

Alexandra Manuela Carvalho Oliveira

Práticas centradas na família, intervenção mediada por pais e teleprática: Perceção do  
terapeuta da fala



Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa

Porto, 2021



Alexandra Manuela Carvalho Oliveira

Práticas centradas na família, intervenção mediada por pais e teleprática: Perceção do  
terapeuta da fala



Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa

Porto, 2021

Alexandra Manuela Carvalho Oliveira

Práticas centradas na família, intervenção mediada por pais e teleprática: Perceção do  
terapeuta da fala

Trabalho apresentado à Escola Superior de  
Saúde Fernando Pessoa como parte de  
requisitos para obtenção do grau de licenciada  
em Terapêutica da Fala.

Alexandra Manuela Carvalho Oliveira

**(Alexandra Manuela Carvalho Oliveira)**

## **Resumo**

Cada vez mais se reconhece o papel dos cuidadores no desenvolvimento de competências das crianças, visto que eles estão presentes nos seus contextos naturais. A prática centrada nas famílias engloba a intervenção mediada por pais, na qual lhes permite uma participação mais ativa. Atualmente, com os serviços à distância é importante compreender se os terapeutas da fala recorrem a estas práticas.

Deste modo, foi elaborado um questionário online como instrumento de recolha de dados, com o objetivo de caracterizar a prática dos terapeutas da fala e relacioná-la com a implementação das práticas centradas na família. Para a concretização deste formularam-se objetivos com base no grau de frequência na adoção destas práticas, bem como na identificação de benefícios e desvantagens destas para os terapeutas da fala. A amostra é constituída por 65 terapeutas da fala. Após uma análise descrita dos dados quantitativos e uma análise de conteúdo das respostas abertas, verificou-se que, primeiramente os anos de experiência estão compreendidos entre 1 e 36 anos. A maioria dos inquiridos (94%) aplica nas suas intervenções PCF, contudo mais de metade (58%) não recorre a intervenções mediadas por pais, contudo a maioria dos inquiridos implementa na sua prática profissional o uso da modalidade de teleprática (91%). Concluiu-se ainda que existe alguma ambiguidade, por parte dos TF's, relativamente ao modo de intervenção destas práticas. Registaram-se ainda vantagens e desvantagens à implementação destas práticas.

Palavras-chave: Práticas Centradas na Família; Intervenção mediada por pais; terapia da fala; teleprática

## **Abstract**

Caregivers' role in the development of children's skills is increasingly recognized, as they are present in their natural contexts. The family-centered practices (FCP) engages the mediated parent intervention, in which they have a more active participation. Nowadays, with distance services, it is important to understand if speech therapists use these kinds of practices.

Thus, an online questionnaire has been done as an instrument of data collector, with the purpose of characterizing the speech therapists in these three concepts. To its concretion, objectives have been formulated based on rates of frequency in the adoption of its practice, as in identifying the advantages and disadvantages of them for speech therapists. The sample is constituted by 65 speech therapists. After a described quantitative data analysis and an opened content answer analysis, it was verified that the experience years are between 1 and 36. The majority of the inquired (94%) refer that they apply in their interventions FCP, however more than half (58%) does not resort to parent mediated interventions. On the other hand, concerning to telepractice the majority of the respondents (91%) use this genre in their professional practice. It has also been concluded that there is some ambiguity from ST's, in the way of intervention of these practices. It was also registered advantages and disadvantages of its implementation.

**Keywords:** Family-Centered Practices; Parent-Mediated Intervention; Speech Therapy; Telepractice.

## Dedicatória

À minha querida,

Avó Ana

## **Agradecimentos**

No final deste percurso acadêmico, não poderia deixar de dirigir os meus sinceros agradecimentos a todas as pessoas que fizeram parte de uma das etapas mais importantes da minha vida e que de alguma forma, contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional

À minha orientadora, Mestre Vânia Peixoto, queria agradecer pela forma que sempre me recebeu, incentivou e apoiou ao longo desta licenciatura e, principalmente, durante a realização deste projeto. Obrigada por todas as palavras de apoio na hora certa, pelos sorrisos, pela compreensão, por todo o conhecimento, ensinamentos e dedicação.

Aos professores que me acompanharam durante o meu percurso acadêmico, com especial realce às professoras Rita Alegria, Fátima Maia, Daniela Vieira, Joana Rocha e Eva Antunes, por todo o conhecimento, dedicação e inspiração.

Um agradecimento especial, aos pilares da minha vida, aos responsáveis pelo meu crescimento, os meus pais. Quero agradecer-lhes pelo apoio incondicional nesta e noutras fases da minha vida, pela força, incentivo, bem como pelas palavras de conforto que sempre me transmitiram. Obrigada por sempre acreditarem em mim, por vezes mais do que eu própria. Nada disto seria possível sem a vossa dedicação e amor incondicional.

À minha família por me apoiar em todos os momentos e pelo incentivo na batalha pelos meus objetivos. Obrigada por fazerem de tudo para me arrancar um sorriso, nos momentos mais difíceis.

Aos meus amigos por todo o apoio, companheirismo, amizade, conversas motivadoras em horas delicadas e por compreenderem todas as minhas ausências. Um agradecimento especial à Bárbara, à Joana, à Rita e à Mariana por estarem comigo nos momentos de maior pressão, por nunca me falharem, dando-me toda a ajuda e apoio nesta etapa crucial.

A todos os Terapeutas da Fala que aceitaram participar neste estudo.

# Índice

<b>Resumo</b> .....	V
<b>Abstract</b> .....	VI
<b>Dedicatória</b> .....	VII
<b>Agradecimentos</b> .....	VIII
<b>Introdução</b> .....	2
<b>I. Enquadramento teórico</b> .....	4
<b>1.1. Intervenção Precoce</b> .....	4
<b>1.1.1. Intervenção precoce em Portugal</b> .....	7
<b>1.1.2. O Terapeuta da fala na equipa de intervenção precoce</b> .....	9
<b>1.2. Práticas Centradas na Família</b> .....	11
<b>1.3. Intervenção mediada por pais</b> .....	16
<b>1.4. Teleprática</b> .....	20
<b>II. Metodologia</b> .....	24
<b>2.1. Desenho de Investigação</b> .....	24
<b>2.1.1. Objetos de Estudo e Questões de Investigação</b> .....	24
<b>2.1.2. Definição da Amostra do Estudo</b> .....	25
<b>2.1.3. Instrumento de Recolha de dados</b> .....	25
<b>2.2. Recolha de dados e procedimentos</b> .....	27
<b>2.3. Métodos de análise e tratamentos de dados</b> .....	27
<b>III. Apresentação de resultados</b> .....	28

<b>3.1. Discussão de resultados</b> .....	49
<b>Conclusão</b> .....	56
<b>Referências bibliográficas</b> .....	58
<b>Anexos</b> .....	65

## **Índice de Gráficos**

Gráfico 1 - Anos de experiência .....	29
Gráfico 2 - Habilitações Académicas .....	29
Gráfico 3 - Locais onde exerce ou exerceu funções .....	30
Gráfico 4 - Faixas etárias com que exerce funções .....	30
Gráfico 5 - Distribuição das áreas de intervenção .....	31
Gráfico 6 - Implementação das práticas centradas na família .....	31
Gráfico 7 - Áreas de intervenção nas práticas centradas na família .....	32
Gráfico 8 - Prática centrada na família- percepção do TF.....	33
Gráfico 9 - Modelos de trabalho de equipa .....	33
Gráfico 10 - Necessidades da família e da educadora .....	34
Gráfico 11 - Postura adotada pelo TF.....	35
Gráfico 12 - Elaboração do plano de intervenção em equipa.....	35
Gráfico 13 - Outros profissionais envolvidos na elaboração do plano de intervenção ..	36
Gráfico 14 - Participação da família.....	36
Gráfico 15 - Oportunidades e objetivos das PCF .....	37
Gráfico 16 - Implementação da intervenção mediada por pais .....	37

Gráfico 17 - Áreas de atuação na intervenção mediada por pais.....	38
Gráfico 18 - Estratégias utilizadas.....	39
Gráfico 19 - Oportunidades e estratégias .....	40
Gráfico 20 - Estratégias a usar.....	40
Gráfico 21 - Intervenção mediada por pais e componentes da linguagem.....	41
Gráfico 22 - Aumento de comportamentos facilitadores e autoavaliação.....	42
Gráfico 23 - Implementação da Teleprática .....	42
Gráfico 24 - Teleprática na intervenção mediada por pais.....	43
Gráfico 25 - Uso da teleprática após a Pandemia.....	43

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1- Benefícios da implementação de práticas centrada na família.....	44
Tabela 2- Desvantagens da implementação de práticas centrada na família.....	45
Tabela 3- Critérios na implementação de uma intervenção mediada por pais .....	45
Tabela 4- Benefícios da intervenção mediada por pais .....	46
Tabela 5- Desvantagens da intervenção mediada por pais .....	47
Tabela 6- Benefícios da implementação da teleprática .....	47
Tabela 7- Desvantagens da implementação da teleprática .....	48

## **Lista de abreviaturas**

IP- Intervenção Precoce

NE- Necessidades especiais

IPI- Intervenção Precoce na Infância

SNIPI- Sistema Nacional da Intervenção Precoce na Infância

ELI- Equipa Local de Intervenção (Precoce)

TF- Terapeuta da Fala

PCF- Práticas Centradas na Família

EBR- Entrevista Baseada nas Rotinas

PEA- Perturbação do Espectro do Autismo

## **Introdução**

Atualmente, a sociedade verifica que a família constitui o principal alicerce do ser humano, visto que, é um dos principais contextos de desenvolvimento da criança (Caldeira *et al.*, 2017). Indo ao encontro deste paradigma, a intervenção junto de crianças com necessidades especiais tem evoluído no sentido de sublinhar o papel nuclear dos cuidadores na vida das crianças. Neste sentido, importa abordar conceitos como práticas centradas na família, intervenção mediada por pais e teleprática.

As práticas centradas na família focam uma intervenção que visa dotar as famílias de competências para responder às necessidades da criança (Samadi e Mahmoodizadeh, 2013). Ao longo da intervenção junto da criança com necessidades especiais tem-se verificado a necessidade de promover a participação ativa por parte dos pais, assim como a liderança dos mesmos durante este processo. Para a concretização desta intervenção, é fundamental que os terapeutas da fala promovam a aprendizagem quer das crianças quer dos cuidadores (Woods, *et al.*, 2011). As intervenções mediadas por pais consistem em ensinar os cuidadores a implementar estratégias que promovam o desenvolvimento da criança. Deste modo, será explicado aos pais as melhores estratégias a utilizarem, para promover o desenvolvimento dos seus filhos (Woods, *et al.*, 2011).

Nos dias de hoje, a telessaúde é uma prática tangível na área da saúde, que dispõem de serviços à distância através do recurso a plataformas digitais (Mendes *et al.*, 2020). Na terapia da fala foi adotado o termo de “teleprática” em vez de “telessaúde”, pela American Speech-Language-Hearing Association (ASHA, 2020).

Atualmente, na fase pandémica a que todos estamos expostos com frequentes períodos de isolamento, importa compreender até que ponto os terapeutas da fala recorrem a este tipo de práticas na intervenção, com crianças com problemas de linguagem.

Atendendo a todos os aspetos mencionados anteriormente e devido ao interesse da autora no tema, desenvolveu-se este projeto de graduação como requisito para obtenção do grau de Licenciatura em Terapêutica da Fala, da Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa. O projeto intitulado de “Práticas centradas na família, intervenção mediada por pais e teleprática: Percepção do terapeuta da fala” apresenta como instrumento de recolha de dados um questionário, que visa caracterizar a prática dos terapeutas da fala relacionada com a implementação das práticas centradas na família. Os objetivos deste estudo são os seguintes: (1) identificar a frequência com que os terapeutas da fala adotam a abordagem

das práticas centradas na família, (2) identificar a frequência com que os terapeutas da fala adotam a intervenção mediada por pais, (3) identificar a frequência com que os terapeutas da fala adotam a teleprática, (4) identificar a frequência com que os terapeutas da fala adotam a teleprática na intervenção mediada por pais, (5) identificar os benefícios referidos pelos terapeutas da fala acerca da implementação das práticas centradas na família, (6) identificar as desvantagens referidas pelos terapeutas da fala acerca da implementação das práticas centradas na família, (7) identificar os benefícios referidos pelos terapeutas da fala acerca da implementação da intervenção mediada por pais, (8) identificar as desvantagens referidas pelos terapeutas da fala acerca da implementação da intervenção mediada por pais, (9) identificar os benefícios referidos pelos terapeutas da fala acerca da implementação da teleprática, (10) identificar as desvantagens referidas pelos terapeutas da fala acerca da implementação da teleprática.

O referido estudo encontra-se dividido por capítulos. O capítulo I está relacionado com o enquadramento teórico, no qual estão patentes os conceitos relacionados com a intervenção precoce, a Intervenção Precoce em Portugal, o papel do Terapeuta da Fala na equipa de intervenção precoce, práticas centradas na família, a intervenção mediada por pais e a teleprática.

O capítulo II refere-se à metodologia de investigação, na qual estão incluídos os objetivos, o instrumento utilizado para a recolha de dados, a caracterização da amostra, as variáveis, os procedimentos e a análise e tratamento dos dados. Já o capítulo III remete para a apresentação de resultados obtidos com o estudo. Seguidamente, o capítulo IV com a devida discussão destes e, posteriormente uma conclusão sobre a investigação. Por último, seguem-se as referências bibliográficas e os anexos.

## I. Enquadramento teórico

### 1.1. Intervenção Precoce

O conceito de Intervenção Precoce (IP), desenvolveu-se nos anos 60, nos EUA, considerado assim o país pioneiro das práticas e das ideologias concetuais nesta área (McWilliam *et al.*, 2003; Serrano, 2007). Este conceito surge com base no interesse, quer de profissionais, quer de pais e ainda políticos, na educação e no bem-estar de crianças com necessidades especiais (NE). Concomitantemente com esta mudança de atitude, por parte da população surgem os modelos compensatórios, de modo a promover o ensino de crianças consideradas em risco, do ponto de vista ambiental (Serrano, 2007). Os primeiros programas de IP, surgem nesta época e mantinham como princípio de intervenção, exclusivamente, com a criança, sem focar os contextos na qual a mesma estava inserida. Estavam integradas duas formas de terapia, nestes programas, a terapêutica e a compensatória (Cruz *et al.*, 2003).

Primeiramente, são enaltecidas as dimensões sócio-emocionais, permitindo apenas que os adultos e assim como os contextos sejam facilitadores para auxiliar a criança em determinados momentos. Estes programas, de perspetiva psicodinâmica, direcionam-se para a criança e seguidamente aos adultos, no intuito de os apoiar. A terapia compensatória, como o nome indica, rege-se por programas de natureza educacional compensatória, como por exemplo o programa *Head Start* (Shonkoff, e Meisels, 2000). Este programa visava apoiar às áreas de saúde e social, bem como promover o envolvimento familiar, quer de crianças socialmente desfavorecidas, quer de crianças com défices, em idade pré-escolar. Encontrava-se incorporado no *Economic Opportunity Act*, de 1964 (PL 88-452), e visava uma abordagem multidisciplinar (Bairrão e Almeida, 2003, Correia e Serrano, 2010, Serrano, 2007).

Posteriormente nos anos 70, surgem programas de IP, nos quais os pais eram instruídos pelos profissionais, *os experts*, de modo a promover a interação entre ambos, no intuito de estimular o desenvolvimento da criança. Esta instrução era exequível através do ensino de estratégias promotoras do desenvolvimento (Shonkoff e Meisels, 2000). O surgimento das teorias sistémicas, na década de setenta, veio ressaltar a importância de uma abordagem centrada na família. A lei pública americana (P.L.) 94-142, a *Education for All Handicapped Children Act* (EAHCA), em 1975, valida o ensino público e gratuito, para todas as crianças com NE, adequado às suas necessidades (Pereira e Serrano, 2010).

A intervenção precoce, durante esta década, sofreu grandes alterações, que consistem na modificação do método de trabalho dos profissionais, que inicialmente se centrava na criança e posteriormente na família. Mediante este movimento revolucionário, o papel atribuído aos pais, de espetadores passivos, sofreu alterações transitando estes para um papel ativo. Apesar de tudo, a família continuava a não ser o ponto central dos serviços de IP (Serrano, 2007).

Contudo os serviços para crianças em idade pré-escolar com NE e suas famílias, apenas surgiu na década de 80, nos EUA, com a *Education of the Handicapped Act Amendments* (P.L. 99-457). Considera-se relevante destacar que esta legislação, constituiu um marco legislativo histórico, no que se refere ao percurso e à investigação na intervenção precoce pois marca a transição entre o modelo de intervenção de 1ª geração e o modelo de 2ª geração (Pereira e Serrano, 2010). Segundo Serrano (2007), após a aprovação da Lei Pública de 99-457, encontrou-se reconhecido o papel dos pais, do ponto de vista legal. A aprovação desta lei permitiu um aumento na área de investigação e veio assim ressaltar a importância de uma abordagem centrada na família (Dunst, 2002). Surge uma nova definição de IP, por Dunst (1985) na qual evidencia o importante papel que a família desempenha, nos primeiros anos de vida da criança bem como as redes de apoio da família, quer formais, quer informais. A intervenção precoce rege-se assim por uma prestação de serviços a estas famílias, promovendo assim competências, bem como a autoconfiança da mesma, durante todo o processo de desenvolvimento das crianças.

Aprimorando as práticas centradas na família, nos anos 90, o envolvimento parental é considerado como uma premissa necessária para a conquista de resultados, sendo fulcral a cooperação entre os profissionais e a família e ainda o realce necessário aos recursos desta e da comunidade (Dunst, 2000).

Contudo, os alicerces da abordagem de Intervenção Precoce são modelos teóricos aplicativos do desenvolvimento humano, que promoveram a organização de programas e os serviços de apoio alusivos ao desenvolvimento das crianças, nomeadamente (Serrano e Correia, 2000): o *Modelo Transacional de Sameroff e Chandler* (Sameroff & Chandler, 1975) e o *Modelo de Ecologia do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner* (Bronfenbrenner, 1979).

Sameroff e Chandler idealizaram o Modelo Transacional, pois acreditavam que o desenvolvimento da criança, não tinha por base apenas os fatores biológicos e ambientais, pois ambos variam em função do tempo. Tinham em consideração que a criança altera o

seu ambiente, assim como é influenciada pelo mesmo, e é então incorporado o termo transação, tendo por base que este é um processo de interação dinâmica bidirecional, entre o meio e a criança, ao longo do tempo. Este modelo apresenta grande impacto na IP, visto que justificava intervenções em conjunto com as famílias e as crianças, fundamentando assim que este elemento é crucial para a criança, bem como o ambiente em que esta está inserida (Shonkoff e Meisels, 2000; Serrano, 2007).

De acordo com o Modelo da Ecologia do Desenvolvimento Humano, as crianças são seres dinâmicos, que se encontram num processo de constante crescimento. Segundo Bronfenbrenner (1979 *cit. in* Serrano, 2007), os diversificados contextos ou sistemas ecológicos onde estão inseridas reestruturam-se, pois estão interligados uns com os outros. Os contextos ecológicos são designados por microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema. Estes sistemas regem-se por uma interdependência dinâmica, visto que qualquer ação num dos sistemas, influencia e reflete-se num outro (Serrano, 2007; Correia e Serrano, 2000; Ferro, 2012). Os microssistemas destinam-se ao ambiente no qual a criança está inserida, promovendo as relações interpessoais, bem como as atividades e os papéis de cada um dos intervenientes. O contexto familiar e o contexto escolar estão incluídos neste sistema por estabelecerem relações entre os pais e a criança, bem como entre outros adultos e/ou parceiros regulares e a criança, respetivamente. As interações que ocorrem entre dois ou mais contextos constituem um mesossistema, ou seja, relações que ocorrem entre múltiplos microssistemas. Tal pode incorporar as interações entre o ambiente familiar e um programa de ação social, vizinhos e serviços comunitários. Por sua vez, o exossistema incorpora ambientes nos quais a criança não se envolve diretamente, mas que terá repercussões no desenvolvimento da mesma, como por exemplo o local de trabalho dos pais. Assim sendo, é possível concluir que os acontecimentos referentes a este subsistema abalam outros, tendo em consideração as transações recíprocas. Por último, o macrossistema agrega um conjunto de valores e crenças culturais da sociedade, na qual a criança se desenvolve. Como todos os outros subsistemas, este também apresenta, de igual modo, consequências impactantes nos outros níveis (Serrano, 2007; Correia e Serrano, 2000). Este modelo parte do pressuposto que devemos olhar a criança como “um todo”, visto que os contextos nos quais esta se insere, apesar de por vezes não se envolver, podem afetar o desenvolvimento da mesma (Portugal, 1992 *cit. in* Sousa, 2011).

Importa ainda salientar o contributo fundamental do modelo desenvolvimental de Guralnick (2005 *cit. in* Underwood, 2012) na IP, para crianças vulneráveis. Este modelo refere a extrema importância de um programa de IP. O mesmo deve-se centrar para além da criança, permitindo desta forma trabalhar numa perspetiva sistémica. Esta perspetiva apresenta como objetivo primordial o envolvimento da família na comunidade, em articulação com todos os serviços e apoios (Underwood, 2012). Guralnick (2008 *cit. in* Maia, 2012) congregou 10 princípios, apresentando-os na reunião à data do consenso internacional com objetivo de orientar os programas de IP, tendo em consideração a diversidade de culturas, políticas e o compromisso social relacionado com as crianças e as suas respetivas famílias. Os princípios são os seguintes (Guralnick, 2008 *cit. in* Maia, 2012, pág.39):

- 1- *O enquadramento desenvolvimental está na base de todas as componentes do sistema de intervenção precoce e centra-se nas famílias;*
- 2- *A integração e coordenação são essenciais em todos os níveis do sistema de intervenção precoce;*
- 3- *A inclusão e a participação das crianças e das famílias nas atividades e programas comunitários típicos são maximizadas;*
- 4- *A presença de uma deteção precoce e de procedimentos de identificação;*
- 5- *A vigilância e a monitorização constituem partes integrais do sistema;*
- 6- *Todas as partes do sistema são individualizadas;*
- 7- *Uma forte avaliação e processo de feedback são evidentes;*
- 8- *As verdadeiras parcerias com as famílias não podem ocorrer sem que haja sensibilidade às diferenças culturais e uma compreensão das suas implicações desenvolvimentais;*
- 9- *As recomendações às famílias e as práticas devem ser baseadas na evidência;*
- 10- *É mantida uma perspetiva sistémica, com reconhecimento das interrelações existentes entre todas as componentes.*

### **1.1.1. Intervenção precoce em Portugal**

Com base no modelo criado nos EUA, a Intervenção Precoce na Infância (IPI), surgiu em Portugal nos anos 80 (Serrano, 2007). De maneira a regulamentar a mesma e criar condições de desenvolvimento para as crianças entre os 0 e os 6 anos, o Decreto-lei nº 281/2009 de 6 de outubro, cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). Este sistema de apoio enfatiza o envolvimento da família, bem como da

comunidade, de modo integrado promovendo a responsabilização e a articulação dos 3 ministérios relacionados com a infância (Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação) (Decreto-lei nº 281/2009, artigo 1 e 2). Apresenta como principal objetivo, promover o desenvolvimento de crianças “(...) com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas atividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento” (Decreto-lei nº 281/2009, artigo 1). Além da regulamentação, este decreto define determinados conceitos, de modo a uniformizar, nomeadamente o conceito de IPI, bem como o risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo e ainda risco grave de atraso de desenvolvimento. A IPI é definida como “o conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social”. *O risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo* remetem para “(...) qualquer risco de alteração, ou alteração, que limite o normal desenvolvimento da criança e a sua participação, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios, consoante a idade e o contexto social”. Já o *risco grave de atraso de desenvolvimento* consiste na “verificação de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança”. (Decreto-lei nº 281/2009, artigo 3).

Segundo o artigo 4, do Decreto-lei nº 281/2009 os objetivos do SNIPI são:

- 1- *“Assegurar às crianças a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, através de ações de IPI em todo o território nacional;*
- 2- *Detetar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento;*
- 3- *Intervir, após a deteção e sinalização nos termos da alínea anterior, em função das necessidades do contexto familiar de cada criança elegível, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento;*
- 4- *Apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação;*
- 5- *Envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social.”*

O SNIPI promove, a nível municipal, atividades ao abrigo das Equipas Locais de Intervenção (ELI). Estas equipas apresentam determinadas funções, tais como

compreender quais as crianças ou famílias que necessitam de acompanhamento do SNIPI e fornecer apoio, bem como zelar pelas necessidades de outras crianças que apresentam fatores de risco. Mantém sob vigilância crianças que necessitam de apoio social e permitem realizar um encaminhamento e para situações que demonstrem preocupação é necessário acompanhar a evolução. Perante o diagnóstico médico, é responsabilidade da ELI elaborar e colocar em prática o Plano individual da intervenção precoce (PIIP). Este é um plano escrito, que resulta de uma avaliação com a família e a criança, bem como da recolha de informação relativamente às necessidades da família aos apoios e recursos necessários. O mesmo deverá acompanhar a criança durante o processo escolar. Compete à ELI, identificar as necessidades da população e ainda promover o apoio social junto das famílias através de redes informais e formais, bem como trabalhar em conjunto com os recursos/agentes/serviços de comunidade, como por exemplo as comissões de proteção de crianças e jovens (Serrano, 2007).

### **1.1.2. O Terapeuta da fala na equipa de intervenção precoce**

O processo de evolução das equipas de intervenção precoce, constituídas por profissionais, pressupõe um conceito de colaboração, com uma visão comum (Ebersohn *et al.*, 2007). Uma vasta área de intervenções, necessita de uma organização a nível da equipa propriamente dita, deste modo surgem três modelos distintos, o multidisciplinar, o interdisciplinar e o transdisciplinar (Caldeira *et al.*, 2017). Primeiramente, no modelo multidisciplinar os profissionais, de diversas valências de intervenção, apesar de prestarem serviços num mesmo espaço, o trabalho com a criança é realizado de forma independente. Cada elemento da equipa tem a sua área de especialidade, desta forma cada um realiza a sua avaliação e consecutivamente elabora um plano de intervenção, na sua área, não permitindo assim que ocorra cruzamento de informações entre os restantes membros da equipa (Ebersohn *et al.*, 2007 e Franco 2007). Os membros da equipa multidisciplinar podem ser psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros, médicos, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, educadores, professores e ainda assistentes sociais (Tang, 2011). Uma intervenção baseada num modelo multidisciplinar, segundo McWilliam (2010 *cit. in* Caldeira *et al.*, 2017) dificulta uma comunicação entre os profissionais, o que acarreta consequências, como por exemplo diversas intervenções em determinada dificuldade (Caldeira *et al.*, 2017). Na equipa interdisciplinar, os elementos da equipa trabalham em articulação, contudo cada um intervêm apenas na sua especialidade, com base num plano traçado, em conjunto. Este modelo de intervenção

permite que ocorra troca de informações entre os profissionais (Ebersohn *et al.*, 2007 e Franco, 2007). É realizada uma avaliação, por cada um dos profissionais envolvidos, seguidamente procede-se ao delineamento de um plano de intervenção, tendo em conta as diversas opiniões (Franco, 2007).

O modelo transdisciplinar considera a família um elemento-chave, no decorrer do processo de intervenção. Os profissionais além de trabalharem em parceria, partilham informações, teorias e conceitos entre si, de modo a elaborarem um plano de intervenção, que vá de encontro às necessidades da criança e da família. Desde o primeiro momento, a avaliação, que a família está presente e participa de forma ativa, com os restantes elementos da equipa (Linder, 1993, Ebersohn *et al.*, 2007 e Franco, 2007). Contrariamente aos modelos anteriormente expostos, este rege-se por diversos objetivos, primeiramente pela deteção e sinalização de casos, de seguida a avaliação, a participação das famílias durante todo o processo, a responsabilidade partilhada pela intervenção, ou seja toda a equipa responsabiliza-se, o planeamento da intervenção, o delineamento de programas de intervenção, os pressupostos de funcionamento da equipa, a constante aprendizagem para os profissionais da equipa e por último as implicações organizacionais, ou seja articular qual o profissional que deverá assumir o caso (Franco, 2007). A equipa transdisciplinar proporciona uma visão global do acompanhamento da criança, que apesar de composta por diversos profissionais apenas um articula informação com a família e os restantes elementos, de forma regular, este profissional denomina-se de mediador de caso (Cartmill *et al.*, 2011). Este modelo de intervenção é eleito a melhor prática, em termos de trabalho de equipa, no âmbito da intervenção precoce segundo alguns investigadores (Maia, 2020a).

O terapeuta da fala, ao longo do tempo, foi integrando as equipas de IP. Do ponto de vista legal, primeiramente, através da Portaria nº1102/97 de 3 de novembro, nesta fase existia a possibilidade de criar equipas, na qual os terapeutas poderiam estar inseridos, mas não se encontra referido qual o papel deste. Mais tarde, no Despacho Conjunto nº 891/99, apesar de não dar referência explícita ao TF realça a importância dos terapeutas fazerem parte das equipas multidisciplinares. Posteriormente, a Portaria nº 293/2013, de 26 de setembro, reforça que o terapeuta, com o objetivo de promover o desenvolvimento das crianças, bem como o da família, nos diversos contextos, deverá recorrer a abordagens terapêuticas específicas.

Segundo a ASHA (s.d) o papel do Terapeuta da Fala nos Serviços de Intervenção Precoce refere-se à prevenção, à avaliação e de seguida ao delineamento de um plano de intervenção na qual devem estar incluídos os objetivos e as metodologias de intervenção. É da responsabilidade do TF monitorizar toda a sua intervenção, bem como realizar consultorias com a família e com os restantes membros da equipa. Deverá ainda participar nos planos de transição, de modo a promover uma mudança o mais harmoniosa possível. É extremamente importante que se mantenha informado sobre a prática baseada na evidência. De acordo com a SPTF (2020 *cit. in* Maia, 2020b), os pais com os recursos e apoios necessários podem promover o desenvolvimento e a aprendizagem de novas competências dos seus filhos. Assim, no âmbito da IP, o principal papel do terapeuta da fala é o de apoiar as famílias (Maia, 2020b).

## **1.2. Práticas Centradas na Família**

Os impulsionadores do desenvolvimento das crianças são as suas famílias, pois estas estão presentes no seu dia-a-dia e no seu contexto, deste modo considera-se que a mesma é um elemento fundamental no processo de intervenção (Caldeira *et al.*, 2017). Segundo McWilliam (2003) é importante olhar a criança como um todo, visto que o contexto onde se insere irá ter repercussões no seu bem-estar e desenvolvimento. Ao longo dos tempos, verificou-se a importância da família participar ativamente no processo de intervenção, decorrendo desta forma uma nova abordagem de intervenção, as práticas centradas na família (Pimentel, 2003). As PCF surgem da teoria ecológica de Bronfenbrenner (1979) e do modelo de Sameroff (1975) que reconhecem que os contextos na qual a criança se insere e é inserida se interrelacionam, deste modo é reconhecido o papel da família no desenvolvimento. Esta prática apresenta como principal objetivo dotar as famílias, que são consideradas como um pilar no processo de intervenção, de competências que vão de encontro as necessidades da criança e da sua família, assim como mantém em consideração as expectativas da mesma (Samadi e Mahmoodizadeh, 2013 e ASHA, s.d). Nesta abordagem, o modelo de equipa considerado mais adequado é o transdisciplinar. Este modelo possibilita uma visão holística da criança e da sua família, por parte de todos os profissionais envolvidos e deste modo colmatar as necessidades vivenciadas (King *et al.*, 2009).

Como mencionado anteriormente, a Abordagem Centrada na Família apresenta como foco principal o envolvimento da família a diversos níveis, desde o decorrer da avaliação,

bem como da intervenção. Assim, é importante realçar que a família é um parceiro ativo e que ajuda a determinar em que medida se esta a utilizar esta abordagem (Espe-Sherwindt, 2008).

Dunst *et al.* (1991) refere que existem 4 modelos de intervenção orientados para a família, deste modo é importante verificar as diferenças fase ao paradigma atual, entre as intervenções centradas e as orientadas para a família.

- *Modelos Centrados no Profissional:* o profissional é considerado um “*expert*” e deste modo define as necessidades das crianças e das famílias. Apenas este intervém no processo, as famílias não são elementos ativos na intervenção.
- *Modelos Aliados à Família:* as famílias só se envolvem no processo quando os profissionais consideram a sua intervenção benéfica, para o desenvolvimento da criança, mas sempre sobre orientação dos mesmos.
- *Modelos Focados na Família:* durante todo o processo os profissionais colaboram com as famílias, de modo a orientá-los e sempre que possível aconselhá-los relativamente às opções apresentadas, para que vá de encontro as necessidades destes e das crianças.
- *Modelos Centrados na Família:* neste modelo a família apresenta um papel ativo durante o processo. Assim sendo, as famílias e os profissionais envolvidos são designados como parceiros. Os profissionais identificam as necessidades e os desejos das famílias e decidem quais os recursos necessários para as mesmas. As intervenções regem-se pelos princípios centrados na família.

Esta prática rege-se por princípios, que devem estar presentes durante todo o processo interventivo. Segundo Brotherson (2008 *cit. in* Maia, 2020a) é extremamente importante que na relação entre os profissionais e a família exista uma relação/comunicação harmoniosa, com base na confiança e na honestidade de ambos. Além da co-responsabilidade das famílias nestes serviços, bem como detentoras da decisão final, estas são consideradas um elemento ativo. É efetuado um trabalho com base no reconhecimento das preocupações das famílias, no que concerne a recursos, expectativas e desejos, bem como nos serviços que vão de encontro às necessidades e ainda a identificação dos pontos fortes da família e da criança. De modo a colmatar estas necessidades e preocupações é efetuado um trabalho entre profissionais de diversas valências, na qual deverá ser

fornecido um plano de prestação de serviços individualizado. Um dos princípios remete para o reconhecimento e aceitação, por parte dos profissionais, no que concerne ao modo de vida de cada família, relativamente à cultura, às crenças bem como às atitudes das famílias (Maia, 2020a).

A prática centrada na família apresenta alguns conceitos associados, que servem como pilar no que concerne à intervenção junto das famílias, nomeadamente os conceitos de corresponsabilidade e de capacitação (Serrano, 2007). O conceito de corresponsabilidade das famílias, implica que estas apresentem um papel decisivo relativamente ao processo, com base no auxílio prestado pelos profissionais, para que se tornem cada vez mais capazes de se envolverem. A capacitação permite que se desenvolvam oportunidades para as famílias e ao mesmo tempo promove as suas competências parentais e em consequência permite o aumento da sua confiança (autoeficácia) (Dunst *et al.*, 2014; Woods e Brown, 2011).

Segundo Dunst *et al.* (2006), o ambiente na qual a criança está inserida permite-lhe, através de contextos significativos, vivenciar experiências e oportunidades e deste modo criar uma aprendizagem natural, no seu dia-a-dia. Autores como Dunst e Bruder (1999 cit. in Dunst *et al.*, 2006), mencionam que a maioria das fontes de oportunidade de aprendizagem se desenvolvem, em contexto familiar ou comunitário, pois estes proporcionam novas experiências às crianças. Estes momentos que ocorrem no dia-a-dia da criança, ou seja, fazem parte da sua rotina, permitem a participação da mesma durante as interações, por exemplo durante o banho, as refeições, entre outras (Dunst *et al.*, 2006; Caldeira *et al.*, 2017).

Segundo Woods e Brown (2011), é importante os pais compreenderem como é que os seus filhos aprendem e deste modo proporcionar oportunidades promotoras para a aquisição de novas competências. De maneira a auxiliar as famílias, os profissionais deverão delinear em conjunto com a mesma um plano de intervenção que vá de encontro às necessidades, desejos e expectativas das mesmas (Woods e Brown, 2011). De acordo com a literatura, a Entrevista Baseada nas Rotinas (EBR), define-se como um instrumento centrado na família, com evidência prática, na recolha de informação e formulação de objetivos funcionais (McWilliam, 2012). A EBR define-se como uma entrevista semiestruturada, entre o profissional e os pais e apresenta como objetivo avaliar o desenvolvimento da criança, compreendendo primeiramente as suas rotinas e o

funcionamento familiar. Durante este processo é importante que seja estabelecida uma boa relação entre os profissionais e a família (McWilliam, 2009).

Através de uma recolha de informação relativamente aos pontos fortes é possível realizar uma intervenção, com base nas rotinas. A intervenção com base nos interesses das crianças resulta num aumento da sua participação e um maior envolvimento das famílias (Raab e Dunst, 2006). Atividades desenvolvidas diariamente, no contexto das crianças são consideradas uma fonte de oportunidade de aprendizagem e deste modo orientam o Modelo das Práticas Contextualmente Mediadas (Dunst *et al.*, 2006; Raab e Dunst, 2006). Segundo Raab e Dunst (2006) este modelo fomenta as competências e, ao mesmo tempo, a confiança dos cuidadores e ainda os interesses e qualidades da criança e um aumento das oportunidades de aprendizagem, durante as atividades diárias. As atividades que se inserem no dia-a-dia das famílias, apresentam maior fonte de aprendizagem quando decorrem em contextos naturais, baseados nos interesses das crianças, visto que permitem momentos para a exploração de brinquedos, que resulta em oportunidades para a expressão e participação. O Modelo das Práticas Contextualmente Mediadas, representado na Figura 1, permite aos pais gerir as aprendizagens dos seus filhos, sendo estes capazes de definir a frequência e a qualidade, sempre com base nos interesses da criança. O papel do profissional de saúde, neste modelo, não segue o modelo tradicional de intervenção, consiste sim em apoiar os cuidadores, com base no reconhecimento e compreensão destes para criarem as oportunidades (Raab e Dunst, 2006).

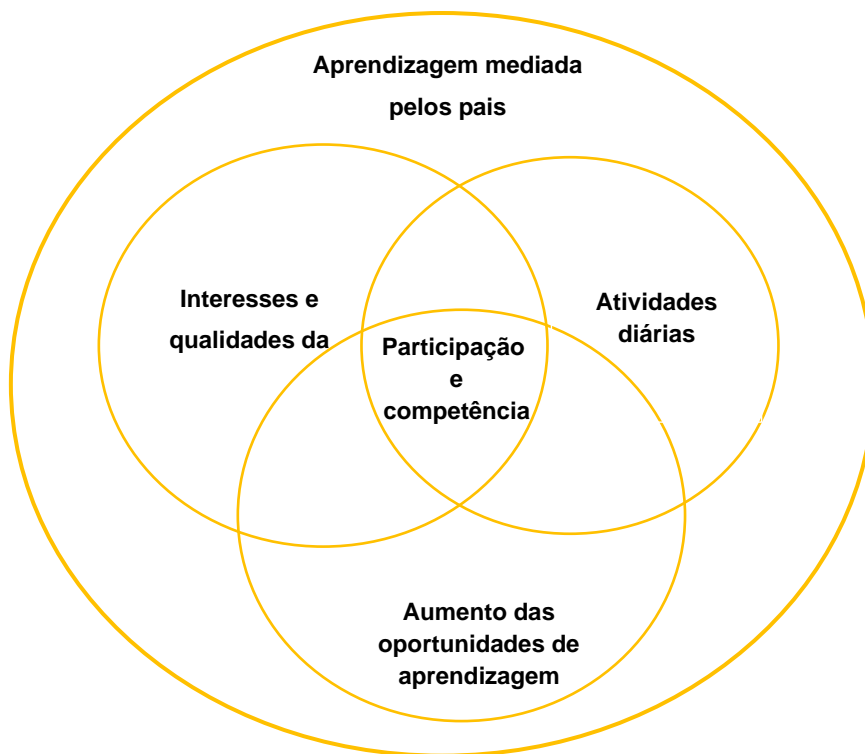


Figura 1 - Principais componentes do modelo PCM (adaptado Raab e Dunst, 2006)

Os benefícios das Práticas Centradas na Família são relatados por diversos autores, de forma unânime em diversos domínios, como o desenvolvimento da criança e a nível familiar (Pereira e Serrano, 2010). Os benefícios consistem no envolvimento parental, que se traduz num aumento da capacitação familiar. A medida que os resultados são alcançados pela criança, a família apresenta maior autoconfiança no processo de intervenção (Dunst *et al.*, 2014). Diversos autores referem que o aumento do conhecimento relativamente ao desenvolvimento das crianças se reflete também num aumento das competências familiares (Maia, 2020a). Esta metodologia permite uma maior coesão familiar e interação criança-família (Pereira e Serrano, 2010). Considera-se fulcral que os profissionais envolvidos nestas práticas continuem a aumentar os seus conhecimentos e competências, de modo a responder às necessidades e expectativas das crianças e das suas respetivas famílias (Pereira e Serrano, 2014).

Relativamente às desvantagens, estudos indicam por exemplo a limitação de tempo, quer das famílias, quer dos profissionais para se deslocar aos contextos, quer pela quantidade de crianças que recebe o acompanhamento (Pereira e Serrano, 2014). Por vezes, envolver os familiares no processo de intervenção é considerado um entrave para os profissionais envolvidos desenvolverem esta metodologia. Visto que, por vezes, as mesmas centram as

suas principais preocupações nos seus filhos, julgando que as suas necessidades e preocupações não influenciam o desenvolvimento dos mesmos (Ferreira, 2017).

### **1.3. Intervenção mediada por pais**

Tal como abordado anteriormente, é reconhecido atualmente o papel das famílias no processo interventivo, desde o primeiro momento, o da recolha de informação, e perdurar na intervenção, mantendo por base as práticas centradas na família (Maia, 2020b). Contudo, em alguns casos, é necessário que este envolvimento familiar decorra de uma participação ainda mais ativa, ou seja os cuidadores intervêm diretamente com os filhos (Woods, 2011a). Segundo Snodgrass *et al.* (2017), diversos autores referem que os pais, por apresentarem inúmeras oportunidades para promoverem o desenvolvimento, são capazes de liderarem a intervenção, visto que são ensinados a aplicarem diversas estratégias, em diversos contextos. Para que esta intervenção ocorra, os TFs recorrem a estratégias para promover a aprendizagem, e ainda à capacitação parental, que poderá ser realizada através de treino parental e/ou coaching (Snodgrass *et al.*, 2017; Woods *et al.*, 2011). Estratégias como a modelagem, o feedback, a escuta reflexiva, estimulação e resolução de problemas são utilizadas durante processo de consultoria e *coaching* (Woods *et al.*, 2011). O *coaching*, utilizado pelo TF e pelo cuidador, consiste num modelo circular, na qual o TF em conjunto com o familiar responsável identifica as necessidades e permite que ocorra observação da intervenção, para que o profissional possa fornecer o feedback, relativamente as habilidades e estratégias utilizadas, em diversos contextos (Woods *et al.*, 2011).

O processo de consultoria, assenta num modelo triádico, na qual faz parte o profissional responsável, o cuidador e a criança, onde mantém interações recíprocas entre todos. Este modelo consiste na partilha de experiências e conhecimentos, bem como no ensino sistemático com recurso a feedback e resolução de problemas. Os principais objetivos consistem na aprendizagem do adulto e conceder estratégias para determinados momentos (Brown e Woods, 2015; Woods *et al.*, 2011). O *coaching* refere-se aos feedbacks fornecidos aos pais, relativamente a estratégias utilizadas, mediante uma observação da intervenção. O treino parental consiste na explicação, fora do contexto natural da criança, de determinada competência (Snodgrass *et al.*, 2017). No intuito de promover o desenvolvimento da criança, com base na intervenção mediada por pais é importante que os mesmos passem por um momento de aprendizagem, de modo a

consolidar conhecimentos e aprender diversas estratégias, desta forma o autor Woods, apresenta um esquema, o ciclo de aprendizagem (Figura 2)

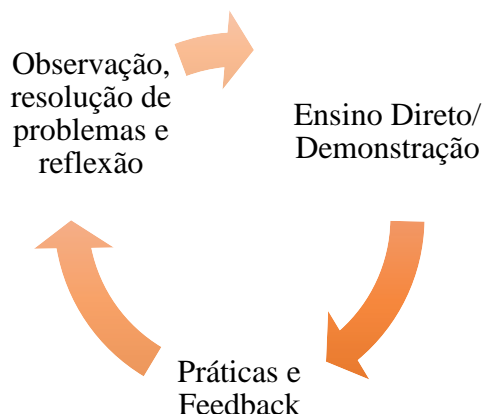


Figura 2 - Ciclo de aprendizagem Para a Intervenção Implementada por Pais (Woods, et al, 2011).

Este ciclo inclui o processo de utilização de estratégias de *coaching*, deste modo estão presentes a observação, resolução de problemas e reflexão, o ensino direto e demonstração e por último, a prática e o feedback (Woods et al., 2011).

- *Observação, resolução de problemas e reflexão* consiste na observação do cuidador durante o momento de interação com a criança, e permite assim que o mesmo se aperceba quais são os reajustes necessários para promover ainda mais a participação da criança. É importante este momento para que ocorra a observação de determinados comportamentos da criança.
- Ensino direto e demonstração, ocorre após a observação e consiste na demonstração, por parte do Terapeuta da Fala, de determinada estratégia. Deste modo, o TF, assume um papel ativo, explicando ao cuidador a importância e o modo como a deve executar na interação, permite assim que o cuidador observe e faça perguntas sempre que considerar pertinente.
- *Prática e Feedback*, os terapeutas da fala convidam os cuidadores a envolver-se em momentos de interação, com a criança e oferece oportunidades de prática. Assim estudos indicam que aumentar estas oportunidades, para desenvolver determinada habilidade promove a aprendizagem, e conseqüentemente permite melhores resultados. Oferecer um feedback aos cuidadores, sobre a interação e a forma como a criança

responde à mesma, permite orientá-los, relativamente ao seu desempenho e permitir uma autorreflexão. O cuidador também deverá oferecer um feedback.

A prática baseada na evidência refere que o aumento da interação cuidador-criança promove o desenvolvimento da mesma, com base no uso de estratégias, deste modo a intervenção mediada por pais é recomendada em alguns casos, comparativamente com à intervenção tradicional, onde é o terapeuta da fala que interage diretamente com a criança (Te Kaat-van *et al.*, 2017).

Uma intervenção mediada por pais consiste em ensinar o cuidador, a implementar a intervenção, logo, este é o líder da intervenção (Akemoğlu *et al.*, 2020). O cuidador, com base nos ensinamentos do terapeuta da fala é capaz de promover momentos de interação com os seus filhos, no intuito de promover o desenvolvimento da linguagem (Te Kaat-van *et al.*, 2017). A prática baseada na evidencia defende que a intervenção mediada por pais é eficaz em crianças em idades precoces ou em risco de Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) (Akemoğlu *et al.*, 2020), pois denotam-se resultados ao nível das competências linguísticas (Rakap e Rakap, 2014).

Existem diversos programas sustentados neste tipo de abordagem, com foco no desenvolvimento da linguagem e da comunicação, estes caracterizam-se por ensinar aos pais estratégias de ensino naturalista como por exemplo, pistas verbais e visuais, reforço natural e ainda estratégias que apresentem como objetivo promover a atenção conjunta (Akemoğlu *et al.*, 2020; Rakap e Rakap, 2014).

O Hanen Parent Program (HPP), consiste num modelo que promove o desenvolvimento da comunicação da criança, através da intervenção mediada por pais. Os pais reúnem em sessões de grupos, orientadas por TFs, na qual são incutidas formas de criar e aproveitar momentos da rotina diária, para promover as competências de linguagem e comunicação das crianças. O programa consiste em ensinar aos cuidadores estratégias com o intuito de promover estas competências, mas para isso é imprescindível que os mesmos sigam a iniciativa da criança. É fornecido aos pais uma lista com 20 palavras, na qual deverão ser selecionadas 10 para ensinar aos seus filhos, acompanhadas por gestos, durante os momentos de interação (Te Kaat-van *et al.*, 2017).

O programa Responsivity Education / Prelinguistic Milieu Teaching (RE/PMT), assemelha-se ao anterior, visto que tem como base a estratégia principal de “seguir a

iniciativa da criança”. O seu principal objetivo é promover um aumento dos momentos de comunicação intencional, de modo a facilitar as habilidades de linguagem da criança. O RE/PMT ensina aos pais as formas utilizadas pelas crianças para comunicar e fornece-lhes estratégias de como responder às mesmas (Yoder e Warren 2002; Te Kaat-van *et al.*, 2017).

O programa ImPact apresenta como objetivo favorecer a comunicação e a reciprocidade social, as competências de linguagem e a imitação das crianças, em todos os seus contextos, com base num conjunto de estratégias de ensino comportamentalista e naturalista, bem como promover a adesão dos pais às estratégias (Stadnick *et al.*, 2015 e Barber *et al.*, 2020). O ImPact segue alguns princípios, através de técnicas de ensino diretivas e interativas. As técnicas de ensino interativas visam aumentar a interação da criança com o meio tais como seguir a iniciativa da criança, imitação e estratégias de modelagem para promover o aumento das competências linguísticas. Contudo, as técnicas diretivas são utilizadas como meio para promover as técnicas interativas, estas englobam estratégias de estimulação/pistas e reforço (Barber *et al.*, 2020).

Diversos estudos, nomeadamente revisões sistemáticas de literatura, revelam resultados positivos na implementação de uma intervenção mediada por pais. Verificam-se aumentos significativos ao nível das competências de linguagem das crianças, especialmente no aumento do conhecimento lexical. Esta eficácia é visível em diversos contextos familiares, idades até aos 8 anos, patologias, como por exemplo Síndrome de Down, Paralisia Cerebral, atrasos do desenvolvimento e PEA (Akemoğlu *et al.*, 2020; Rakap e Rakap, 2014; Te Kaat-van *et al.*, 2017). Segundo Barber *et al.* (2020), as intervenções mediadas por pais permitem um aumento do número de oportunidades de aprendizagem, bem como o envolvimento da criança nos diversos contextos. É possível verificar uma evolução da criança relativamente à comunicação com o outro (Barber *et al.*, 2020). Os pais são considerados pilares no processo de intervenção dos seus filhos, visto que ao serem capacitados para promover determinadas competências na criança, promovem o seu desenvolvimento (Akemoğlu *et al.*, 2020)

Contudo, identificam-se barreiras/desvantagens à implementação desta abordagem, relacionadas com o tempo disponibilizado pelo país para a intervenção. Segundo McConnell (2015) alguns pais relatam dificuldades em enquadrar momentos para a intervenção, na rotina do dia-a-dia. Por vezes, reduzir momentos de lazer, para promover

a implementação desta metodologia poderá relatar efeitos significativos na convivência familiar.

#### **1.4. Teleprática**

Atualmente, a telessaúde é uma prática tangível na área, onde dispõem de serviços à distância através do recurso a plataformas digitais (Mendes *et al.*, 2020). Na área da saúde, nomeadamente na valência de terapia da fala foi adotado o termo de “teleprática” em vez de “telessaúde” ou “telemedicina” pela American Speech-Language-Hearing (ASHA, 2020). A adoção deste termo, que ainda se encontre em processo de crescimento, permitiu uma uniformidade relativamente à utilização destes serviços, ou seja, os mesmos podem ser utilizados em diversos locais para além das instituições de saúde, regem-se apenas pelo Código Deontológico de Terapeuta da Fala. É fundamental que a qualidade do acompanhamento à distância, seja igualada à presencial (APTF, 1999).

Segundo a ASHA (2020), a orientação por teleprática ocorre através de três modalidades distintas, nomeadamente síncrona, assíncrona e híbrida. A teleprática síncrona é designada como uma analogia às consultas presenciais, por permitir uma interação terapêutica entre o TF e o utente em tempo real. Esta modalidade é considerada uma mais valia, no que concerne a serviços de consultoria/orientação aos pais. Relativamente, à teleprática assíncrona esta difere da anterior por não se realizar em tempo real, ou seja, consiste na visualização de vídeos, imagens, bem como áudios, por parte dos pais, realizados pelo terapeuta da fala responsável pelo caso. Tendo em consideração que esta modalidade apresenta algumas desvantagens, autores consideram que esta não deve ser utilizada isoladamente, ou seja, deverá ser um complemento ao acompanhamento. Por último, a teleprática híbrida refere-se à conjugação das modalidades, anteriormente apresentadas (Mendes *et al.*, 2020).

No momento da seleção da modalidade de intervenção, é extremamente importante o terapeuta da fala manter em consideração as capacidades, bem como as dificuldades de cada utente. De qualquer modo, caso o utente não se esteja a adaptar é permitido alterar a modalidade de intervenção (Mendes *et al.*, 2020).

O TF tem o dever de garantir a segurança, bem como a proteção de dados dos seus utentes, de modo que é extremamente importante que os mesmos ou os seus responsáveis assinem o consentimento informado (ASHA, 2020).

A associação portuguesa de terapeutas da fala alega que grande parte do acompanhamento realizado na valência de terapia da fala, ocorre por meio de plataformas digitais, de forma gratuita, e por advirem de países fora da União Europeia podem não estar de acordo com o regime de proteção de dados, estabelecido pela UE. Plataformas como o Zoom e o Skype já vão de encontro à nossa regulamentação de proteção de dados (Gaspar e Póvoa 2020).

Um estudo elaborado pelo CPLOL intitulado de “Teleterapia aplicada à Terapia da Fala”, (2018 *cit. in* Mendes *et al.*, 2020) permitiu aos terapeutas da fala compreenderem o seu uso, bem como a sua importância nesta valência de avaliação/intervenção. A presente investigação, que recorreu a um questionário como metodologia, demonstrou que a maioria da população, quer adultos, quer crianças favoreciam de igual forma com acompanhamento por teleterapia. Em 2018, ano de lançamento dos resultados, verificou-se que apenas 14% dos inquiridos utilizava esta modalidade, contudo 66% considerava a mesma importante quer no presente, quer para o futuro, apesar de a mesma apresentar desafios relativamente aos recursos a serem utilizados. As respostas de 43% dos inquiridos sugeriam que a intervenção presencial e à distância poderia ser semelhante (Mendes *et al.*, 2020).

A teleprática tem vindo a demonstrar inúmeras vantagens e desvantagens à sua utilização como meio de avaliação e intervenção. Vários estudos realizados indicam que as vantagens à teleprática consistem em igualar os serviços das áreas rurais, comparativamente às áreas urbanas, bem como a redução de custos relacionada com as deslocações. (Akemoğlu *et al.*, 2020 e Langkamp *et al.*, 2015). Em 2002, a American Speech-Language-Hearing Association, realizou um estudo, com base num questionário, que consistia em compreender quais os principais desafios, bem como os entraves que os profissionais apontavam para a utilização desta modalidade de intervenção. Os principais resultados consistem na escassez de infraestruturas, recursos financeiros, questões éticas, como manter a confidencialidade e a proteção de dados.

Segundo Theodoros (2011), o facto de a criança receber acompanhamento no seu contexto natural pode ser considerado uma vantagem, pelo que existe evidência que corrobora esta afirmação, em comparação com outras metodologias de intervenção. Esta modalidade de acompanhamento promove a capacitação dos pais e um contacto mais próximo com os mesmos, permitindo deste modo a colaboração e o envolvimento dos

mesmo no processo de avaliação e intervenção. Durante este último, o terapeuta da fala poderá fornecer estratégias aos pais, de modo a promover o desenvolvimento da criança, nos diversos contextos (Brennan *et al.*, 2004 e Snodgrass *et al.*, 2017). Ainda em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) ou Atraso do Desenvolvimento, considerou-se a teleprática uma modalidade admissível para promover o treino/capacitação dos pais, no que concerne ao desenvolvimento de competências de linguagem e comunicação destas (Akemoğlu *et al.*, 2020). Vários estudos realizados no âmbito da intervenção com recurso a jogos de computador, defendem que esta apresenta resultados em áreas de intervenção com PEA e Perturbação do Desenvolvimento da Linguagem, contudo não é possível comprovar que o desempenho de competências, ocorra exclusivamente desta forma de intervenção (jogos interativos). Contudo demonstra que existe evolução nesta estratégia de intervenção, que poderá ser imposta durante as sessões de teleprática (Maia, 2020b).

Contudo, existem desvantagens associadas à implementação da teleprática, nomeadamente relacionadas à qualidade de imagem e som, ou seja, lapsos que ocorram a estes níveis poderão comprometer o sucesso da sessão (Capitão *et al.*, 2020). Segundo a SPTF (2020) alguns estudos demonstram preocupação relativamente ao tempo de permanência e atenção/concentração da criança, em frente ao computador, bem como permanecer corretamente sentada. Uma posição correta permite uma melhor visualização dos movimentos oromotores (em casos de motricidade orofacial), assim como da posição dos órgãos fonoarticulatórios e pontos de articulação (Mashima e Doarn, 2008).

Tendo em consideração que os pais apresentam um papel fulcral no desenvolvimento dos seus filhos e visto que estão presentes em todos os contextos dos mesmos, é lhes possível promover o desenvolvimento da linguagem. Assim sendo e no intuito de ultrapassar as adversidades à intervenção à distância, comparativamente à modalidade de intervenção tradicional, é possível o TF explicar aos pais como realizar a intervenção, capacitando-os e apoiando-os no desenvolvimento das habilidades de comunicação dos seus filhos. Deste modo, complementar a intervenção mediada por pais com a intervenção direta do TF com a criança (Snodgrass *et al.*, 2017 e Akemoğlu *et al.*, 2020). À medida que os recursos fornecidos pela internet se desenvolvem e concomitantemente com a implementação da teleprática, autores chegaram à conclusão que era possível recorrer a esta modalidade para promover a intervenção mediada por pais. Este treino com base na teleprática acarreta inúmeras vantagens, nomeadamente os serviços de *coaching* nos contextos naturais da

criança, bem como o trabalho de equipa com a família, de forma mais rápida (Akemoğlu *et al.*, 2020).

Mediante uma revisão sistemática realizada por diversos autores é possível concluir que as intervenções mediadas por pais, com recurso à teleprática são consideradas eficazes e que a teleprática pode ser utilizada de forma suplementar à modalidade tradicional (Akemoğlu *et al.*, 2020).

Segundo a SPTF (2020), tendo em conta que os pais apresentam um papel fundamental no desenvolvimento dos seus filhos, capacitar os mesmo poderá fornecer uma alternativa à intervenção tradicional (presencial). Apesar de alguns estudos demonstrarem evidência ainda é necessário que ocorra mais investigação, com base na prática baseada na evidência (Maia, 2020b).

## **II. Metodologia**

O processo de investigação visa oferecer resposta a determinadas perguntas, providenciando deste modo o conhecimento científico (Quivy e Campenhoudt, 2008).

Este capítulo, designado por metodologia, visa definir os meios para realizar o estudo, ou seja, deverá incluir os métodos necessários, para a concretização da investigação (Fortin, 2006). Deste modo, será assim descrito o desenho da investigação e procedimentos adotados, bem como os objetivos e a amostra do estudo. Este capítulo retrata o instrumento de recolha de dados utilizado, bem como os procedimentos concretizados.

Por último, serão também relatados outros dados metodológicos, como os métodos de análise e o tratamento de dados.

Esta investigação apresenta um desenho de carácter quantitativo e transversal incluindo também alguns dados de carácter qualitativo.

### **2.1. Desenho de Investigação**

#### **2.1.1. Objetos de Estudo e Questões de Investigação**

O presente estudo visa caracterizar a prática dos terapeutas da fala e relacioná-la com a implementação das práticas centradas na família. Assim sendo, procedeu-se à criação de objetivos, sendo eles:

- 1- Identificar a frequência referida pelos terapeutas da fala relativamente à sua adoção da abordagem centrada na família;
- 2- Identificar a frequência referida pelos terapeutas da fala relativamente à sua adoção da intervenção mediada por pais;
- 3- Identificar a frequência referida pelos terapeutas da fala relativamente à sua adoção da teleprática;
- 4- Identificar a frequência referida pelos terapeutas da fala relativamente à sua adoção da teleprática na intervenção mediada por pais;
- 5- Identificar os benefícios referidos pelos terapeutas da fala acerca da implementação das práticas centradas na família;
- 6- Identificar as desvantagens referidas pelos terapeutas da fala acerca da implementação das práticas centradas na família;

- 7- Identificar os benefícios referidos pelos terapeutas da fala acerca da implementação da intervenção mediada por pais;
- 8- Identificar as desvantagens referidas pelos terapeutas da fala acerca da implementação da intervenção mediada por pais;
- 9- Identificar os benefícios referidos pelos terapeutas da fala acerca da implementação da teleprática;
- 10- Identificar as desvantagens referidas pelos terapeutas da fala acerca da implementação da teleprática;

### **2.1.2. Definição da Amostra do Estudo**

Na amostra deste estudo estão inseridos Terapeutas da Fala Portugueses, sendo este o único critério de inclusão.

### **2.1.3. Instrumento de Recolha de dados**

Segundo Vasconcellos-Guedes e Guedes (2007), todos os instrumentos de recolha de informação, nomeadamente o questionário on-line, apresentam um conjunto de vantagens e desvantagens, tais como:

#### Vantagens

- Rapidez na colheita de respostas;
- Menos custos associados;
- Permite que os resultados sejam transferidos para dados estatísticos;
- Atinge um maior número de inquiridos e a nível geográfico podem se encontrar dispersos;
- Permite uma análise de resultados imediata;
- Um maior controlo por parte do investigador, no que concerne, ao avanço de respostas por parte do inquirido, nomeadamente em casos de respostas de campo obrigatório;

#### Desvantagens

- Baixo índice de respostas;
- Falta de compreensão de algumas perguntas, poderá implicar o não preenchimento do questionário;
- Preenchimento limitado à população com acesso à Internet;

Como método de investigação, foi elaborado um questionário desenvolvido pela investigadora, com auxílio da orientadora deste projeto de graduação. Tendo em consideração, que um dos métodos de investigação eficaz na recolha de informação, fornecida pelos inquiridos é o questionário (Fortin, 2006), procedeu-se à construção de um. Deste modo, efetuou-se uma revisão de literatura sobre os temas escolhidos. Esta recolha de informação propiciou a formulação de um conjunto de perguntas. O instrumento foi analisado por um painel de peritos, composto por terapeutas da fala (3), o qual analisou as questões, adequou a terminologia e sugeriu notas introdutórias para facilitar o preenchimento do mesmo. Com base nas sugestões dos peritos chegou-se àquela que viria a ser a segunda versão do questionário. Posteriormente ocorreu uma reflexão falada sobre as perguntas do questionário, com uma terapeuta da fala, da qual resultou a versão final deste instrumento (Anexo I).

O questionário elaborado neste estudo, inicia-se por uma breve apresentação da investigadora, assim como da orientadora deste projeto, bem como do objetivo do mesmo, que consiste em caracterizar a prática dos terapeutas da fala e relacioná-la com a implementação das práticas centradas na família. O mesmo está dividido em quatro partes.

A primeira parte contempla a caracterização sócio-demográfica e profissional, com referência aos anos de experiência profissional, habilitações académicas, locais e áreas de intervenção, bem como a faixa etária com a qual exerce funções. Relativamente, ao formato de pergunta, foram elaboradas questões de escolha múltipla e uma pergunta de resposta aberta, que se refere aos anos de experiência. Na segunda parte apresentam-se questões relacionadas com a intervenção do terapeuta da fala nas práticas centradas na família, bem como na frequência de utilização das mesmas. Nesta parte do questionário as questões são dadas com base numa escala de *likert* de frequência (“nunca”, “raramente”, “por vezes”, “frequentemente” e “sempre”), assim como respostas abertas que contemplam os benefícios e desvantagens da implementação destas práticas.

A terceira parte contempla questões relacionadas com a implementação de uma intervenção mediadas por pais, assim como o nível de concordância dos terapeutas da fala, no que concerne ao sucesso deste método de intervenção. Para classificar o grau de concordância, utilizou-se a escala de *likert* (“discordo totalmente”, “discordo”, “não concordo, nem discordo”, “concordo” e “concordo totalmente”). Com base em duas perguntas abertas, foi pedido aos terapeutas da fala para enunciarem benefícios e desvantagens deste método. Por último, a quarta parte do questionário diz respeito à utilização da modalidade de teleprática, por parte dos TF. Deste modo elaboraram-se perguntas de escolha múltipla, bem como questões abertas que contemplem as vantagens e desvantagens da mesma. Estima-se que o seu preenchimento tenha a duração máxima de 10 minutos.

## **2.2. Recolha de dados e procedimentos**

Depois de chegar à versão final do questionário, foi elaborado um projeto de apresentação de estudo à Comissão de ética da Universidade Fernando Pessoa. Mediante o parecer positivo desta da comissão (Anexo II), iniciou-se a partilha online, do questionário, através do *Google forms*. Os procedimentos de acesso aos participantes decorreram da divulgação em redes sociais, do contacto estabelecido com as duas associações ligadas à profissão em Portugal, nomeadamente APTF e SPTF e ainda de contactos privilegiados. Este manteve-se disponível, nas redes sociais, do dia 15 de maio de 2021 ao dia 19 de junho de 2021. A primeira parte do questionário consistia numa introdução, onde se encontrava mencionado o objetivo geral do estudo. O inquirido só poderia participar no estudo caso desse o seu assentimento informado. Após a recolha dos dados, procedeu-se ao início da análise estatística dos mesmos.

## **2.3. Métodos de análise e tratamentos de dados**

Para a análise dos dados quantitativos foi utilizado o programa do *Google forms*, com recurso à estatística descritiva O tratamento dos dados de carácter qualitativo provenientes das questões abertas foi realizado com recurso a técnicas de análise de conteúdo, nomeadamente análise temática assumindo-se como unidade de análise a ideia. Assim, no que se refere à análise dos dados qualitativos, inicialmente foi efetuada uma leitura de todas as respostas, de modo a permitir uma análise de todo o conteúdo. Segundo Soares *et al.* (2011) a análise de conteúdo permite organizar as respostas, com base na criação de

categorias, no intuito de aumentar a compreensão destes dados. A criação de categorias elaborada pela autora deste projeto foi analisada pela orientadora, que funcionou como elemento especialista na área para confirmar a análise efetuada, havendo a necessidade de serem realizados alguns ajustes, obtendo-se uma percentagem de congruência final de cerca de 80%. Todos os dados dos participantes foram recolhidos e devidamente codificados, sendo no final do estudo destruídos. Os princípios éticos, normas e princípios internacionais sobre o respeito e prevenção seguiram os modelos referidos pela Declaração de Helsínquia.

### III. Apresentação de resultados

Neste capítulo serão apresentados os resultados que decorrem da análise das respostas obtidas, com o preenchimento do questionário. Para a elaboração deste estudo foi possível obter 65 respostas de terapeutas da fala portugueses.

Relativamente à caracterização da amostra foram contemplados dados como os anos de experiência, as habilitações académicas, os locais onde exercem e já exerceram funções, as faixas etárias de atuação e ainda as principais áreas.

A caracterização da amostra deste estudo, relativamente aos anos de experiência dos participantes, encontra-se compreendida entre o 1-36 anos, sendo que o intervalo com maior frequência de respostas encontra-se entre os 5-9 anos (n=21), seguidamente o intervalo dos 10-14 anos (n=19). O intervalo com menor frequência de respostas refere-se a mais de 15 anos (n= 9), como se verifica no gráfico abaixo (Gráfico 1).

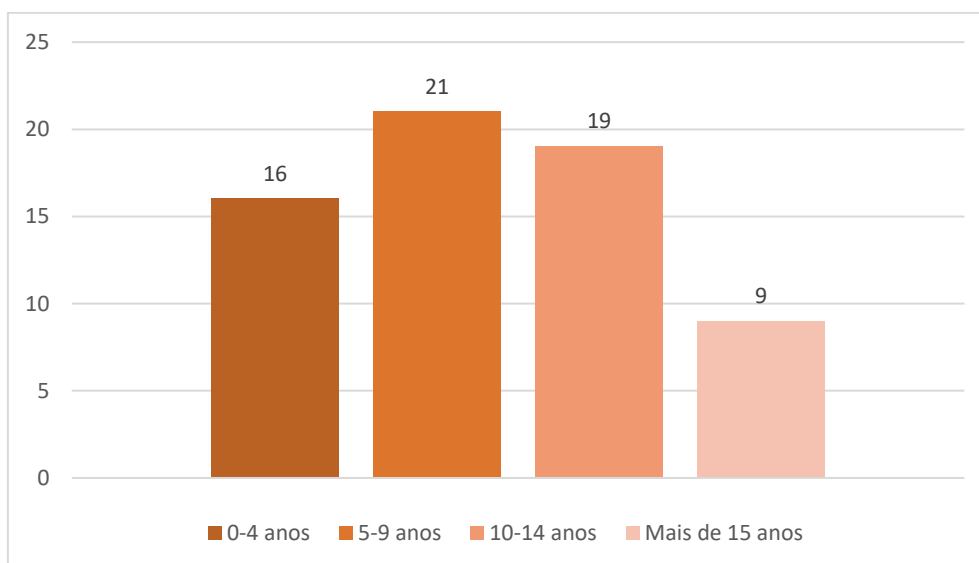


Gráfico 1 - Anos de experiência

No que concerne às habilitações académicas de cada participante, conforme o gráfico abaixo indica, terapeutas da fala com habilitações literárias de pós-graduação obtiveram as respostas mais frequentes, com 49% de respostas, e as menos frequentes foram terapeutas com o Pós-Doutoramento (Gráfico 2).

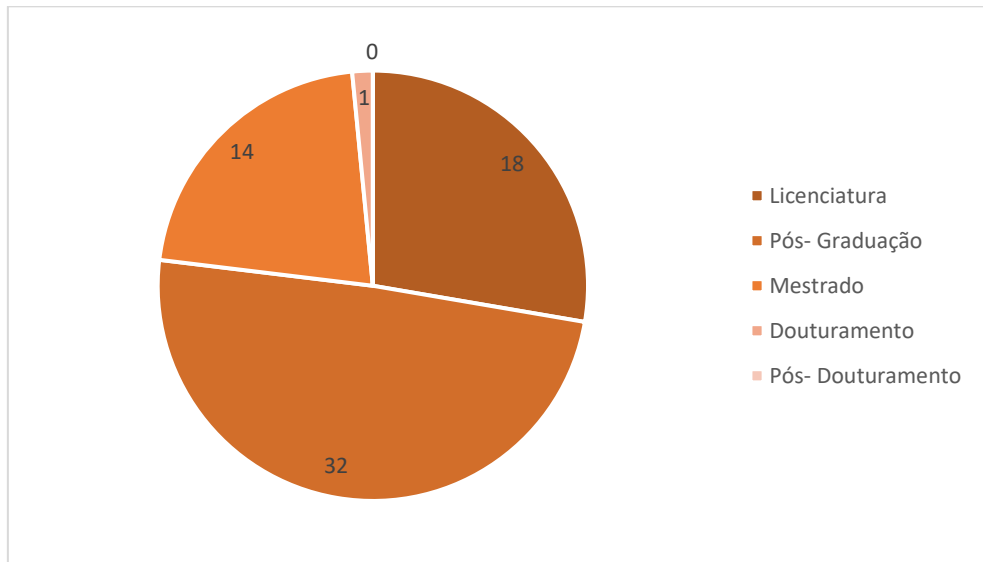


Gráfico 2 - Habilitações Académicas

No que concerne aos locais onde cada participante exerce ou já exerceu funções, como se pode visualizar no gráfico abaixo (Gráfico3) relativamente ao exercício de funções no passado podemos observar que o local com maior frequência de respostas refere-se as *Clínicas ou Gabinetes Privados* (n=49), e com menor frequência encontram-se as *Instituições de Educação/Investigação e os Centros de Saúde*, com igual número de respostas (n= 3). Atualmente, o local com maior frequência de respostas continua a ser as *Clínicas ou Gabinetes Privados* (n=50) e com menor frequência encontram-se os *Serviços de apoio a pessoas idosas* e, novamente, os *Centros de Saúde*, com igual número respostas (n=1).

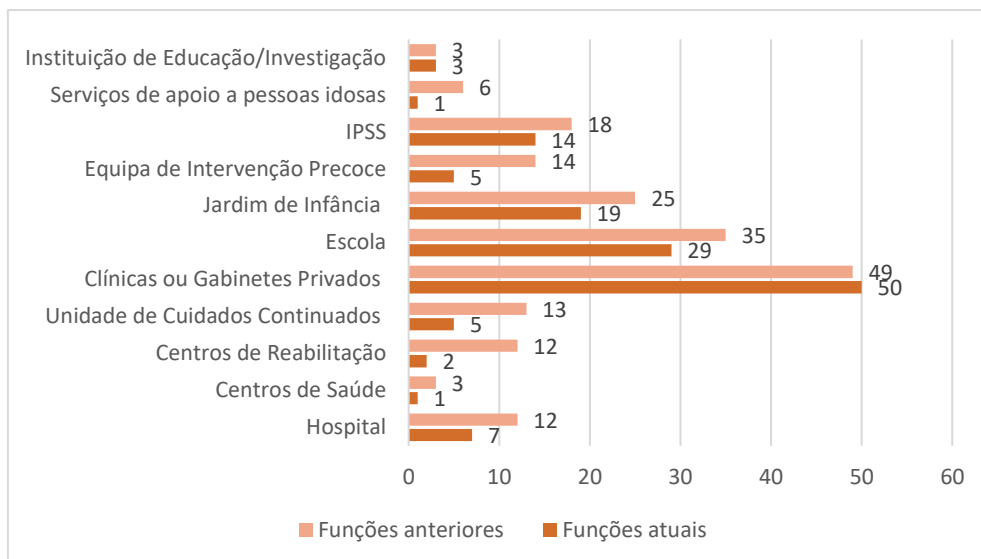


Gráfico 3 - Locais onde exerce ou exerceu funções

Relativamente à faixa etária principal da população com que o TF exerce funções, verificou-se um maior número de respostas referente à população com faixa etária entre os 0-6 (n=37), o intervalo com menor frequência de respostas encontra-se entre os 13 e os 19 anos (n=0), como se verifica no gráfico abaixo (Gráfico 4).

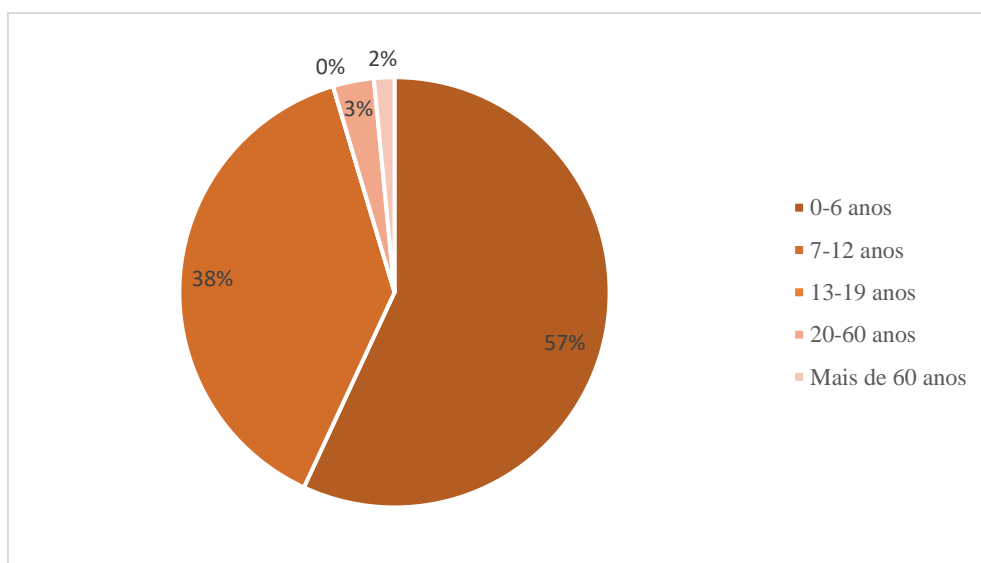


Gráfico 4 - Faixas etárias com que exerce funções

No que respeita à área de atuação de cada participante, como o gráfico abaixo indica, a área de *Linguagem oral* obteve maior frequência de respostas (n=57). Já a *Fluência* foi a área com menor frequência (n=4), conforme se pode confirmar no gráfico 5.

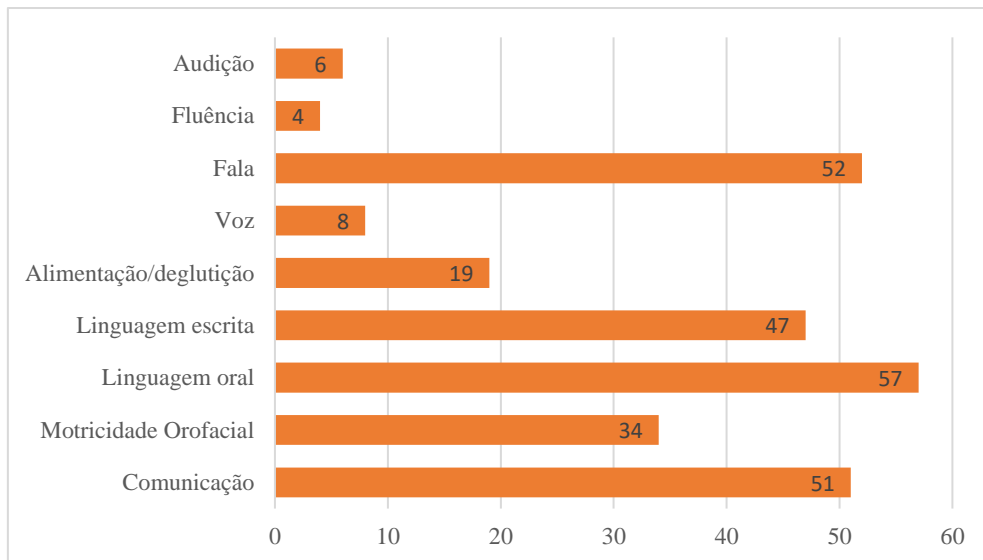


Gráfico 5 - Distribuição das áreas de intervenção

Em seguida, serão apresentados os resultados relacionados com as práticas centradas na família. Perante a análise do Gráfico 6, é possível verificar que os terapeutas da fala na sua maioria, ou seja 94% (n=61) referem implementar as *Práticas Centradas na Família*.

Deste 6%, que não implementam, foi possível verificar que as suas principais faixas etárias de atuação são 0-6 (n=2) e dos 7-12 (n=2). Destes inquiridos referidos apenas um apresenta um ano de experiência, o restante encontra-se compreendido entre os 7-11 anos.

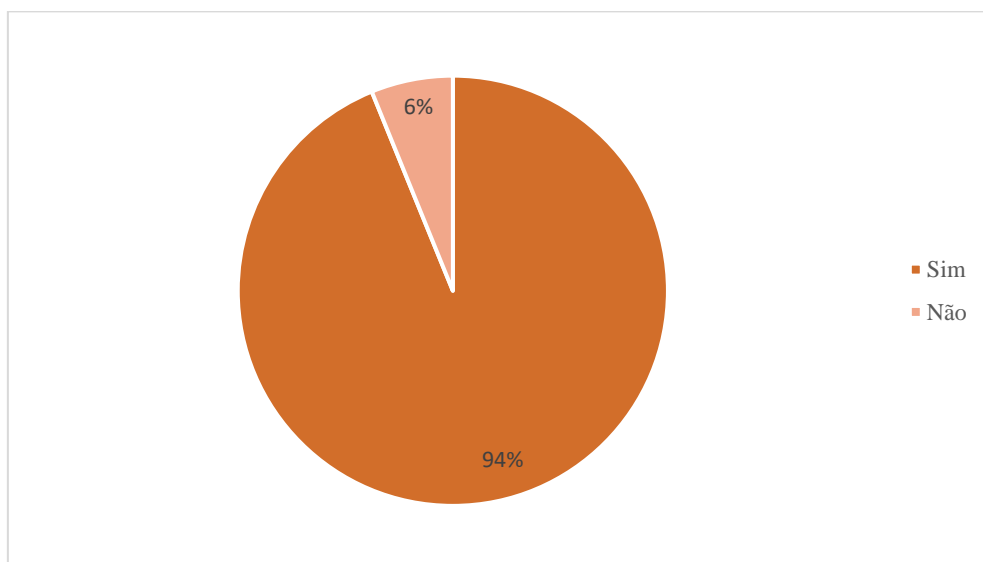


Gráfico 6 - Implementação das práticas centradas na família

No que concerne às áreas de intervenção em que se adota as práticas centradas na família, a área da *comunicação* obteve as respostas mais frequentes (n=50) e a menos frequente foi a área da voz (n=5) (Gráfico 7).

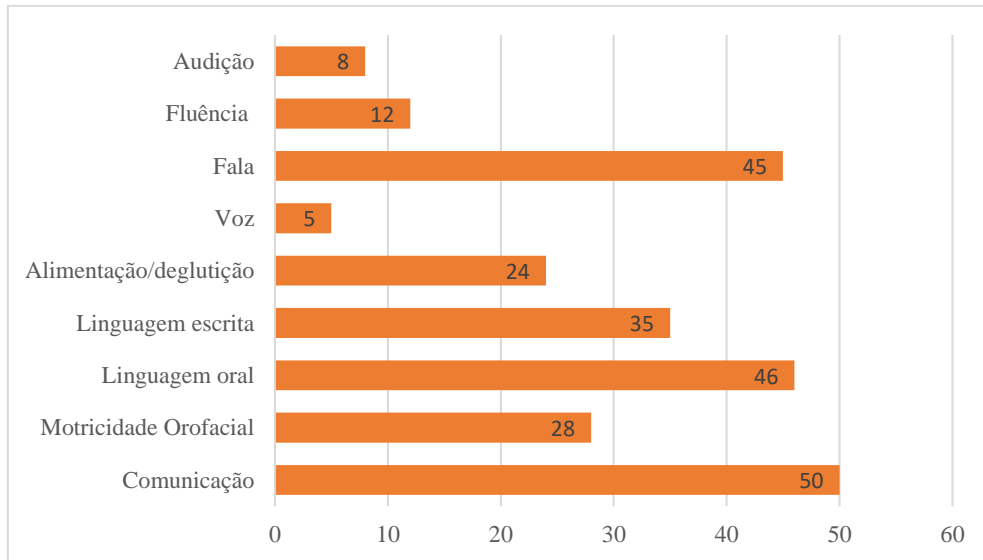


Gráfico 7 - Áreas de intervenção nas práticas centradas na família

Apenas os profissionais que implementam as práticas centradas na família, ou seja 61 responderam a questões relacionadas com a avaliação e intervenção, com base nesta prática. Perante o Gráfico 8, verifica-se que cerca de 28 terapeutas da fala consideram que “frequentemente” a sua intervenção está de acordo com esta prática. Apenas 7 terapeutas da fala referem que sempre realizam uma avaliação com base nas rotinas da criança em contexto familiar, contudo verifica-se uma menor frequência de resposta na opção “nunca”, com apenas 1 resposta. Averigua-se que a frequência atribuída para a avaliação com a colaboração de outros membros de equipa é “Frequentemente”, com cerca de 26 respostas.

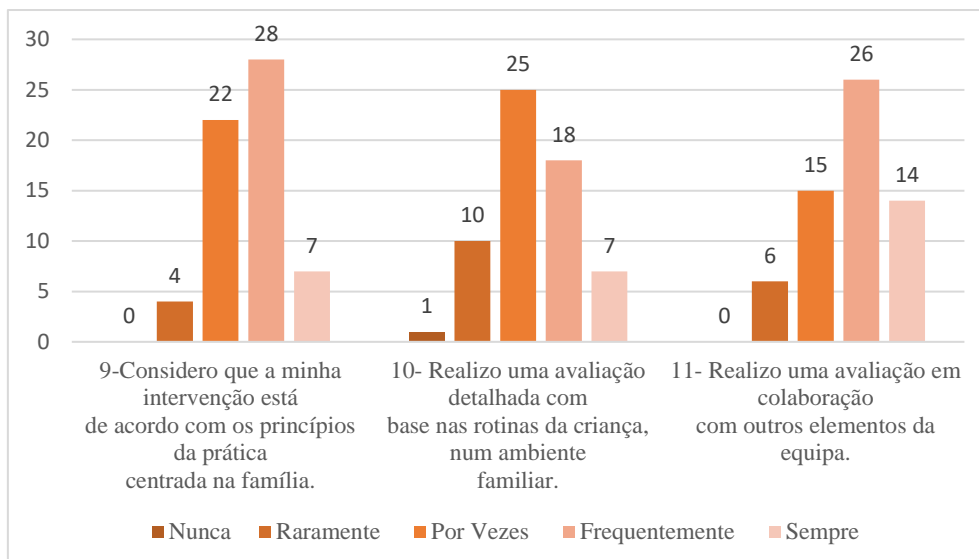


Gráfico 8 - Prática centrada na família- percepção do TF

Neste seguimento, questionou-se qual o modelo de trabalho de equipa pela qual os terapeutas da fala se regem, quando implementam as práticas centradas na família. Conforme o gráfico abaixo indica (Gráfico 9), o modelo *multidisciplinar* obteve as respostas mais frequentes, com cerca de 61% (n=37). Já o modelo com menor frequência de respostas foi o modelo *Transdisciplinar*, com 13% (n=8).

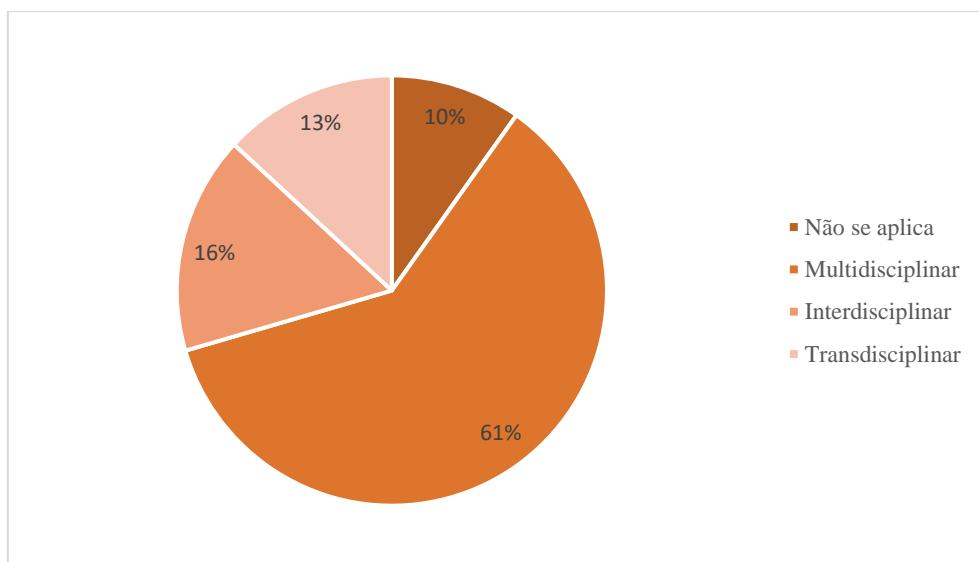


Gráfico 9 - Modelos de trabalho de equipa

Como o gráfico abaixo indica (Gráfico 10), os terapeutas da fala “frequentemente” reconhecem as necessidades que mais preocupam as famílias, obtendo deste modo a maior frequência de respostas a este nível (n=33). Na questão “Realizo uma avaliação

*detalhada com base nas rotinas da criança, num ambiente escolar*” obteve maior número de resposta (n=29) o grau de frequência de “Frequentemente”, já o grau de frequência “Nunca” obteve o número mais baixo de respostas (n=2).

No que concerne ao *reconhecimento das necessidades que mais preocupam a educadora*, os terapeutas da fala referem um grau de frequência de “frequentemente” (n=30) e o grau menos frequente foi o “nunca” (n=1).

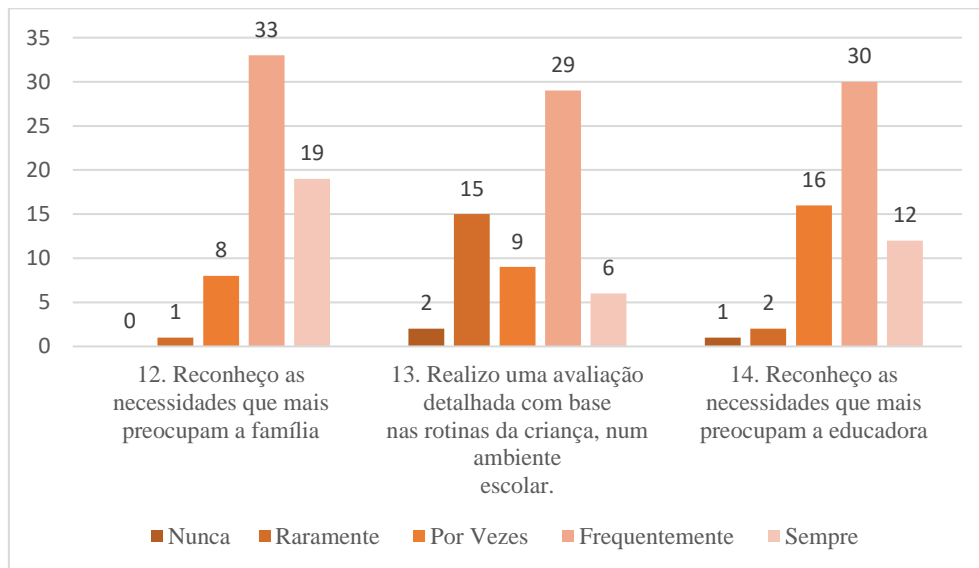


Gráfico 10 – Necessidades da família e da educadora

A questão “*Interaço com as famílias de forma clara e adoto uma linguagem que promova a compreensão por parte desta*”, obteve um maior número de respostas o grau de frequência de “Sempre” (n=32) e na afirmação *trato a família como membro da equipa e tenho sempre em consideração os desejos da mesma*, conforme o gráfico abaixo demonstra, 25 participantes referem que o fazem “Frequentemente” e “Sempre” (Gráfico 11).

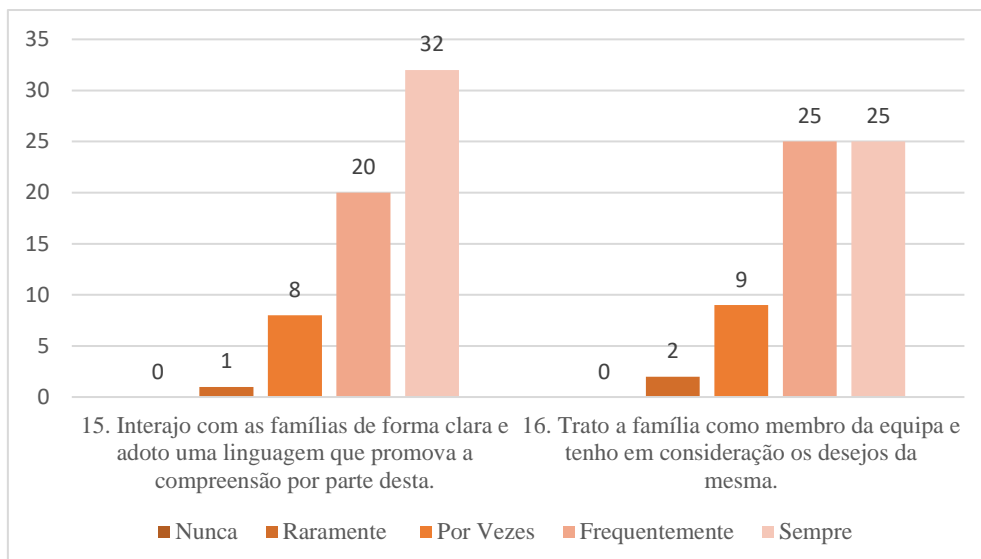


Gráfico 11 - Postura adotada pelo TF

Perante a análise do Gráfico 12, é possível verificar que terapeutas da fala que “Frequentemente” elaboram o plano de intervenção em equipa, obtiveram um maior número de respostas (n=20). No gráfico 13 podemos verificar que *os membros de equipa que colaboram no delineamento do plano* citados pelos TF`s são os “pais” com maior número de respostas (n=41) e com menor frequência de respostas referem “outros” elementos. Após uma análise de respostas é possível constatar que os participantes inseridos nesta categoria “outros” podem ser: o psicomotricista e o fisioterapeuta (n=7), o enfermeiro, o interprete de LGP, o professor, o audiologista e o educador social (n=1), o médico (n=3), o assistente social (n=2) e ainda o professor/Educador de ensino especial (n=4).

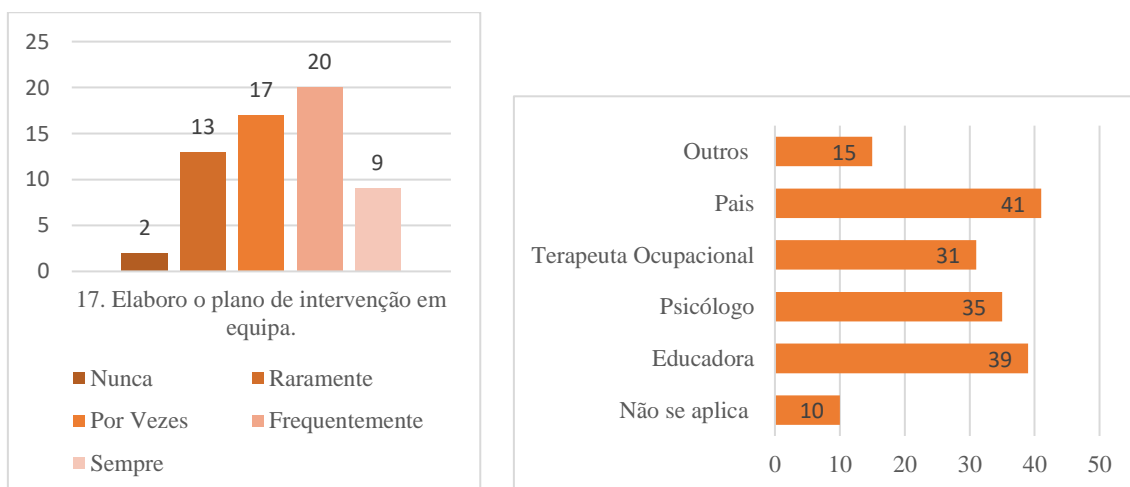


Gráfico 12 - Elaboração do plano de intervenção em equipa

Gráfico 13 - Outros profissionais envolvidos na elaboração do plano de intervenção

No que compete ao apoio às famílias na escolha dos recursos mais apropriados, é possível analisar que os TFs, classificam o grau de frequência neste apoio como “Frequentemente”, com 32 respostas, sendo o “Raramente” o grau com menor afluência de respostas (2 respostas). Relativamente à afirmação “Tenho sempre em consideração a opinião da família, assim como a promoção da sua participação”, o grau com maior incidência de resposta é o “Frequentemente” (n=32) (Gráfico 14).

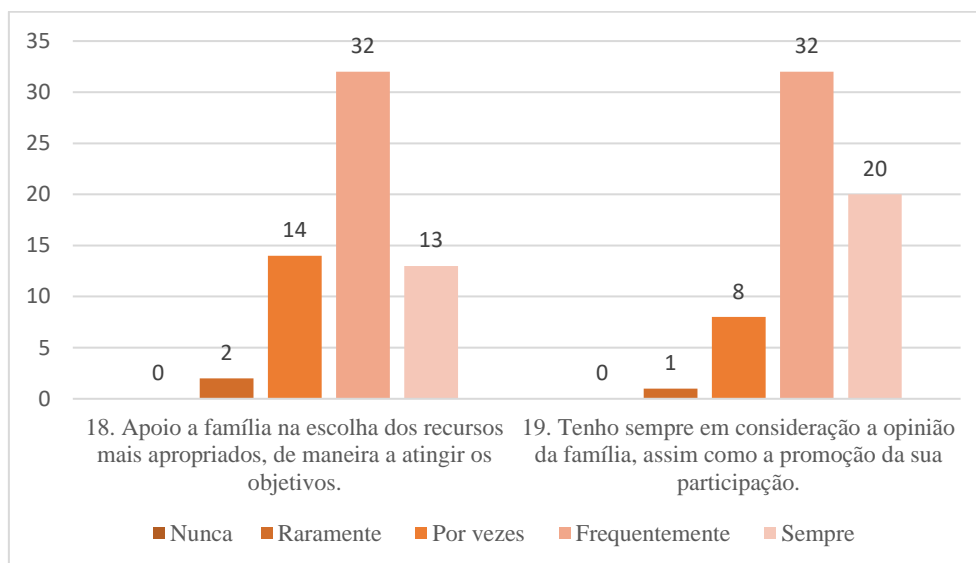


Gráfico 14 - Participação da família

Perante a análise do Gráfico 15, é possível verificar que terapeutas da fala que “Frequentemente” proporcionam oportunidades para que a família aprenda e deste modo possa adquirir novas competências, obtiveram um maior número de respostas (n=31), e o grau de frequência com menor número de respostas foram o “Nunca” e o “Raramente” com 0 respostas. A questão “Trabalho com a família e outros profissionais envolvidos, com a finalidade de promover a participação da criança e para isso adapto os ambientes físico, social e temporal”, obteve um maior número de respostas no grau de frequência de “Frequentemente” (n=22), e o grau de “Nunca” não obteve nenhuma resposta.

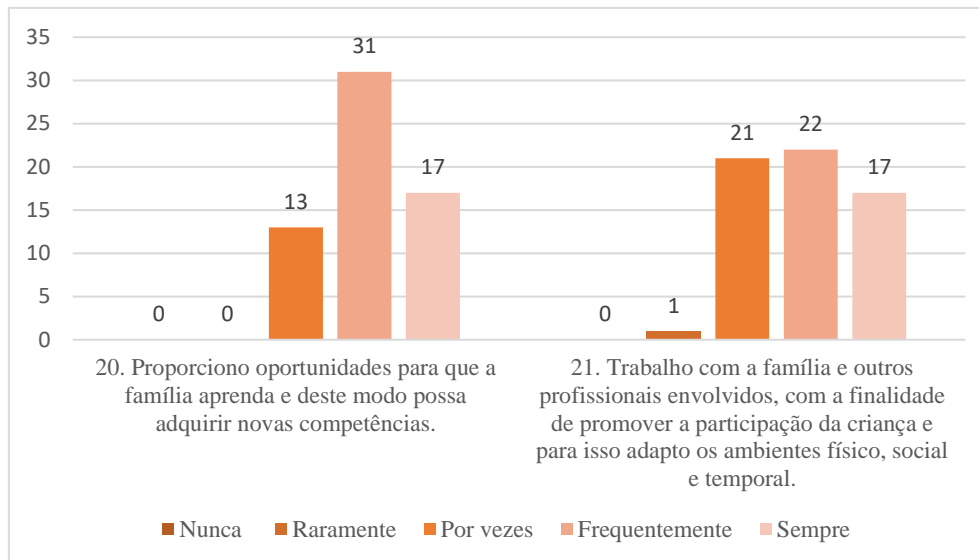


Gráfico 15 - Oportunidades e objetivos das PCF

Em seguida, serão apresentados os resultados relacionados com a implementação da intervenção mediada por pais. Já no que respeita às questões relacionadas com a Intervenção mediada por pais, perante a análise do Gráfico 16, é possível verificar que os terapeutas da fala na sua maioria (58%, n= 38), não implementam a intervenção mediada por pais.

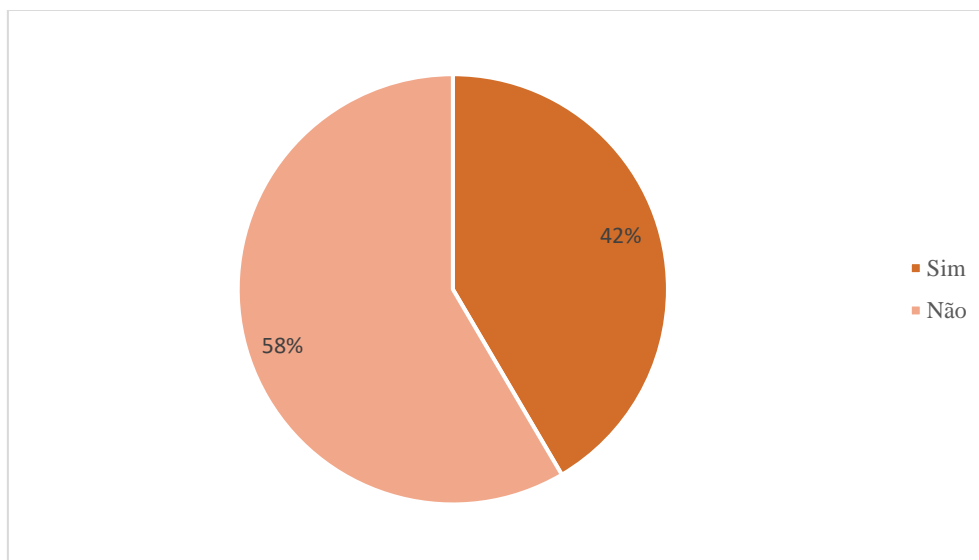


Gráfico 16 - Implementação da intervenção mediada por pais

Apenas os profissionais que implementam a intervenção mediada por pais, ou seja 27 responderam a questões relacionadas com esta intervenção. Relativamente às áreas de intervenção em que se adota a intervenção mediada por pais, a área da *Linguagem oral*

obteve as respostas mais frequentes (n=23) e as menos frequentes foram as áreas da voz e audição (n=3) (Gráfico 17).

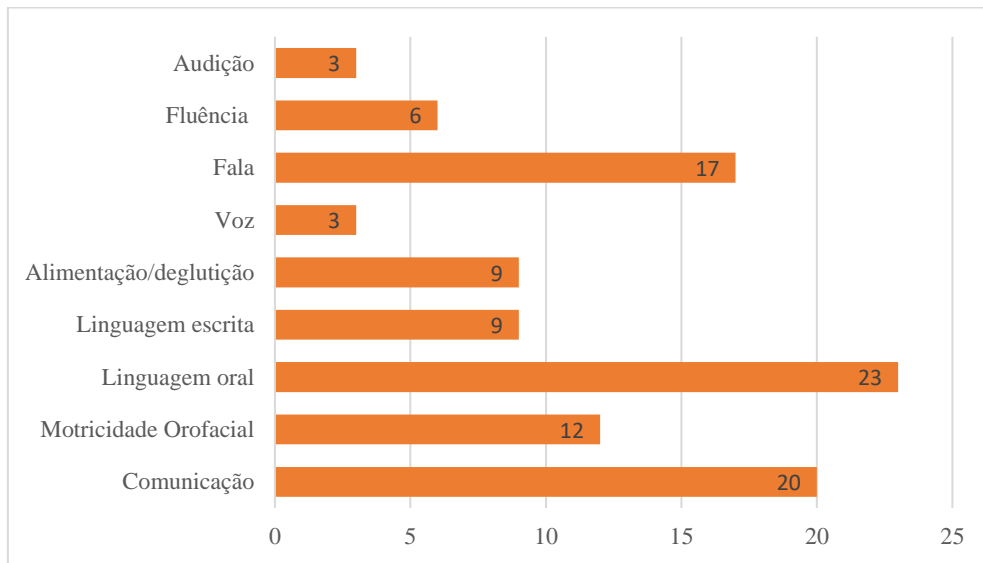


Gráfico 17 - Áreas de atuação na intervenção mediada por pais

No que respeita ao método utilizado pelos terapeutas da fala para explicar aos pais em que consiste a intervenção, como o gráfico abaixo indica (Gráfico 18), o método de “*Exemplifico com revisão do desempenho dos pais*” obteve maior frequência de respostas (n=22). Dos TF’s que referiram “Outros” citamos os mencionados: “Análise conjunta de vídeos”, “Os pais assistem e participam nas sessões” e por último” Acompanhamento de perto por telefone e e-mail; peço aos pais para estarem presentes na terapia onde exemplifico e explico o objetivo dos exercícios; promovo a intervenção dos pais durante a sessão e dou orientações no sentido de os capacitar a fazerem em casa sozinhos com a criança. Partilho artigos sobre a área em que estamos a intervir.”

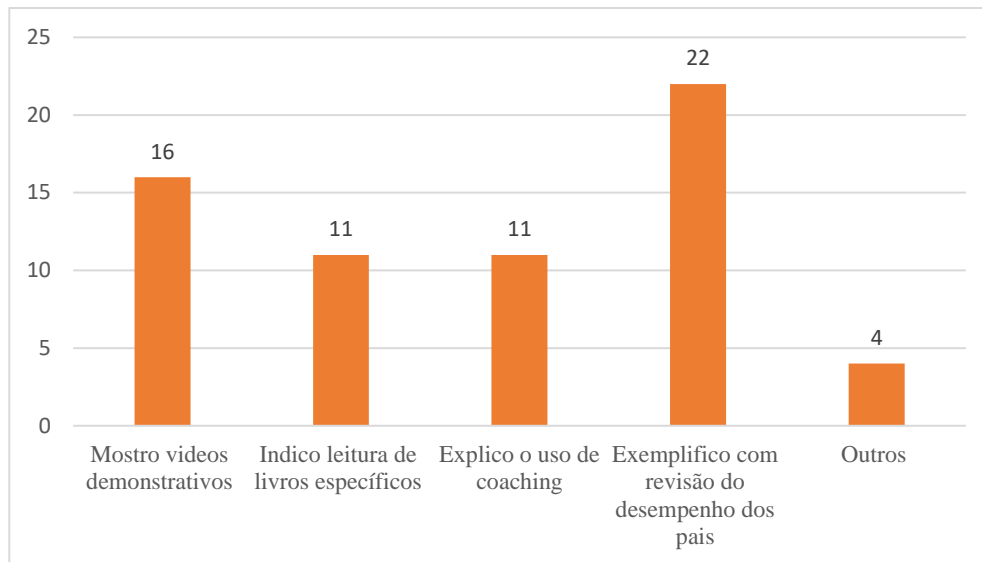


Gráfico 18 - Estratégias utilizadas

Os terapeutas da fala inquiridos consideram que este tipo de intervenção “*ajuda-os a adquirir conhecimento, no que concerne a oportunidades para que os seus filhos aprendam novas competências linguísticas*” pelo que o grau de concordância de “Concordo Totalmente” obteve o maior número de respostas (n=19). Os graus com menor frequência de respostas (n=0) foram o grau “Discordo Totalmente”, o grau “Discordo” e o grau “Nem concordo, nem discordo”. Relativamente à inclusão de estratégias de ensino naturalista, os terapeutas da fala consideram importantes, visto que os graus de concordância com maior afluência de respostas foram o grau “Concordo Totalmente” e o grau “Concordo”, com 12 respostas cada, em contrapartida os graus com menor frequência de respostas são o grau “Discordo Totalmente”, o grau “Discordo”, com 0 respostas (Gráfico 19).

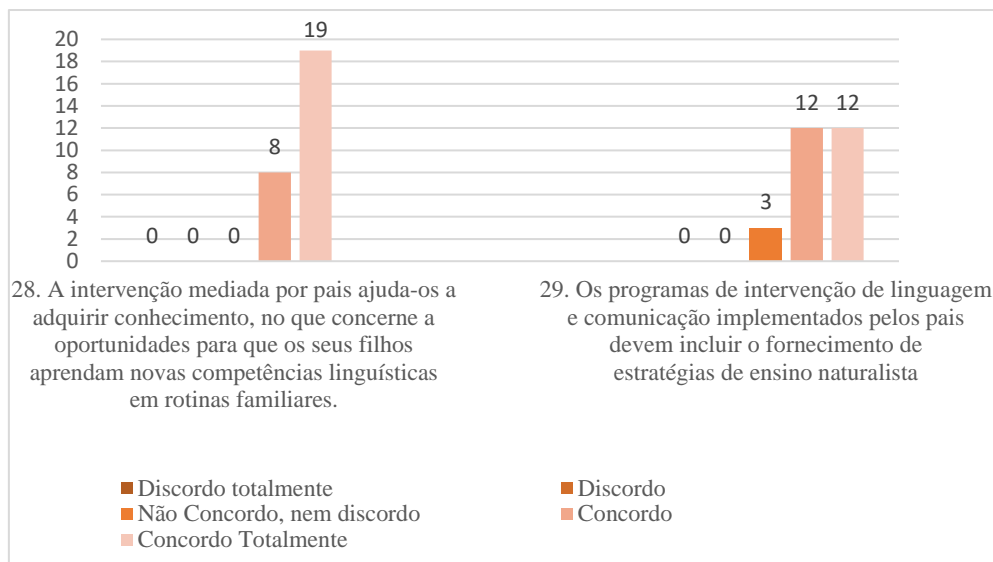


Gráfico 19 - Oportunidades e estratégias

Os terapeutas da fala inquiridos julgam que “as estratégias naturalistas devem incluir imitação e reforço natural” pelo que o grau de concordância com o maior número respostas é “Concordo” (n=12), contudo os graus com menor de frequência de respostas foram o grau “Discordo Totalmente” e o grau “Discordo” (n=0) (Gráfico 20).

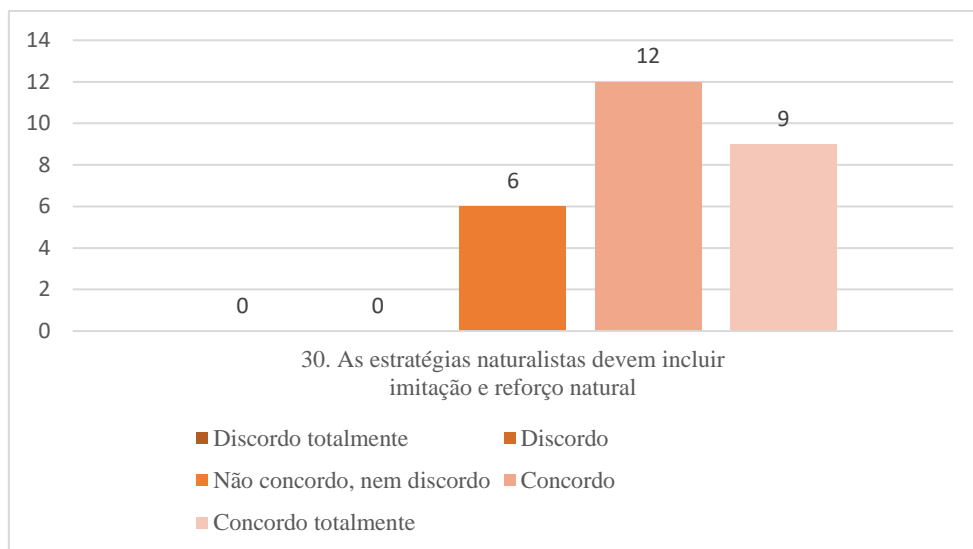


Gráfico 20 - Estratégias a usar

Os terapeutas da fala que responderam a este questionário consideram que “as intervenções de linguagem implementadas pelos pais são eficazes para melhorar as competências comunicativas das crianças”, visto que o grau de concordância com maior frequência de respostas é o grau “Concordo Totalmente” com cerca de 17 respostas, os graus com menor frequência de respostas, ou seja, 0 respostas são o grau “Discordo

Totalmente”, o grau “Discordo” e o grau “Não concordo, nem discordo”. No que se refere à eficácia desta implementação no “vocabulário recetivo e expressivo das crianças” os terapeutas da fala referem que concordam totalmente com esta afirmação, visto que este grau de concordância obteve o maior número de respostas, 16, comparativamente aos outros. Os graus com menor frequência de respostas são o grau “Discordo Totalmente”, o grau “Discordo” e o grau “Não concordo, nem discordo”, com 0 respostas cada. Relativamente à eficácia desta implementação no desenvolvimento de competências da linguagem, os terapeutas da fala julgam que ocorre um maior desenvolvimento ao nível de competências pragmáticas, de competências comunicativas e do vocabulário recetivo e expressivo, visto que os graus de concordância com maior frequência de respostas, o grau “Concordo totalmente” e “Concordo” obtiveram o maior número de respostas relativamente às outras componentes, ou seja, 27 respostas. A componente da linguagem da fonologia apresenta um menor número de respostas nos graus de frequência “Concordo Totalmente” e “Concordo”, com 9 e 12 respostas respetivamente (Gráfico 21).

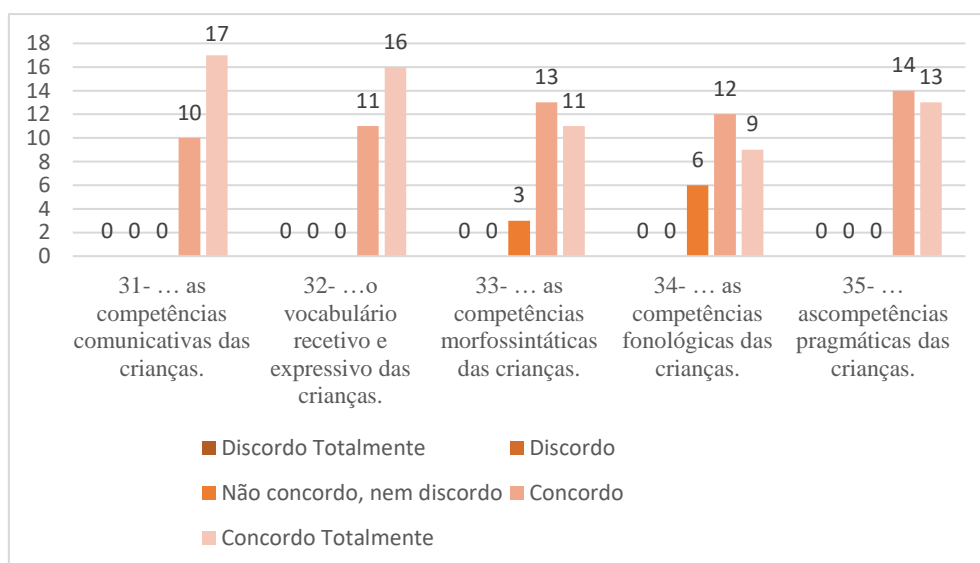


Gráfico 21 - Intervenção mediada por pais e componentes da linguagem

Os terapeutas da fala inquiridos consideram que ocorre “um aumento da utilização de comportamentos facilitadores de linguagem, por parte dos pais” resultado da intervenção mediada pelos mesmos, pelo que o grau de concordância de “Concordo Totalmente” obteve 15 respostas, contudo os graus com menor de frequência de respostas foram o grau “Discordo Totalmente” e o grau “Discordo” com cerca de 0 respostas cada um. Apesar disso, os inquiridos consideram “fundamental pedir à família uma autoavaliação sobre o seu desempenho e confiança”, visto que o grau de concordância com maior frequência de

respostas foi o grau de “Concordo Totalmente” com cerca de 14 respostas, no entanto verificam-se 2 respostas com o grau “Discordo”, conforme o gráfico 22.

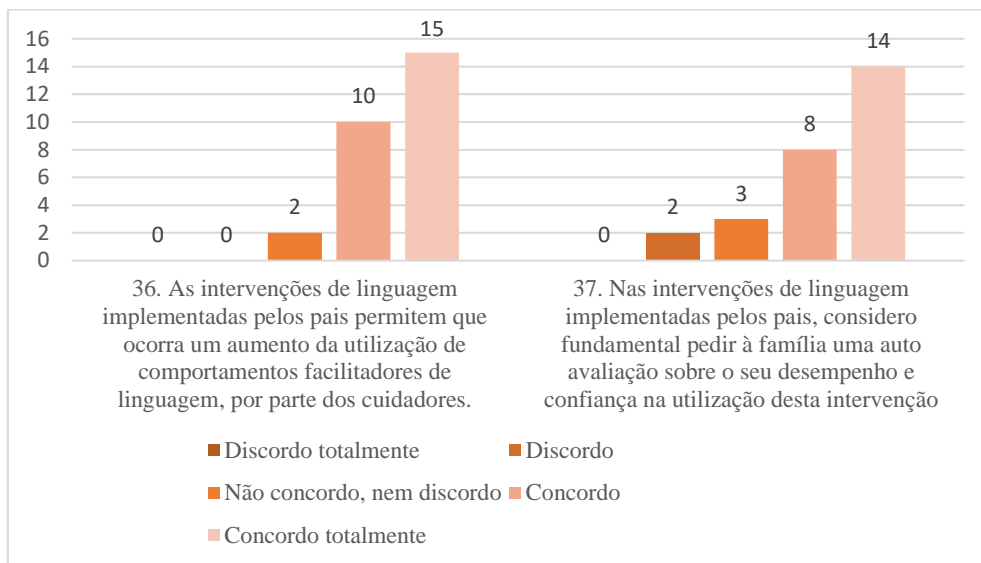


Gráfico 22 - Aumento de comportamentos facilitadores e autoavaliação

Em seguida, serão apresentados os resultados relacionados com a implementação da teleprática. Perante a análise do Gráfico 23, é possível verificar que os terapeutas da fala na sua maioria, ou seja 91% que corresponde a 59 dos inquiridos, já implementaram na sua prática profissional o uso da modalidade de teleprática.

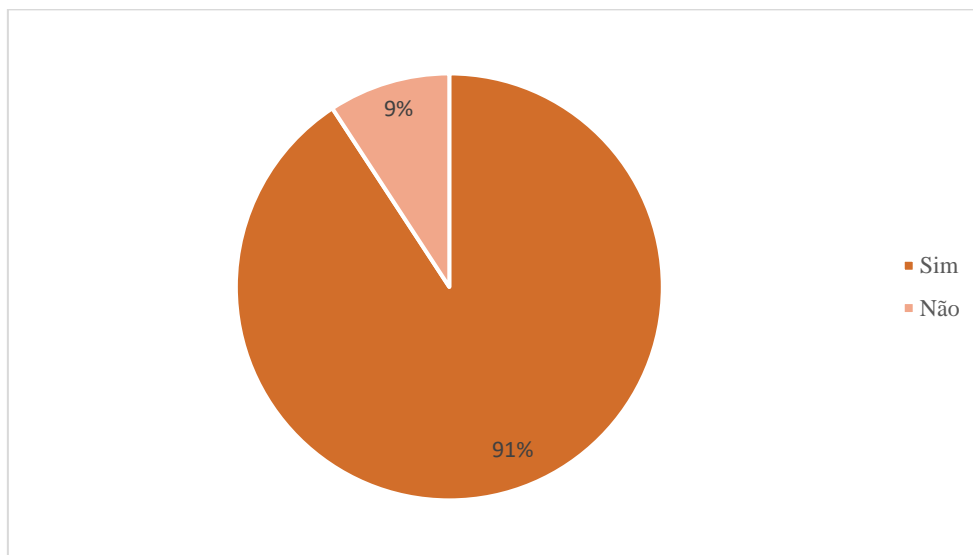


Gráfico 23 - Implementação da Teleprática

Apenas os profissionais que já implementaram teleprática, ou seja 59 responderam às questões relacionadas com esta modalidade. Destes verifica-se que os terapeutas da fala

na sua maioria, ou seja 64% (n=38), nunca implementaram na sua prática profissional o uso da modalidade de teleprática na intervenção mediada por pais, contudo obteve-se 36%, ou seja 21 respostas positivas a esta implementação conjunta, conforme o gráfico abaixo (Gráfico 24).

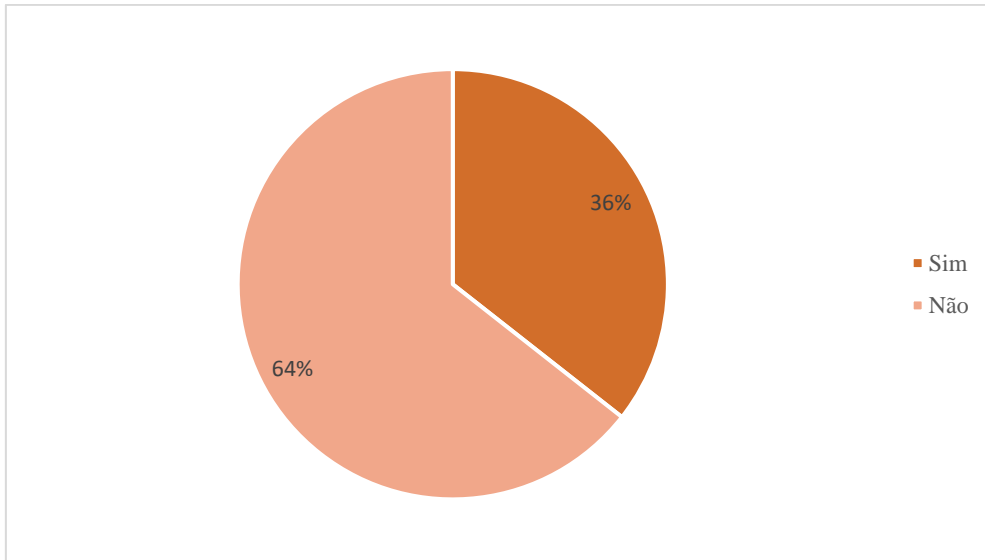


Gráfico 24 - Teleprática na intervenção mediada por pais

Averigua-se, perante o gráfico 25 que os terapeutas da fala na sua maioria, ou seja 56% (n=33), pretendem continuar a usar a teleprática na intervenção em crianças com dificuldades de comunicação e/ou linguagem após a pandemia.

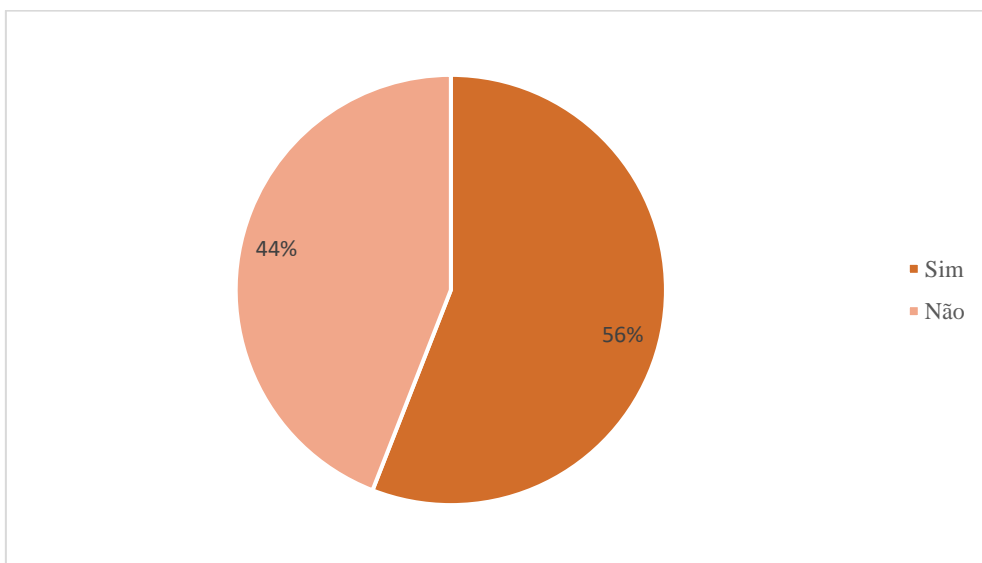


Gráfico 25 - Uso da teleprática após a Pandemia

Tendo em consideração os objetivos deste projeto, que visa averiguar a percepção por parte dos TF'S dos benefícios e das desvantagens da implementação de práticas centradas na família, da intervenção mediada por pais e ainda da teleprática, as respostas dos inquiridos às questões abertas foram organizadas por categorias, de modo a promover a interpretação dos dados. Da análise realizada surgiram as categorias de seguida indicadas. Os exemplos de respostas dos inquiridos e a criação de categorias encontram-se no Anexo III.

As categorias encontradas relativamente aos benefícios referidos pelos terapeutas da fala acerca da implementação das práticas centradas na família encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1- Benefícios da implementação de práticas centrada na família

<i>Categorias</i>	<i>Número de referências</i>
<i>Contexto/opportunidades</i>	18
<i>Sucesso terapêutico</i>	40
<i>Envolvimento</i>	12
<i>Capacitação das famílias</i>	10
<i>Autoconfiança das famílias</i>	2
<i>Conhecimento do desenvolvimento das crianças</i>	5
<i>Implementação de estratégias</i>	5
<i>Reconhecer as necessidades e preocupações das famílias</i>	6
<i>Generalização e consolidação</i>	5

Tendo em conta o número de referências identificado nas respostas relativamente à abordagem desta prática, ou seja, 61 inquiridos, é possível verificar que apenas 1 não respondeu à mesma. A categoria mais referenciada pelos TF foi o “Sucesso Terapêutico”, com 40 referências incluídas nesta categoria. Já a categoria menos referenciada, com 2 respostas foi a “Autoconfiança das famílias”

As categorias relacionadas com às desvantagens mencionadas pelos terapeutas da fala acerca da implementação desta abordagem encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2- Desvantagens da implementação de práticas centrada na família

<i>Categorias</i>	<i>Número de referências</i>
<i>Falta de tempo/disponibilidade/recursos</i>	23
<i>Não há desvantagens</i>	6
<i>Falta de Colaboração/Envolvimento</i>	18
<i>Limitação devido ao local de trabalho</i>	3
<i>Funcionamento familiar</i>	20
<i>Conhecimento por parte dos profissionais/famílias</i>	8

Comparativamente à pergunta anterior, apenas 60 dos 61 inquiridos responderam a esta questão. A categoria de “Falta de tempo/disponibilidade/recursos” por parte dos pais, foi a mais referenciada pelos TFs como uma desvantagem à implementação desta prática, com 23 referências incluídas nesta categoria. Já a categoria de “Limitação devido ao local de trabalho” do terapeuta da fala, foi a menos mencionada, com 3 referências.

As respostas à questão “Quais os critérios utilizados na decisão para implementar uma intervenção mediada por pais?” foram organizadas em categorias que se encontram mencionadas na Tabela 3.

Tabela 3- Critérios na implementação de uma intervenção mediada por pais

<i>Categorias</i>	<i>Número de referências</i>
<i>Disponibilidade</i>	7
<i>Interesse da família/Envolvimento</i>	8
<i>Idade da criança</i>	4

<i>Necessidades da família</i>	5
<i>Predisposição da família/Cooperação</i>	8
<i>Capacitação dos pais</i>	8
<i>Diagnóstico/Características das crianças</i>	6

Foram 27 os TF's que responderam a esta questão. De acordo com a análise de conteúdo das respostas foi possível verificar que as categorias mais referenciadas pelos TFs como critérios para a implementação desta prática foram o “Interesse da família/Envolvimento”, “Predisposição da família/Cooperação” e a “Capacitação dos pais” com 8 referências cada uma. A categoria menos referenciada, com 5 respostas foi as “Necessidades da família”.

As categorias criadas como benefícios referidos na implementação desta abordagem encontram-se descritos na Tabela 4.

Tabela 4- Benefícios da intervenção mediada por pais

<i>Categorias</i>	<i>Número de referências</i>
<i>Contexto/Oportunidades</i>	9
<i>Sucesso terapêutico</i>	15
<i>Envolvimento</i>	5
<i>Capacitação das famílias</i>	6
<i>Autoconfiança das famílias</i>	1
<i>Implementação de estratégias</i>	4
<i>Generalização e consolidação</i>	5
<i>Intervenção à distância</i>	1

A categoria de “Sucesso Terapêutico” foi a mais referenciada pelos TFs como um benefício à implementação desta prática, com 15 referências incluídas nesta categoria. Já

as categorias de “Autoconfiança das famílias” e “Intervenção à distância” foram as menos mencionadas, com 1 referência cada.

As categorias criadas como desvantagens referidas na implementação desta abordagem encontram-se descritas na Tabela 5

Tabela 5- Desvantagens da intervenção mediada por pais

<i>Categorias</i>	<i>Número de referências</i>
<i>Não encontra desvantagens</i>	6
<i>Falta de Conhecimento dos profissionais</i>	2
<i>Tempo disponibilizado pelos pais para a intervenção</i>	5
<i>Menor sucesso</i>	7
<i>Frustração/cansaço pais/criança</i>	3
<i>Falta de colaboração/aceitabilidade desta abordagem</i>	4

A categoria mais referenciada pelos TFs, como desvantagem a implementação de intervenção mediada por pais foi o “Menor Sucesso”, com 7 referências incluídas nesta categoria. Contudo, a categoria menos referenciada, foi a “Falta de conhecimento dos profissionais”, com 2 referências.

As categorias encontradas relativamente aos benefícios referidos pelos terapeutas da fala acerca da implementação da implementação da Teleprática em crianças com dificuldades de comunicação e/ou linguagem encontram-se mencionados na Tabela 6.

Tabela 6- Benefícios da implementação da teleprática

<i>Categorias</i>	<i>Número de referências</i>
<i>Igualar os serviços às áreas rurais/ Apoio à distância</i>	3

<i>Redução de custos/deslocações</i>	1
<i>Acompanhamento em contexto natural</i>	7
<i>Capacitação dos pais</i>	5
<i>Contacto próximo com os pais/Envolvimento</i>	18
<i>Sessões interativas</i>	10
<i>Manter o acompanhamento</i>	17
<i>Gestão de horários</i>	3

Obtivemos 58 respostas válidas a esta pergunta. A categoria mais referenciada pelos TFs foi o “Contacto próximo com os pais/Envolvimento”, com 18 referências. As categorias menos referenciadas com 3 respostas cada foram a “Gestão de horários” e “Igualar os serviços às áreas rurais/Apoio à distância”.

As categorias encontradas relativamente às desvantagens referidas pelos terapeutas da fala acerca da implementação da Teleprática em crianças com dificuldades de comunicação e/ou linguagem encontram-se mencionados na Tabela 7.

Tabela 7- Desvantagens da implementação da teleprática

<i>Categorias</i>	<i>Número de referências</i>
<i>Qualidade de som e imagem/Falhas técnicas</i>	10
<i>Tempo de atenção/concentração reduzido/envolvimento</i>	23
<i>Necessidade de apoio familiar</i>	6
<i>Implementação de Estratégias</i>	5
<i>contacto físico/relação terapêutica</i>	17

Já relativamente à questão referente às desvantagens obtivemos 55 respostas válidas. A categoria mais referenciada como desvantagem à implementação desta modalidade de intervenção foi o “Tempo de atenção/concentração reduzido/ envolvimento” da criança,

com de 23 referências. A categoria que diz respeito à dificuldade de “Implementação de Estratégias” específicas por parte dos TF, foi a menos mencionada, com 5 referências.

#### **IV. Discussão de resultados**

O presente capítulo prende-se com a discussão dos resultados obtidos, mais significativos, com base nas respostas obtidas ao questionário elaborado com o intuito de caracterizar a percepção dos terapeutas da fala acerca da sua prática na adoção das Práticas Centradas na Família, da Intervenção Mediada por Pais e da Teleprática na sua prática profissional. Esta análise permitirá realizar um cruzamento de informação de acordo com a revisão de literatura, realizada anteriormente, que se considere relevante.

Primeiramente na análise dos dados relativos à caracterização sócio-demográfica e profissional pode verificar-se que relativamente aos anos de experiência a maior parte dos inquiridos se encontra no intervalo dos 5-9 anos, com habilitações literárias maioritariamente de Pós-Graduação.

O local onde os inquiridos referem que exercem ou já exerceram funções é o mesmo, ou seja, as *Clínicas ou Gabinetes Privados* e a idade principal da população alvo de intervenção centra-se na faixa etária dos 0-6 anos. Os inquiridos referem que as suas principais áreas de intervenção são a Linguagem Oral, a Comunicação e a Fala. Estes dados vão de encontro com os resultados obtidos em estudos anteriores, realizados em Portugal, na qual referem que grande parte dos TFs exercem as suas funções em *Clínicas ou Gabinetes Privados* e que as suas principais áreas de intervenção são em perturbações da comunicação e da linguagem, na faixa etária dos 0-6 anos (Batista, 2011 e Aradas 2019).

Como resposta ao objetivo 1 deste projeto “*Identificar a frequência com que os terapeutas da fala adotam a abordagem das práticas centradas na família*” conseguimos constatar que quase a totalidade dos inquiridos indicam aplicar esta abordagem nas suas intervenções (94%) e na grande maioria em áreas como a comunicação (n=50). Após a observação anterior e relembrando que a maior parte dos inquiridos intervém, maioritariamente, na faixa etária dos 0-6 anos, estes resultados parecem fazer sentido uma vez que o paradigma das PCF tem a sua origem na intervenção precoce (Serrano, 2007).

Nas questões relacionadas com o grau de frequência relativamente ao procedimento de implementação destas práticas, no processo de avaliação e intervenção, pode observar-se uma atribuição alta, de grau 4, ou seja, frequentemente. Deste modo, é possível aferir que os TF's, nos diversos contextos de intervenção referem utilizar os procedimentos adequados, para a implementação destas práticas, reconhecendo *as necessidades que preocupam a família e a educadora*, bem como uma *avaliação com base nas rotinas das crianças quer em ambiente familiar, quer em ambiente escolar*. Referem ainda a adoção de uma postura que lhes permita envolver as famílias durante todo o processo, de modo *a apoiá-las, tratando-as sempre com respeito e disponibilizando informações sempre que possível*. McWilliam (2012), reconhece a importância de uma avaliação com base nas rotinas das crianças, nos seus diversos contextos, bem como a recolha de informação relativamente às preocupações dos intervenientes. Também o autor Espe-Sherwindt (2008), refere a importância de envolver a família, dotando-a de capacidades e permitindo-lhes deste modo ser um pilar durante todo o processo.

No entanto o modelo de equipa pela qual os inquiridos se regem, é o modelo Multidisciplinar, sendo o menos referenciado o modelo Transdisciplinar. Tendo em conta as respostas às questões anteriores, estes resultados levantam-nos algumas questões, pois, tal como refere King *et al.* (2009), o modelo de equipa considerado mais adequado para a implementação das práticas centradas na família é o modelo transdisciplinar, visto que permite ver a criança como um todo. Segundo McWilliam (2010 *cit. in* Caldeira, 2017) a adoção de um modelo multidisciplinar acarreta algumas dificuldades, nomeadamente ao nível da comunicação entre os diversos membros. Esta falta de comunicação influencia o processo de intervenção. Assim sendo é possível aferir que apesar dos inquiridos referirem o facto de manterem por base o reconhecimento das necessidades das crianças e do seu meio envolvente, bem como apoiarem as suas famílias, ao não se regerem pelo modelo de equipa recomendado, podem apresentar maiores dificuldades em colmatar as necessidades vivenciadas pelas crianças e pelas suas respetivas famílias.

No que diz respeito às *vantagens e desvantagens à implementação das práticas centradas na família* foi realizada uma análise de conteúdo, no intuito de criar categorias, para promover a interpretação dos dados, de modo a responder aos seguintes objetivos “*Identificar os benefícios referidos pelos terapeutas da fala acerca da implementação das práticas centradas na família*” e “*Identificar as desvantagens referidas pelos terapeutas da fala acerca da implementação das práticas centradas na família*”. A

categoria do “*Sucesso Terapêutico*” é a mais referenciada pelos terapeutas da fala, pelo que se encontra de acordo com a literatura, segundo Dunst *et al.* (2014), pois à medida que forem proporcionadas oportunidades de aprendizagem, maior será o sucesso terapêutico, pois a criança irá adquirir competências e maior será a autoconfiança das famílias. Mediante a revisão de literatura elaborada no início deste projeto, verificou-se também benéficos que consistem no envolvimento parental, que se traduz em consequências positivas, pois permite à família aprimorar conhecimentos e deste modo aumentar a capacitação familiar (Dunst *et al.*, 2014 e Maia, 2020a). No entanto, a categoria menos referenciada como vantagem foi a “*Autoconfiança das famílias*”, o que contradiz a literatura segundo o Dunst *et al.* (2014). Nas desvantagens, a “*Falta de tempo/disponibilidade/recursos*” por parte dos pais é a categoria mais referenciada. Diversos estudos corroboram a limitação de tempo (dos profissionais e das famílias), como um entrave a implementação desta prática (Pereira e Serrano, 2014).

No que diz respeito ao objetivo 2 “*Identificar a frequência com que os terapeutas da fala adotam a intervenção mediada por pais*” pode-se constatar que quase na totalidade os inquiridos não aplicam estas práticas nas suas intervenções, no entanto a minoria que aplica adota na área da Linguagem oral. Diversos autores referem a adoção desta prática nas áreas de linguagem e comunicação (Te Kaat-van *et al.*, 2017; Rakap e Rakap, 2014; Akemoğlu *et al.*, 2020).

Ao longo da concretização do enquadramento teórico considerou-se pertinente, por meio de um questionário, questionar os inquiridos relativamente ao método utilizado pelos mesmos na explicação sobre aplicação desta intervenção. Deste modo, verificou-se que o método “*Exemplificativo com revisão do desempenho dos pais*” é o mais referenciado. De acordo com a prática baseada na evidência, diversos autores, referem que os pais apresentam oportunidades para promoverem o desenvolvimento, tendo em conta que lhes são ensinadas estratégias para aplicar em múltiplos contextos. Estas estratégias consistem no treino parental e/ou *coaching*. Assim sendo, o *coaching* permite que o terapeuta observe o momento de interação entre o pai/a mãe-criança, e deste modo rever o desempenho dos mesmos, dando-lhes um feedback (Snodgrass *et al.*, 2017; Woods *et al.*, 2011; Brown e Woods, 2015).

Nas questões relacionadas com o grau de concordância, relativamente *ao uso de estratégias naturalista* no processo de intervenção desta prática, bem como na *aquisição*

*de conhecimentos por parte dos pais, para que os seus filhos aprendam novas competências linguísticas* pode observar-se a atribuição do grau 4, ou seja, “Concordo”. É assim possível aferir que os inquiridos consideram que ensinar os pais permite à criança aprender novas competências linguísticas e para isso devem estar incluídas estratégias de ensino naturalista, como por exemplo a imitação e o reforço natural, nos programas de implementação. Akemoğlu *et al.* (2020), Rakap e Rakap (2014) e (Barber *et al.*, 2020) consideram que uma intervenção mediada por pais consiste em ensinar o mesmo a implementar a intervenção e para isso deve-se reger por programas que visam o desenvolvimento da linguagem e da comunicação e para isso deverá ensinar estratégias aos pais de ensino naturalista, como o reforço, a imitação e “seguir a iniciativa da criança”.

Relativamente ao grau de concordância na eficácia desta implementação no desenvolvimento de competências da linguagem, os inquiridos referem que ocorre um maior desenvolvimento ao nível de competências pragmáticas, de competências comunicativas e do vocabulário recetivo e expressivo. Diversos estudos demonstram resultados positivos na implementação desta prática no que concerne ao aumento de competências de linguagem, como o conhecimento lexical, bem como ao nível da interação com o outro (Akemoğlu *et al.*, 2020; Rakap e Rakap, 2014; Te Kaat-van *et al.*, 2017).

Para que seja exequível a implementação uma intervenção mediada por pais é necessário que os terapeutas da fala mantenham critério para a mesma. Deste modo, as categorias mais referenciadas para a implementação desta prática são “*Interesse da família/Envolvimento*”, “*Predisposição da família/Cooperação*” e “*Capacitação dos pais*”. É possível aferir que para concretizar uma intervenção mediada por pais, é fundamental o envolvimento familiar, de modo a promover uma participação ativa, que se traduz numa capacitação familiar. Contudo, se não existir pré-disposição da família, não serão enquadrados momentos para a intervenção e deste modo não se desenvolveram oportunidades no intuito de promover o desenvolvimento da criança (Dunst *et al.*, 2014; Woods, 2011b; Woods *et al.*, 2011)

Novamente foi realizada uma análise de conteúdo, no que diz respeito às *vantagens e desvantagens à implementação intervenção mediada por pais*, com o objetivo de criar categorias, para promover a interpretação dos dados, de modo a responder aos seguintes

objetivos “*Identificar os benefícios referidos pelos terapeutas da fala acerca da implementação da intervenção mediada por pais*” e “*Identificar as desvantagens referidas pelos terapeutas da fala acerca da implementação da intervenção mediada por pais*”. A categoria mais referenciada como benefício foi o “*Sucesso Terapêutico*”, pelo que se encontra de acordo com a literatura. Para além da evolução terapêutica, relativamente à comunicação da criança com o outro (Barber *et al.*, 2020), diversos estudos revelam outros resultados positivos, nomeadamente o aumento de competências ao nível de linguagem das crianças, especialmente no aumento conhecimento lexical, bem como um aumento de oportunidades de aprendizagem e o envolvimento da criança nos diversos contextos. Referem ainda capacitação das famílias, por meio do seu próprio desenvolvimento (Barber *et al.*, 2020; Akemoğlu *et al.*, 2020; Rakap e Rakap, 2014; Te Kaat-van *et al.*, 2017). Nas desvantagens, o “*Menor Sucesso*” é a categoria mais referenciada. Contrariamente à revisão de literatura, as desvantagens apontadas por McConnell (2015) apontam para a disponibilidade de tempo dos pais, visto que para alguns é difícil criar momentos de oportunidades de aprendizagem nas rotinas do dia a dia. Ora, encontrar a categoria “sucesso terapêutico” como vantagem e, simultaneamente, “menor sucesso” como desvantagem causa-nos bastante confusão. Seria bastante interessante ter a oportunidade de esclarecer esta ambiguidade. Podemos, de qualquer forma, através das respostas dos nossos inquiridos, compreender que a vantagem do “Sucesso Terapêutico” está relacionada com a possibilidade de aumentar o número de oportunidades de interação com recurso a estratégias adequadas, quando os TF’s conseguem que os cuidadores “aprendam” e adotem estas estratégias no quotidiano. Pelo contrário, a categoria “menor sucesso” está relacionada com a dificuldade de implementar as estratégias partilhadas, com consequente repercussão no desenvolvimento da criança.

Após uma comparação das análises das perguntas abertas e a escala de likert, verificou-se que a forma como a redação da questão foi elaborada, pode enviesar os dados, quer isto dizer que como as perguntas são na afirmativa pode induzir o autor em erro, ou seja que os inquiridos sabem como aplicar esta metodologia na sua prática profissional, contudo após a análise dos dados qualitativos verificam-se incongruências. Nomeadamente “*Aplicar incorretamente as estratégias fornecidas; Não saber analisar ou identificar os comportamentos de modo a poder selecionar/identificar qual estratégia a adotar.*”, “*algumas famílias precisam de uma intervenção mais direcionada à criança por parte do terapeuta*” e “*Adequar estratégias a todas as*

*famílias*” estas respostas remetem para a falta de conhecimento por parte dos inquiridos, visto que inicialmente é traçado um plano que visa as necessidades e competências da criança, e à medida que os momentos de interação entre o cuidador-criança ocorrem, cabe ao terapeuta da fala identificar os comportamentos desajustados e dar feedback aos cuidadores sobre a forma como deverão ser aplicadas as estratégias. Se a intervenção for realizada pelo terapeuta da fala, então não é considerada uma intervenção mediada por pais e sim uma intervenção tradicional, o que poderá ocorrer será, em algumas situações, o TF dar um modelo aos pais. Pode aferir-se a necessidade de procura no que concerne à prática baseada na evidência, o que vai de encontro com a literatura. Segundo o CPLOL (1999 *cit. in* Clarisse, 2013) o TF deverá reger a sua prática com base na prática baseada na evidência e deste modo, manter-se em constante atualização da investigação, provendo uma melhor intervenção. Também as autoras Pereira e Serrano (2014) referem esta constante evolução a nível de conhecimentos, por parte dos profissionais que aplicam estas práticas.

No que diz respeito ao objetivo 3 “*Identificar a frequência com que os terapeutas da fala adotam a teleprática*” é possível constatar que a maioria dos inquiridos já implementou na sua prática profissional o uso da modalidade de teleprática. Consoante o estudo realizado pelo CPLOL (2018 *cit.in* Mendes *et al.*, 2020) é possível verificar dados contraditórios, visto que apenas 14% dos inquiridos utilizavam esta modalidade. Estes dados podem advir do facto de nos últimos tempos ocorrer uma necessidade maior da implementação desta modalidade, tendo em consideração a pandemia mundial.

Relativamente à implementação da teleprática na intervenção mediada por pais, observou-se que mais de metade dos inquiridos nunca as implementaram concomitantemente na sua prática profissional. Esta questão permite responder ao objetivo 4, ou seja, “*Identificar a frequência com que os terapeutas da fala adotam a teleprática na intervenção mediada por pais*”. No entanto, mediante uma revisão sistemática, é possível constatar a eficácia desta intervenção por meio da teleprática (Akemoğlu *et al.*, 2020).

No que concerne às *vantagens e desvantagens à implementação da teleprática* também foi realizada uma análise de conteúdo, no intuito de criar categorias, para promover a interpretação dos dados, de modo a responder aos seguintes objetivos “*Identificar os benefícios referidos pelos terapeutas da fala acerca da implementação da teleprática*” e

“Identificar as desvantagens referidas pelos terapeutas da fala acerca da implementação da teleprática”. O “Contacto próximo com os pais/Envolvimento” foi a categoria com maior referência para identificar as vantagens à implementação da teleprática. A evidência científica vai ao encontro desta referência, pois segundo o autor Theodoros (2011), o acompanhamento em contexto natural, através desta modalidade permite um contacto mais próximo com os pais e ainda um envolvimento por parte destes na sessão. Os autores Brennan *et al.* (2004) e Snodgrass *et al.* (2017) também identificam a capacitação parental como uma vantagem. Apesar de se verificar que a categoria menos referenciada, com apenas 1 resposta, foi a “Redução de custos/deslocações” diversos autores corroboram esta categoria como uma vantagem (Akemoğlu *et al.*, 2020 e Langkamp *et al.*, 2015). Contudo, a categoria mais referenciada como desvantagem à implementação desta modalidade é o “Tempo de atenção/concentração reduzido/envolvimento”. Também a SPTF (2020), através de estudos realizados, demonstrou preocupação relativamente ao tempo de atenção/concentração da criança. No entanto, também a qualidade de imagem/som e falhas técnicas foi referenciada em diversos estudos como um entrave à implementação desta modalidade (Capitão *et al.*, 2020).

Por último, menciona-se o facto de que mais de metade dos inquiridos pretende continuar a utilizar a teleprática na intervenção em crianças com dificuldades e/ou linguagem após a pandemia. O estudo realizado pelo CPLOL em 2018 (*cit. in* Mendes *et al.*, 2020) refere que 66% dos inquiridos considera pertinente a utilização da teleprática no futuro.

## **Conclusão**

Tendo em consideração a motivação pessoal da autora nesta área de intervenção e a escassa informação, em Portugal, relativamente ao tema abordado neste projeto (especificamente no que diz respeito à intervenção mediada por pais e teleprática), surgiu o intuito para a execução deste estudo. Julga-se que a realização deste projeto tenha sido vantajosa na medida em que permitiu à autora aprofundar conhecimentos sobre determinadas metodologias de intervenção na área da terapia da fala, bem como no cumprimento dos objetivos delineados.

Em modo de conclusão a este estudo será elaborado um resumo onde estará descrito as conclusões consideradas relevantes ao longo do mesmo, bem como os resultados obtidos em relação à prática baseada na evidência. Serão mencionados também as limitações sentidas durante a sua concretização, e posteriormente sugestões para futuras investigações nesta área.

No que concerne às perspetivas delineadas na preparação deste estudo, podemos concluir que os resultados obtidos se encontram dentro das expectativas, visto que o modelo das práticas centradas na família é bem mais antigo do que a Intervenção mediada por pais. Após uma análise das perguntas relacionadas com a intervenção mediada por pais, com a escala de likert, verificou-se que termos de redação das questões, estas podem viciar os dados, ou seja as perguntas podem induzir o autor que os inquiridos conhecem bem as áreas e sabem como aplicar as mesmas na sua prática profissional, contudo após a análise dos dados qualitativos verificam-se incongruências. Conclui-se assim, que esta metodologia de intervenção necessita de uma maior divulgação a nível nacional. No entanto, é de salientar que os terapeutas da fala referem que estas metodologias (PCF e IMP) apresentam vantagens à sua prática profissional, como o sucesso terapêutico, devido à promoção do envolvimento da criança nos seus contextos naturais. Contudo, salienta-se alguns entraves que condicionam ou podem condicionar a sua aplicabilidade, como a falta de tempo e disponibilidade de ambos os intervenientes. No entanto, com a aplicação desta modalidade de intervenção, a teleprática, chegou-se à conclusão que apesar de a mesma condicionar o contacto físico e relação terapêutica entre a criança e o terapeuta, permitiu o contacto próximo dos pais e deste modo desencadeou o envolvimento dos mesmos no processo de intervenção. Apesar disso, a maioria dos terapeutas da fala não implementa na sua prática profissional a teleprática na intervenção mediada por pais.

As limitações deste estudo prendem-se por questões de limitação de tempo, o que interferiu numa possível análise inferencial dos resultados. Contudo, em termos do número de respostas, apesar de não ser um número elevado encontramos-nos satisfeitas, mantendo em consideração o número de TF's em Portugal.

Sugere-se, para possíveis investigações, o tratamento dos dados recolhidos com base numa estatística inferencial, nomeadamente com o intuito de correlacionar dados, tais como anos de experiência, bem como locais e faixas etárias de atuação do terapeuta com a implementação do PCF, IMP e Teleprática. Ao longo do estudo verificou-se que a metodologia de intervenção mediada por pais ainda é uma área que necessita de aprimorar conhecimentos, por parte dos terapeutas da fala, deste modo e no intuito de promover uma melhor intervenção sugere-se a realização de palestras, formações e eventos relacionados.

## Referências bibliográficas

Akemoğlu, Y., Muharib, R. e Meadan, H. (2020). A Systematic and Quality Review of Parent-Implemented Language and Communication Interventions Conducted via Telepractice. *Journal of Behavioral Education*, 29(3), pp. 282-316.

American Speech-Language-Hearing Association. (s.d). Early Intervention. [Em linha]. Disponível em <[https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/early-intervention/#collapse\\_4](https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/early-intervention/#collapse_4)>. [Consultado em 04/07/2021].

American Speech-Language-Hearing Association. (2008). Roles and Responsibility of Speech-language Pathologist in Early Intervention: Technical Report. [Em linha]. Disponível em <<http://www.asha.org/policy>>. [Consultado 26.03.2021].

American Speech-Language-Hearing Association. (2020). Telepractice: overview & resources. [Em linha]. Disponível em <<https://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589934956&section=Resources>>. [Consultado em 06/07/2020].

Aradas, A. (2019). *Abordagem Baseada nas Rotinas-Perceção do Terapeuta da Fala*. Porto, Universidade Fernando Pessoa.

Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala. (1999). Código Ético e Deontológico. [Em linha]. Disponível em <[https://99010dfcd479458d80a72018fee7a91c.filesusr.com/ugd/bfea38\\_e90c798429ba412c8a50ef2647651682.pdf](https://99010dfcd479458d80a72018fee7a91c.filesusr.com/ugd/bfea38_e90c798429ba412c8a50ef2647651682.pdf)>. [Consultado em 17/06/2020].

Bairrão, J. e Almeida, I. (2003). Questões atuais em intervenção precoce. *Psicologia*, 5(1), pp. 15-29.

Barber, A. *et alii*. (2020). Effects of Project ImPACT Parent-Mediated Intervention on the Spoken Language of Young Children With Autism Spectrum Disorder. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 5(3), pp. 573-581.

Batista, J. (2011). *O perfil do Terapeuta da Fala em Portugal*. Aveiro, Universidade de Aveiro.

Brennan, D. *et alii*. (2004). The effect of videoconference-based telerehabilitation on story retelling performance by brain-injured subjects and its implications for remote speech-language therapy. *Telemedicine and e-Health*, 10(2), pp.147-154.

Brown, J. e Woods, J. (2015). Effects of a Triadic Parent-Implemented Home-Based Communication Intervention for Toddlers. *Journal of Early Intervention*, 37(1), pp. 44-68.

Brown, J. e Woods, J. (2016). Parent-Implemented Communication Intervention: Sequential Analysis of Triadic Relationships. *Topics in Early Childhood Special Education*, 36(2).

Caldeira, Z., Seixas, S. e Piscalho, I. (2017). Intervenção Baseada nas rotinas. *Revista da UIIPS*, 5 (1), pp.62-80.

Capitão, S. et al (2020). Audição. In: SPTF. (Ed.). *Teleprática em Terapia da Fala*. Lisboa, PAPA-LETRAS, pp. 18-27.

Cartmill, C., Soklaridis, S. e David, C. (2011). Transdisciplinary teamwork: The experience of clinicians at a functional restoration program. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(1), pp.1-8.

Clarisse, A. (2013). *Prática Baseada na Evidência em Terapia da Fala*. Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa.

Correia, L. e Serrano, A. (2000). Intervenção Precoce Centrada na Família: Uma Perspetiva Ecológica de Atendimento. In: Correia, L. e Serrano, A. (Ed.). *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce: Das Práticas centradas na Criança às Práticas Centradas na Família*. Porto, Porto Editora, pp. 10-32.

Cruz, A., Fontes, F. e Carvalho, M. (2003). *Avaliação da Satisfação das Famílias apoiadas pelo PIIP: Resultados da aplicação da escala ESFIP*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de outubro. *Diário da República, 1ª série - nº193, de 6 de outubro de 2009*. Lisboa, Ministério da Educação.

Despacho Conjunto nº 891/99. *Diário da República, Diário da República, 2ª série de 19 de setembro de 1999*. Lisboa, Ministério da Educação, Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade.

Dunst, C. (1985). Rethinking early intervention. *Analysis and intervention in developmental disabilities*, (5), pp.165 – 201.

Dunst, C. (2000). Revisiting `rethinking early intervention`. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20, pp. 95-104.

Dunst, C. (2002). Family centered practices: Birth through school. *The Journal of Special Education*, 36(3), pp. 139-147.

Dunst, C. e Bruder, M. (1999). Family and Community Activity Settings, Natural Learning Environments, and Children's Learning Opportunities. *Everday Children's Learning Opportunities Institute*, 1(2).

Dunst, C., Bruder, M. e Espe-Sherwindt, M. (2014). Family Capacity-Building in Early Childhood Intervention: Do Context and Setting Matter? *School Community Journal*, 24 (1), pp. 37 – 48.

Dunst, C. *et alii.* (1991). Family-Oriented Early Intervention Policies and Practices: Family-Centered or Not? *Exceptional Children*, 58, pp. 115-126.

Dunst, C. *et alii.* (2006). Everyday Activity Settings, Natural Learning Enviroments, And Early Education Practices. *Journal Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 3(1), pp. 3-10.

Ebersohn, L., Ferreira-Prévost, J. e Maree, J. (2007). Exploring facilitation skills in transdisciplinary teamwork. *International Journal of Adolescence and Youth*, 13, pp. 257 – 284.

Espe-Sherwindt, M. (2008). Family-centred practice: collaboration, competency and evidence. *Journal Compilation*, 23 (3), pp. 136 – 143.

Ferreira, A. (2017). *Percepção dos profissionais de Intervenção Precoce na Infância acerca das práticas ideais no contexto português: Modelo colaborativo ou especialista?* Lisboa, Instituto Universitário de Lisboa.

Ferro, C. (2012). *Relações entre Fatores de Risco e Necessidades das Famílias*. Lisboa, Instituto Superior de Educação e Ciência.

Fortin, M. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidática.

Franco, V. (2007). Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce. *Interação em Psicologia*, 11(1), pp113 – 121.

Gaspar, S. e Póvoa J. (2020). *Atendimento em Terapia da Fala na Modalidade Telemedicina Compilação de Informação*. Coimbra

King, G. *et alii*. (2009). The application of a transdisciplinary model for early intervention services. *Infants & Young children*, 22 (3), pp. 211 – 223.

Langkamp, D., McManus, M. e Blakemore, S. (2015). Telemedicine for children with development disabilities: a more effective clinical process than office-based care. *Telemedicine and E-Health*, 21(2), pp. 110-114.

Linder, T. (1993). *Transdisciplinary Play-based intervention: Guidelines for developing a meaningful curriculum for young children*. Baltimore: Paul H. Brookes.

Maia, F. (2012). *A Intervenção Precoce nas Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral: Perceções das Famílias, dos Profissionais e dos Diretores de Serviço*. Braga, Universidade do Minho.

Maia, F. (2020). Práticas Centradas na Família na Terapia da Fala. In: Peixoto, V., Rocha, J. e Maia, F. (Ed.). *Metodologias de Intervenção em Terapia da Fala / 2º volume*. Porto, Universidade Fernando Pessoa, pp. 19- 49.

Maia, F. *et alii*. (2020). Linguagem na criança. In: SPTF. (Ed.). *Teleprática em Terapia da Fala*. Lisboa, PAPA-LETRAS, pp. 54-64.

Mashima, P e Doarn, C. (2008). Overview of telehealth activities in speech-language pathology. *Telemedicine and e-Health*, 14(10), pp. 1101-1117.

McConnell, D. (2015). Parent-mediated intervention: adherence and adverse effects. *Disability and Rehabilitation*, 37(10), pp. 864-872.

McWilliam, P., Winton, P. e Crais, E. (2003). *Estratégias Práticas para a Intervenção Precoce Centrada na Família*. Educação Especial. Porto, Porto Editora

McWilliam, R. A. (2012). *Trabalhar com Famílias de Crianças com Necessidades Especiais*. Porto, Porto Editora.

McWilliam, R. Casey, A. e Sims, J. (2009). The Routines-based Interview A Method for Gathering Information and Assessing Needs. *Infants e Young Children*, 22 (3), pp. 224–233.

Meisels, S. e Shonkoff, J. (2000). Early childhood intervention: A continuing evolution. *In: Shonkoff, J. e Meisels, J. (Eds.). Handbook of early intervention Cambridge.* Cambridge University Press, pp. 3-31.

Mendes, A. et alii (2020). *Telessaúde & Terapia da Fala Considerações Gerais.* SPTF

Pereira, A. e Serrano, A. (2010). Abordagem Centrada na Família em Intervenção Precoce: Perspectivas Histórica, Conceptual e Empírica. *Revista Diversidades, 27*, pp.4-11.

Pereira, A. e Serrano, A. (2010). Intervenção precoce em Portugal: Evidências e consequências. *Inclusão, 10*, pp.101-120.

Pereira, A. e Serrano, A. (2014). Early Intervention in Portugal: Study of Professional's Perceptions. *Journal of Family Social Work, 17*, pp. 263-282.

Pimentel, J. (2003). A escala de intervenção focada na família. estudo da sua validação. *Psicologia, XVII (1)*, pp. 179 – 194.

Portaria nº1102/97. *Diário da República, Série I-B, de 3 de novembro de 1997.* Lisboa, Ministério da Educação.

Portaria no 293/2013 de 26 de setembro. *Diário da República, 1ª série – nº186, de 26 de setembro de 2013.* Lisboa, Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social.

Quivy, R. e Campenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais.* Lisboa, Gradiva Editora.

Raab, M. e Dunst, C. (2006). Checklist for Promoting Parent-Mediated Everyday Child Learning Opportunities. *CASEtools, 2(1)*, pp. 1-9.

Rakap, S. e Rakap, S. (2014). Parent-implemented naturalistic language interventions for young children with disabilities: A systematic review of single-subject experimental research studies. *Educational Research Review, 13*, pp. 35-51.

Samadi, S. e Mahmoodizadeh, A. (2013). Parent's reports of their involvement in na Iranian parent-based early intervention programme for children with ASD. *Early Child development and Care, 183(11)*, pp.1720 – 1732.

Serrano, A. (2007). *Rede Sociais de Apoio e sua Relevância para a Intervenção Precoce.* Coleção Educação Especial. Porto, Porto Editora.

Shonkoff, J. e Meisels, S. (2000). Early childhood intervention: A Continuing Evolution. In: Shonkoff, J. e Meisels, J. (Eds.). *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge, University Press, pp. 3–31.

Snodgrass, M. *et alii*. (2017). Telepractice in Speech Language Therapy: The Use of Online Technologies for Parent Training and Coaching. *Communication Disorders Quarterly*, 38 (4), pp. 242-254.

Soares, E. *et alii*. (2011). Análises de Dados Qualitativos: Intersecções e Diferenças em Pesquisas Sobre Administração Pública. *III Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade*. pp.1-17

Sousa, M. (2011). *O papel da Família e da Escola Inclusiva num Percurso de Desenvolvimento Resiliente- Um Estudo de Caso*. Castelo Branco, Instituto Politécnico de Castelo Branco.

SPTF. (2020). *Teleterapia em TF nas Perturbações da Linguagem na Criança*. Departamento de Linguagem na Criança.

Stadnick, N., Stahmer, A. e Brookman-Frazee, L. (2015). Preliminary Effectiveness of Project ImPACT: A Parent-Mediated Intervention for Children with Autism Spectrum Disorder Delivered in a Community Program. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(7), pp. 2092–2104.

Tang, H. *et alii*. (2011). Evaluation of family-centred practices. *Child: care, health and development*, 38(1), pp. 54-60.

Te Kaat-van, D. *et alii*. (2017). Parent-Implemented Language Interventions for Children with a Developmental Delay: A Systematic Review. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 14(2), pp. 129-137.

Theodoros, D. (2011). Telepractice in Speech-Language Pathology: The Evidence, the Challenges, and the Future. *Perspectives on Telepractice*, 1(1), pp. 10-21.

Underwood, K. (2012). Mapping the early intervention system in Ontario, Canada. *International Journal of Special Education*, 27(2), pp. 125-134.

Vasconcellos-Guedes, L. e Guedes, L. (2007). E-surveys: Vantagens e Limitações dos Questionários Eletrônicos via Internet no Contexto da Pesquisa Científica. *X Seme AD*, (X), pp.1-16.

Woods, J. et alii. (2011). Collaborative consultation in natural environments: strategies to enhance family-centered supports and services. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 42(3), pp.379-392.

Woods, J. e Brown, J. (2011). Family Capacity-Building and Child Outcomes. *Top Lang Disorders*, 31 (3), pp. 235 – 246.

Yoder, P. e Warren, S. (2002). Effects of Prelinguistic Milieu Teaching and Parent Responsivity Education on Dyads Involving Children With Intellectual Disabilities. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 45 (6), pp. 1158-1174.

## **Anexos**

## **Anexo 1 - Instrumento de recolha de dados**

### **Práticas centradas na família, intervenção mediada por pais e teleprática: Perceção dos terapeutas da fala**

O presente questionário foi desenvolvido por Alexandra Oliveira, no âmbito do projeto de graduação, para obtenção do grau de Licenciatura em Terapêutica da Fala sob orientação da Mestre Vânia Peixoto, na Escola Superior de Saúde da Universidade Fernando Pessoa. O objetivo do presente estudo visa caracterizar a prática dos terapeutas da fala relacionada com a implementação das práticas centradas na família.

Para responder ao questionário é necessário que seja Terapeuta da Fala português. A participação no mesmo é voluntária. A informação recolhida destina-se exclusivamente a fins académicos e será utilizada apenas no âmbito do projeto de graduação. Será acautelada a confidencialidade e anonimato relativamente aos dados. Estima-se que o seu preenchimento terá uma duração aproximada de 10 minutos.

Qualquer dúvida sobre o estudo pode enviar para o seguinte endereço de e-mail:

[37005@ufp.edu.pt](mailto:37005@ufp.edu.pt)

Agradecemos, desde já, toda a atenção e disponibilidade prestadas.

#### Aceitação de participação

( ) Aceito participar de livre vontade neste estudo intitulado "Práticas centradas na família, intervenção mediada por pais e teleprática: perceção do terapeuta da fala", pelo que compreendi os termos de apresentação e participação no estudo acima mencionados. Tomei conhecimento de que me foram explicitados os objetivos e métodos, pelo que consinto participar no estudo, respondendo às questões propostas e permito que as informações por mim prestadas sejam utilizadas nesta investigação. Estou ciente de que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que daí resulte para mim qualquer prejuízo. Finalmente, tenho conhecimento de que a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial, sendo a minha participação anónima e o acesso aos dados recolhidos possível apenas pelos investigadores envolvidos.

( ) Não aceito

#### **Grupo I- Caracterização Sociodemográfico e Profissional**

1. Anos de experiência: \_\_\_\_\_(anos)

2. Habilitações académicas

- Licenciatura
- Pós-graduação
- Mestrado
- Doutoramento
- Pós-Doutoramento

3. Onde exerce funções atualmente? (pode assinalar mais do que uma opção, se for o seu caso)

- Hospital
- Centro de Saúde
- Centros de Reabilitação
- Unidade de Cuidados Continuados
- Clínicas ou Gabinetes Privados
- Escola
- Jardim de Infância
- Equipa de Intervenção Precoce
- IPSS
- Serviços de apoio a pessoas idosas
- Instituição de Educação/Investigação

4. Locais onde já exerceu funções anteriormente? (pode assinalar mais do que uma opção, se for o seu caso)

- Hospital
- Centros de Saúde
- Centros de Reabilitação
- Unidade de Cuidados Continuados
- Clínicas e Gabinetes Privados
- Escolas
- Jardins de Infância
- Equipas de Intervenção Precoce
- Instituições de Educação Especial
- Serviços de apoio a pessoas idosas
- Saúde profissional

Centros de Educação e de Investigação

5. Identifique a faixa etária com que trabalha mais atualmente

0-6

7-12

13-19

20-60

Mais de 60

6. Quais as principais áreas em que intervém atualmente? (pode assinalar mais do que uma opção, se for o seu caso)

Comunicação

Motricidade orofacial

Linguagem oral

Linguagem escrita

Alimentação/deglutição

Voz

Fala

Fluência

Audição

## **Grupo II- Práticas centradas na família**

As práticas centradas na família focam uma intervenção que visa dotar as famílias de competências para responder às necessidades da criança, exigindo que o profissional responsável pela intervenção faça uma análise dos desejos, necessidades, expectativas e preocupações da família.

7. Na sua prática profissional implementa práticas centradas na família?

Sim

Não (Se respondeu “não” passar à secção seguinte)

8. Em que problemáticas adota a prática centrada na família? (pode assinalar mais do que uma opção, se for o seu caso)

Comunicação

Motricidade orofacial

Linguagem oral

- Linguagem escrita
- Alimentação/deglutição
- Voz
- Fala
- Fluência
- Audição

Por favor responda à opção que mais se adequa à sua intervenção utilizando a escala de Likert, com a seguinte legenda:

1- Nunca; 2- Raramente; 3- Por vezes; 4- Frequentemente; 5- Sempre;

	1	2	3	4	5
9. Considero que a minha intervenção está de acordo com os princípios da prática centrada na família.					
10. Realizo uma avaliação detalhada com base nas rotinas da criança, num ambiente familiar.					
11. Realizo uma avaliação em colaboração com outros elementos da equipa.					
Se respondeu “Por vezes/Frequentemente/Sempre” indique em que modelo de trabalho de equipa: <input type="checkbox"/> Multidisciplinar <input type="checkbox"/> Interdisciplinar <input type="checkbox"/> Transdisciplinar					
12. Reconheço as necessidades que mais preocupam a família.					
13. Realizo uma avaliação detalhada com base nas rotinas da criança, num ambiente escolar.					

14. Reconheço as necessidades que mais preocupam a educadora.					
15. Interajo com as famílias de forma clara e adoto uma linguagem que promova a compreensão por parte desta.					
16. Trato a família como membro da equipa e tenho em consideração os desejos da mesma.					
17. Elaboro o plano de intervenção em equipa.					
<p>Se respondeu “Por vezes/Frequentemente/Sempre” indique quem participa na elaboração do plano: (pode assinalar mais do que uma opção, se for o seu caso)</p> <p><input type="checkbox"/> Educadora</p> <p><input type="checkbox"/> Psicólogo</p> <p><input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional</p> <p><input type="checkbox"/> Pais</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: _____</p>					
18. Apoio a família na escolha dos recursos mais apropriados, de maneira a atingir os objetivos.					
19. Tenho sempre em consideração a opinião da família, assim como a promoção da sua participação.					
20. Proporciono oportunidades para que a família aprenda e deste modo possa adquirir novas competências.					
21. Trabalho com a família e outros profissionais envolvidos, com a finalidade					

de promover a participação da criança e para isso adapto os ambientes físico, social e temporal.					
--	--	--	--	--	--

22. Indique os benefícios da implementação de práticas centrada em famílias?

---

---

23. Indique as desvantagens da implementação de práticas centrada em famílias?

---

---

### **Grupo III- Intervenção mediada por pais**

A intervenção mediada por pais consiste em ensinar os cuidadores a implementar estratégias que promovam o desenvolvimento da criança.

24. Na sua prática profissional alguma vez implementou a intervenção mediada por pais?

- Sim
- Não (Se respondeu “não” passar à secção seguinte)

25. Quais os critérios utilizados na decisão para implementar uma intervenção mediada por pais?

---

---

26. Em que problemáticas adota a intervenção mediada por pais?

- Comunicação
- Motricidade orofacial
- Linguagem oral
- Linguagem escrita
- Alimentação/deglutição
- Voz
- Fala
- Fluência
- Audição

27. Para explicar aos pais em que consiste esta intervenção (pode assinalar mais do que uma opção, se for o seu caso)

- Mostro vídeos demonstrativos
- Indico a leitura de livros específicos
- Explico o uso de coaching
- Exemplifico com revisão do desempenho dos pais
- Outros: \_\_\_\_\_

Por favor responda à opção que mais se adequa à sua intervenção e experiência, utilizando a escala de Likert, com a seguinte legenda:

1- Discordo totalmente; 2- Discordo; 3- Não concordo, nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo Totalmente;

	1	2	3	4	5
28. A intervenção mediada por pais ajuda-os a adquirir conhecimento, no que concerne a oportunidades para que os seus filhos aprendam novas competências linguísticas em rotinas familiares.					
29. Os programas de intervenção de linguagem e comunicação implementados pelos pais devem incluir o fornecimento de estratégias de ensino naturalista.					
30. As estratégias naturalistas devem incluir imitação e reforço natural.					
31. As intervenções de linguagem implementadas pelos pais são eficazes para melhorar as competências comunicativas das crianças.					

<p>32. As intervenções de linguagem implementadas pelos pais são eficazes para melhorar o vocabulário recetivo e expressivo das crianças.</p>					
<p>33. As intervenções de linguagem implementadas pelos pais são eficazes para melhorar as competências morfossintáticas das crianças.</p>					
<p>34. As intervenções de linguagem implementadas pelos pais são eficazes para melhorar as competências fonológicas das crianças.</p>					
<p>35. As intervenções de linguagem implementadas pelos pais são eficazes para melhorar as competências pragmáticas das crianças.</p>					
<p>36. As intervenções de linguagem implementadas pelos pais permitem que ocorra um aumento da utilização de comportamentos facilitadores de linguagem, por parte dos cuidadores.</p>					
<p>37. Nas intervenções de linguagem implementadas pelos pais, considero fundamental pedir à família uma auto-</p>					

avaliação sobre o seu desempenho e confiança na utilização desta intervenção.					
--	--	--	--	--	--

38. Indique os benefícios da intervenção mediada por pais?

---

---

39. Indique as desvantagens da intervenção mediada por pais?

---

---

#### **Grupo IV- Teleprática**

A American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) adotou o termo de “teleprática” em vez de “telessaúde” para a nova realidade, na área da saúde. Esta permite-nos prestar serviços à distância, com recurso às plataformas digitais, assim como, organizar e implementar de serviços como formações e investigações.

40. Na sua prática profissional alguma vez implementou o uso da teleprática?

- Sim  
 Não (Se respondeu “não” passa à secção seguinte)

41. Na sua prática profissional alguma vez implementou o uso da teleprática na intervenção mediada por pais?

- Sim  
 Não

42. Indique os benefícios da implementação da teleprática em crianças com dificuldades de comunicação e/ou linguagem?

---

---

43. Indique as desvantagens da implementação da teleprática em crianças com dificuldades de comunicação e/ou linguagem?

---

---

44. Pretende continuar a usar a teleprática na intervenção em crianças com dificuldades de comunicação e/ou linguagem após a pandemia?

Sim

Não

Obrigada pela sua colaboração!

Link do questionário online: <https://docs.google.com/forms/d/14v8DKy-ygI7jBB9tEuYITZSw5Eh6QI-qBNQMQ6AanBs/prefill>

## Anexo 2 - Parecer da Comissão de Ética



Universidade Fernando Pessoa

Exma. Senhora  
Prof. Doutora Clarinda Festas  
Diretora da ESS/FP

Nº	Data
ESS/TRF – 173/21	12 de Maio de 2021

Exma. Senhora Professor Doutora,

A Comissão de Ética, depois de apreciado o projeto de graduação em Terapia da Fala, de Alexandra Manuela Carvalho Oliveira, intitulado "Práticas centradas na família, intervenção mediada por pais e teleprática: perceção do terapeuta da fala", considera o estudo pertinente. O estudo pretende caracterizar a prática dos terapeutas da fala relacionada com as práticas centradas na família. Trata-se de um estudo quantitativo e qualitativo, no qual serão aplicados questionários construídos pela própria investigadora. Os dados recolhidos neste questionário são de carácter sociodemográfico e profissional; práticas centradas na família; intervenção mediada por pais, teleprática (utilização, benefícios e desvantagens). O questionário (on-line) não contém informação sensível e os instrumentos estão articulados com os objetivos. No início do questionário há uma breve explicação do estudo, do objetivo e é disponibilizado o contacto (email) da investigadora para esclarecimento de dúvidas. Os participantes serão terapeutas da fala portugueses. O questionário será disponibilizado e partilhado através das redes sociais. Tratando-se de um questionário on-line, deverá ser disponibilizado, no seu início um "assentimento", e não um consentimento informado, o que comprometeria o anonimato nas respostas ao questionário.

A Comissão de Ética não tem nada a opor à realização do estudo. Recomenda, contudo, que seja corrigida uma gralha nos objetivos e no próprio título do trabalho (no formulário de apresentação de projetos para análise pela CE fala-se de "percepção", e não de "prática") como se menciona no projeto em si, nomeadamente nos objetivos do mesmo. Esta gralha encontra-se no próprio título do projeto.

- Se os participantes são portugueses, falta essa clarificação no texto explicativo do questionário ou no questionário (só refere terapeutas da fala).

- Locais: se o questionário for disponibilizado e partilhado através das redes sociais (Facebook) deve enviar um link através do qual os potenciais participante acedam sem serem identificados. No formulário refere ainda que "para garantir a confidencialidade e o anonimato dos participantes, será atribuído um número aleatório às respetivas respostas". Deverá ser corrigido para: "cada questionário deverá ter um código diferente e numérico para cada participante e este código não pode identificar de forma nenhuma o participante."

Deverão ser enviadas à CE evidências destas alterações.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da  
Comissão de Ética da UFP

Teresa Toldy

*Tomei conhecimento  
do parecer  
13/5/2021  
Clarinda Festas*



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

NPC 182 267 002 - Reg. Comércio nº 26 Conservatória do Registo Comercial do Porto

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA (REITORIA) | FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA | FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

Prça 1 de Abril, 341 - 4249-004 Porto - Portugal - T. +351 22 507 1300 - www.ufp.pt - geral@fundacaofernandopessoa.pt

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE | Rua Carlos da Maia, 296 - 4201-150 Porto - Portugal - T. +351 22 567 4033

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE FERNANDO PESSOA

Rua Zefim Maia, 204 - 4200-253 Porto - Portugal

T. +351 22 505 6371 - geral@ess.fcp.fernandopessoa.pt



Universidade Fernando Pessoa

Exma. Senhora  
Prof. Doutora Clarinda Festas  
Diretora da ESS/FP

Nº	Data
ESS/TRF – 173/21-2	11 de Junho de 2021

Exma. Senhora Professor Doutora,

A Comissão de Ética, depois de reapreciado o projeto de graduação em Terapia da Fala, de Alexandra Manuela Carvalho Oliveira, intitulado "Práticas centradas na família, intervenção mediada por pais e teleprática: perceção do terapeuta da fala", considera o estudo pertinente. Pretende-se caracterizar a prática dos terapeutas da fala relacionada com as práticas centradas na família. Trata-se de um estudo quantitativo e qualitativo, no qual serão aplicados questionários construídos pela própria investigadora. Os dados recolhidos neste questionário são de carácter sociodemográfico e profissional; referindo-se também as práticas centradas na família e a intervenção teleprática (utilização, benefícios e desvantagens) mediada por pais.

A Comissão de Ética não tem nada a opor à realização do estudo, emitindo, assim, o seu parecer definitivo, uma vez que as questões colocadas no parecer anterior estão resolvidas, nomeadamente, no que diz respeito à clarificação da língua do texto explicativo do e no questionário, à necessidade de criação de um link através do qual os potenciais participantes possam aceder ao questionário (uma vez que o estudo será divulgado nas redes sociais - Facebook) sem que seja possível a sua identificação, e ainda a correção da formulação relativa à codificação, de forma a garantir que a mesma não permite identificar de forma alguma o participante.

Os questionários deverão incluir uma frase explícita inicial sobre o assentimento em participar no estudo (e não consentimento, visto que se trata de questionários). O procedimento de obtenção do assentimento informado é realizado através de um clicar no botão que se deverá incluir no questionário on-line na sequência do texto do Assentimento. Sugere-se aqui o texto a inserir:

"Aceito participar de livre vontade neste estudo intitulado 'Práticas centradas na família, intervenção mediada por pais e teleprática: perceção do terapeuta da fala', pelo que compreendi os termos de apresentação e participação no estudo acima mencionados. Tomei conhecimento de que me foram explicitados os objetivos e métodos, pelo que consinto participar no estudo, respondendo às questões propostas e permito que as informações por mim prestadas sejam utilizadas nesta investigação. Estou ciente de que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que daí resulte para mim qualquer prejuízo. Finalmente, tenho conhecimento de que a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial, sendo a minha participação anónima e o acesso aos dados recolhidos possível apenas pelos investigadores envolvidos".

Chama-se a atenção para a existência de uma gralha no parecer emitido anteriormente. De facto, o título a manter deverá ser: "Práticas centradas na família, intervenção mediada por pais e teleprática: perceção do terapeuta da fala", e não "Práticas centradas na família, intervenção mediada por pais e teleprática: prática do terapeuta da fala".

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da  
Comissão de Ética da UFP

Teresa Toldy

*Tomei conhecimento  
14/6/2021  
Clarinda Festas  
Por conhecimento do  
investigador*



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

4400-027-632 - Reg. Comércio nº 25 Conservatório do Registo Comercial do Porto

ENSINO SUPERIOR FERREIRO DE PASSAGEIRA, 2000-021, FACULDADE DE CIÊNCIAS TECNOLÓGICAS, FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

Rua da Universidade, 4200-004 Porto - Telefone: +351 22 521 1000 - Site: [www.fernandopessoa.pt](http://www.fernandopessoa.pt)

Faculdade de Ciências da Saúde, Rua da Universidade, 4200-004 Porto - Telefone: +351 22 521 4000

ENSINO SUPERIOR DE SAÚDE FERNANDO PESSOA

Rua de Passagem nº 308 - 4200-053 Porto - Portugal

Tel: +351 22 521 4100 - [geral@es.fernandopessoa.pt](mailto:geral@es.fernandopessoa.pt)

### Anexo 3 - Respostas dos inquiridos às perguntas abertas

17- "Elaboro o plano de intervenção em equipa". Se respondeu "Por vezes/Frequentemente/Sempre" indique quem participa na elaboração do plano: (pode assinalar mais do que uma opção, se for o seu caso)

Se na pergunta anterior assinalou "outros" refira quais

1.	Psicomotricidade
2.	Fisioterapeuta, enfermagem, médico, assistente social
3.	Prof de ensino especial, fisioterapeuta, psicomotricista
4.	Psicomotricista, Interprete de LGP, Assistente social
5.	Psicomotricidade
6.	Educador Social e Professor de Ensino especial, nos casos em que se aplica
7.	Paciopedagogos, psicomotricistas
8.	fisioterapeuta, pais, médico
9.	Professores, fisioterapeutas, audiologistas, neuropediatras
10.	Fisioterapeutas
11.	Psicomotricista, Fisioterapeuta
12.	Fisioterapeuta
13.	Professores de Educação Especial
14.	Psicomotricista
15.	Ed. Ed especial

Psicomotricista- 7

Fisioterapeuta- 7

Enfermagem- 1

Médico- 3

Assistente social- 2

Professor/Educador de Ensino especial- 4

Interprete de LGP- 1

Professores,- 1

audiologistas,- 1

Educador Social-1

22- Indique os benefícios da implementação de práticas centrada na família?

Categoria	Exemplos de respostas dos inquiridos	Nº total
Contexto/oportunidades de aprendizagem	<p>“A família é o contexto natural da criança”;</p> <p>“Mais oportunidades de a criança/adulto fazer as aquisições pretendidas”;</p> <p>“Maior generalização das aprendizagens em todos os contextos”;</p> <p>“Uniformização dos contextos em que o utente se insere”;</p> <p>“facilitar e aproveitar as rotinas para interagir”;</p> <p>“treino mais sistemático em ambientes naturais”;</p>	18
Sucesso Terapêutico	<p>“Objetivos alcançados de uma forma mais rápida”;</p>	40

	<p>“Evolução mais rápida”;</p> <p>“Rapidez e sucesso na reabilitação”;</p> <p>“A evolução é muito mais rápida”;</p> <p>“Ajuda numa melhor evolução”;</p> <p>“Aumenta a taxa de sucesso dos objetivos a atingir em um menor espaço de tempo.”;</p>	
Envolvimento	<p>“É fundamental envolver a família na intervenção”;</p> <p>“Colaboração da família.”;</p> <p>“Os pais passam a ser intervenientes diretos no processo”;</p> <p>“família envolve-se”;</p> <p>“envolvência das pessoas que importam à criança”;</p>	12
Capacitação das famílias	<p>“Potenciar as competências da família”;</p> <p>“dotando-os de capacidades e competências para isso.”;</p> <p>“empoderar as famílias para que possam ser agentes ativos na evolução das crianças”;</p> <p>“Capacitar os pais”;</p> <p>“capacitação do meio para apoio ao utente”;</p>	10
Autoconfiança das famílias	<p>“Sentirem-se parte do processo, sentirem-se capazes de ajuda os próprios filhos com sucesso.”;</p>	2

		“promovendo-lhe autoconfiança”;	
Conhecimento do desenvolvimento das crianças		<p>“consolidação de conhecimentos”;</p> <p>“maior consciência do seu filho”;</p> <p>“Melhor conhecimento da problemática da criança”;</p> <p>“Percepção das reais dificuldades e capacidades da criança”;</p>	5
Implementação de estratégias		<p>“uniformização e consistência nas estratégias utilizadas. “;</p> <p>“Modelagem”;</p> <p>“as estratégias são implementadas de forma consistente”;</p> <p>“as estratégias e atividades”</p>	5
Reconhecer as necessidades e preocupações das famílias		<p>“melhoria de sanidade mental.da.familia”;</p> <p>“Melhor conhecimento da problemática da criança e da família.”;</p> <p>“Melhor compreensão das necessidades de ambas as partes”;</p> <p>“identificar as prioridades, necessidades, preocupações da família”;</p> <p>“Considerando as suas angústias e preocupações, poderemos ajuda-los a compreender, minimizar ou até ultrapassar estas barreiras”</p>	6

	“Compreensão de timings p parte da família.”	
Generalização e consolidação	“Melhor capacidade de generalização das aprendizagens “;  “Generalização mais rápida”;  “retenção do mesmo”;  “generalização de competências “;  “aprendizagem a longo prazo “;	5

23- Indique as desvantagens da implementação de práticas centrada nas famílias?

Categoria	Exemplos de respostas dos inquiridos	Nº total
Falta de tempo/ disponibilidade/recursos	<p>“Requer uma família disponível “;</p> <p>“Mais tempo de consulta”;</p> <p>“Dificuldade na coordenação com todos”;</p> <p>“despender mais tempo e atenção que são retirados" à intervenção.”</p> <p>“Disponibilidade de recursos”;</p> <p>“Requer maior disponibilidade de tempo tanto do profissional como dos elementos da família.”;</p>	23
Não há desvantagens	<p>“Não vejo desvantagens”;</p> <p>“Não vejo”;</p> <p>“Não encontro”;</p> <p>“Não encontro desvantagens.”;</p> <p>“Não identifico desvantagens.”;</p>	6
Falta de Colaboração/Envolvimento	<p>“Envolvimento familiar alargado”;</p> <p>“difícil o envolvimento parental”;</p> <p>“Famílias que não são colaborantes”;</p> <p>“Nem sempre (na maioria dos casos) a família está aberta a participar na “intervenção” com as crianças, quer seja em contexto clínico quer em contexto casa”;</p>	18

	<p>“dedicação para implementar a prática.”;</p> <p>“Por vezes a família não está motivada”;</p>	
Limitação devido ao local de trabalho	<p>“dificuldade na comunicação com os diferentes contextos”;</p> <p>“não há a possibilidade de lidar diretamente com os pais”;</p> <p>“não há a possibilidade de lidar diretamente com os pais”;</p>	3
Funcionamento familiar	<p>“É difícil Adequar as estratégias a todas as famílias”;</p> <p>“Dificuldade na persistência da família”;</p> <p>“Nem sempre é possível implementar... depende do tipo de família”;</p> <p>“Pode ser muito exegente para a família incorporar as estratégias e atividades propostas nas rotinas.”;</p> <p>“As famílias acham que já sabem e não precisam do TF”;</p> <p>“Os pais nem sempre serem transparentes com a equipa de intervenção o que pode prejudicar todo o trabalho desenvolvido”;</p>	20
Conhecimento por parte dos profissionais/famílias	<p>“Nível de escolaridade”;</p> <p>“Acharem que já não necessitam do profissional porque já sabem fazer”;</p>	8

	<p>“As famílias nem sempre têm conhecimentos”;</p> <p>“por vezes terem as expectativas desajustadas e estarem a exigir um nível um acima das suas competências.”;</p> <p>“Necessidade de grande experiencia clinica e conhecimento sibre ensino de adultos”;</p> <p>“Se não existir uma verdadeira compreensão daquilo que é o empowerment”;</p>	
--	--	--

25. Quais os critérios utilizados na decisão para implementar uma intervenção mediada por pais?

Categoria	Exemplos de respostas dos inquiridos	Nº total
Disponibilidade	<p>“Disponibilidade dos pais”;</p> <p>“disponibilidade parental”;</p> <p>“Indisponibilidade para desenvolver a intervenção diretamente.”;</p> <p>“Pais com disponibilidade horária”;</p>	7
Interesse da família/Envolvimento	<p>“interesse dos mesmos em colaborar.”</p> <p>“Interesse da família”;</p> <p>“Participação ativa durante todo o processo;”;</p> <p>“Interesse dos pais na reabilitação”;</p>	8

	“O envolvimento é iniciativa dos pais em colaborar com a intervenção”;	
Idade da criança	“Nível de escolaridade”; “A idade”; “Crianças pequenas”; “Idade da criança”;	4
Necessidades da família	“Preocupação principal dos pais”; “necessidades da família.”; “Objetivos dos pais”;	5
Predisposição da família/Cooperação	“Decisão por parte dos pais em aceitar este tipo de intervenção”; “Pais que dêem feedback constante para adequação de objetivos e estratégias.”; “pais que tenham e queiram participar numa intervenção centrada na família,”; “Pré-disposição”; “perspectivas dos pais em relação à terapia”; “Se há ou não vontade da família em participar no processo de intervenção”;	8
Capacitação dos pais	“Que os mesmos sejam capacitados em sessão para o fazerem”;	8

	<p>“Pais que demonstram capacitação para a implementação da estratégia em causa”;</p> <p>“empoderamento dos pais”;</p> <p>“mas novas estratégias adequadas”;</p> <p>“ensinar/passar a todos os cuidadores estratégias para promover/alcançar os objetivos terapêuticos”;</p>	
Diagnóstico/Características das crianças	<p>“Grau de severidade da patologia”;</p> <p>“A necessidade e funcionalidade”;</p> <p>“o diagnóstico”;</p> <p>“características da criança”;</p> <p>“Dificuldades da criança”;</p>	6

38- Indique os benefícios da intervenção mediada por pais?

Categoria	Exemplos de respostas dos inquiridos	Nº total
Contexto/Oportunidades	<p>“Treino em contexto natural”;</p> <p>“mais oportunidades de aprendizagem”</p> <p>“vários contextos”;</p> <p>“ajuda na promoção de novas capacidades comunicativas ...”;</p> <p>“contextos críticos de aprendizagem”;</p> <p>“todos os contextos”;</p>	9

<p>Sucesso terapêutico</p>	<p>“Melhores resultados”;</p> <p>“Melhor desenvolvimento da criança”;</p> <p>“resultados são mais rápidos e visíveis.”;</p> <p>“aumento da intensidade da intervenção”;</p> <p>“Aumento do número de estímulo diário”;</p> <p>“Objetivos alcançados de uma forma mais rápida”;</p>	<p>15</p>
<p>Envolvimento</p>	<p>“envolvimento da família”;</p> <p>“envolvimento dos pais”;</p> <p>“Família sente-se integrada no processo e, conseqüentemente, mais motivada”;</p> <p>“Envolve os pais”;</p>	<p>5</p>
<p>Capacitação das famílias</p>	<p>“Capacitação da família”;</p> <p>“Pais serem parceiros ativos no processo evolutivo”;</p> <p>“Uma vez mais empoderar os pais”;</p> <p>“Os pais sentem-se capazes de promover jm melhor desenvolvimento da criança”;</p> <p>“Papel ativo da família”;</p>	<p>6</p>
<p>Autoconfiança das famílias</p>	<p>“autoconfiança dos pais”;</p>	<p>1</p>

Implementação de estratégias	de	<p>“Conseguirem dar continuidade ao trabalho”;</p> <p>“aumento do uso de estratégias para estimular o desenvolvimento linguístico da criança”;</p> <p>“uso de estratégias no dia a dia da criança,”;</p> <p>“uniformização e consistência nas estratégias utilizadas”;</p>	4
Generalização e consolidação	e	<p>“Automatização facilitada”;</p> <p>“generalização dos objetivos”;</p> <p>“generalização mais fácil”;</p> <p>“forma consistente.”;</p>	5
Intervenção à distância		<p>“possibilidade de realizar uma intervenção à distância por um período de tempo prolongado.”;</p>	1

39. Indique as desvantagens da intervenção mediada por pais?

Categoria	Exemplos de respostas dos inquiridos	Nº total
Não encontra desvantagens	<p>“Nada”;</p> <p>“Nenhuma”;</p> <p>“Não considero que haja desvantagem.”;</p> <p>“Nao encontro”</p>	6
Falta de Conhecimento dos profissionais	<p>“Adequar estratégias a todas as famílias”;</p>	2

	<p>“implica soft skills dos profissionais, que nem sempre são fáceis”;</p>	
<p>Tempo disponibilizado pelos pais para a intervenção</p>	<p>“Disponibilidade e tempo para se dedicarem a esta aprendizagem”;</p> <p>“Poucos pais estão disponíveis”;</p> <p>“Muitas vezes as rotinas diárias e o stress do dia a dia não deixam muito tempo livre para que os pais implementem as estratégias”;</p> <p>“é difícil manter as rotinas”;</p> <p>“A escassa disponibilidade na inserção dessa “intervenção” nas rotinas diárias”;</p>	5
<p>Menor sucesso</p>	<p>“não conseguir logo”;</p> <p>“Aplicar incorretamente as estratégias fornecidas”;</p> <p>“Algumas dificuldades em "integrar" as estratégias/ atividades nas rotinas”;</p> <p>”Maior probabilidade a erros”;</p> <p>“dificuldades em implementar intervenção”</p>	7
<p>Frustração/cansaço pais/criança</p>	<p>“gerar alguma frustração”;</p> <p>“Sobrecarga das famílias,”;</p> <p>“cansaço das famílias”</p>	3

Falta de colaboração/aceitabilidade desta abordagem	<p>“compreendem a importância”;</p> <p>“Nem sempre correspondem ao que é pedido”;</p> <p>“Ainda não é uma pratica aceite por todos.”;</p> <p>“Quando os pais não colaboram”</p>	4
---	---	---

42. Indique os benefícios da implementação da teleprática em crianças com dificuldades de comunicação e/ou linguagem?

Categoria	Exemplos de respostas dos inquiridos	Nº total
Igualar os serviços às áreas rurais/ Apoio à distância	<p>“Acessibilidade”;</p> <p>“às vezes até em locais onde não há TFs”;</p> <p>“1 - apoio à distancia 2 - acesso deficitário do Terapeuta da Fala em determinadas áreas”</p>	3
Redução de custos/deslocações/	<p>“por não perder tempo em deslocações”</p>	1
Acompanhamento em contexto natural	<p>“Conhecer melhor o espaço da criança e ótima em casos que seriam impossíveis terapia presencial”;</p> <p>“Maior conforto”;</p> <p>“Maior comodidade, pois estão num ambiente familiar.”;</p> <p>“Reforço da estimulação nos contextos da criança”;</p>	7

	<p>“Encontram-se no seu ambiente de confiança”;</p> <p>“num ambiente que lhes é confortável e têm menos distratores”</p>	
Capacitação dos pais	<p>“Capacitação da família”;</p> <p>“aplicarem as estratégias fornecidas”;</p> <p>“dar ferramentas aos pais para serem agentes ativos na evolução dos filhos.”;</p> <p>“Os pais são orientados de forma a intervir indiretamente com cr e torna o processo mais rápido”;</p> <p>“monitorização e fornecimento de estratégias facilitadoras de bom desenvolvimento”</p>	5
Contacto próximo com os pais/Envolvimento	<p>“Maior envolvimento dos pais e cuidadores”;</p> <p>“Presença dos pais”;</p> <p>“bem como os pais terem a percepção do que é feito/trabalhado”;</p> <p>“Há uma aproximação maior à família e suas rotinas, aumentando o envolvimento familiar.”;</p> <p>“Bom envolvimento da criança com a família”;</p> <p>“Intervenção indireta realizada com os pais”;</p>	18

Sessões interativas	<p>“tornando as sessões mais interativas e dinâmicas”;</p> <p>“acham piada a toda a tecnologia”;</p> <p>“maior interatividade”;</p> <p>“Uso de atividades digitais”;</p> <p>“considerada dinâmica por parte das crianças.”;</p> <p>“Maior interatividade nas sessões”;</p>	10
Manter o acompanhamento	<p>“Mantém terapia”;</p> <p>“A terapia não necessita de ser interrompida”;</p> <p>“Dar-se continuidade ao trabalho realizado presencialmente”;</p> <p>“Manter o acompanhamento mesmo quando não podemos estar fisicamente juntos, dar continuidade à intervenção”;</p> <p>“manutenção dos ganhos até então adquiridos”;</p> <p>“quando não temos mais opções para manter algum ritmo de trabalho”;</p>	17
Gestão de horários	<p>“flexibilidade de horários”;</p> <p>“Facilita a gestão de horários entre profissionais e pais.”;</p> <p>“limitação horária.”;</p>	3

43. Indique as desvantagens da implementação da teleprática em crianças com dificuldades de comunicação e/ou linguagem?

Categoria	Exemplos de respostas dos inquiridos	Nº total
Qualidade de som e imagem/Falhas técnicas	<p>“Falhas inerentes à tecnologia.”;</p> <p>“Falhas técnicas”;</p> <p>“não há recursos de modo a se concretizar as atividades”;</p> <p>“ambiente pouco controlado, falhas de conexão de internet que afetam a compreensão das mensagens”;</p> <p>“Limites físicos de acesso à Internet e a meios informáticos adequados”;</p> <p>“Interação limitada à tecnologias disponíveis.”;</p>	10
Tempo de atenção/concentração reduzido/envolvimento	<p>“promover o envolvimento da criança”;</p> <p>“Inovar para captar a atenção”;</p> <p>“nível de atenção nem sempre é o necessário”;</p> <p>“Capacidade de atenção e concentração,”;</p> <p>“Maior dificuldade em permanecer atentos e focados nas atividades”;</p> <p>“a criança não mantém a mesma capacidade de atenção e concentração, ...”;</p>	23
Necessidade de apoio familiar	<p>“Os pais por vezes tem dificuldade em gerir o tempo para manter-se em</p>	6

	<p>teleprática durante o período necessário”;</p> <p>“É preciso os pais estarem mais disponíveis”;</p> <p>“Maior envolvimento da família.”;</p> <p>“Estar dependentes dos pais para a intervenção”;</p> <p>“Necessidade de muito apoio familiar”;</p> <p>“As vezes as famílias não colaboram ou não "têm disponibilidade"”;</p>	
Estratégias	<p>“Torna se mais difícil, em algumas situações, dar modelo, corrigir, manipular, etc”;</p> <p>“Não permite uma exemplificação das estratégias por parte do terapeuta com aquela criança em específico!”;</p> <p>“Dificuldade na aplicação de estratégias”;</p> <p>“em utilizar estratégias proprioceptivas.”:</p> <p>“pouca manipulação de materiais”;</p>	5
Contacto físico/relação terapêutica	<p>“Relação emocional em desvantagem”;</p> <p>“Desumanização da interação humana”;</p> <p>“perdem muito da parte terapêutica.”;</p> <p>“Distanciamento social”;</p> <p>“Menor proximidade com o utente.”;</p> <p>“ausência do contacto físico/sensorial”;</p>	17