 2016). Assim, o TF avalia e intervém em indivíduos de todas as idades, desde recém-nascidos a idosos, tendo como objetivo geral

otimizar as capacidades de comunicação do indivíduo, melhorando a sua qualidade de vida (ASHA, 2016).

O primeiro passo para a procura de ajuda especializada e consequente intervenção é haver consciência do problema, tanto por parte dos pais, como por parte da própria criança. McCormack et al. (2012) referem que o facto da tomada de consciência do problema de fala ocorrer em momentos diferentes para as crianças e para os seus pais, pode ter implicações no *timing* da intervenção, bem como no sucesso da mesma. A motivação da criança também é importante para o sucesso da intervenção, pois se uma criança percebe a terapia como um período para praticar a fala, o TF também se sente mais à vontade para explorar e proporcionar situações e oportunidades diferentes de fala, num ambiente de brincadeira e jogo (Kamhi, 2000). Fatores de personalidade também podem influenciar a capacidade de responsividade da criança às atividades propostas pelo TF, em sessão (Kamhi, 2000). Kamhi (2000) dá o exemplo de uma criança na qual um aspeto da sua personalidade, a teimosia, interferiu com a intervenção terapêutica, uma vez que esta se recusava a praticar em contexto extra-terapia.

Para avaliar as alterações de fala, é necessário que o TF tenha conhecimento dos padrões normais de desenvolvimento de fala da sua comunidade linguística, de modo a realizar um diagnóstico adequado e, posteriormente, traçar um plano terapêutico eficaz (Mota, 2001; Pagliarin e Keske-Soares, 2007). A avaliação deste tipo de perturbações pode guiar-se por uma abordagem qualitativa, que se baseia na inteligibilidade de fala e na sua gravidade, ou por uma abordagem quantitativa, que permite uma avaliação mais rigorosa (Antunes e Rocha, 2009a). O TF ouve a pessoa, podendo utilizar um teste formal de articulação para gravar os erros de fala (ASHA, 2003). Também é feita uma observação do mecanismo oral para determinar quais são os músculos orais que estão a funcionar corretamente ou não (ASHA, 2003). Em crianças, o TF avalia, também, o seu desenvolvimento de linguagem para determinar o funcionamento geral da comunicação (ASHA, 2003). Lima (2009) refere que grande parte do êxito na intervenção com crianças deve-se à qualidade da avaliação e diagnóstico realizado para cada contexto em particular.

A capacidade de produzir uma fala inteligível é essencial para o funcionamento da sociedade e, assim, essa é o objetivo final da intervenção em crianças com alterações de fala (Dodd e Bradford, 2000). São numerosas as intervenções dirigidas a esta perturbação que se mostraram eficazes na alteração da inteligibilidade da fala das crianças, da precisão dos sons e das suas capacidades de literacia, ou seja, de leitura e escrita (Baker e McLeod, 2011).

A análise quantitativa mais utilizada é o índice de Percentagem de Consoantes Corretas (PCC) (Shriberg e Kwiatkowski, 1982). Shriberg e Kwiatkowski (1982) utilizaram o índice de PCC, calculado a partir de amostras de fala espontânea. Esta medida é um dos componentes do sistema de classificação de diagnóstico da alteração de fala e reflete o grau de gravidade dessa alteração (Shriberg e Kwiatkowski, 1982). O índice de valores de PCC inclui quatro graus de gravidade (Shriberg e Kwiatkowski, 1982):

- o grau leve, corresponde a mais de 85% de consoantes corretas produzidas;
- o grau leve-moderado, varia entre os 65% e os 85%;
- o grau moderado-severo, oscila entre os 50% e os 65%;
- o grau severo, designa-se quando o PCC é menor que 50% de consoantes produzidas corretamente.

Segundo Wertzner, Amaro e Teramoto (2005), este índice mostrou-se um bom instrumento para classificar a gravidade da perturbação fonológica, tanto para diagnóstico como para o bom acompanhamento do tratamento. As crianças com PCC abaixo dos 50% ostentam um risco acrescido de apresentarem, posteriormente, dificuldades na aprendizagem da leitura e da escrita (Carlesso e Keske-Soares, 2007; Antunes e Rocha, 2009a).

Lousada et al. (2014) enfatizam a importância de combinar as medidas do PCC com a medida de inteligibilidade do discurso na primeira avaliação e durante a intervenção, de forma a obter resultados objetivos acerca do sucesso da intervenção. Lima (2009) refere que o recurso a grelhas de avaliação de processos fonológicos, utilizados pelos profissionais que se dedicam ao tratamento deste tipo de alterações,

tem-se revelado uma grande funcionalidade, não só para a classificação dos desvios na produção fonológica, mas também para servir de orientação no estabelecimento de prioridades do plano de intervenção.

Após a avaliação, deve ser delineado um plano de intervenção baseado nos sons e/ou processos fonológicos que serão alvo de intervenção, tendo em conta alguns critérios, que poderão evitar a frustração da criança no decorrer do processo de intervenção (Rvachew e Nowak, 2001). Assim, segundo uma pesquisa bibliográfica realizada por Pedro et al. (2004), os critérios a ter em conta são: a percentagem de processos fonológicos pois os que ocorrem com maior frequência devem ser considerados prioritários; os processos fonológicos, principalmente os atípicos, que mais interferem com a inteligibilidade do discurso da criança; a idade de aquisição de todos os fonemas, na medida em que os fonemas adquiridos numa idade precoce devem ser considerados como alvos de intervenção, pois facilitam a aquisição de fonemas que emergem posteriormente; a idade de supressão dos processos fonológicos, pois a criança apresentará maior sucesso nos processos que são eliminados mais precocemente; e quais os fonemas mais estimuláveis, pois estes podem contribuir para uma maior motivação da criança resultando num maior sucesso terapêutico.

A intervenção engloba várias práticas, ou seja, vários métodos, abordagens e até programas de intervenção, tendo como objetivo final a promoção de um desenvolvimento de fala adequado à idade cronológica da criança e a remoção de barreiras à participação da criança na sociedade, que advenha das suas dificuldades de fala (Law, Dennis e Charlton, 2017).

É necessário, ainda, diferenciar os dois tipos de intervenção que podem existir nos casos da PSF: a intervenção direta e a intervenção indireta, pois essa não é responsabilidade exclusiva do TF, mas de todos aqueles que se encontram nos contextos onde a criança está inserida, nomeadamente o contexto familiar, escolar e social (Lima, 2009). A intervenção direta é o tratamento propriamente dito, ou seja, as sessões de Terapia da Fala em que o TF faz atividades e exercícios com a criança, tendo em conta os objetivos de intervenção delineados anteriormente (Law, Dennis e Charlton, 2017). Na intervenção indireta, algumas abordagens focam-se na articulação/produção e outras são mais direcionadas para a fonologia. A abordagem articulatória tem como alvo o som

produzido erroneamente pela criança e é utilizada pelos TF's quando os erros têm uma base motora associada (ASHA, 2013). Por sua vez, as abordagens fonológicas têm como alvo um grupo de sons com padrões de erros semelhantes (ASHA, 2013). Este tipo de abordagem é utilizada para ajudar as crianças a interiorizar as regras fonológicas e a generalizá-las a outros sons e a outros contextos de palavras (ASHA, 2013). As abordagens fonológicas visam a generalização dos fonemas-alvo, num espaço de tempo mais reduzido (Pagliarin e Keske-Soares, 2007). Kamhi (2006) refere que ambas as abordagens são eficazes com crianças com PSF, dependendo da natureza da perturbação. Contudo, a abordagem articulatória parece ser ainda a mais utilizada por muitos TF's aquando do tratamento de crianças com PSF, independentemente da natureza da perturbação, tal como acontece em Portugal, enquanto os TF's do Reino Unido utilizam mais a terapia fonológica na sua prática clínica com estas crianças (Lousada et al., 2013; Lousada et al., 2014).

Por sua vez, existe a intervenção indireta que pretende contribuir para que os parceiros comunicativos da criança possam construir um ambiente facilitador de comunicação, através de interações positivas (Law, Dennis e Charlton, 2017). Tal como Law, Dennis e Charlton (2017) explicam, este tipo de intervenção consiste na partilha de estratégias e ajudas entre o TF e os parceiros comunicativos da criança. Segundo Lima (2009), os pais devem estimular e orientar situações de interação comunicativa que favoreçam o processo de expressão linguística da criança e devem também dar continuidade ao trabalho do TF que se compromete com o sucesso linguístico do seu filho. Também outros profissionais que façam parte da vida das crianças, como é o caso do EI, devem estimular e potenciar situações de comunicação (Lima, 2009).

Lousada et al. (2013) realizaram um estudo comparativo, em crianças portuguesas com idades compreendidas entre os 4 anos e os 6 anos, aproximadamente, entre dois tipos de abordagem de intervenção: a terapia fonológica e a terapia articulatória. Concluíram que ambas as abordagens são efetivas no aprimoramento da produção de fala, no entanto, a terapia fonológica mostrou-se mais eficaz (Lousada et al., 2013). Esta terapia incluiu atividades de consciência fonológica e atividades de discriminação auditiva, ambas selecionadas com base nos padrões de erro da criança, provou-se, assim, ser esta uma abordagem integrada efetiva para o desenvolvimento de

competências fonológicas em crianças com PSF do tipo fonológico (Lousada et al., 2013).

Qualquer que seja a componente afetada na PSF, seja ela fonética ou fonológica, é sempre necessário tornar a criança consciente do erro cometido enquanto afastamento do modelo alvo (Lima, 2009). Sem esta base de auto-consciência relativamente a um modelo de produção, a criança poderá reforçar o erro (Lima, 2009).

Para além destas abordagens mais tradicionais, existem outras que envolvem a família na intervenção, levando-as a participar nas sessões e auxiliando na continuação do trabalho da Terapia da Fala em casa (McLeod e Baker, 2014). Também McCormack et al. (2010b) reforçam e valorizam a inclusão dos pais nos processos de avaliação e intervenção, pois estes apresentam um conhecimento especializado do impacto que as alterações de fala têm na vida do seu filho. Esta perceção deve ser um fator, se não uma prioridade, na seleção dos objetivos de intervenção (McCormack et al., 2010b). Na Austrália, Pappas et al. (2008) referem que a maioria dos TF's que fizeram parte do seu estudo acreditam que o envolvimento dos pais é essencial na intervenção das alterações de fala (Joffe e Pring, 2008; McLeod e Baker, 2014). Em Portugal, Oliveira, Lousada e Jesus (2015) revelaram, no seu estudo, que a maioria dos TF's que responderam ao questionário envolvem os pais no processo de intervenção das crianças, bem como os professores.

Ainda na prática centrada na família, os TF's devem estar cientes de que também os irmãos das crianças com PSF podem desempenhar um papel importante na intervenção e, devem, tanto quanto possível e se for benéfico para a criança em questão, incluir os irmãos na avaliação e na intervenção (Barr, McLeod e Daniel, 2008). Deste modo, os TF's podem consciencializar os pais para os sentimentos e experiências dos irmãos das crianças com PSF, como ciúmes, ressentimento, preocupação, menos atenção por parte dos pais e estratégias de proteção que os irmãos apresentam perante as necessidades da criança com PSF (Barr, McLeod e Daniel, 2008).

Dodd et al. (2005) sublinham que todas as abordagens e modelos de intervenção têm o seu mérito e que uma boa avaliação é determinante para escolher o modelo mais adequado à perturbação. Tal é a sua opinião porque a avaliação das PSF constitui o

alicerce sobre o qual a intervenção é baseada (Dodd et al., 2005; Williams, 2006). Para além disso, os TF's também utilizam, frequentemente, algumas técnicas comportamentais ao longo das sessões de intervenção, tais como imitação, modelação, repetição e extensão (Law, Dennis e Charlton, 2017). Todavia, parecem não existir ainda orientações e critérios universais e bem definidos relativamente ao tipo de intervenção que deve ser providenciado a uma criança com alterações de fala e/ou linguagem, deste modo, não havendo evidências científicas que suportem a decisão terapêutica, cabe a cada TF definir os seus próprios critérios e planear a sua intervenção baseando-se na sua prática clínica (Law, Garrett e Nye, 2005).

Um aspeto importante a interiorizar, segundo Kamhi (2000), é que repetição e prática frequentes não devem ser vistas como anti-éticas à comunicação, na medida em que a prática faz a perfeição. Em vez disso, a prática deve ser vista como uma forma efetiva de facilitar a produção de fala e linguagem e generalizá-la a outros contextos e a situações comunicativas significativas.

As PSF são perturbações prevalentes na infância, passíveis de prevenção e de tratamento (Prates e Martins, 2011). Posto isto, é fundamental fazer um rastreio precoce, sendo possível intervir atempadamente, de modo a permitir um desenvolvimento mais adequado das competências comunicativas e linguísticas da criança (Rombert, 2013). Segundo Lousada (2012), a identificação e tratamento destas alterações em idade pré-escolar ou no início do 1º ciclo podem minimizar o impacto negativo desta perturbação aquando da aprendizagem formal da leitura e da escrita.

As crianças com PSF respondem bem à intervenção precoce em Terapia da Fala (Law, Garrett e Nye, 2005), no entanto, a falta de intervenção ou a intervenção tardia pode ter consequências ao longo da vida, conduzindo a dificuldades académicas e/ou sociais (McCormack et al., 2011; McLeod et al., 2013). Deste modo, sem uma intervenção atempada e efetiva, estas crianças enfrentam um maior risco de dificuldades ao nível da literacia e de *bullying*, bem como limitações futuras económicas, vocacionais e sociais (McCormack et al., 2009; McCormack et al., 2011). Posto isto, um ponto fundamental que deve ser considerado é que os problemas psicossociais podem persistir mesmo que a perturbação de fala tenha sido ultrapassada pela criança (Beitchman e Brownlie, 2010).

Dada a prevalência e o impacto negativo desta perturbação, é importante que as intervenções dos TF's em crianças com PSF sejam efetivas, idealmente antes da criança ingressar no 1.º ciclo de escolaridade (Nathan et al., 2004). Os modelos de intervenção utilizados com cada criança devem ser selecionados após a realização de uma avaliação criteriosa do sistema fonológico da criança (Pagliarin e Keske-Soares, 2007). Para tal dever-se-á levar em consideração a presença e ausência dos fonemas, assim como, o tipo e o grau de gravidade da perturbação (Pagliarin e Keske-Soares, 2007).

Segundo Warren, Fey e Yoder (2007), a intervenção pode variar na duração e na intensidade, dependendo dos recursos disponíveis, das necessidades da criança e das políticas do serviço. Por sua vez, Law, Dennis e Charlton (2017) referem que a frequência, a intensidade e a duração da intervenção variam consideravelmente, mas não explicam possíveis razões dessa variabilidade. Thomas-Stonell et al. (2009) estudaram as percepções dos pais e dos TF's após intervenção direcionada para fala e concluíram que estes observaram mudanças positivas nas crianças, com idades compreendidas entre os 2 e os 5 anos, após estas receberem, em média, 8 horas de intervenção em Terapia da Fala. Dessa forma, melhoraram as suas competências de comunicação, atenção, jogo, socialização, confiança e comportamento (Thomas-Stonell et al., 2009). Também Brumbaugh e Smit (2013) contemplaram, no seu estudo, crianças com PSF com idades compreendidas entre o 3 e os 6 anos e referem que a terapia para a PSF deve ter uma duração de 30 a 60 minutos por semana (Mullen e Schooling, 2010).

Law, Garrett e Nye (2005) afirmam que o facto das crianças terem as sessões de Terapia da Fala individualmente ou em grupo não influencia a eficácia da terapia, no entanto, existem evidências de que a eficácia da Terapia da Fala é maior se a intervenção ocorrer num período superior a 8 semanas.

Estudos futuros devem determinar qual o conhecimento dos TF's acerca da dimensão das dificuldades causadas por esta perturbação e se este conhecimento corresponde à provisão de intervenções que visam diminuir essas alterações bem como as suas consequências (McCormack et al., 2010b). McLeod et al. (2013) salientam, ainda, que os TF's ainda precisam de desenvolver o seu papel na promoção da saúde, de consciencialização sobre a identificação das PSF na infância, bem como do potencial impacto desta perturbação a longo prazo. Os TF's precisam tornar-se mais conscientes

acerca do impacto das alterações de fala e comunicação, sendo necessário obter, rotineiramente, mais informações sobre os contextos de vida da criança e da família (Thomas-Stonell et al., 2009).

Capítulo II – Metodologia

Neste estudo, o paradigma investigativo privilegiado é o qualitativo. As investigações qualitativas tendem a realçar o sentido ou a significação que o fenómeno estudado tem para os indivíduos (Fortin, 2009). Os fenómenos são únicos e não previsíveis, e o pensamento será orientado para a compreensão total do fenómeno em estudo (Green e Thorogood, 2004; Fortin, 2009). Segundo Markham et al. (2009), as abordagens qualitativas são sensíveis às necessidades comportamentais e cognitivas das crianças com alterações de fala e linguagem e, posto isto, são um bom método para incluir a sua perspetiva na investigação e terapia. Deste modo, os objetivos das investigações qualitativas são descobrir, explorar, descrever fenómenos e compreender a sua essência (Fortin, 2009).

2.1. Objetivos do Estudo e Questões de Investigação

As competências de fala afetam a capacidade da criança comunicar efetivamente com os adultos e os seus pares nos contextos-chave do desenvolvimento da primeira infância, isto é, família, escola e comunidade (McLeod e Harrison, 2009). Deste modo, foram formulados um objetivo geral e dois objetivos específicos:

1. Analisar as experiências quotidianas de crianças com PSF nos seus contextos mais significativos e com os seus parceiros comunicativos
 - 1.1. Aferir e explicar as dificuldades apresentadas resultantes da perturbação na família, na escola e na Terapia da Fala.
 - 1.2. Caracterizar as perceções das crianças e dos parceiros comunicativos relativamente ao impacto da perturbação na vida quotidiana das crianças.

O presente estudo também pretende responder às questões de investigação que se seguem, sendo estas orientadas pelos objetivos anteriormente referidos:

- Qual o impacto comunicativo de uma criança com PSF?

- Quais são as consequências desta perturbação nos contextos significativos da criança?
- Quais as ajudas que os contextos, em que a criança está inserida, podem facultar?

2.2. Instrumentos de Recolha de Dados

Neste estudo foram utilizados e aplicados três instrumentos para a recolha dos dados: um questionário sociodemográfico, a Escala de Inteligibilidade em Contexto: Português Europeu (EIC) e a Avaliação da Participação e das Atividades que envolvam a Fala na Criança (APAF-C).

2.2.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico (anexo I) é um documento de registo singular e pessoal de cada indivíduo. Este instrumento é constituído por perguntas pessoais de resposta curta que permite fornecer informações pessoais importantes relativamente aos participantes, ou seja, às crianças. Este contempla informações sobre a sua idade, sexo, escolaridade e naturalidade, filiação e fratria, antecedentes familiares, devido à questão da hereditariedade associada à PSF, e também informações acerca do acompanhamento em Terapia da Fala. No fim, ainda existe uma secção caso os pais queiram acrescentar alguma informação que achem relevante e que não tenha sido perguntada diretamente.

2.2.2. Escala de Inteligibilidade em Contexto

A Escala de Inteligibilidade em Contexto (anexo II) (McLeod, Harrison e McCormack, 2012), traduzida para o Português Europeu por Lousada, Ramalho e Nascimento (2015), permite analisar o grau de inteligibilidade perante diferentes

interlocutores (pais, familiares mais próximos, familiares mais distantes, amigos, educador/professor, pessoas conhecidas, pessoas estranhas). Assim, o TF pode analisar o impacto que a PSF tem na inteligibilidade da criança no seu dia-a-dia (Lousada, Ramalho e Nascimento, 2015). É de referir, ainda, que esta escala é de fácil preenchimento com 7 questões, em que a mãe da criança deve seleccionar uma das cinco proposições de uma escala de Likert: 1- nunca; 2- raramente; 3- às vezes; 4- frequentemente e 5- sempre.

2.2.3. Avaliação da Participação e das Atividades que envolvam a Fala na Criança

O último instrumento, o APAF-C (anexo III), é uma tradução para o Português Europeu do *Speech Participation and Activity Assessment of Children (SPAA-C)* (McLeod, 2004), que é uma entrevista composta por 72 questões de resposta aberta concebidas para obter informações acerca do impacto das dificuldades de fala na vida das crianças. Essas questões estão divididas em quatro secções: questões para a criança (secção A), para os pais (secção B), para o EI (secção C) e para o TF (Secção D), sendo assim, direccionadas a diferentes pessoas significativas da criança, incluindo a própria.

Na secção A, que diz respeito às questões para a criança, é de referir que existem algumas questões, nomeadamente da questão 15 à 24, sobre como se sentem quando falam com diferentes parceiros comunicativos e em diferentes situações e contextos em que são dadas pistas visuais para ajudá-la a responder, ou seja, são mostradas faces que mostram expressões de felicidade, tristeza, nem feliz nem triste, uma cara sem qualquer expressão facial caso a criança quisesse referir outro sentimento e ainda a opção da criança não saber de todo como se sente na situação específica (anexo IV). Este tipo de método ou técnica pode ajudar a criança a se expressar melhor e a compreender melhor a sua perspectiva (McCormack et al., 2010a).

Qualquer pessoa que utilize este instrumento pode e deve seleccionar apenas as questões mais relevantes, dependendo do seu objetivo, tal como sugere McLeod (2004).

Deste modo, foram eliminadas algumas questões por estarem repetidas ou por não serem relevantes para o propósito deste estudo. Do APAF-C, as questões eliminadas foram:

Secção A:

- A questão 3 (*Em quê que tu és bom?*) por ser uma questão subjetiva e vaga, e esta poder estar relacionada com as coisas que prefere fazer, pois normalmente preferimos fazer aquilo que somos bons.
- A questão 5 (*Se os teus pais te disserem “O que é que queres fazer?” o que farias e quem levarias contigo?*), por ser uma questão mais complexa para aplicar em crianças com menos de 7 anos de idade e porque vai de encontro às questões 1 (*Quais são as coisas que preferes fazer?*) e 4 (*Com quem é que gostas de brincar?*).
- A questão 6 (*Com quem é que gostas de brincar?*) por ser uma questão repetida (igual à questão 4).
- As questões 7 (*O que é divertido para ti na escola?*) e 8 (*O que é que gostas mais na escola?*) foram fundidas numa só questão por estarem interligadas.

Secção B:

- A questão 3 (*O que é importante para o seu filho e para a sua família?*) por ser uma questão vaga e porque o objetivo primordial é a fala, e esta questão não se dirige diretamente à fala, dando azo a que os participantes divagassem por temas que não refletissem o objetivo deste estudo.
- A questão 4 (*O que seria um horário semanal típico? Quem são todas as pessoas com quem o seu filho fala numa semana normal?*) apenas a primeira questão foi eliminada porque não parece relevante saber qual o seu horário, no geral crianças em idade pré-escolar têm dias bastante semelhantes, passando o dia no jardim-de-infância e depois em casa com a família. No entanto, pode ser um dado importante perceber com quem as crianças falam mais numa semana normal.

- A questão 16 (*Você observou diferenças entre diferentes níveis de confiança e capacidades comunicativas: às refeições, na escola, com amigos, com os avós e outros membros da família, durante passatempos e atividades extracurriculares?*) por ser uma questão bastante complexa e não acrescentar informações relevantes ao estudo.

Secção C:

- Questão 18 (*Esta criança tem uma modalidade de aprendizagem preferida ou um estilo de aprendizagem particular?*) por se referir a uma aprendizagem mais formal, ao nível do ensino escolar e como os participantes estão em idade pré-escolar não se adequa aos objetivos do estudo.

Da mesma forma que foram eliminadas algumas questões, a flexibilidade de utilização deste instrumento também permite que sejam acrescentadas questões, dependendo do objetivo (McLeod, 2004). As questões que foram acrescentadas referem-se à secção do questionário dirigido ao TF, ou seja a secção D, pois é este o profissional de saúde que se quer destacar nesta investigação, e estão marcadas com um *.

Assim, foram acrescentadas as seguintes questões:

- A questão 2 (*Qual é o diagnóstico terapêutico da criança?*) foi acrescentada pois o diagnóstico era um critério de inclusão da amostra e era necessário que fosse explícito.
- A questão 3 sobre “*Descrever a fala da criança*” foi acrescentada de forma a ser uma questão comum nas secções dirigidas aos parceiros comunicativos da criança entrevistados, nomeadamente, pais, EI e TF, para que se possa ter uma noção mais generalizada da fala da criança nos diferentes contextos.
- A questão 9 (*Quais os objetivos, em Terapia da Fala, que têm sido trabalhados?*) também é uma questão relevante para perceber qual o trabalho que tem sido feito com a criança até à data.
- A questão 10 (*Quais são as estratégias que melhor funcionam com a criança?*) também foi acrescentada de forma a conhecermos as

estratégias que melhor funcionam com cada criança com esta perturbação, pois cada criança tem as suas especificidades.

- A questão 11 (*Nesta criança, quais são os sentimentos/emoções que ela demonstra?*) é de extrema importância pois daí é possível retirar informações sobre o impacto desta perturbação na vida da criança.
- As questões 12 (*Qual a participação dos pais na Terapia da Fala?*) e 13 (*Qual a participação dos educadores de infância na Terapia da Fala?*) foram incluídas no questionário pois é importante perceber qual o papel destes parceiros comunicativos da criança na intervenção.
- A questão 14 interroga se “*O trabalho do TF se cinge apenas à fala/comunicação ou se também tenta trabalhar com a criança alguma questão psicossocial?*”, e foi acrescentada pois alguns estudos referem questões psicossociais que podem advir da perturbação e que podem prejudicar a intervenção com a criança.
- As questões 15 (*Na generalidade dos casos que acompanha com esta perturbação, quais os sentimentos/emoções que as crianças demonstram?*) e 16 (*Para si, como Terapeuta da Fala, acha que as crianças mais novas sentem mais o impacto da perturbação no dia-a-dia ou serão as crianças mais velhas que sofrem mais com a perturbação?*) são perguntas mais gerais, que não se referem diretamente às crianças que participaram nesta investigação, e que pretendem explorar a opinião do TF entrevistado sobre os sentimentos que este observa nas crianças com esta perturbação e em que crianças observam um maior impacto, nas mais velhas ou nas mais novas. Estas questões permitem então perceber de forma mais geral o que os TF's observam na sua casuística.

Assim, foi aplicada a versão adaptada do APAF-C e utilizada neste estudo (anexo V), a tabela seguinte explica como é constituído o questionário:

Tabela n.º 3 – Constituição do APAF-C adaptado ao presente estudo.

<i>Secção do Questionário</i>	<i>Sub-secções</i>	<i>Nº de questões</i>
A. Questões para a Criança	1. Quem és	3
	2. Escola/ Jardim-de-Infância	3
	3. A tua fala	17
B. Questões para os Pais	1. O seu filho	4
	2. A fala do seu filho	4
	3. O impacto das dificuldades de fala do seu filho	10
C. Questões para os Educadores de Infância		18
D. Questões para outros – Terapeuta da Fala		16

2.3. Procedimentos

2.3.1. Considerações Éticas

Esta investigação foi submetida à Direção Clínica e à Comissão de Ética do Hospital do distrito do Porto, tendo sido obtido um parecer favorável (anexo VI) na condição: de manter todos dados recolhidos anónimos; ser incluído um diferente anexo que deverá ser assinado pelos intervenientes ou seus representantes legais, em que autorizam a gravação de som; e solicitar uma autorização à Comissão Nacional de Proteção de Dados, de forma a proteger os direitos dos participantes. As duas primeiras condições foram tidas em consideração, bem como a solicitação à Comissão Nacional de Proteção de Dados, que também deu a sua autorização para o desenvolvimento desta investigação (anexo VII). Foi, também, pedido com sucesso, o processo de autorização da autora da versão original do *Speech Participation and Activity Assessment of*

Children, Sharynne McLeod (anexo VIII) e do órgão nacional australiano da profissão, o *Speech Pathology Australia* (anexo IX).

A todos os participantes do estudo, foi explicado e entregue uma carta com a devida explicação do estudo (anexo X), juntamente com a declaração de Consentimento Informado aos participantes maiores de idade (anexo XI) e aos representantes legais das crianças (anexo XII), este é a aquiescência dada por uma pessoa para a sua participação no estudo em questão (Fortin, 2009) e, ainda, o documento de solicitação da autorização da gravação áudio para os participantes maiores de idade (anexo XIII) assinarem bem como os representantes legais das crianças (anexo XIV).

2.3.2. Processo de Adaptação Cultural da Entrevista

O SPAA-C foi traduzido para o Português Europeu e essa tradução seguiu a metodologia de tradução e retroversão. O processo envolveu a tradução do Inglês para o Português por uma pessoa fluente nas duas línguas e a retroversão do Português para o Inglês foi realizada por outra pessoa fluente nas duas línguas, isto é, a pessoa 1, fluente em ambas as línguas, traduziu o SPAA-C do Inglês para o Português, em seguida a pessoa 2, não teve conhecimento da versão original, traduziu a versão portuguesa, que a pessoa 1 traduziu, para o Inglês. Após isto, a investigadora do projeto comparou a versão inglesa da pessoa 2 com a versão original do SPAA-C, de modo a analisar a semelhança entre elas. Assim, o método de tradução e validação utilizados seguiram os critérios descritos por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993).

Em seguida, a versão portuguesa do SPAA-C foi submetida a um comité de especialistas da área da Terapia da Fala, constituído por três TF's, com formação especializada e doutorados nesta área, da Universidade Fernando Pessoa, que analisaram o instrumento e sugeriram algumas modificações e sugestões:

- Referiram que esta era uma entrevista extensa;
- Referiram que a questão 8 da secção D (*Qual é a melhor coisa da escola?*) era uma questão muito vaga;

- Na questão 11 da secção C (*A sua fala afeta a sua aprendizagem e capacidades de literacia?*) sugeriram que especificasse o que era a literacia, acrescentando entre parêntesis leitura e escrita;
- Na secção C sugeriram que evidencia-se que esta secção refere-se aos EI, neste estudo, mas também pode ser aplicada a outros professores.
- A pergunta 14 da secção D escrita primeiramente (*O seu trabalho dirige-se apenas à fala/comunicação ou tenta trabalhar com a criança alguma questão mais psicossocial que dependa da perturbação?*) foi reformulada para “*O seu trabalho dirige-se apenas à fala/comunicação ou também tenta trabalhar com a criança alguma questão psicossocial?*” como sugestão.
- Sugeriram que acrescentasse uma questão acerca da articulação que o TF faz com o contexto educativo para que depois fosse possível fazer um cruzamento de dados, questão essa que foi acrescentada ao instrumento (secção D, pergunta 13 – *Qual a participação dos educadores de infância na Terapia da Fala?*).

2.3.3. Procedimentos na Recolha de Dados

Em primeiro lugar, foram contactados todos os TF do Hospital com o intuito de participarem nesta investigação, sendo que apenas um TF se mostrou disponível para participar. Deste modo, solicitou-se a sua colaboração na seleção dos participantes, tendo em conta os critérios de inclusão e de exclusão estabelecidos numa fase inicial da investigação e apresentados em seguida e, posteriormente, foi pedido a este um contacto prévio com os cuidadores dos participantes, realizando uma explicação do estudo que se pretendeu desenvolver bem como dos instrumentos a aplicar, garantindo-lhes o anonimato dos participantes menores de idade e dos restantes participantes, bem como a confidencialidade de todos os dados recolhidos.

No primeiro contacto com os pais das crianças que participaram no estudo foi solicitado que preenchessem o modelo de consentimento informado em que

autorizavam o seu filho a participar. Também foram preenchidos os modelos de consentimento informados dirigidos aos pais, ao TF e ao EI da criança. O EI foi contactado, inicialmente, pelos pais da criança que, posteriormente, contactou, por correio eletrónico, a investigadora do projeto para participar no estudo.

Em seguida, a aplicação dos instrumentos realizou-se numa sala disponibilizada pelo Hospital, a cada criança, pai/mãe e TF. À criança foram aplicadas as questões do APAF-C, apenas as questões dirigidas à criança, e estas foram aplicadas pela investigadora responsável. O pai ou mãe da criança preencheram o questionário sociodemográfico e a EIC, e responderam às questões do APAF-C que lhe dizem respeito. O TF respondeu, também, às questões do APAF-C que lhe dizem respeito, bem como o EI, no entanto, as entrevistas aos educadores foram realizadas por correio eletrónico, por não ser possível a investigadora deslocar-se à escola de cada criança.

De modo a ser possível uma recolha fiel ao discurso dos entrevistados foi efetuado o registo áudio aquando da aplicação da entrevista, para que as respostas fossem analisadas com maior detalhe e confiabilidade, descrevendo minuciosamente a perceção dos participantes. As respostas das entrevistas foram transcritas e analisadas, numa fase posterior, de forma codificada, ou seja, não identificando em momento algum os participantes do estudo. Após a análise e transcrição das entrevistas os dados das gravações foram apagados.

2.4. Caracterização dos Participantes

Participaram no presente estudo 17 indivíduos, mais especificamente, 5 crianças, a mãe de cada criança, o seu TF e 2 EI. A população a incluir neste estudo respeitou os seguintes critérios de:

- Inclusão:
 - crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 6 anos de idade;

- pai ou mãe, TF e EI dessa criança;
 - frequentar o ensino pré-escolar;
 - crianças falantes do Português Europeu;
 - crianças com o diagnóstico de Perturbação dos Sons da Fala, atribuído pelo TF que as segue;
 - crianças que frequentam sessões de Terapia da Fala num Hospital do distrito do Porto.
- Exclusão:
 - crianças com alterações craniofaciais;
 - crianças com patologias desenvolvimentais severas e/ou sensoriais associadas.

Em seguida serão apresentadas duas tabelas com a caracterização das crianças que participaram nesta investigação e com a caracterização sociodemográfica dos pais destas, tabela n.º 4 e tabela n.º 5 respetivamente:

Tabela nº 4 – Caracterização das crianças que participaram no estudo.

Identificação da Criança	Sexo	Idade (anos; meses)	Diagnóstico		História Familiar de PSF	Irmãos (idade)	Tempo de		Valores da		Outros
			Clinico que influencia a fala	influencia a fala			Intervenção em Terapia	Inteligibilidade em Contexto	Escala de	significantes entrevistados	
A	M	6;7	Não	Não	Lado Maternos (mãe, tios e primos)	Irmã (17 anos)	1 ano (2x por semana)	27/35	- Mãe - TF		
B	M	5;1	Não	Não	Não	Irmão (10 anos)	1 ano (2x por semana)	35/35	- Mãe - TF - EI		
C	F	5;3	Não	Não	Não	Irmãos (8 e 3 anos)	1 mês (1x por 3 semanas)	31/35	- Mãe - TF - EI		
D	M	5;10	Não	Não	Lado Materno (prima)		1 ano e 8 meses (1x por semana)	28/35	- Mãe - TF		
E	M	6;4	Grande Prematuro	Não	Não	Irmã (4 anos)	3 anos (1x por semana)	29/35	- Mãe - TF		

Tabela n.º 5 – Caracterização sociodemográfica dos pais das crianças que participaram neste estudo.

<i>Identificação da Criança</i>	<i>Filiação</i>	<i>Idade (anos)</i>	<i>Nacionalidade</i>	<i>Habilitações Literárias</i>	<i>Profissão</i>	<i>Estado Civil</i>
A	Mãe	40	Portuguesa	12º ano	Empregada de escritório	Casada
	Pai	46	Portuguesa	10º ano	Caixeiro	Casado
B	Mãe	38	Portuguesa	6º ano	Ajudante de cozinheiro	Casada
	Pai	44	Portuguesa	6º ano	Hotelaria	Casado
C	Mãe	37	Portuguesa	Licenciada em Educação Básica	Assistente operacional educativa	Casada
	Pai	38	Portuguesa	6º ano	Empresário da construção	Casado
D	Mãe	34	Portuguesa	12º ano	Vigilante	Casada
	Pai	34	Portuguesa	12º ano	Vigilante	Casado
E	Mãe	35	Portuguesa	Mestrado em Gestão	Gestora	Casada
	Pai	36	Portuguesa	12º ano	Agente da PSP	Casado

2.5. Método de Análise e Tratamento de Dados

Um dos objetivos essenciais deste tipo de investigação é compreender melhor os factos ou os fenómenos sociais ainda mal elucidados (Fortin, 2009). Na investigação qualitativa, o tratamento dos dados consiste em palavras e não em números (Fortin, 2009). No presente estudo, optou-se por realizar uma análise temática, em que é extraída a significação de cada enunciado importante, procurando temas e fazendo uma descrição exhaustiva que dê conta da essência do fenómeno, que neste estudo é o impacto das PSF nos diversos contextos onde a criança está inserida. (Fortin, 2009). O tipo de método de análise utilizado será a análise temática, em que, através da análise das entrevistas, serão retiradas as categorias e/ou temas mais recorrentes e comuns de todas as entrevistas, utilizando cópias de transcrições de partes de entrevistas mais relevantes (Green e Thorogood, 2004).

Segundo Green e Thorogood (2004), este tipo de análise é a análise qualitativa mais sofisticada, refletindo a forma como estas categorias ou temas se relacionam entre si e levantando, por vezes, questões mais complexas. Também este tipo de análise parece ser suficiente para projetos de investigação na área da saúde, principalmente se for um trabalho exploratório ou se o objetivo é descrever os temas-chave de preocupação relativos a um grupo particular (Green e Thorogood, 2004), que neste caso refere-se a crianças com PSF.

Capítulo III – Apresentação dos Resultados

Da análise temática realizada às entrevistas foram encontrados os seguintes temas, partindo das questões de investigação deste trabalho (Tabela n.º 6), posteriormente serão mencionados os dados mais relevantes das entrevistas e serão utilizados extratos dos questionários de modo a ilustrar mais fielmente o discurso dos mesmos.

Tabela n.º 6 – Análise temática das entrevistas.

<i>Categorias</i>	<i>Temas</i>	<i>Variáveis</i>
3.1. Impacto comunicativo da perturbação na criança	3.1.1. Problema de fala	
	3.1.2. Carga emocional	
	3.1.3. Consciencialização da problemática	
3.2. Consequências nos contextos significativos da criança	3.2.1. Comportamentos e atitudes da criança com PSF	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes pessoais de saúde
	3.2.2. Preocupações e expectativas dos pais	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes familiares
3.3. Soluções para diminuir o impacto das PSF	3.3.1. Intervenção direta em Terapia da Fala	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo
	3.3.2. Intervenção indireta	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamentos de risco (chucha)
	3.3.3. Adequação de atitudes e de postura dos parceiros comunicativos	

3.1. Impacto Comunicativo da Perturbação na Criança

O impacto comunicativo da PSF na criança é o ponto de relevo nesta investigação e este engloba três temas: o problema de fala, a carga emocional, esta pode traduzir-se por emoções positivas ou negativas, e a consciencialização (ou não) da perturbação. O primeiro tema é referido por todos os participantes deste estudo, ou seja, pelas crianças, mães, EI e TF; o segundo tema fala sobre as questões emocionais associadas à perturbação, sejam elas positivas e/ou negativas; por fim, o último tema pretende desmistificar o grau de consciência que existe sobre as PSF, quer por parte da criança, quer por parte das mães.

3.1.1. Problema de Fala

A questão evidenciada logo à partida é o problema de fala que estas crianças apresentam e que é referido por todos os entrevistados, mais pelos adultos.

A mãe da criança A revela que o seu filho *“pensa mais rápido do que aquilo que fala e engasga-se, não diz as frases todas”*, o TF é mais específico e refere que *“a criança faz semivocalização do /l/, omissão do /r/ (omissão da consoante final) e redução do grupo consonântico”*.

Quando a mãe da criança B foi questionada para descrever a fala do seu filho, detetou-se alguma dificuldade em responder diretamente às questões: *“A irmã dele com 17 meses já falava quase tudo, falou muito cedo e de forma correta, ele não. Ele com 1 ano e meio-2 anos não dizia praticamente nada, era só /ma/ e /pa/. Acho que ele é assim um pouco preguiçoso também. Aos 3 anos já falava mais coisas, entrou no jardim-de-infância com 3 anos e 6 meses”*. Na opinião do EI *“a sua linguagem é bastante perceptível. Constrói bem as frases, usa os tempos verbais certos. Fala, no entanto, de forma rápida e em tom baixo sobretudo quando posto em evidência no grupo. Inicialmente, por vezes, recusava-se a falar, ficando inibido”*. O TF refere que esta criança faz semivocalização do fonema /l/ e redução do grupo consonântico.

A mãe da criança C refere que esta *“fala bem, por norma fala bem. Lá está, há determinadas palavras e determinados sons que ela faz a troca, como o /ʃ/ pelo /s/. Se eu disser «faca» e ela pensar, ela diz “faca”, mas se tiver num contexto de brincar diz «chaca». Se não estiver concentrada sai-lhe isso, mas se pensar e estiver concentrada diz as coisas certas”*. O EI refere que esta criança faz trocas de consoantes e o TF refere que *“faz trocas, realizando alguns processos fonológicos, nomeadamente, despalatalização, semivocalização da líquida e redução de grupo consonântico”*.

A mãe da criança D descreve a fala do seu filho como tendo *“um bocadinho de mimo, e outras vezes preguiça em falar. Troca o /l/, /br/, /pr/, /ʃ/”*. O TF afirma que esta criança faz semivocalização da líquida e omissão da consoante final. Por último, a mãe da criança E refere que a sua fala *“é um Miguelês”¹, ele faz trocas, agora já faz trocas mais consistentes mas ele fazia trocas e omissões completamente inconsistentes. O /k/ não diz de todo, o /l/ faz [w], muitas vezes o /z/ e o /ʃ/ não sai direito, os que vibram com os que não vibram, às vezes parece que já estão adquiridos e afinal não”*. Por sua vez, o TF refere que a criança faz omissão da consoante final /l/ e /r/ e redução de grupo consonântico.

3.1.2. Carga Emocional

Dos questionários respondidos pelas crianças que participaram nesta investigação, em que tiveram apoio visual de faces com as diferentes emoções, as crianças referiram sentimentos negativos e positivos. As crianças B e D referiram que se sentiam sempre felizes independentemente dos contextos e situações de comunicação bem como dos parceiros comunicativos; por sua vez a criança C também referiu felicidade em todas as questões exceto quando brinca sozinha em que referiu sentir-se triste. A criança E referiu o sentimento de felicidade quando fala com os diferentes parceiros comunicativos exceto quando fala com a irmã mais nova em que mencionou que não se sentia feliz nem triste (mais ou menos), mencionou ainda sentir-se triste quando fala com a turma toda e quando brinca sozinha, por fim diz ficar com raiva

¹ Nome fictício.

quando as pessoas não percebem o que ele diz. Já a criança A é a que refere mais sentimentos negativos como vergonha, sobre a forma como fala; tristeza quando fala com a irmã e com a sua educadora; nervosismo quando fala com os pais e assustado quando tem que falar para a turma toda. No entanto, refere felicidade quando fala com o melhor amigo, quando brinca com os amigos ou sozinho e quando os parceiros comunicativos não percebem o que ele diz.

No que diz respeito às opiniões dos pais, neste caso, das mães das crianças, a mãe da criança A refere que esta demonstra alguma agressividade quando não é compreendida, mas principalmente em relação à irmã, e que quando não consegue passar a informação que quer sente-se frustrada e envergonhada. Já a mãe da criança B nunca refere qualquer sentimento negativo que esta possa experienciar devido à sua perturbação, mencionando sempre que o seu filho está melhor. A mãe da única menina (criança C) que faz parte dos participantes refere que esta *“amua quando não é compreendida, retraindo-se e demonstra comportamentos de vergonha apenas quando está em grande grupo, nomeadamente, em contexto de sala”*. A criança D também demonstra alguma irritação quando não é compreendida, refere a mãe, e amua bastante. Esta criança também fica frustrada quando algum parceiro comunicativo a tenta corrigir, principalmente quando são parceiros mais chegados, no entanto, não demonstra vergonha. Por último, a mãe da criança E refere que *“quando não é compreendido o que o meu filho faz logo é desistir, e tanto pode amuar como não”*, vergonha não demonstra mas a mãe refere que este sente-se frustrado, algumas vezes, principalmente porque não quer comparecer na sessão de Terapia da Fala.

Relativamente às opiniões do TF, a criança A frustra e desanima muito rapidamente em sessão de Terapia da Fala, demonstrando também um comportamento opositivo. O TF da criança B refere que, inicialmente, a criança opunha-se a falar e, atualmente, o sentimento que demonstra frequentemente é vergonha, corando, mordendo o lábio e expressando alguma tensão na expressão facial. A criança C é a que está há menos tempo em intervenção e, por isso, o TF refere que esta demonstra, ainda, pouca confiança e vergonha, principalmente, pela consciência do erro. O TF da criança D refere que esta experiencia frustração e desânimo. Por fim, a criança E demonstra alguma frustração aquando da repetição do modelo articulatório ou na confrontação

com o erro, sendo que o TF também refere sentimentos de alegria, oposição e, por vezes, baixa autoestima.

No contexto educativo, a EI da criança B refere que esta sente-se inibida, algumas vezes, recusando-se a falar, demonstra também alguma insegurança e com receio de ser corrigida. Por sua vez, a EI da criança C não refere qualquer sentimento que esta vivencie devido à perturbação da fala.

3.1.3. Consciencialização da Problemática

A criança A referiu que a sua fala é diferente das outras crianças e que as outras pessoas “*dizem que eu não sei falar muito bem*”, o que revela um grau de consciência relativamente à PSF. A criança C também refere que fala de maneira diferente e a criança E refere que às vezes tem que falar mais devagar para ser melhor compreendida. Por sua vez, a criança B não acha que fala diferente das outras crianças e a criança D refere que “*fala normal*”.

Relativamente ao contexto familiar, as mães das crianças A, C e E confirmam que o seu filho tem consciência das suas dificuldades de fala. No entanto, a mãe da criança D acredita que o seu filho está consciente das suas dificuldades e a mãe da criança B evitou responder diretamente à questão referindo que “*ele vem para aqui (sessão), vem muito contente e estamos sempre a ajudá-lo em casa para que diga melhor as coisas*”.

Aquando da entrevista propriamente dita é importante referir que a maior parte das mães demonstraram estar conscientes das dificuldades de fala dos seus filhos, exceto a mãe da criança B, que passou a entrevista a evitar responder diretamente ao que lhe fora questionado, sempre com uma postura defensiva e desvalorizando o problema, “*ele está muito melhor*” e “*a fala não o limita*”.

3.2. Consequências nos Contextos Significativos da Criança

As crianças em idade pré-escolar passam a maior parte do seu dia na escola e, de seguida, em casa, por isso é necessário perceber o que se passa nestes contextos, incluindo, ainda, o contexto da Terapia da Fala. O primeiro tema refere-se aos comportamentos e atitudes da criança com PSF do ponto de vista da criança e dos seus parceiros comunicativo, nomeadamente, mãe, EI e TF; o segundo tema refere-se às expectativas e preocupações dos pais, neste caso, das mães no que diz respeito ao seu filho ou filha com esta perturbação.

3.2.1. Comportamentos e Atitudes da Criança com Perturbação dos Sons da Fala

A criança A referiu gostar de ver televisão e jogar jogos de *playstation* (*Star Wars* e *Mine Craft*), de pintar e de fazer desenhos, atividades estas que não exigem contato com o outro e que a criança pode realizar sozinha, notando-se assim um comportamento de isolamento. Também a criança B gosta de pintar, ver televisão, jogar no *tablet* e no telemóvel, de andar no escorrega e no baloiço. A criança C refere gostar de brincar às escondidas e com as bonecas, e é uma criança que, durante a entrevista mostrou-se bastante sociável. Por sua vez, a criança D também parece não se isolar, gostando de brincar, ir aos passeios e de fazer as festas de final de ano. Tal como é o caso da criança E que gosta de brincar com os outros e de conhecer pessoas novas.

Focando, agora, nas opiniões das mães, a mãe da criança A confirma que esta gosta muito dos jogos de *playstation* e que prefere jogar sozinha ou, algumas vezes, com o pai, refere, ainda, que o seu filho é uma “*criança comunicativa por natureza*”, no entanto, gosta de falar sobre os assuntos do seu interesse, o que pode ser um fator de proteção, pois foca-se mais nos seus interesses. A criança A também “*fecha-se mais ou afasta-se*” quando percebe que pode haver alguma situação de gozo por parte dos seus parceiros comunicativos. A mãe de B também confirma a sua preferência pela televisão e jogos de telemóvel e *tablet* e que o seu filho é “*uma criança que convive*”, no entanto, quando não sabe dizer alguma palavra bem cala-se ou quando não se sente seguro retrai-

se um pouco. A criança C também “*tem tendência a retrair-se, principalmente em atividades em grande grupo*” refere a mãe. Já a mãe da criança D refere que ela “*amua, em amuar é uma perita*” quando não é bem compreendida pelos outros. A mãe da criança E refere que esta demonstra alguma teimosia quando é contrariada e desiste de se fazer entender quando não é compreendida pelos outros.

O TF da criança A refere que esta é uma criança “*bastante agitada, com interesses muito específicos*” e, por vezes, apresenta um comportamento opositivo. Numa fase inicial de intervenção com o TF, a criança B oponha-se a falar mas “*atualmente demonstra mais confiança*”. Por sua vez, a criança C apresenta “*um perfil comunicativo tímido*”, refere o TF. A criança D, em contexto de sessão, apresenta um comportamento desafiador e de líder, e a criança E, dado o tempo que está em intervenção, demonstra, por vezes, um comportamento de oposição.

A educadora da criança B refere que esta apresenta um comportamento mais tímido, no entanto, “*no grupo fala bastante*” e demonstra pouca ou até falta de iniciativa. A EI da criança C apenas refere que esta é uma criança calma.

3.2.2. Preocupações e Expectativas dos Pais

A mãe da criança A demonstra alguma preocupação no impacto que esta patologia possa vir a ter, principalmente, na escola e na relação com os outros. Também a mãe da criança C refere alguma preocupação no que diz respeito às dificuldades de fala e de esta poder refletir-se na escola. A mãe da criança E mostra-se preocupada relativamente ao “*nível de participação que a criança pode deixar de ter se os parceiros comunicativos não estiverem tão à vontade com a perturbação, fazendo com que a criança perca algumas oportunidades de participação ou socialização*”, referindo, ainda, que teme que isso “*lhe mexesse em termos de auto-conceito e de autoestima*”. Por sua vez, a mãe da criança D refere que a PSF não limita o seu filho e por isso não demonstra uma grande preocupação; enquanto a mãe da criança B refere que o seu filho “*está muito melhor*” não se mostrando preocupada pelo impacto que a

perturbação possa vir a ter na vida da criança mas enfatiza que quer “*que ele fale bem, que fale perfeito para depois não ter problemas na escola*”.

Relativamente às expectativas das mães, a mãe da criança A deseja “*que as dificuldades sejam ultrapassadas, o /r, l, / são os sons em que ele tem alguma dificuldade, mas que noto que está a evoluir e que está no bom caminho, e que ele nunca perca este à vontade que ele tem*”. A mãe da criança C pretende que a sua filha corrija os sons em que tem dificuldade e que consiga “*verbalizar de forma correta*”. A mãe da criança D vai um pouco mais além e refere que espera que o seu filho fale o melhor possível “*para que depois não tenha dificuldades, ao entrar na escola, no caso da escrita*” e “*que isso não seja um obstáculo para o sucesso dele*”. Por último, a mãe da criança E refere que deseja que “*ele fosse funcional*”.

3.3.Soluções para diminuir o Impacto das Perturbações dos Sons da Fala

Para qualquer problema ou perturbação é necessário procurar ajuda de profissionais especializados bem como promover um trabalho em conjunto com os parceiros comunicativos da criança com PSF. Assim, nesta categoria, serão abordados três temas: a intervenção direta com o TF, onde será explicado o trabalho que este faz com a criança; a intervenção indireta, que pretende incluir os parceiros comunicativos da criança; e, por fim, as adequações de postura e de atitudes que os parceiros comunicativos da criança apresentam quando estão num contexto de comunicação com esta, auxiliando na compreensão da fala da criança.

3.3.1. Intervenção Direta em Terapia da Fala

Como já foi referido anteriormente, todas as crianças que participaram nesta investigação encontram-se em intervenção na área da Terapia da Fala. Como refere o TF, as 5 crianças apresentam a PSF como diagnóstico terapêutico e o objetivo que tem

vido trabalhado com todas elas é a redução dos processos fonológicos que cada criança apresenta, sendo esses designados na tabela seguinte:

Tabela n.º 7 – Processos fonológicos que as crianças do estudo realizam.

<i>Identificação da Criança</i>	<i>Processos fonológicos que realiza</i>
A	Semivocalização do /l/, omissão da consoante final /r/, redução de grupo consonântico
B	Semivocalização do /l/, redução de grupo consonântico
C	Despalatalização, semivocalização do /l/ e redução de grupo consonântico
D	Semivocalização do /l/ e omissão da consoante final /r/
E	Omissão das consoantes finais /r/ e /l/, redução de grupo consonântico

Apesar do objetivo de intervenção ser semelhante para as 5 crianças, cada criança tem as suas especificidades e também os métodos/abordagens e estratégias de intervenção variam. A criança A tem de ser cativada pelos seus interesses e “*é pouco flexível em relação a atividades diferentes*”, sendo que o TF refere que tem de ir ao “*encontro dos interesses dele e negociar bastante para trabalhar a parte da fonologia e da fonética*”.

Com a criança B as estratégias que melhor funcionam são a utilização dos gestos do Método Dolf e realização de atividades livres escolhidas por ela, onde o TF inclui os objetivos que quer trabalhar. O TF refere que a criança C apresenta um “*perfil comunicativo tímido mas explora o contexto de terapia livremente*”, aderindo às atividades propostas pelo TF, apesar de estar em intervenção há pouco tempo, uma das estratégias que melhor funcionam com esta criança é o reforço positivo. A criança D “*gosta de vir às sessões e da maioria das atividades que realiza*” refere o TF e o reforço positivo e seguir a iniciativa da criança são estratégias que funcionam bem com esta. Por fim, a criança E é uma criança “*que adere bem às atividades que lhe são propostas*” e o TF tenta adaptar os seus objetivos a atividades que a criança gosta bem como seguir a sua iniciativa.

De um modo geral, o TF refere que, em sessão, e para além das questões relacionadas com a fala, trabalha também questões psicossociais e emocionais como a frustração, autoconfiança, enfatizando que *“não é um objetivo direto mas como na maioria dos casos de PSF observa-se baixa autoestima tento demonstrar-lhes e desmistificar que não há problema em falarem de forma diferente”*.

3.3.2. Intervenção Indireta

A intervenção indireta é direcionada aos parceiros comunicativos da criança e consiste na colaboração, participação e na partilha de informações e de estratégias entre pais, EI e TF.

A mãe da criança A refere que o TF envia trabalhos para casa e *“normalmente sou eu que faço com ela e obrigo-a a dizer a palavra corretamente”*, por sua vez o TF refere que a participação dos pais é *“quase nula”* pois ele vai às sessões acompanhado pelo avô e há *“alguma dificuldade em passar estratégias para casa e tenho alguma dificuldade em conseguir incluir os pais”*, relativamente à participação do EI *“nunca houve contacto”* refere o TF, até porque este também não se demonstrou disponível em participar nesta investigação. Como pais da criança B, a mãe refere que fazem os trabalhos que vão para casa e o TF confirma isso e que por vezes, a mãe assiste à sessão; no caso desta criança não há participação do EI porque o TF não sentiu essa necessidade. Por sua vez, o EI da criança B refere que seria benéfico um contacto com o TF para trocar ideias.

A mãe da criança C refere que há comunicação entre ela e o TF e que, em casa, vai corrigindo a fala da criança. O TF refere que esta mãe é participativa, está presente na sessão sempre que quer ou no final da sessão o TF conversa com ela sobre o que foi feito. Relativamente ao EI, o TF explica que *“há participação do educador quando o caso clínico assim o exige, por exemplo, se a PSF tornar o discurso ininteligível. No caso desta criança, dado que ela iniciou há pouco tempo a intervenção ainda não foi feito esse contacto mas será feito no sentido de partilhar estratégias”*. O educador refere que poderia colaborar em conjunto com TF para criar materiais de apoio que

possam ser utilizados em contexto escolar com o objetivo de apoiar a competência comunicativa da criança.

A mãe da criança D conta que *“o TF explica-nos como é que a gente deve corrigir, e alguns exercícios para fazer”*, o TF, por sua vez, refere que há pouca participação dos pais na Terapia da Fala, pois *“preferem esperar na sala de espera e, depois recontamos os dois (criança e TF) o que fizemos na sessão”*. Quanto à participação do EI, o TF diz que *“foi realizada uma chamada telefónica no início da intervenção com a partilha de algumas estratégias a serem usadas em contexto de sala de aula”*.

No caso da criança E, a mãe refere que tenta perceber o que o TF faz e porquê que o faz, também vai colocando as suas dúvidas e o TF mostra-se sempre disponível para respondê-las, *“tento pegar naquilo que o meu filho gosta e naquilo que são as rotinas da família e integrar”*, no entanto, *“não posso estar sempre a fazer muito trabalho direcionado porque ele percebe e não quer, rejeita”*. A mãe refere, ainda, que no contexto familiar inventam muitas brincadeiras, *“às vezes eu sou a TF e a irmã é a mãe que vai com a criança à terapia, outras vezes a criança é o pai que leva a irmã à terapia”*, a criança E ensina a irmã e também os pais usam muito isso, *“eles aprendem muito a ensinar”*. O TF refere que os pais, nomeadamente a mãe da criança E, *“estão sempre presentes na sessão de modo ativo”*. O TF explica que, neste caso, *“não há envolvimento do educador de infância, primeiro porque os pais são capazes de transmitir as estratégias estabelecidas e também porque dado o contexto de trabalho hospitalar torna-se difícil realizar esse contacto”*.

3.3.3. Adequação de Atitudes e de Postura dos Parceiros Comunicativos

Para além das ajudas já mencionadas, nesta investigação, também são descritas outro tipo de ajudas, ao nível das atitudes e posturas dos diferentes parceiros comunicativos quando a criança com PSF não se faz compreender.

Com a criança A, a mãe refere que o que a ajuda em situações em que não compreende o seu filho é o “*falar calmo com ele, abraçá-lo também ajuda muito. Agora se agente levantar a voz, ele faz igual e entra em conflito*”, também “*falamos com ele sobre o problema dele e que podem haver situações mais desagradáveis*”. No caso do TF, o que o ajuda a compreender a criança A é o facto de este se adequar à altura da criança, estando atento ao que a criança está a dizer, “*expressar sempre que fui eu que não compreendi, eu é que preciso de ajuda. Portanto colocar um bocadinho o problema em mim*” refere o TF.

A mãe da criança B refere que “*aqui (hospital) disseram-me para não insistir com ela*” nas situações em que a criança não é tão bem compreendida. Na experiência do EI, quando não compreende a criança B, este pede-lhe “*para repetir, falando um pouco mais alto e com calma*”. Já o TF refere que “*estar ao nível da face dela e estar atento ao que ele diz, ao nível da postura e de gestos*” ajuda-o a compreender esta criança, também pede-lhe ajuda e coloca o problema em si.

Quando a criança C não é compreendida e amua, a mãe desta refere que “*geralmente, não lhe ligo*”. Por sua vez, o EI refere que a ajuda com calma direccionando a sua atenção para a criança e corrigindo-a. O TF refere que o “*estar atento às expressões faciais e aos gestos*” da criança ajudam-no a compreendê-la, e tal como acontece nos outros casos, “*peço-lhe ajuda mostrando-lhe que eu é que não percebi, colocando a dificuldade do meu lado*” explica o TF.

A mãe da criança D também referiu, anteriormente, que esta amua quando não é compreendida e nestas situações a mãe refere que “*não ligar à fita*” é uma boa estratégia para que a criança ultrapasse essa situação. Com esta criança, o TF refere que o que o ajuda a compreender o que a criança diz é “*manter-me ao nível da cara da criança, atento à expressão verbal e à comunicação não-verbal dela*” e, mais uma vez, colocando o problema no TF e não na criança. Por fim, quando a criança E não está a ser bem compreendida a mãe pede para esta dizer de outra forma, “*não vês que a pessoa não percebeu ou tu se calhar não te fizeste explicar bem?*” questiona a mãe. O TF refere que quando não está a compreender esta criança o que o ajuda é sentar-se de frente para ela e estar “*atento à comunicação verbal e não-verbal, peço para me ajudar porque não ouvi bem*”.

Capítulo IV – Discussão

No presente capítulo são discutidos os resultados obtidos nesta investigação comparando-os à luz do conhecimento existente ao longo dos últimos anos. As investigações qualitativas devem ser consideradas em conjunto com as pesquisas quantitativas na prática clínica do TF, de modo a obter mais informações sobre a PSF sob diferentes perspetivas (Kovarsky, 2008; McCormack et al., 2012). Esta investigação pretendeu recolher diferentes perspetivas sobre as PSF através de questionários dirigidos aos parceiros comunicativos da criança, incluindo a própria, por estes fornecerem informações valiosas sobre o desenvolvimento e comprometimento de fala (McLeod e Harrison, 2009; McAllister et al., 2011). Os resultados obtidos neste estudo, devido à dimensão reduzida amostra, não permitem generalizações (Fortin, 2009).

Este capítulo inicia-se pela análise das características dos participantes, evidenciando os fatores de risco mais relevantes desta, pois apesar do número reduzido de participantes foi, ainda, possível verificar certos fatores que estão intimamente ligados às PSF, tais como o sexo masculino, história familiar de PSF, prematuridade e hábitos orais. As crianças que constituíram a amostra desta investigação foram escolhidas pelo TF do Hospital após ter conhecimento dos critérios de inclusão e de exclusão. Observou-se que das 5 crianças, apenas uma é do sexo feminino. O sexo foi mencionado em estudos como sendo um fator de predisposição para as PSF, sendo que o sexo masculino se mostra mais predisposto a estas alterações de fala, factor corroborado por outros estudos e observado nesta amostra (Fox, Dodd e Howard, 2002; Campbell et al., 2003; USPSTF, 2006). Outro dos fatores evidenciados estão relacionados com os antecedentes familiares, na medida em que, segundo Lewis et al. (2007), uma criança tem duas vezes mais probabilidades de apresentar esta perturbação caso exista outro membro da família que também tenha evidenciado alterações ao nível da fala. No entanto, apenas 2 dos 5 participantes referem ter uma história de PSF na família, e ambos do lado materno.

Relativamente à questão do “diagnóstico clínico” apenas a criança E foi mencionada como sendo um grande prematuro. A prematuridade é uma variável relevante pois as crianças nesta condição são logo sinalizadas devido a preocupações quanto ao seu desenvolvimento (Fox, Dodd e Howard, 2002; Campbell et al., 2003;

USPSTF, 2006), e pela sua condição à nascença esta é a criança que está há mais tempo em intervenção. Houve também uma mãe (da criança D) que referiu um hábito de sucção, nomeadamente, a chupeta. Este é considerado um fator de risco para as PSF (Fox, Dodd e Howard, 2002; Campbell et al., 2003). De referir que esta criança ainda apresenta este comportamento, o que pode estar a perturbar o seu desenvolvimento de fala. (Andrade, 2008).

A inteligibilidade do discurso da criança é uma medida utilizada regularmente aquando da avaliação pelos TF's pois o objetivo final da intervenção é que a criança obtenha uma fala inteligível nos diferentes contextos e com os diferentes parceiros comunicativos (Dodd e Bradford, 2000). Deste modo, nesta investigação, foi preenchida pelas mães, a Escala de Inteligibilidade em Contexto cujos resultados variaram entre 27/35 e 35/35, indicando que estas crianças já se encontram numa fase mais avançada de intervenção, em que a inteligibilidade do seu discurso já foi trabalhada.

A maioria das crianças deste estudo iniciaram a intervenção na valência de Terapia da Fala por volta dos 4 – 5 anos de idade, exceto a criança E que iniciou mais cedo devido ao facto de ser prematuro. Este é um ponto favorável à sua recuperação pois a intervenção atempada deve ser iniciada, idealmente, em idade pré-escolar, para que futuras consequências sejam minimizadas, principalmente ao nível da leitura e da escrita (Nathan et al., 2004; Lousada, 2012).

4.1. Impacto Comunicativo da Perturbação na Criança

4.1.1. Problema de Fala

O problema de fala é perceptível a todos os parceiros comunicativos da criança, tal como referem McCormack et al. (2010a), no entanto a maioria dos pais apenas referem que existem palavras que as crianças não pronunciam corretamente ou não são capazes de dizer, outros mostram-se capazes de clarificar que o seu filho, com 5 anos e 3 meses, faz trocas do /j/ pelo /s/ dando origem ao processo fonológico de despalatalização e que, como referem Mendes et al. (2013) este já não deveria realizar

este processo que faz parte do desenvolvimento típico entre os 4 anos de idade e os 4 anos e 6 meses. Outra mãe (da criança E), cujo filho tem 6 anos e 4 meses, também refere vários sons que o filho troca ou distorce, sons esses que, segundo o estudo de Mendes et al. (2013), já deveriam ter sido adquiridos pela criança, no entanto, não se pode esquecer que esta criança tem uma condição de saúde associada, a prematuridade. O TF, pelo seu conhecimento, refere pormenorizadamente os processos fonológicos que as crianças apresentam e os mais referidos são: semivocalização do /l/ e a redução de grupo consonântico o que vai de encontro ao estudo de Guerreiro e Frota (2010), cuja amostra apresentava idades aproximadas de 5 anos. No entanto, é necessário ressaltar que, segundo Mendes et al. (2013), a idade de supressão para os processos fonológicos referidos é entre [6,6 – 6,12[, idade esta que os participantes desta investigação ainda não atingiram.

4.1.2. Carga Emocional

Já são alguns os estudos que descrevem sentimentos e emoções associados à PSF, nomeadamente frustração (Lindsay e Dockrell, 2000; McCormack et al., 2010a), no entanto, a perceção das crianças inquiridas nesta investigação é que se sentem bem com as diferentes situações a que estão expostas no seu dia-a-dia. Apenas a criança A referiu alguns sentimentos com conotação negativa, nomeadamente, vergonha, tristeza, nervosismo, bem como a criança E que referiu sentir-se triste quando falava para a turma toda. Estes resultados sugerem-nos que, provavelmente, as crianças mais velhas (neste caso com 6 anos e 7 meses e 6 anos e 4 meses, respetivamente) poderão apresentar uma melhor capacidade de exprimir as suas emoções e associá-las à sua perturbação de fala (Denham, 2007; Merrick & Roulstone, 2011). No entanto, é preciso analisar estes resultados com alguma cautela pois existe uma escassez de estudos com crianças em idade pré-escolar e não é possível perceber com clareza as razões pelas quais estas referem que se sentem sempre bem ao falar. Será que se sentem bem porque não têm consciência do seu problema de fala (McCormack et al., 2010a) ou será que referiram sentir-se sempre felizes porque não são capazes de compreender o significado das outras emoções como a tristeza ou o “mais ou menos” (indiferente) (Denham, 2007)? Ou ainda, será que não são capazes de associar as emoções à sua PSF?

Nesta investigação, observou-se que eram os pais, TF's e educadores que referiam várias vezes a frustração demonstrada pela criança quando esta não se conseguia fazer compreender, tal como refere McCormack et al. (2010a), em que são os adultos a identificar a frustração como consequência da perturbação de fala.

4.1.3. Consciencialização da Problemática

Os resultados parecem indicar que a consciencialização do problema possa ser um fator importante. Três das crianças (A, C e E) mostraram-se conscientes da sua perturbação, bem como as suas mães, o problema é quando os pais não aceitam, facto que nos sucedeu com a mãe da criança B. Ao não reconhecer a patologia, os pais poderão demorar mais tempo a procurar ajuda especializada e poderão não estar tão disponíveis para se envolverem na intervenção (McCormack et al, 2012). Na perspetiva da criança, existem referências que indicam que sem esta base de auto-consciência sobre o seu problema, a criança poderá reforçar a sua alteração de fala (Lima, 2009).

4.2. Consequências nos Contextos Significativos da Criança

4.2.1. Comportamentos e Atitudes da Criança com Perturbação dos Sons da Fala

Como qualquer criança com desenvolvimento típico em idade pré-escolar, as experiências diárias das crianças com PSF também consistem no brincar, o que é possível perceber é que certas crianças com PSF optam por brincadeiras em que não necessitam de um parceiro e podem brincar sozinhas, como é o caso das crianças A e B. Isto sugere-nos que as crianças com PSF poderão apresentar uma maior tendência para o isolamento e para brincadeiras solitárias, afetando a componente da socialização e de interação com os outros (Lindsay e Dockrell, 2000; McCormack et al., 2009).

Neste ponto, percebe-se que as crianças tanto estão suscetíveis a desenvolver comportamentos de evitação e isolamento como também procuram o contacto com os

seus parceiros comunicativos. No entanto, as mães são mais unânimes ao afirmar que os seus filhos tendem a retrair-se em certos contextos e com certos parceiros comunicativos, evitando situações em que necessitam de falar. Já o TF salienta comportamentos de oposição. Este ponto parece indicar, assim, uma diferença de perspetiva entre os participantes.

4.2.2. Preocupações e Expectativas dos Pais

McLeod (2004) refere que é preciso ter em atenção as limitações que podem advir deste tipo de perturbação, ao nível da capacidade de interação e relações interpessoais, educação e nas atividades ocupacionais (McCormack et al., 2009), tal como se observa neste estudo em que algumas mães demonstram a sua preocupação e temem que a PSF interfira na escola e na relação com os outros, levando a que a criança possa perder algumas oportunidades de participação e de socialização.

O TF é, também, responsável por gerir as expectativas dos pais isto porque foram referidas opiniões nas quais as mães mencionavam que o objetivo final da terapia seria a criança adquirir uma fala perfeita e, como referem McCormack et al. (2010a), “*falar corretamente*” é apenas uma parte da solução. Todavia Kamhi (2000) defende que a prática faz a perfeição. Querer que o seu filho ou filha tenha uma fala funcional parece ser uma expectativa mais realista e alcançável, pois a perfeição não existe, o que pode existir são formas da criança se adaptar às diferentes situações e estratégias que pode utilizar para ultrapassar as dificuldades de fala.

4.3. Soluções para diminuir o Impacto das Perturbações dos Sons da Fala

4.3.1. Intervenção Direta em Terapia da Fala

Posto isto, o que pode ser feito para ajudar estas crianças a ultrapassarem as suas dificuldades de fala? Em primeira linha existe a intervenção do TF, em que após uma

avaliação são delineados os objetivos de intervenção (McCormack et al., 2010a; ASHA, 2016). O objetivo de intervenção para as crianças que participaram nesta investigação é semelhante para todas: reduzir os processos fonológicos apresentados, o que difere de caso para caso são as abordagens e métodos de intervenção, bem como as estratégias. Isto porque como esta é uma população heterogénea, os métodos e abordagens de intervenção devem variar de criança para criança (Dodd e Gillon, 2001). Outra questão é que parece não existir orientações universais relativamente ao tipo de intervenção que deve ser providenciado a uma criança com alterações de fala e/ou linguagem, deste modo, e não havendo evidências científicas que suportem a decisão terapêutica, cabe a cada TF definir os seus próprios critérios e planear a sua intervenção baseando-se na sua prática clínica (Law, Garrett e Nye, 2005). A análise dos processos fonológicos que alteram a inteligibilidade do discurso da criança parece indicar ser um bom parâmetro para classificar a perturbação de fala e o seu grau de gravidade, bem como orientar o TF na planificação da intervenção (Miccio e Scarpino, 2008; Lima, 2009).

Como se verificou, o TF tenta, sempre que possível, planear a sua sessão de acordo com os interesses de cada criança, sem esquecer os objetivos de intervenção, adaptando os materiais e seguindo a iniciativa das crianças. De modo a obter uma boa adesão à terapia e evitar frustração, por parte das crianças, o TF deve adaptar os objetivos e atividades aos interesses desta, utilizando competências que a criança já adquiriu para trabalhar aquelas que apresentam algum atraso ou que estão, ainda, em desenvolvimento (Rvachew e Novak, 2001).

4.3.2. Intervenção Indireta

Para além da intervenção direta com o TF, existe a outra vertente da intervenção, não menos importante, a intervenção indireta, que deve ser realizada com os diferentes parceiros comunicativos com quem a criança passa mais tempo, nomeadamente, os pais e o EI (Law, Dennis e Charlton, 2017). Percebe-se, neste estudo, que existiu alguma discrepância de opiniões dos participantes, nomeadamente, no caso da criança A, em que o TF refere que a participação dos pais é “*quase nula*” aquando de tarefas a serem realizadas em casa, mencionando que também se perde muita informação na relação terapia-casa pois a criança apresenta-se no hospital acompanhada pelo avô. No entanto,

na maioria dos casos tanto as mães como o TF referem que existe uma relação cordial entre todos, havendo espaço e confiança para participar na intervenção da criança, colocando dúvidas e partilhando estratégias, baseando-se na prática clínica centrada na família (Mcleod e Baker, 2014). É importante referir que a mãe da criança E menciona que realiza em casa *role-play* com o seu filho e a irmã mais nova, sendo que esta é referida como uma boa aliada na intervenção, indo de encontro ao que Barr, Mcleod e Daniel (2008) preconizam na medida em que os irmãos também devem ser considerados como aliados e par terapêutico na intervenção com a criança com PSF. No entanto, isso não acontece com a criança A, em que a sua relação com a irmã mais velha parece ser mais conflituosa. Para tal, é preciso analisar bem as relações da criança com PSF com os irmãos e perceber se a inclusão destes como par terapêutico será benéfica para a criança.

Ainda, no que diz respeito à intervenção indireta e no papel do EI nesta, neste estudo houve a limitação de apenas terem sido entrevistados 2 EI, devido à fraca adesão dos mesmos ao estudo. Analisando as respostas existentes dos dois profissionais, parece que existe envolvimento do educador com TF quando há necessidade para tal. A título de exemplo destaca-se a opinião do educador de infância da criança B que menciona ser benéfico realizar esse contacto para trocar ideias entre os dois profissionais, enquanto o EI da criança C mencionou que seria importante o contacto com o TF para a criação de materiais de apoio.

4.3.3. Adequação de Atitudes e de Postura dos Parceiros Comunicativos

Para além da intervenção propriamente dita, também é papel do TF sensibilizar para a adequação de atitudes e de postura dos parceiros comunicativos, na medida em que quando estas crianças com PSF estão num contexto de comunicação com alguém, o interlocutor deve estar atento à criança e aos seus gestos e restante comunicação não-verbal, colocando-se ao nível dela. Estas podem ser consideradas estratégias informais utilizadas para ultrapassar os problemas de escuta e de compreensão (McCormack et al., 2010a) e tal como Law, Dennis e Charlton (2017) referem, o TF utiliza frequentemente técnicas comportamentais que auxiliam a sua intervenção.

Considerações Finais

A presente investigação teve como objetivo primordial de analisar as experiências quotidianas de crianças com PSF nos seus contextos mais significativos e com os seus parceiros comunicativos, com o intuito de consciencializar para a PSF e para a sua identificação numa idade precoce, bem como sensibilizar para o impacto que poderá advir desta perturbação. Assim, é importante intervir precocemente na vida das crianças com PSF para prevenir problemas de participação e de socialização, problemas de aprendizagem da leitura e da escrita, e outras consequências negativas.

As investigações qualitativas pretendem obter evidências sociais mais significativas sobre o fenómeno que, no caso deste estudo, é a PSF. O facto desta investigação ter-se baseado na investigação qualitativa através de uma entrevista de resposta aberta, permitiu à investigadora retirar mais informações aos inquiridos, pois, por vezes, sentiu-se necessidade de esclarecer algumas respostas dadas, acrescentando alguma pergunta fora do guião do APAF-C adaptado. Neste tipo de investigações, em que as crianças são o objeto de estudo, os investigadores devem inseri-las cada vez mais como participantes com voz ativa, aceitando as suas perceções.

Os resultados obtidos neste estudo, tendo em conta os seus objetivos e as questões de investigação orientadoras, sugerem os seguintes pontos:

1. Como todas as crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 6 anos, as crianças com PSF também brincam e gostam de brincar, no entanto, estas poderão ter maior tendência a retrair-se e a isolar-se, comparativamente às crianças com desenvolvimento típico.
2. O impacto negativo das PSF na vida das crianças parece ser maior e mais visível em crianças com idades mais próximas da idade escolar, ou seja, com idade superior a 6 anos, sendo que parecem ser mais capazes de identificar alguns sentimentos negativos, como vergonha, tristeza e nervosismo, e associá-los à perturbação em questão.

3. Esse impacto não parece ser tão visível em crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 5 anos de idade, possivelmente devido a não apresentarem uma grande consciência acerca da sua perturbação.
4. Foram as mães das crianças, o TF e os EI que identificaram mais facilmente a frustração e comportamentos de oposição evidenciados pela criança quando esta não é compreendida, havendo assim uma diferença de perspectiva entre estes e as crianças com PSF.
5. A consciencialização da criança e dos seus pais parece ser um fator importante na procura de ajuda especializada, no *timing* da intervenção e no sucesso da mesma.
6. A intervenção com o TF parece ser preponderante e de extrema importância para a recuperação das crianças com esta perturbação, para além de que um trabalho em equipa com outros profissionais de saúde e de educação poderão aumentar a eficácia da intervenção.
7. A questão da sensibilização para a perturbação e da consciencialização da mesma parece ser importante, e é competência do TF fazê-las junto dos parceiros comunicativos das crianças com PSF e nos contextos onde estas estão inseridas.
8. Também as expectativas dos pais e das crianças com PSF devem ser discutidas com os TF, sendo que estas devem ser realistas e alcançáveis.

Cada criança tem o seu ritmo de desenvolvimento, sendo preciso compreender que este não é um processo linear, e, por vezes, pequenas alterações não significam a existência de uma perturbação, todavia quando essas alterações persistem no tempo é necessária alguma atenção por parte das pessoas que mais convivem com a criança, nomeadamente, pais e educadores de infância. A intervenção precoce pode ajudar a minimizar as consequências que possam advir da PSF em idade pré-escolar, nomeadamente, no que diz respeito à aprendizagem da leitura e da escrita.

Parece existir uma necessidade emergente de investigação ao nível das consequências que estas crianças poderão vir a experienciar numa idade mais avançada (idade escolar e adolescência).

Neste estudo pudemos constatar algumas limitações, as quais se prenderam com aspetos relacionados com o número reduzido de participantes. Este aspeto é considerado uma limitação, uma vez que não é possível produzir conclusões definitivas e generalizações. Por ser um estudo qualitativo com uma entrevista de resposta aberta, o número de participantes teve que ser reduzido, todavia, a fraca adesão dos EI também contribuiu para que este número reduzisse ainda mais e limitasse a análise e discussão de dados sobre a perceção e envolvimento destes profissionais nesta problemática. O facto de se ter entrevistado apenas um TF (o mesmo em todos os casos), constitui também uma limitação uma vez que não permite ter uma visão mais diversificada destes profissionais, o que teria sido relevante neste estudo. Contudo, o facto de todas as crianças terem o mesmo TF possibilitou uma perspetiva global e comparativa entre as crianças em intervenção.

Na ótica de continuação deste estudo, seria importante a realização de mais estudos deste género até que se possa obter um número considerável de participantes com o intuito de obter conclusões mais generalizadas e fidedignas. Incentivar os TF's a introduzir o APAF-C na sua avaliação de modo a obter uma perspetiva qualitativa durante a sua prática clínica, complementando, assim, a avaliação quantitativa e analisando a criança em todas as suas vertentes e contextos, também é o intuito desta investigação.

Seria interessante fazer um estudo de *follow-up*, acompanhando as crianças que participaram neste estudo e analisar se realmente desenvolveram dificuldades, apresentadas pelos estudos referidos anteriormente, no 1º ciclo, derivadas da perturbação.

O Terapeuta da Fala parece ser o profissional responsável pela intervenção nesta perturbação, no entanto, devido ao grande impacto que as PSF podem ter na vida de uma criança (ao nível emocional e de socialização), como referem McCormack et al. (2010b) e Lindsay e Dockrel (2010), parece fundamental que exista um trabalho em

equipa, no qual a colaboração de um profissional da área da psicologia poderia ser, em alguns casos, benéfico para a intervenção.

Apesar das limitações que o estudo apresenta, considera-se que os objetivos a que a investigadora se propôs foram atingidos e as questões de investigação foram respondidas. Espera-se que este estudo contribua para um melhor conhecimento das reais consequências da PSF na vida das crianças, narrada pela própria e dando atenção aos parceiros comunicativos da mesma e aos contextos em que esta se insere no seu dia-a-dia. Este conhecimento deve promover uma mudança de perspetiva na prática clínica dos TF's nos casos em que apresentam a PSF como diagnóstico terapêutico, na medida em que estes devem preocupar-se, não apenas com os resultados quantitativos da perturbação mas também, com as verdadeiras implicações desta perturbação na vida da criança.

Referências Bibliográficas:

American Psychiatric Association. (2002). *DSM IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Texto Revisto (Versão Portuguesa)*. 4ª ed. Lisboa: Climepsi.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM 5*. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association.

ASHA – American Speech-Language-Hearing Association. (1993). *Definitions of communication disorders and variations*. [Em linha] Disponível em: <<http://www.asha.org/policy/RP1993-00208/>> [Consultado em: 01/04/2017].

ASHA – American Speech-Language-Hearing Association. (2000). *Communication facts*. Rockville, MD: American Speech-Language-Hearing Association.

ASHA – American Speech-Language-Hearing Association. (2003). *Speech Sound Disorders: Articulation and Phonological Processes*. [Em linha]. Disponível em: <<http://www.asha.org/public/speech/disorders/speechsounddisorders.htm>> [Consultado a 27/03/2017].

ASHA – American Speech-Language-Hearing Association. (2007). *Childhood Apraxia of Speech (Technical Report)*. [Em linha]. Disponível em: <<http://www.asha.org/articlesummary.aspx?id=8589947136>> [Consultado a 27/03/2017].

ASHA – American Speech-Language-Hearing Association. (2013). *Speech Sound Disorders – Articulation and Phonology*. [Em linha]. Disponível em: <<http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589935321§ion=Treatment>> [Consultado a 27/03/2017].

ASHA – American Speech-Language-Hearing Association. (2016). *Scope of practice in speech-language pathology [Scope of Practice]*. [Em linha]. Disponível em: <<http://www.asha.org/policy/SP2016->

00343/?utm_source=asha&utm_medium=newsletter&utm_campaign=accesslp030916> [Consultado a 01/04/2017].

Andrade, F. (2008). *Perturbações da linguagem na criança: análise e caracterização*. Universidade de Aveiro.

Antunes, E. e Rocha, J. (2009a). Perturbações Fonológicas: classificação, avaliação e intervenção. In: Peixoto, V. e Rocha, J. (Ed.). *Metodologias de Intervenção em Terapia da Fala*. Porto, Edições Universidade Fernando Pessoa, pp. 193-224.

Antunes, E. e Rocha, J. (2009b). Contribuições Clínicas da Fonética e Fonologia. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 1(5), pp. 124-136.

Barr, J., McLeod, S. e Daniel, G. (2008). Siblings of Children With Speech Impairment: Cavalry on the Hill. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 39, pp. 21-32.

Baker, E. e McLeod, S. (2011). Evidence-Based Practice for Children With Speech Sound Disorders: Part 1 Narrative Review. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 42, pp. 102-130.

Batista, M. (2009). *P.A.C.A. – Prova de Avaliação de Capacidades Articulatórias em crianças dos 3 aos 6 anos de idade*. Coimbra, Gráfico Editor.

Beitchman, J. e Brownlie, E. (2010). Language Development and its Impact on Children's Psychosocial and Emotional Development. *Encyclopedia on Early Childhood Development: Language Development and Literacy*, pp. 36-41.

Bernstein, D. e Tiegerman, E. (1993). *Language and Communication Disorders in Children*. Macmillan Publishing Company, USA.

Bowen, C. (2011). *Table 1: Intelligibility*. [Em linha]. Disponível em: <<http://www.speech-language-therapy.com>>. [Consultado em 03-05-2012].

- Bowen, C. (2012). *Children's Speech Sound Disorders*. John Wiley & Sons Ltd.
- Broomfield, J. e Dodd, B. (2004). The nature of referred subtypes of primary speech disability. *Child Language Teaching and Therapy*, 20(2), pp. 135-151.
- Brumbaugh, K. e Smit, B. (2013). Treating Children Ages 3-6 Who Have Speech Sound Disorder: A Survey. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 44, pp. 306-319.
- Campbell, T. et alii. (2003). Risk Factors for Speech Delay of Unknown Origin in 3-Year-Old Children. *Child Development*, 74(2), pp. 346-357.
- Carlesso, K. e Keske-Soares, M. (2007). Abordagem contrastiva na terapia dos desvios fonológicos: considerações teóricas. *Rev. CEFAC*, 9(3), pp. 330-338.
- Carroll, J. e Snowling, M. (2004). Language and phonological skills in children at high risk of reading difficulties. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(3), pp. 631-640.
- Cohen, N. (2010). The impact of Language Development on the Psychosocial and Emotional Development of Young Children. *Encyclopedia on Early Childhood Development: Language Development and Literacy*, pp. 42-46.
- Denham, S. (2007). Dealing with feelings: how children negotiate the worlds of emotions and social relationships. *Cognition, Brain, Behavior*, 11, pp. 1-48.
- Dodd, B. e Bradford, A. (2000). A comparison of three therapy methods for children with diferente types of developmental phonological disorder. *Int. J. Lang. Comm. Dis.*, 35(2), pp. 189-209.
- Dodd, B. e Gillon, G. (2001). Exploring the Relationship Between Phonological Awareness, Speech Impairment, and Literacy. *Advances in Speech-Language Pathology*, 3(2), pp. 139-147.

- Dodd, B. et alii. (2003). Phonological development: a normative study of British English-speaking children. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 17(8), pp. 617-643.
- Dodd, B. et alii. (2005). Differential diagnosis of phonological disorders. In: Dodd, B. (Ed.). *Differential Diagnosis and Treatment of Children with Speech Disorder*. Second Edition. London and Philadelphia: Whurr Publishers, pp. 44-70.
- Eadie, P. et alii. (2014). Speech sound disorder at 4 years: prevalence, comorbidities, and predictors in a community cohort of children. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 57, pp. 578-584.
- Fagan, M. (2009). Mean Length of Utterance before words and grammar: Longitudinal trends and developmental implications of infant vocalizations. *Journal of Child Language*, 36(3), pp. 495-527.
- Ferrante, C., Borsel, J. e Pereira, M. (2009). Análise dos processos fonológicos em crianças com desenvolvimento fonológico normal. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*, 14(1), pp. 36-40.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fox, A., Dodd, B. e Howard, D. (2002). Risk factors for speech disorders in children. *Int. J. Lang. Comm. Dis.*, 37(2), pp. 117-131.
- Franco, M., Reis, M. e Gil, T. (2003). *Comunicação, Linguagem e Fala – Perturbações Específicas de Linguagem em contexto escolar*. Lisboa, Ministério da Educação.
- Giacchini, V. (2009). *Aplicação de modelos terapêuticos de base fonética e fonológica utilizados para a superação das alterações da fala*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Maria). Disponível em <http://cascavel.ufsm.br/tede/tde_arquivos/26/TDE-2009-09-08T111426Z-2214/Publico/GIACCHINI,%20VANESSA.pdf>.

- Glogowska, M. et alii. (2006). Early speech-and-language-impaired children: linguistic, literacy, and social outcomes. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 48, pp. 489-494.
- Goulart, B. (2002). *Teste de Rastreamento de Distúrbios Articulatorios de Fala em Crianças de 1ª série do Ensino Fundamental Público* (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Disponível em <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/1813/000358411.pdf?sequence=1>>.
- Goulart, B. e Chiari, B. (2007). Prevalência de desordens de fala em escolares e fatores associados. *Rev Saúde Pública*, 41(5), pp. 726-731.
- Green, J. e Thorogood, N. (2004). *Qualitative Methods for Health Research*. SAGE Publications, London, pp. 177-180.
- Guerreiro, H. e Frota, S. (2010). Os processos fonológicos na fala da criança de cinco anos: tipologia e frequência. *Cadernos de Saúde*, 3(1), pp. 57-72.
- Guillemin, F., Bombardier, C. e Beaton, D. (1993). Cross-Cultural Adaptation of Health-Related Quality of Life Measures: Literature Review and Proposed Guidelines. *J Clin Epidemiol*, 46(12), pp. 1417-1432.
- Halberstadt, A., Denham, S. e Dunsmore, J. (2001) Affective Social Competence. *Social Development*, 10, pp. 79-119.
- Hoff, E. (2009). Desenvolvimento da linguagem nos primeiros anos de vida: mecanismos de aprendizagem e resultados do nascimento aos cinco anos de idade. *Encyclopedia on Early Childhood Development: Language Development and Literacy*, pp. 8-12.
- Holm, A., Farrier, F. e Dodd, B. (2008). Phonological awareness, reading accuracy and spelling ability of children with inconsistent phonological disorder. *Int. J. Lang. Comm. Dis.*, 43(3), pp. 300-322.

- Hustad, K. (2007). Effects of speech stimuli and dysarthria severity on intelligibility scores and listener confidence ratings for speakers with cerebral palsy. *Folia Phoniatr Logop*, 59, pp. 306-317.
- Joffe, V. e Pring, T. (2008). Children with phonological problems: a survey of clinical practice. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 43(2), pp. 154-164.
- Kamhi, A. (2000). Practice Makes Perfect: The Incompatibility of Practicing Speech and Meaningful Communication. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 31, pp. 182-185.
- Kamhi, A. (2006). Treatment Decisions for Children With Speech-Sound Disorders. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 37, pp. 271-279.
- Kent, R. et alii. (1989). Toward phonetic intelligibility testing in dysarthria. *J Speech Hear Disord*, 54, 482-499.
- Kovarsky, D. (2008). Representing voices from the life-world in evidence based practice. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 8(S1), pp. 47-57.
- Kuhl, P. et alii. (2005). Early speech perception an later développement du langage: Implications for the “critical period”. *Language Learning and Development*, 1(3-4), pp. 237-264.
- Law, J. et alii. (2000). Prevalence and natural history of primary speech and language delay: findings from a systematic review of the literature. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 35 (2), pp. 165-188.
- Law, J., Dennis, J. e Charlton, J. (2017). *Speech and language therapy interventions for children with primary speech and/or language disorders (Protocol)*. The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

- Law, J., Garrett, Z. e Nye, C. (2005). *Speech and language interventions for children with primary speech and language delay or disorder*. The Campbell Collaboration.
- Law, J., Garrett, Z. e Nye, C. (2010). *Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder (Review)*. The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
- Lewis, B. (1992). Pedigree analysis of children with phonology disorders. *Journal of Learning Disabilities*, 25, pp. 586-597.
- Lewis, B. et alii. (2002). Spoken language and written expression – Interplays of delays. *American Journal of Speech Language Pathology*, 7, pp. 66-73.
- Lewis, B. et alii. (2006). The genetic bases of speech sound disorders: Evidence from spoken and written language. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 49, pp. 1294-1312.
- Lewis, B. et alii. (2007). Speech and Language Skills of Parents of Children with Speech Sound Disorders. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 16, pp. 108-118.
- Lima, R. (2008). Alterações nos sons da fala: o domínio dos modelos fonéticos. *Saber (e) educar*, 13, pp. 149-157.
- Lima, R. (2009). *Fonologia infantil: aquisição, avaliação e intervenção*. Edições Almedina, SA
- Limbrick, N., McCormack, J. e McLeod, S. (2013). Designs and decisions: the creation of informal measures for assessing speech production in children. *Int J Speech Lang Pathol*, 15(3), pp. 296-311.
- Lindsay, G. e Dockrell, J. (2000). The behavior and self-esteem of children with specific speech and language difficulties. *British Journal of Educational Psychology*, 70, pp. 583-601.

- Lousada, M. (2012). *Alterações fonológicas em crianças com perturbação da linguagem* (Tese de Doutoramento, Universidade de Aveiro). Disponível em <<https://ria.ua.pt/bitstream/10773/7617/1/Tesevfinal.pdf>>.
- Lousada, M., Ramalho, M. e Nascimento, J. (2015). Escala Inteligibilidade em Contexto: Português Europeu. [Em linha] Disponível em: <<http://www.csu.eud.au/research/multilingual-speech/ics>> [Consultado em: 01/12/2017].
- Lousada, M. et alii. (2013). Phonological and articulation treatment approaches in Portuguese children with speech and language impairments: a randomized controlled intervention study. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 48(2), pp. 172-187.
- Lousada, M. et alii. (2014). Intelligibility as a clinical outcome measure following intervention with children with phonologically based speech-sound disorders. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 00(0), pp. 1-18.
- Markham, C. e Dean, T. (2006). Parents' and professionals' perceptions of Quality of Life in children with speech and language difficulty. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 41(2), pp. 189-212.
- Markham, C. et alii. (2009). Children with speech, language and communication needs: Their perceptions of their quality of life. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 44(5), pp. 748-768.
- McAllister, L. et alii. (2011). Expectations and experiences of accessing and participating in services for childhood speech impairment. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13(3), pp. 251-267.
- McCormack, J. et alii. (2009). A systematic review of the association between childhood speech impairment and participation across the lifespan. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11(2), pp. 155-170.

- McCormack, J. et alii. (2010a). My Speech Problem, Your Listening Problem, and My Frustration: The Experience of Living With Childhood Speech Impairment. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 41, pp. 379-392.
- McCormack, J. et alii. (2010b). The impact of speech impairment in early childhood: Investigating parent's and speech-language pathologists' perspectives using the ICF-CY. *Journal of Communication Disorders*, 43, pp. 378-396.
- McCormack, J. et alii. (2011). A Nationally Representative Study of the Association Between Communication Impairment at 4-5 Years and Children's Life Activities at 7-9 Years. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 54, pp. 1328-1348.
- McCormack, J. et alii. (2012). Knowing, having, doing: The battles of childhood speech impairment. *Child Language Teaching and Therapy*, 28(2), pp. 141-157.
- McLeod, S. (2004). Speech pathologists' application of the ICF to children with speech impairment. *Advances in Speech-Language Pathology*, 6(1), pp. 75-81.
- McLeod, S. et alii. (2013). Speech Sound Disorders in a Community Study of Preschool Children. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 22, pp. 503-522.
- McLeod, S. et alii. (2017). Preschool children's communication, motor and social development: Parents' and educators' concerns. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 18, pp. 1-15.
- McLeod, S. e Harrison, L. (2009). Epidemiology of Speech and Language Impairment in a Nationally Representative Sample of 4 to a 5 year old Children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 52, pp. 1213-1229.
- McLeod, S., Harrison, L. e McCormack, J. (2012). The Intelligibility in Context Scale: Validity and reliability of a subjective rating measure. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 55(2), pp. 648-656.

- McLeod, S. e Baker, E. (2014). Speech-Language Pathologists' practices regarding assessment, analysis, target selection, intervention, and service delivery for children with speech sound disorders. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 28(7-8), pp. 508-531.
- Mendes, A. et alii. (2013). *Teste Fonético-Fonológico ALPE*. Edubox S.A.
- Merrick, R. e Roulstone, S. (2011). Children's views of communication and speech-language pathology. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13(4), pp. 281-290.
- Miccio, A. e Scarpino, S. (2008). Phonological Analysis, Phonological Processes. In: Ball, M., Perkins, M., Muller, N. & Howard, S. (Ed.). *The Handbook of Clinical Linguistics*. Malden: Wiley.Blackwell, pp. 412-422.
- Mota, H. (2001). *Terapia fonoaudiológica para os desvios fonológicos*. Rio de Janeiro: Revinter. Pag. 109.
- Mousinho, R. et alii. (2008). Aquisição e desenvolvimento da linguagem: dificuldades que podem surgir neste percurso. *Rev. Psicopedagogia*, 25(78), pp. 297-306.
- Mullen, R. e Schooling, T. (2010). The national outcomes measurement system for pediatric speech-language pathology. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 41(1), pp. 44-60.
- Muszkat, M. e Mello, C. (2012). Neurodesenvolvimento e linguagem. . In: Miranda, M., Muszkat, M. & Mello, C. (Ed.). *Neuropsicologia do Desenvolvimento: Transtornos do Neurodesenvolvimento*. Editora Rubio, pp. 1-15.
- Nathan, L. et alii. (2004). The Development of Early Literacy Skills Among Children with Speech Difficulties: A Test of the "Critical Age Hypothesis". *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 47, pp. 377-391.

- Oliveira, C., Lousada, M. e Jesus, L. (2015). The clinical practice of speech and language therapists with children with phonologically based speech sound disorders. *Child Language Teaching and Therapy*, 31(2), pp. 173-194.
- Othero, G. (2005). Processos fonológicos na aquisição da linguagem pela criança. *Revista Virtual de Estudos da Linguagem – ReVEL*, 3(5), pp. 1-13.
- Pagliarin, K. e Keske-Soares, M. (2007). Abordagem contrastiva na terapia para desvios fonológicos: considerações teóricas. *Rev. CEFAC*, 9(3), pp. 330-338.
- Pappas, N. et alii. (2008). Parental involvement in speech intervention: A national survey. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 22(4-5), pp. 335-344.
- Payão, L. et alii. (2012). Características clínicas da apraxia de fala na infância: revisão da literatura. *Letras de Hoje*, 47(1), pp. 24-29.
- Pedro, C. et alii. (2014). Estudo sobre a intervenção em crianças falantes do português Europeu com atraso fonológico. *D.E.L.T.A.*, 30(1), pp. 61-93.
- Prates, L. e Martins, V. (2011). Distúrbios da fala e da linguagem na infância. *Revista Médica de Minas Gerais*, 21(4 Supl 1), pp. 54-60.
- Rabelo, A. (2010). *Prevalência de alterações fonoaudiológicas em crianças de 1ª a 4ª série de escolas públicas da área de abrangência de um centro de saúde de Belo Horizonte* (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais). Disponível em <
http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ECJS-85EGY4/alessandra_terra_vasconcelos_rabelo.pdf?sequence=1> .
- Rombert, J. (2013). *O gato comeu-te a língua?* A Esfera dos Livros, Lisboa.
- Russel, J. (1990). The Preschooler's Understanding of the Causes and Consequences of Emotion. *Child Development*, 61, pp. 1872-1881.

- Rvachew, S. e Nowak, M. (2001). The Effect of Target-Selection Strategy on Phonological Learning. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 44, pp. 610-623.
- Shriberg, L. e Kwiatkowski, J. (1982). Phonological disorders III: a procedure for assessing severity of involvement. *J Speech Hear. Dis.*, 47(3), pp. 256-270.
- Shriberg, L. (2003). Diagnostic markers for child speech-sound disorders: introductory comments. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 17(7), pp. 501-505.
- Sim-Sim, I., Silva, A. e Nunes, C. (2008). *Linguagem e Comunicação no Jardim-de-Infância*. Ministério da Educação- Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular., Lisboa
- Smit, A. (2004). *Articulation and Phonology Resource Guide for School-age Children and Adults*. USA: Thomson Learning.
- Souza, T., Payão, L. e Costa, R. (2009). Apraxia da fala na infância em foco: perspectivas teóricas e tendências atuais. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 21(1), pp. 75-80.
- Stampe, D. (1973). *A dissertation on Natural Phonology* (Tese de Doutorado, Universidade de Chicago). Disponível em <<http://repository.yu.edu.jo/bitstream/handle/123456789/567257/631784.pdf>>
- Stoel-Gammon, C. e Sosa, A. (2007). Phonological development. In: Hoff, E. & Shatz, M. (Eds). *Blackwell handbook of language development*. Oxford, U.K.: Blackwell Publishing, Ltd, pp. 257-276.
- Thomas-Stonell, N. et alii. (2009). Predicted and observed outcomes in preschool children following speech and language treatment: Parent and clinician perspectives. *Journal of Communication Disorders*, 42, pp. 29-42.

- USPSTF – US Preventive Services Task Force. (2006). Screening for Speech and Language Delay in Preschool Children: Recommendation Statement. *PEDIATRICS*, 117(2), pp. 497-501.
- Warren, S., Fey, M. e Yoder, P. (2007). Differential treatment intensity research: a missing link to creating optimally effective communication interventions. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(1), pp. 70-77.
- Werker, J. e Curtin, S. (2005). PRIMIR: A developmental Framework of infant speech processing. *Language Learning and Development*, 1(2), pp. 197-234.
- Wertzner, H. (2002). *O Distúrbio Fonológico em Crianças Falantes do Português: descrição e Medidas de Severidade* (Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo). Disponível em <<https://www.scienceopen.com/document?vid=241e2035-8e58-47e2-b118-f4e8bb6e0fd5>>.
- Wertzner, H., Amaro, L. e Teramoto, S. (2005). Gravidade do distúrbio fonológico: julgamento perceptivo e porcentagem de consoantes corretas. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 17(2), pp. 185-194.
- Williams, A. (2006). A systematic perspective for assessment and intervention: A case study. *Advances in Speech-Language Pathology*, 8(3), pp. 245-256.
- Wiethan, F. e Mota, H. (2010). Propostas terapêuticas para os desvios fonológicos: diferentes soluções para o mesmo problema. *Rev. CEFAC*.
- World Health Organization (2001). *ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organization.
- Yavas, M. (1998). *Phonology: development and disorders*. San Diego, California: Singular Publishing.

Anexos

Anexo I. Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

Código: _____

❖ **Identificação da Criança**

Data de Nascimento: ___/___/___

Idade: __A__M

Sexo: M F

Escolaridade: _____

Distrito de Residência: _____

Nacionalidade: _____

✓ **Filiação:**

	Idade	Nacionalidade	Habilitações Literárias	Profissão	Estado Civil
Mãe					
Pai					

✓ **Fratrã**

Nº de irmãos: _____ Idades: _____ Escolaridade: _____

Qual a posição da criança na fratria?

Filho único Irmão mais velho Irmão mais novo Outro

❖ **Antecedentes Familiares:**

Antecedentes ao nível de perturbações da fala/ linguagem: Sim Não

Se sim, quem? _____ Qual a perturbação? _____

Outras Informações Relevantes:

❖ **Terapia da Fala**

Frequenta a valência de Terapia da Fala desde quando? _____

Quantas vezes por semana frequenta as sessões de Terapia da Fala? _____

O seu educando apresenta algum diagnóstico clínico que influencie a fala?

Sim Não Se sim, qual? _____

Outras Informações Relevantes:

O Entrevistador

O Entrevistado

Data: ___/___/___

Anexo II. Escala de Inteligibilidade em Contexto

Escala Inteligibilidade em Contexto: Português Europeu

Intelligibility in Context Scale (ICS): European Portuguese

(McLeod, Harrison, & McCormack, 2012)

Traduzido por (Translated by): Maria Lousada, Ph.D., University of Aveiro/CINTESIS,UA,
Margarida Ramalho, M.Sc., MCEL – University of Évora/ CLUL – University of Lisbon, Portugal, 2013;
Jacqueline Aquino do Nascimento, Universidade de São Paulo, Brazil, 2012

Nome da criança: _____

Data de nascimento da criança: _____ Masculino/Feminino: _____

Língua(s) falada(s): _____

Data atual: _____ Idade da criança: _____

Nome da pessoa que preenche a escala: _____

Relação com a criança: _____

As seguintes questões referem-se ao grau de compreensão que as diferentes pessoas têm acerca do discurso do seu (sua) filho(a). Por favor, pense no discurso do(a) seu(sua) filho(a), durante o último mês, quando responder a cada questão. Assinale um número para cada questão.

	Sempre	Frequentemente	Az vezes	Raramente	Nunca
1. Compreende o(a) seu(sua) filho(a) ? ¹	5	4	3	2	1
2. Os familiares mais próximos compreendem o(a) seu(sua) filho(a) ?	5	4	3	2	1
3. Os familiares mais distantes compreendem o(a) seu(sua) filho(a) ?	5	4	3	2	1
4. Os amigos do(da) seu(sua) filho(a) compreendem-no (na) ?	5	4	3	2	1
5. Outras pessoas conhecidas compreendem-no(na) ?	5	4	3	2	1
6. Os educadores/professores compreendem-no(na) ?	5	4	3	2	1
7. Pessoas estranhas ² compreendem-no(na) ?	5	4	3	2	1
COTAÇÃO TOTAL =	/35				
MÉDIA DA COTAÇÃO TOTAL =	/5				

¹ Esta medida pode ser adaptada e usada com adultos, substituindo o termo criança por *adulto*.

² O termo *estranhas* pode ser modificado para *desconhecidas*.

Esta versão da Escala de Inteligibilidade em Contexto pode ser copiada

Intelligibility in Context Scale is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/).

McLeod, S., Harrison, L. J., & McCormack, J. (2012). The Intelligibility in Context Scale: Validity and reliability of a subjective rating measure. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 55(2), 648-656. <http://jslhr.asha.org/cgi/content/abstract/55/2/648>



McLeod, S., Harrison, L. J., & McCormack, J. (2012). Escala de Inteligibilidade em Contexto: Português Europeu [Intelligibility in Context Scale: European Portuguese]. [M. Lousada, M. Ramalho, & J. Nascimento, Trans.], Bathurst, NSW, Australia: Charles Sturt University. Retrieved from <http://www.csu.edu.au/research/iviflingual-research/ics>. Published September 2015.

Anexo III. APAF-C (completo).

**Avaliação da Participação e das Atividades que envolvam a
Fala na Criança (APAF-C)**

Speech Participation and Activity Assessment of Children (SPAA-C) (version 2.0)

(McLeod, 2004)

Traduzido por: Mariana Ramos

Secções do questionário

- A. Questões para a criança
 - B. Questões para os pais
 - C. Questões para os professores/educadores de infância
 - D. Questões para outros – Terapeuta da Fala
-

A. Questões para a Criança

Quem és

1. Quais são as coisas que preferes fazer? Em casa? Na Escola?
2. Quais são os jogos que gostas de jogar? Qual o desporto que praticas?
3. Em quê que tu és bom?
4. Com quem é que gostas de brincar?
5. Se os teus pais te disserem “O que é que queres fazer?” o que farias e quem levarias contigo?

Os teus amigos

6. Com quem é que gostas de brincar?









































Escola/ Jardim-de-Infância

7. O que é divertido para ti na escola?

8. O que é que gostas mais na escola?
9. O que é difícil para ti na escola?
10. Já foste provocado/ gozado na escola?

A tua fala

11. Com quem é que gostas de falar?
12. Quando é que gostas de falar com as pessoas?
13. Quando é que tu não gostas de falar com as pessoas?
14. Achas que a tua fala é diferente das outras crianças?

	Feliz	Mais ou menos	Triste	Outro sentimento	Não sei
15. Como é que te sentes sobre a forma como falas?					?
16. Como é que te sentes quando falas com o teu melhor amigo?					?
17. Como é que te sentes quando falas com os teus irmãos?					?
18. Como é que te sentes quando falas com os teus pais?					?
19. Como é que te sentes quando falas com os teus professores?					?
20. Como é que te sentes quando os teus professores te fazem uma pergunta?					?
21. Como é que te sentes quando falas para a turma toda?					?
22. Como é que te sentes quando brincas com os teus amigos na escola?					?
23. Como é que te sentes quando brincas sozinho?					?
24. Como é que sentes quando as pessoas não percebem (entendem) o que dizes?					?

25. Alguma vez foste provocado/gozado pela maneira como falas? O que é que as pessoas dizem?
 26. As pessoas pedem muitas vezes para repetires o que dizes? Como é que isso te faz sentir?
 27. O que é que tu fazes quando as pessoas não te percebem (entendem)? (ex. repetes, dizes de forma diferente, desistes, mudas de assunto, etc).
-

B. Questões para os pais

O seu filho

1. Fale-me acerca do seu filho.
2. O que é que o seu filho gosta de fazer?
3. O que é importante para o seu filho e para a sua família?
4. O que seria um horário semanal típico? Quem são todas as pessoas com quem o seu filho fala numa semana normal?
5. Ele/Ela é convidado para brincar na casa de outras crianças/ convidado para festas de aniversário?
6. Há alguma coisa que faça a sua criança ficar particularmente infeliz/triste/chateado?

A fala do seu filho

7. Descreva a fala do seu filho.
8. Quais são as diferenças que nota na fala/discurso do seu filho quando comparado com os irmãos e amigos em relação a:
 - (a) À quantidade de conversas
 - (b) Quão bem ele é compreendido
 - (c) Contextos e pessoas onde ele se sente confortável em falar
 - (d) Contextos e pessoas onde ele se sente desconfortável em falar
9. Quando o seu filho não é compreendido:

- (a) O que é que o seu filho faz?
 - (b) O que é que você acha que ajuda?
10. Quais são as coisas em que o seu filho é bom que não requerem que este fale bem?

O impacto das dificuldades de fala do seu filho

- 11. Qual é o maior impacto da dificuldade de fala do seu filho, em casa e na escola?
- 12. Como é que a dificuldade de fala o limita?
- 13. Ele já foi excluído de situações sociais devido à sua fala?
- 14. O que é que a sua família faz para garantir que o seu filho seja incluído em situações sociais?
- 15. Quão consciente/frustrado o seu filho está acerca da sua dificuldade de fala? Ele fica envergonhado por causa da sua fala?
- 16. Você observou diferenças entre diferentes níveis de confiança e capacidades comunicativas: às refeições, na escola, com amigos, com os avós e outros membros da família, durante passatempos e atividades extracurriculares (por exemplo, aulas de natação)?
- 17. Como é que as outras pessoas reagem com o seu filho?
- 18. O que é que os outros dizem sobre a fala do seu filho?
- 19. Você fica frustrado/envergonhado com a fala do seu filho?
- 20. Quais são os objetivos que gostaria de alcançar relativamente às capacidades de comunicação do seu filho?

C. Questões para o Professor/Educador de Infância

- 1. Fale-me sobre esta criança.
- 2. Descreva a sua fala.
- 3. A criança é bem-sucedida a transmitir a sua mensagem?

4. Pode dar-me alguns exemplos de quando a criança tem de falar na escola?
Por exemplo: consigo, com os outros professores, com os outros alunos, em frente à turma.
5. Ele/Ela participa em atividades de turma/grupo?
6. Ele/Ela responde às perguntas na sala de aula?
7. Ele/Ela participa voluntariamente na sala de aula?
8. Ele/Ela participa em expor e contar notícias?
9. Ele/Ela pede ajuda?
10. Ele/Ela inicia uma conversa com outras crianças e professores?
11. A sua fala afeta a sua aprendizagem e capacidades de literacia (leitura e escrita)?
12. A sua fala limita o seu envolvimento na escola?
13. Como é que a criança explica as coisas para si/os outros?
14. O que é que o/a ajuda a compreender o que ele/ela diz?
15. O que é que você faz quando não o/a compreende?
16. Ele/Ela é provocado/a na escola?
17. Como é que esta criança reage ao conflito?
18. Esta criança tem uma modalidade de aprendizagem preferida ou um estilo de aprendizagem particular?
19. Como é que podemos colaborar em conjunto para apoiar a competência de comunicação da criança, na escola?

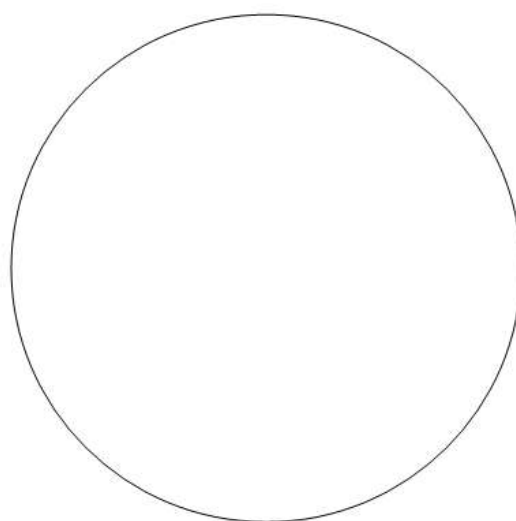
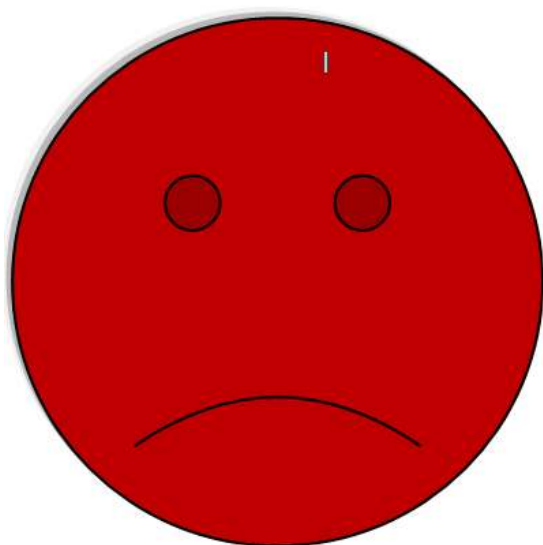
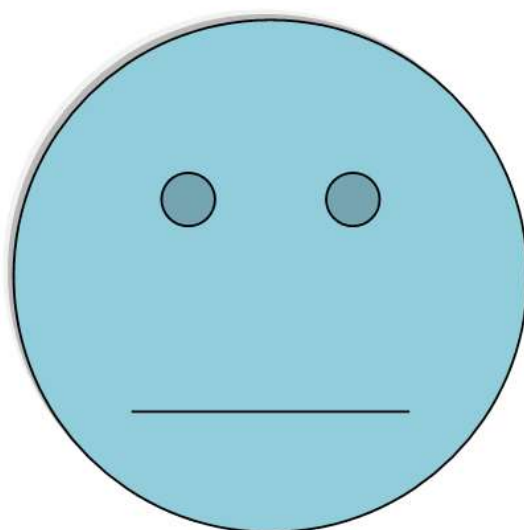
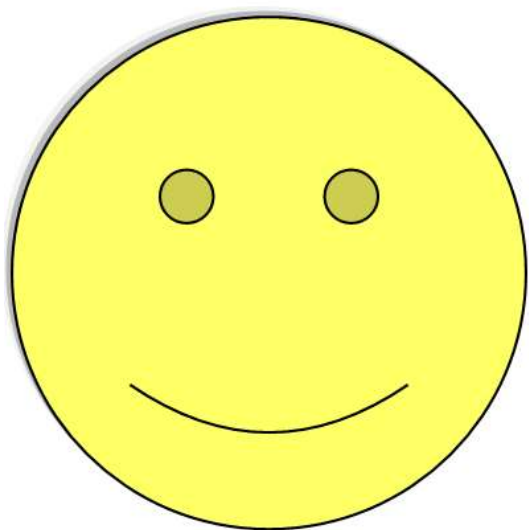
D. Questões para outros - Terapeuta da Fala

1. Fale-me sobre esta criança.
2. Como é que esta criança interage consigo?
3. A criança é bem-sucedida a transmitir a sua mensagem?
4. Tem dificuldade em compreender esta criança?
5. O que é que o ajuda a compreender o que ele/ela diz?
6. O que é que você faz quando não o/a compreende?

Questionário traduzido de:

McLeod, S. (2004). Speech pathologists' application of the ICF to children with speech impairment. *Advances in Speech-Language Pathology*, 6 (1), 75-81.

Anexo IV. Pistas visuais das faces com emoções.



Anexo V. APAF-C adaptado ao objetivo desta investigação.

**Avaliação da Participação e das Atividades que envolvam a
Fala na Criança (APAF-C)**

Speech Participation and Activity Assessment of Children (SPAA-C) (version 2.0)

(McLeod, 2004)

Traduzido por: Mariana Ramos

Secções do questionário

- A. Questões para a criança
 - B. Questões para os pais
 - C. Questões para os Professores/Educadores de Infância
 - D. Questões para outros – Terapeuta da Fala
-

A. Questões para a Criança

Quem és

1. Quais são as coisas que preferes fazer? Em casa? Na Escola?
2. Quais são os jogos que gostas de jogar? Qual o desporto que praticas?
3. Com quem é que gostas de brincar?

Escola/ Jardim-de-Infância









































4. O que é divertido para ti/ O que é que gostas mais na escola?
5. O que é difícil para ti na escola?
6. Já foste provocado/ gozado na escola?

A tua fala

7. Com quem é que gostas de falar?
8. Quando é que gostas de falar com as pessoas?

9. Quando é que tu não gostas de falar com as pessoas?

10. Achas que a tua fala é diferente das outras crianças?

	Feliz	Mais ou menos	Triste	Outro sentimento	Não sei
11.Como é que te sentes sobre a forma como falas?					?
12.Como é que te sentes quando falas com o teu melhor amigo?					?
13.Como é que te sentes quando falas com os teus irmãos?					?
14.Como é que te sentes quando falas com os teus pais?					?
15.Como é que te sentes quando falas com os teus professores?					?
16.Como é que te sentes quando os teus professores te fazem uma pergunta?					?
17.Como é que te sentes quando falas para a turma toda?					?
18.Como é que te sentes quando brincas com os teus amigos na escola?					?
19.Como é que te sentes quando brincas sozinho?					?
20.Como é que sentes quando as pessoas não percebem (entendem) o que dizes?					?

21. Alguma vez foste provocado/gozado pela maneira como falas? O que é que as pessoas dizem?

22. As pessoas pedem muitas vezes para repetires o que dizes? Como é que isso te faz sentir?

23. O que é que tu fazes quando as pessoas não te percebem (entendem)? (ex. repetes, dizes de forma diferente, desistes, mudas de assunto, etc).

B. Questões para os pais

O seu filho

1. O que é que o seu filho gosta de fazer?
2. Quem são todas as pessoas com quem o seu filho fala numa semana normal?
3. Ele/Ela é convidado para brincar na casa de outras crianças/ convidado para festas de aniversário?
4. Há alguma coisa que faça a sua criança ficar particularmente infeliz/triste/chateado?

A fala do seu filho

5. Descreva a fala do seu filho.
6. Quais são as diferenças que nota na fala/discurso do seu filho quando comparado com os irmãos e amigos em relação a:
 - (e) À quantidade de conversas
 - (f) Quão bem ele é compreendido
 - (g) Contextos e pessoas onde ele se sente confortável em falar
 - (h) Contextos e pessoas onde ele se sente desconfortável em falar
7. Quando o seu filho não é compreendido:
 - (c) O que é que o seu filho faz?
 - (d) O que é que você acha que ajuda?
8. Quais são as coisas em que o seu filho é bom que não requerem que este fale bem?

O impacto das dificuldades de fala do seu filho

9. Qual é o maior impacto da dificuldade de fala do seu filho, em casa e na escola?
10. Como é que a dificuldade de fala o limita?
11. Ele já foi excluído de situações sociais devido à sua fala?
12. O que é que a sua família faz para garantir que o seu filho seja incluído em situações sociais?
13. Quão consciente/frustrado o seu filho está acerca da sua dificuldade de fala? Ele fica envergonhado por causa da sua fala?
14. Como é que as outras pessoas reagem com o seu filho?
15. O que é que os outros dizem sobre a fala do seu filho?
16. Você fica frustrado/envergonhado (embaraçado) com a fala do seu filho?
17. Quais são os objetivos que gostaria de alcançar relativamente às capacidades de comunicação do seu filho?
18. Como pais, qual o vosso papel na intervenção do seu filho na Terapia da Fala? *

C. Questões para o Professor/Educador de Infância

1. Fale-me sobre esta criança.
2. Descreva a sua fala.
3. A criança é bem-sucedida a transmitir a sua mensagem?
4. Pode dar-me alguns exemplos de quando a criança tem de falar na escola?
Por exemplo: consigo, com os outros professores, com os outros alunos, em frente à turma.
5. Ele/Ela participa em atividades de turma/grupo?
6. Ele/Ela responde às perguntas na sala de aula?
7. Ele/Ela participa voluntariamente na sala de aula?
8. Ele/Ela participa em expor e contar notícias/novidades?
9. Ele/Ela pede ajuda?
10. Ele/Ela inicia uma conversa com outras crianças e professores?

11. A sua fala afeta a sua aprendizagem e capacidades de literacia (leitura e escrita)?
12. A sua fala limita o seu envolvimento na escola?
13. Como é que a criança explica as coisas para si/os outros?
14. O que é que o/a ajuda a compreender o que ele/ela diz?
15. O que é que você faz quando não o/a compreende?
16. Ele/Ela é provocado/a na escola?
17. Como é que esta criança reage ao conflito?
18. Como é que podemos colaborar em conjunto para apoiar a competência de comunicação da criança, na escola?

D. Questões para outros - Terapeuta da Fala

1. Fale-me sobre esta criança.
2. Qual o diagnóstico terapêutico da criança? *
3. Descreva a fala desta criança. *
4. Como é que esta criança interage consigo?
5. A criança é bem-sucedida a transmitir a sua mensagem?
6. Tem dificuldade em compreender esta criança?
7. O que é que o ajuda a compreender o que ele/ela diz?
8. O que é que você faz quando não o/a compreende?
9. Quais os objetivos, em Terapia da Fala, que têm sido trabalhados? *
10. Quais são as estratégias que melhor funcionam com a criança? *
11. Nesta criança, quais são os sentimentos/emoções que ela demonstra? *
12. Qual a participação dos pais na Terapia da Fala? *
13. Qual a participação dos educadores de infância na Terapia da Fala? *
14. O seu trabalho dirige-se apenas à fala/comunicação ou também tenta trabalhar com a criança alguma questão psicossocial? *
15. Na generalidade dos casos que acompanha com esta perturbação, quais os sentimentos/emoções que as crianças demonstram? *

16. Para si, como Terapeuta da Fala, acha que as crianças mais novas sentem mais o impacto da perturbação no dia-a-dia ou serão as crianças mais velhas que sofrem mais com a perturbação? *

Questionário traduzido de:

McLeod, S. (2004). Speech pathologists' application of the ICF to children with speech impairment. *Advances in Speech-Language Pathology*, 6 (1), 75-81.

As questões com * foram acrescentadas pela autora do estudo.

Anexo VI. Parecer da Comissão de Ética do Hospital.

Comissão de ética para a saúde do Hospital

PARECER N.º 26

A Comissão de Ética para a Saúde do Hospital após análise do projeto **"O impacto das perturbações dos sons da fala nos diferentes parceiros comunicativos da criança"** apresentado por Mariana Franco dos Ramos, dá parecer positivo ao projeto, na condição de:

- I. Manter anónimos os dados a colher aos participantes, assim como as imagens/som;
- II. Ser incluído um diferente anexo, que deverá ser assinado pelos intervenientes ou seus representantes legais, em que estão de acordo com a aquisição do registo de som/imagens;
- III. Ser solicitada autorização ou dado conhecimento à "Comissão Nacional de Proteção de Dados", de forma a acautelar os direitos dos participantes.

Jorge Rodrigues

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital

27.03.2017

Anexo VII. Parecer da Comissão Nacional de Proteção de Dados.



Proc. n.º 10611/2017 | 1

Autorização n.º 7003/2017

Mariana Franco dos Ramos notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de realizar um Estudo Clínico sem Intervenção, denominado O impacto das Perturbações dos Sons da Fala nos diferentes parceiros comunicativos da criança .

O participante é identificado por um código especificamente criado para este estudo, constituído de modo a não permitir a imediata identificação do titular dos dados; designadamente, não são utilizados códigos que coincidam com os números de identificação, iniciais do nome, data de nascimento, número de telefone, ou resultem de uma composição simples desse tipo de dados. A chave da codificação só é conhecida do(s) investigador(es).

É recolhido o consentimento expresso do participante ou do seu representante legal.

A informação é recolhida diretamente do titular.

As eventuais transmissões de informação são efetuadas por referência ao código do participante, sendo, nessa medida, anónimas para o destinatário.

A CNPD já se pronunciou na Deliberação n.º 1704/2016 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios aplicáveis para o correto cumprimento da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, alterada pela Lei n.º 103/2016, de 24 de agosto, doravante LPD, bem como sobre as condições e limites aplicáveis ao tratamento de dados efetuados para a finalidade de investigação clínica.

No caso em apreço, o tratamento objeto da notificação enquadra-se no âmbito daquela deliberação e o responsável declara expressamente que cumpre os limites e condições aplicáveis por força da LPD e da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, alterada pela Lei n.º 73/2016, de 27 de junho – Lei da Investigação Clínica –, explicitados na Deliberação n.º 1704/2016.

O fundamento de legitimidade é o consentimento do titular.

A informação tratada é recolhida de forma lícita, para finalidade determinada, explícita e legítima e não é excessiva – cf. alíneas a), b) e c) do n.º 1 do artigo 6.º da LPD.



Assim, nos termos das disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea a) do n.º 1 do artigo 28.º e do artigo 30.º da LPD, bem como do n.º 3 do artigo 1.º e do n.º 9 do artigo 16.º ambos da Lei de Investigação Clínica, com as condições e limites explicitados na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, que aqui se dão por reproduzidos, autoriza-se o presente tratamento de dados pessoais nos seguintes termos:

Responsável – Mariana Franco dos Ramos

Finalidade – Estudo Clínico sem Intervenção, denominado O impacto das Perturbações dos Sons da Fala nos diferentes parceiros comunicativos da criança

Categoria de dados pessoais tratados – Código do participante; idade/data de nascimento; género; composição do agregado familiar sem identificação dos membros

Exercício do direito de acesso – Através dos investigadores, presencialmente

Comunicações, interconexões e fluxos transfronteiriços de dados pessoais identificáveis no destinatário – Não existem

Prazo máximo de conservação dos dados – A chave que produziu o código que permite a identificação indireta do titular dos dados deve ser eliminada 5 anos após o fim do estudo.

Da LPD e da Lei de Investigação Clínica, nos termos e condições fixados na presente Autorização e desenvolvidos na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, resultam obrigações que o responsável tem de cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os que intervenham no tratamento de dados pessoais.

Lisboa, 26-06-2017

Anexo VIII. Autorização da autora, Sharynne McLeod, para a tradução do Speech Participation and Activity Assessment of Children (SPAA-C)

Permission to translate the Speech Participation and Activity Assessment- Children (SPAA-C)

Mariana Franco dos Ramos para McLeod:

05/12/
16

Dear Doctor Sharynne McLeod,

I'm a Speech-language therapist in Portugal and I'm doing a Master Degree in Child Language in University Fernando Pessoa. I'm doing a research about speech sound disorders in children and I've read about your Speech Participation and Activity Assessment- Children (SPAA-C). I'm very interested in translating to European Portuguese and apply it in my study. Do I have your permission to do use and translate your instrument?

Kind regards,

Mariana Ramos

Sharynne McLeod para Mariana:

06/12/
16

Dear Mariana

Do you intend to use every question of the SPAA-C, or just a component (e.g., just the questions for the children)?

Regards

Sharynne

Sharynne McLeod, PhD, CPSP, Life Member SPA, ASHA Fellow

Professor of Speech and Language Acquisition

Research Institute for Professional Practice, Learning and Education (RIPPLE)

School of Teacher Education

Charles Sturt University, Panorama Ave, Bathurst 2795, AUSTRALIA

Phone: 61-2-63384463

Mariana Franco dos Ramos para McLeod:

07/12/

16

Dear Doctor Sharynne McLeod,

In my study I intend to translate to european portuguese the questions for the children, parents and teachers. In the "questions to others" I would like to add some questions that I think will be pertinent to ask specifically to speech-language therapists.

Do I have your permission to do use and translate your instrument?

Thank you for your kind reply.

Best regards

Mariana Ramos

Sharynne McLeod para Mariana:

12/12/

16

Dear Mariana

Thanks for this clarification.

You have my permission to translate it; however, you also need permission from Speech Pathology Australia since the SPAA-C was published as an appendix to the following article:

McLeod, S. (2004). Speech pathologists' application of the ICF to children with speech impairment. *Advances in Speech-Language Pathology*, 6(1), 75-81.

Please contact Speech Pathology Australia (office@speechpathologyaustralia.org.au) to ask permission; then let me know their response.

Regards

Sharynne

Anexo IX. Autorização do órgão nacional da profissão, o *Speech Pathology Australia*.

Permission to translate the Speech Participation and Activity Assessment - Children (SPAA-C)

Mariana Franco dos Ramos para Office – Speech Pathology Australia: 13/12/
16

Good afternoon,

I'm a Speech Language Therapist in Portugal and I'm a Master Degree Student in Fernando Pessoa University. I read about SPAA-C and I want to use it in my study with Portuguese children. I already wrote to Doctor McLeod asking her permission to translate the instrument to european portuguese and she gave me her permission but told me that I also had to contact the Speech Pathology Australia. So I would like to have your opinion and permission to translate and use the SPAA-C in my study with portuguese children.

Thank you for your all your help.

Kind regards,

Mariana Ramos
Terapeuta da Fala

Gail Mulcair para Mariana:

3/0

1

Dear Mariana,

I have now had a chance to confer with Sharynne McLeod and also refer back to the original source of the Speech Participation and Activity Assessment - Children (SPAA-C), which was referenced in one of our journal publications, that being:

McLeod, S. (2004). Speech pathologists' application of the ICF to children with speech impairment. *Advances in Speech-Language Pathology*, 6(1), 75-81.

I can confirm that I am happy for you to translate the SPAA-C into Portuguese, on the basis that you make specific reference to the author and original publication, as above, and indicating that permission has been granted by Speech Pathology Australia.

Speech Pathology Australia also notes that it will hold no responsibility for the accuracy of translation and that this rests within your own responsibility.

Thank you very much and best wishes with your research.

Kind regards,

Gail

Gail Mulcair

Chief Executive Officer

Speech Pathology Australia

Level 1 / 114 William St

Melbourne Victoria 3000

T: 1300 368 835 or

+61 3 9642 4899

F: +61 3 9642 4922

www.speechpathologyaustralia.org.au

Anexo X. Carta explicativa do estudo.

DESCRIÇÃO DO ESTUDO

**INFORMAÇÃO AO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO/ EDUCADOR DE
INFÂNCIA/ TERAPEUTA DA FALA**

Projeto: O impacto das Perturbações dos Sons da Fala nos diferentes parceiros comunicativos da criança, entre os 4 anos e os 0 meses e os 6 anos e os 0 meses.

Investigador Principal: Mariana Ramos (Terapeuta da Fala e aluna do Mestrado em Terapêutica da Fala da Universidade Fernando Pessoa)

Orientador: Prof. Doutora Joana Rocha (Docente na Universidade Fernando Pessoa)

Venho por este meio solicitar a autorização para a participação do seu Educando neste projeto de investigação com o tema “O impacto das Perturbações dos Sons da Fala nos diferentes parceiros comunicativos da criança”, no âmbito da dissertação de Mestrado em Terapêutica da Fala – Linguagem na Criança. Este projeto tem como participantes: a criança, o pai ou a mãe da criança, o terapeuta da fala e o professor da criança. O projeto consistirá na aplicação de um questionário sociodemográfico e de uma Escala de Inteligibilidade em Contexto aos pais da criança, e na aplicação de um questionário, Avaliação da Participação e das Atividades que envolvam a Fala na Criança (APAF-C), a crianças, pai ou mãe, professor e terapeuta da fala.

Relativamente às informações relativas aos objetivos deste projeto, assim como dos instrumentos que serão aplicados, leia por favor cuidadosamente a informação que se segue. Caso não compreenda algo ou sinta necessidade de esclarecimentos adicionais não hesite em contactar o e-mail da investigadora principal.

Os objetivos de investigação deste projeto são os seguintes:

- Compreender as experiências diárias de uma criança com Perturbação dos Sons da Fala, nos diferentes contextos e com os diferentes parceiros comunicativos.
- Explorar a perceção dos parceiros comunicativos (casa, escola e terapia da fala) a respeito da Perturbação dos Sons da Fala.

O seu educando/aluno faz parte de um pequeno grupo de crianças com idades compreendidas entre os 4 anos e 0 meses e os 6 anos e 0 meses, que foram convidadas a participar neste projeto por reunirem as condições pretendidas (e.g. diagnóstico de Perturbação dos Sons da Fala e possuir o Português Europeu como língua materna).

É importante ressaltar alguns aspetos relativos à realização deste estudo:

- A aplicação dos três instrumentos aos pais vai ser realizada pela investigadora principal numa sala disponibilizada pelo Hospital-Escola.
- A aplicação do questionário APAF-C à criança será realizada pela terapeuta da fala da criança, que será treinada e irá familiarizar-se com o instrumento.
- A aplicação do questionário APAF-C ao terapeuta da fala e ao professor será realizada pela investigadora principal.
- A decisão de contribuir com a participação do seu Educando depende única e exclusivamente de si. Se decidir participar ser-lhe-á fornecido este documento informativo e será pedido que assine um Formulário de Consentimento Informado.
- A sua permissão enquanto Encarregado de Educação e respetiva assinatura do Consentimento Informado é de cariz obrigatório.

- A todos os participantes do estudo garante-se o anonimato e a confidencialidade de todos os dados, os quais serão apenas utilizados para o fim a que se destinam (investigação), sendo de cariz obrigatório a assinatura do Consentimento Informado.
- Caso opte por permitir a participação do seu Educando, também será questionado/a a sua autorização para que o terapeuta da fala e o professor do seu Educando participe. Se aceitar, pedimos-lhe que entregue ao professor do seu Educando uma carta explicativa do estudo.
- Caso opte por permitir a participação do seu Educando é livre de desistir a qualquer momento sem que haja qualquer tipo de repercussões, o mesmo acontece caso decida não fazer parte deste projeto.
- As entrevistas serão gravadas em formato áudio. Após a transcrição das respostas estas serão analisadas de forma anónima, não identificando em momento algum os participantes do estudo. No final, os registos áudios serão apagados.

Nota: Se tiver alguma questão relativa à natureza deste projeto que deseje ver esclarecida, contate o e-mail: marianaramos.tf@gmail.com ou 34056@ufp.edu.pt

Obrigada pelo seu interesse neste projeto.

A investigadora responsável,

Mariana Ramos

Anexo XI. Consentimento Informado para os participantes maiores de idade, nomeadamente, mães, EI e TF.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

*Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1988; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)*

Designação do Estudo (em português):

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente ou voluntário são) -----

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos e, se ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método ou o tratamento, se for caso disso, propostos pelo investigador.

Data: ____/____/200__

Assinatura do doente ou voluntário são: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:

Anexo XII. Consentimento Informado dirigido aos responsáveis legais das crianças que participaram neste estudo.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Estudo (em português):

.....
.....

Eu, abaixo-assinado, (nome completo)

Responsável pelo participante no projecto (nome completo)

....., compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que será incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos e, se ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a sua participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Por isso, consinto que lhe seja aplicado o método ou o tratamento, se for caso disso, propostos pelo investigador.

Data: ____ / ____ / 200__

Assinatura do Responsável pelo participante no projecto: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:

Anexo XIII. Autorização da gravação em formato áudio dos participantes maiores de idade.

Solicitação da Autorização da Gravação Áudio

No domínio da vigente investigação, solicita-se a autorização da gravação áudio da entrevista do participante.

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) _____

autorizo a gravação em formato áudio da entrevista.

A gravação tem como singular propósito tornar a entrevista o mais espontânea possível, com o mínimo de interrupções. É de total importância que esta seja contínua para que a recolha de informação seja o mais fidedigna possível.

Por fim, comunica-se, que após a análise e transcrição das respostas, a gravação será destruída.

Data ___/_____/20___

Assinatura do doente ou voluntário são: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:

Anexo XIV. Autorização da gravação em formato áudio dirigida aos responsáveis legais das crianças que participaram neste estudo.

Solicitação da Autorização da Gravação Áudio

No domínio da vigente investigação, solicita-se a autorização da gravação áudio da entrevista do participante.

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) _____
_____,
responsável pelo participante no projeto (nome completo) _____
_____,
autorizo a gravação em formato áudio da entrevista.

A gravação tem como singular propósito tornar a entrevista o mais espontânea possível, com o mínimo de interrupções. É de total importância que esta seja contínua para que a recolha de informação seja o mais fidedigna possível.

Por fim, comunica-se, que após a análise e transcrição das respostas, a gravação será destruída.

Data ___/_____/20___

Assinatura do Responsável pelo participante no projeto: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura: