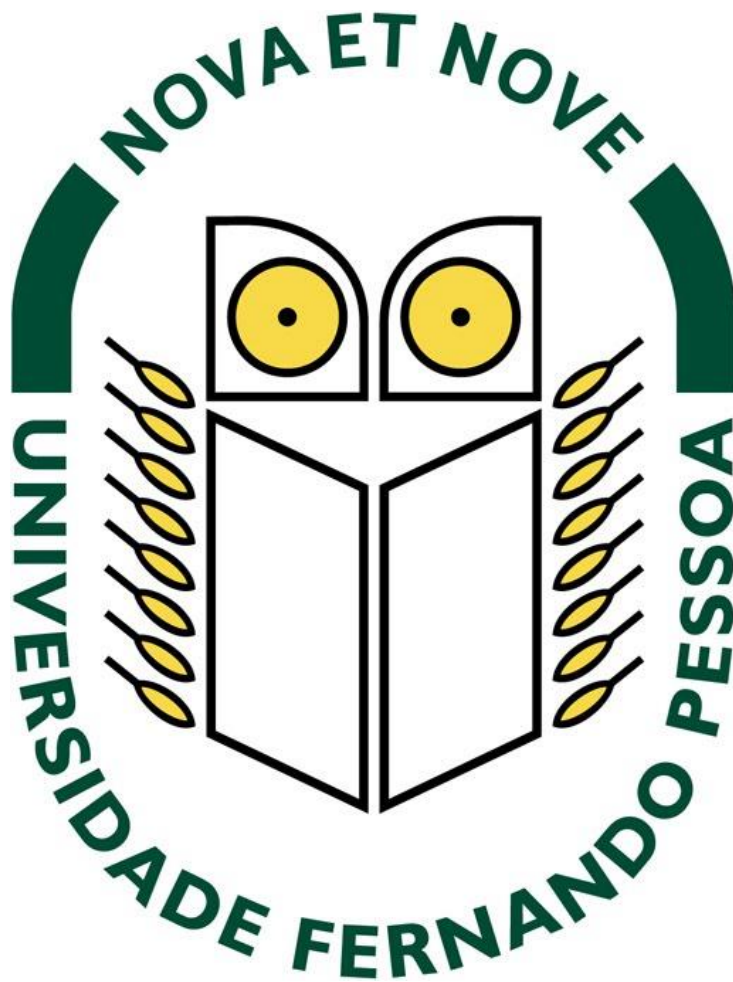


Fabiana Vieira Jesus

*Praxias Orofaciais Não-Verbais nas Perturbações dos Sons da Fala:
Prática de Terapeutas da Fala Portugueses*



Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, janeiro, 2019

Fabiana Vieira Jesus

*Praxias Orofaciais Não-Verbais nas Perturbações dos Sons da Fala:
Prática de Terapeutas da Fala Portugueses*

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, janeiro, 2019

Fabiana Vieira Jesus

Praxias Orofaciais Não-Verbais nas Perturbações dos Sons da Fala: Prática de
Terapeutas da Fala Portugueses

Atesto a originalidade do trabalho

Assinatura da Aluna: _____

(Fabiana Vieira Jesus)

Dissertação apresentada à
Universidade Fernando Pessoa, sob
orientação inicial da Prof^ª. Doutora
Joana Rocha e posteriormente sob a
orientação da Mestre Vânia Peixoto e
co-orientação da Prof^ª. Doutora
Susana Marinho, como parte dos
requisitos para obtenção do grau de
Mestre em Terapêutica da Fala, ramo
de Linguagem na criança.

RESUMO

A linguagem oral, comumente referida como fala, é, por norma, o meio preferencial e eficaz de comunicação no ser humano. Para que uma criança domine a fala é necessário que ela passe pelo desenvolvimento fonológico que se dá de forma gradual até atingir o nível de desenvolvimento do sistema fonológico equivalente ao de um adulto. Quando por algum motivo a criança não consegue acompanhar o desenvolvimento normativo surgem as perturbações dos sons da fala, que podem estar associadas a uma desorganização do sistema fonológico e caracterizam-se pela presença de substituições, omissões e ou distorções dos sons da fala. As perturbações dos sons da fala são das patologias mais atendida pelos terapeutas da fala e talvez por isso existam diversas abordagens de intervenção, uma delas, com recurso ao uso de praxias orofaciais não-verbais. Estas caracterizam-se pela realização de exercícios motores orais que não exigem a produção de sons da fala mas que, segundo alguns estudos, podem ser usados para ultrapassar dificuldades na produção dos mesmos.

Partindo deste pressuposto, foi realizado um estudo quantitativo e transversal cujo objetivo principal é caracterizar o uso de terapia orofacial não-verbal por Terapeutas da Fala Portugueses na intervenção com Perturbação dos Sons da Fala e avaliar o conhecimento que sustenta o seu uso. Participaram no estudo 189 terapeutas da fala portuguesas, que responderam a um questionário online. Após analisados os critérios de exclusão o número total de participantes foi de 172. O questionário, originalmente dos autores Thomas & Haipa (2015) foi devidamente traduzido e adaptado à realidade portuguesa. Através da análise dos resultados podemos dizer que 80,2% dos participantes dizem que as praxias orofaciais não-verbais são eficazes na intervenção das perturbações dos sons da fala. Quanto à aquisição de conhecimentos acerca desta abordagem, 89,6% dos respondentes diz ter adquirido o conhecimento durante a licenciatura e/ou em pós-graduações.

Palavras-chave: fala, perturbação dos sons da fala, praxias orofaciais não-verbais, terapia oromotora, motricidade orofacial, terapeutas da fala, terapeutas da fala portuguesas, terapia da fala.

ABSTRACT

Oral language, commonly referred to as speech, is, as a rule, the preferred and effective means of communication in the human being. For a child to master speech it is necessary that it passes through the phonological development that occurs gradually until reaching the level of development of the phonological system equivalent to an adult. When for some reason the child can not keep up with normative development, disturbances of speech sounds appear, which may be associated with a disorganization of the phonological system and are characterized by the presence of substitutions, omissions and or distortions of speech sounds. The disturbances of speech sounds are the pathology most attended by speech therapists and perhaps because of this there are several approaches to intervention, one of them, with the use of nonverbal orofacial praxis. These are characterized by the performance of oral motor exercises that do not require the production of speech sounds but which, according to some studies, can be used to overcome difficulties in producing them.

Based on this assumption, a quantitative and cross-sectional study was conducted whose main objective was to characterize the use of non-verbal orofacial therapy by Portuguese Speech Therapists with speech sound disorders intervention and to evaluate the knowledge that supports its use. O total of 189 Portuguese speech therapists participated in the study, who answered an online questionnaire. After analyzing the exclusion criteria, the total number of participants was 172. The questionnaire originally from the authors Thomas & Haipa (2015) was duly translated and adapted to the Portuguese reality. Through the analysis of the results we can say that 80.2% of the participants say that the non-verbal orofacial praxis are effective in the intervention of speech sounds disorders. Regarding the acquisition of knowledge about this approach, 89.6% of respondents say they have acquired knowledge during undergraduate and / or postgraduate courses.

Keywords: speech, speech disorder, non-verbal orofacial praxis, oromotor therapy, orofacial motricity, speech therapists, Portuguese speech therapists, speech therapy.

Aos meus pais,
por me amarem e lutarem incondicionalmente
e por tudo aquilo que não se transmite em palavras.

Agradecimentos

À Mestre Vânia Peixoto, minha orientadora, pela prontidão e disponibilidade de me ajudar num momento de aperto, pelos conhecimentos partilhados, ajudas nas pesquisas e por me ajudar na fase crucial deste trabalho.

À Prof. Doutora Susana Marinho, minha co-orientadora, pela disponibilidade e por todos os conhecimentos partilhados e ensinamentos nas questões metodológicas deste trabalho.

À Prof. Doutora Joana Rocha, por me guiar na parte inicial da dissertação, por nunca me ter deixado desistir e por todo o encorajamento e compreensão que sempre me transmite.

Aos autores Thomas e Kaipa, pela prontidão de resposta e amabilidade de me autorizarem a tradução e adaptação do seu questionário.

Aos profissionais que me ajudaram no processo de tradução e retroversão do questionário, assim como ao painel de peritos que prontamente aceitaram rever e dar o seu parecer do questionário.

A Universidade Fernando Pessoa, à Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala por terem partilhado o meu questionário pela sua base de contactos.

A todos os terapeutas da fala que prontamente responderam ao meu questionário.

A todos os professores que me acompanharam ao longo do mestrado, dando-me ferramentas essenciais para a minha formação enquanto terapeuta da fala, mas também como ser humano.

Aos meus familiares e amigos por compreenderem as minhas ausências durante este processo e por toda a força e carinho que me dão.

À Adriana, por ser quem é na minha vida, pelo incentivo, força, carinho, alegria e por nunca me deixar desistir.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

ÍNDICE DE ANEXOS

INTRODUÇÃO.....	1
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	4
1. Perturbação dos Sons da Fala.....	4
2. Abordagens de Intervenção nas Perturbações dos Sons da Fala.....	12
i. Pares mínimos.....	12
ii. Abordagem por oposições máximas.....	13
iii. Abordagem tradicional – Van Riper.....	14
iv. Abordagem dos Ciclos.....	16
v. Metaphon.....	17
vi. Abordagem de Consciência Fonológica.....	18
vii. PROMPT.....	19
viii. Parents and Children Together - PACT.....	20
ix. Core Vocabulary.....	21
3. Praxias Orofaciais não-verbais na Intervenção das Perturbações dos Sons da Fala.....	22
II. ENQUADRAMENTO METEDOLÓGICO.....	29
1. Objetivos do estudo.....	29
2. Tipo de Estudo.....	30
3. População e amostra.....	30
4. Método de recolha de dados.....	31

Praxias Orofaciais Não-Verbais nas Perturbações dos Sons da Fala: Prática de Terapeutas da Fala
Portugueses

i. Material.....	31
ii. Procedimentos.....	31
iii. Análise de dados.....	35
III. RESULTADOS	37
IV. DISCUSSÃO	53
CONCLUSSÃO.....	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	73

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Idade de aquisição dos fonemas do Português Europeu (Mendes <i>et alii.</i> , 2013).....	6
Tabela 2: Opinião do painel de peritos acerca do questionário.....	32
Tabela 3: Formação académica dos participantes (n=184).	37
Tabela 4: Anos de experiência como terapeutas da fala (n=184).....	38
Tabela 5: Contexto de intervenção enquanto terapeuta da fala (n=184).	39
Tabela 6: Aquisição de conhecimentos acerca da utilização de praxias orofaciais não-verbais na intervenção das perturbações dos sons da fala (n=135).	41
Tabela 7: Há quantos anos utilizam das praxias orofaciais não-verbais para intervir nas perturbações dos sons da fala (n=135).	41
Tabela 8: Materiais utilizados para a realização das praxias orofaciais não-verbais (n=135).	43
Tabela 9: Razões pelas quais os respondentes não usam praxias orofaciais não-verbais (n=37).	48
Tabela 10: O que faria os respondentes considerarem a utilização de praxias orofaciais não-verbais no futuro (n=37).....	49
Tabela 11: Resultados do Teste Qui-quadrado para as variáveis se os terapeutas da fala consideram esta técnica eficaz, frequência de uso e conhecimento de estudos acerca das praxias orofaciais não-verbais.	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Perturbações mais observadas na prática profissional dos participantes (n=184).	40
Gráfico 2: Objetivo dos terapeutas da fala na utilização de praxias orofaciais não-verbais (n=135).	42
Gráfico 3: Praxias orofaciais não-verbais mais utilizadas para intervir nas perturbações dos sons da fala (n=135).	43
Gráfico 4: Frequência de utilização das praxias orofaciais não-verbais na intervenção (n=135).	44
Gráfico 5: Relação entre as praxias orofaciais não-verbais e a intervenção nas perturbações dos sons da fala (n=135).	45
Gráfico 6: Razões indicadas para a justificação da eficácia das praxias orofaciais não-verbais na intervenção das perturbações dos sons da fala (n=135).	46
Gráfico 7: Utilização de praxias orofaciais não-verbais em futuras sessões terapêuticas (n=135).	47
Gráfico 8: Perturbações em que os terapeutas da fala utilizam as praxias orofaciais não-verbais (n=135).	48
Gráfico 9: Abordagens de intervenção nas perturbações dos sons da fala mais utilizadas pelos respondentes (n=184).	51

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Troca de e-mails com os autores Thomas & Kaipa, 2015

Anexo II – Questionário Original de Thomas e Kaipa, 2015

Anexo III – Primeira versão da tradução do questionário

Anexo IV – Tabela de avaliação das questões do questionário enviado para o painel de peritos

Anexo V – Versão final do questionário

Anexo VI – Parecer da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

INTRODUÇÃO

A presente dissertação foi realizada no âmbito do Mestrado em Terapêutica da Fala, ramo de Linguagem na Criança, sob a orientação da Mestre Vânia Peixoto e coorientação da Prof^ª. Doutora Susana Marinho. Esta tem como título “Praxias Orofaciais Não-Verbais nas Perturbações dos Sons da Fala: Prática de Terapeutas da Fala Portugueses” e tem, por base, uma metodologia quantitativa e transversal.

Este tema de estudo surgiu devido ao aparecimento de outros estudos similares realizados noutros países e que dão conta que a maioria dos terapeutas da fala utiliza as praxias orofaciais não-verbais como método de intervenção nas perturbações dos sons da fala. Após análise de alguns estudos, chegou-se à conclusão que seria interessante verificar se tais resultados se obteriam com os terapeutas da fala portugueses e depois perceber em que baseavam. Daí que o principal objetivo de estudo seja caracterizar o uso de terapia orofacial não-verbal por Terapeutas da Fala Portugueses na intervenção com Perturbação dos Sons da Fala e avaliar o conhecimento que sustenta o seu uso.

As praxias orofaciais não-verbais caracterizam-se pela realização de exercícios motores orais que não exigem a produção de sons da fala, no entanto, há estudos que referem que pode ser usado para ultrapassar dificuldades nos sons da fala (Lof, 2008), apesar de serem escassos (Gubiani e Keske-Soares, 2014). Estudos realizados nos Estados Unidos, Reino Unido e Canadá, apontam que os terapeutas da fala usam, frequentemente, praxias orofaciais não-verbais para intervir nas perturbações dos sons da fala (Thomas & Kaipa, 2015). Os autores defendem que a realização de exercícios orofaciais, como sopro, assobio, praxias linguais, insuflação das bochechas e alternância entre estiramento e protusão lingual (Forrest, 2002), permitem a preparação das estruturas musculares envolvidas na produção de fala, no sentido em que as fortalece ao nível muscular (Lof e Watson, 2008). O conhecimento que os terapeutas da fala têm acerca desta metodologia de intervenção, nestes estudos, não foi adquirido ao nível académico, mas sim com formações complementares (Lof & Watson, 2008), como pós-graduações (Thomas e Kaipa, 2015).

Esta dissertação de mestrado encontra-se dividida em sete secções principais: enquadramento teórico, metodologia, resultados, discussão, conclusão, referências bibliográficas e anexos.

No enquadramento teórico são descritos conceitos base à compreensão desta dissertação. Neste será possível encontrar três subcapítulos, o primeiro dedicado às perturbações dos sons da fala, em que é referida a evolução do conceito e de que forma é que diferentes autores o advogam consoante as suas vias de pensamento e de pesquisa. Posto isto, segue-se o segundo subcapítulo com a descrição de abordagens de intervenção nas perturbações dos sons da fala, em que são referidos os aspetos principais de cada uma delas, como o objetivo e um resumo de como se processa a intervenção baseada em cada uma das abordagens. Para concluir o enquadramento teórico surge o subcapítulo dedicado às praxias orofaciais não-verbais como forma de intervenção nas perturbações dos sons da fala, em que são descritos fatores que levam os terapeutas da fala a escolher esta abordagem, assim como o oposto. Neste subcapítulo será ainda possível encontrar dados de outros estudos similares a comprovarem a realidade de outros países como os Estados Unidos, o Canadá e a Índia.

Na segunda parte desta dissertação, apresenta-se a metodologia, para além dos objetivos e da explicação do tipo de estudo em causa, é explicado todo o processo de elaboração desta dissertação, desde o acesso aos participantes, processo de escolha, tradução e adaptação do questionário que foi utilizado, incluindo a opinião do painel de peritos. A concluir este capítulo, é possível encontrar um resumo da forma como os dados obtidos através do questionário foram tratados.

Segue-se a terceira parte, os resultados, em que será possível encontrar uma descrição exhaustiva, mas concisa, dos resultados obtidos em todas as questões do questionário. Aqui surgem também algumas explicações dos diferentes processos de exclusão ao longo do questionário e de que forma estes se refletem nos resultados, bem como a explicação de análise dos resultados tendo em conta o tipo de opção de resposta de cada pergunta.

Na discussão, os resultados obtidos nesta dissertação serão confrontados com resultados de estudos similares. Aqui serão comparados os resultados obtidos, de forma a

conseguir verificar se os resultados obtidos com os terapeutas da fala portugueses são equivalentes ou não aos obtidos com terapeutas da fala de outras nacionalidades, permitindo deste modo verificar se o que se verifica noutros países, também se verifica em Portugal. Simultaneamente, neste capítulo, serão dadas as respostas aos objetivos da presente dissertação.

Na conclusão, tal como o nome indica, será possível encontrar os principais resultados obtidos nesta dissertação, incluindo a resposta ao principal objetivo de investigação. Concomitantemente é feita uma análise deste processo de aprendizagem, verificando as limitações encontradas, assim como as motivações que sugerem a realização de estudos futuros.

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Perturbação dos Sons da Fala

A linguagem oral, comumente referida como fala, é, por norma, o meio preferencial e eficaz de comunicação (Ceron *et alii.*, 2010). Para que exista fala é necessário que exista produção de voz (Martins, 1998), ou seja um conjunto de sons que formam palavras e frases (Rombert, 2013). Para a produção de fala, precisamos do apoio do sistema respiratório, uma vez que é através deste que o ar é enviado dos pulmões e passa pelas cordas ou pregas vocais, na expiração, provocando a vibração das mesmas e consequentemente a produção do som, neste caso a produção da voz (Martins, 1998). Os sons da fala são produzidos, cada um com um ponto e modo articulatorio diferente, que são realizados através de estruturas anatómicas como a língua, os dentes, o palato, os maxilares e os lábios. Todo este processo, como não podia deixar de ser, é controlado a nível cerebral e a criança aprende-o de forma inconsciente, é o chamado desenvolvimento fonológico (Rombert, 2013). Este dá-se de forma gradual, uma vez que a criança vai conseguindo produzir e compreender os sons da fala, da língua que utiliza, bem como as regras que a eles estão agregadas (Pagan & Wertzner, 2007) até conseguir fundir conhecimentos de forma a atingir o nível de desenvolvimento do sistema fonológico equivalente ao de um adulto (Lamprecht, 1993). A criança chega a este grau de desenvolvimento de produção de sons da fala correta e consistente, por volta dos cinco anos de idade (Gubiani, Brancalioni & Keske-Soares, 2012). Existem autores que são mais específicos e abrangentes e advogam que entre os quatro e os seis anos as crianças atingem o grau de desenvolvimento fonológico equivalente ao de um adulto (Mezzomo *et alii.*, 2008). Para que tal aconteça, a criança tem que, de forma gradual, aperfeiçoar, não só a sua perceção auditiva, mas também a produção dos sons da fala (Wertzner *et alii.* 2007).

Quando uma criança tem responsividade perante o seu par de conversação, seja por vocalizações, gestos e depois por pequenas palavras, dá-nos a entender de que ela compreendeu a intenção comunicativa do par, o que revela um conhecimento acerca da língua e da comunidade em que está inserida (Rombert, 2013 e Frota & Name, 2017). Este conhecimento da língua materna ao nível da prosódia e perceção de alguns sons da língua inicia-se no final da gestação quando os bebés começam a reconhecer a voz da

mãe (Frota & Name, 2017). Após o nascimento já são capazes de mostrar preferência pelos sons associados à língua a que estão expostos em detrimento de qualquer outro tipo de sons, mesmo que os sons sejam linguísticos, por exemplo, os recém-nascidos mostram desagrado quando expostos a fala ao contrário, ou seja, dita de trás para a frente, assim como quando expostos a línguas novas, uma vez que percebem a prosódia da língua ao ponto de identificarem o início e final de palavras e de distinguirem palavras de conteúdo e elos de ligação entre palavras (Gervain & Mehler, 2010).

No Português Europeu, o inventário de palavras de conteúdo, palavras lexicais, é mais elevado do que o inventário das palavras funcionais, os elos de ligação (Vigário *et alii*, 2012). Estas capacidades vão-se aprimorando com a contínua exposição à língua ao ponto de o bebé se especializar na sua língua materna (Kuhl, 2004). Esta especialização acontece por volta dos 6 meses, quando deixam de perceber as vogais de outras línguas e aos 10 meses quando o mesmo acontece com as consoantes, até aqui eles percebem as diferenças fonéticas, mas não são sensíveis se estas são ou não da língua materna (Frota & Name, 2017). Desde os 9 meses têm a capacidade de discriminar a sequência típica das palavras da sua língua materna, sendo que todo este desenvolvimento ao nível da percepção dos fonemas acontece antes de o bebé começar a dizer as primeiras palavras (Frota & Name, 2017). Posto isto, inicia-se o conhecimento semântico, isto é, a relação entre palavra e respetivo significado, sendo que palavras com maior contraste fonológico, isto é, que têm contrastes fonológicos diferentes são primeiramente aprendidas quando comparadas com palavras que formam pares mínimos (Frota & Name, 2017), contudo, um estudo realizado para o Português Europeu, demonstrou que as diferenças prosódicas entre as palavras também têm peso nesta primeira aquisição, uma vez que estas diferenças, em termos de som, contam como que se se tratassem de contrastes fonéticos diferentes (Frota *et alii*, 2012). Um outro aspeto a ter em conta é a frequência do som na língua materna, quanto mais frequente, maior é a probabilidade de ser adquirido em primeiro lugar (Gonzalez-Gomez, Poltrock & Nazzi, 2013).

Mendes *et alii*. (2013) no seu estudo que deu origem ao Teste Fonético-fonológico – Avaliação da Linguagem Pré-Escolar, identificam dados normativos para a idade de

aquisição dos fonemas, descritos na tabela 1 e em crianças cuja Língua Materna seja o Português Europeu este processo deve estar concluído até aos 6 anos de idade.

Tabela 1: Idade de aquisição dos fonemas do Português Europeu (Mendes *et alii.*, 2013).

Idade	Fonemas adquiridos
[3A;0M – 3A;6M[- As vogais todas - Os fonemas oclusivos /p/, /b/, /t/, /d/, /k/, /g/ - Os fricativos /s/, /f/, /v/ e /ʃ/ (em posição de início de sílaba) - Os nasais /m/, /n/ e /ŋ/ - Líquida vibrante /r/
[3A;6M – 3A;12M[- A líquidas /l/ (em início de sílaba) e /ʎ/ - Fricativa /ʃ/ em posição final de sílaba
[4A;0M – 4A;6M[- Os fricativos /z/ e /ʒ/ - A líquida /r/ em posição de início de sílaba - A líquida /l/ em grupo consonântico (sílabas do tipo consoante-consoante-vogal)
[4A;6M – 4A;12M[- A líquida /r/ em posição final de sílaba (sílabas do tipo consoante-vogal-consoante)
[5A;0M – 5A;6M[- A líquida /r/ em grupo consonântico

Rombert (2013) na revisão da literatura que realizou refere que as crianças do sexo feminino tendem a adquirir o sistema fonológico mais precocemente que os pares do sexo masculino, contudo não especifica essa diferença assim como não é tão específica quanto à idade de aquisição dos fonemas e às diferentes posições que podem assumir nas palavras em comparação com a autora supracitada, contudo corrobora com esta quanto à aquisição da maioria dos fonemas. Posto isto, a diferença entre as autoras prende-se pelo facto de Rombert (2013) referir idades anteriores e por isso advogar que até aos 18 meses as vogais devem estar adquiridas e até aos 24 meses os fonemas oclusivos e as fricativas /f/ e /v/ devem fazer parte do repertório fonético das crianças. Esta autora refere ainda que as líquidas /ʎ/ e /r/ serão dos últimos fonemas a serem adquiridos, sendo que surgiram entre os 4 e os 5 anos, contudo apenas entre os 5 e os 6 anos é que a líquida /r/ será adquirida em grupo consonântico. No que concerne aos

restantes fonemas do Português Europeu as autoras referem as mesmas idades de aquisição. Posto isto, pode-se aferir que ambas as autoras, Mendes *et alii.* (2013) e Rombert (2013) concordam com o facto de que entre os 5 e os 6 anos os fonemas pertencentes ao Português Europeu devem estar adquiridos.

Quando por algum motivo a criança não consegue acompanhar o desenvolvimento normativo surgem as perturbações dos sons da fala (Yavas, Hernandorena & Lamprecht, 2001 *cit. in* Giacchini, Mota & Mezzomo, 2011), estas podem estar associadas a uma desorganização do sistema fonológico e caracterizam-se pela presença de “*substituições, omissões e ou distorções dos sons da fala*” (Wertzner *et alii.* 2007). Contudo é importante referir que ao longo do desenvolvimento é normal ocorrerem reparos de discurso, tendo ou não perturbação dos sons da fala, esta é uma estratégia utilizada pelas crianças para conseguirem chegar à sua produção-alvo (Giacchini, Mota & Mezzomo, 2011).

Antes de abordar o aparecimento do termo perturbação dos sons da fala, é de interesse referir que atualmente existe uma resistência à atribuição de diagnósticos que é insubsistente e dificulta o avanço de novas pesquisas e dificulta o acesso aos apoios e serviços especializados que os pacientes poderiam ter direito (Bishop, 2014). Mas como em quase todas as questões existe uma dicotomia, enquanto existem autores que advogam a atribuição de diagnósticos terapêuticos, existem autores que veem apenas desvantagens na atribuição destes. Lauchlan & Boyle (2007) apontam como desvantagens à atribuição de diagnósticos aspetos como: concentrar-se nas dificuldades da criança o que pode fazer com que esta sinta o fracasso e pare de tentar, exclusão social, desresponsabiliza os pais, pode camuflar o mau ensino, priva o acesso a recursos que são atribuídos a diagnósticos gerais e não a específicos, o diagnóstico pode afastar o profissional das dificuldades reais da criança uma vez que pode generalizar as suas dificuldades para o comum do diagnóstico, por fim, estes autores dizem que a atribuição de diagnósticos pode ser apenas para conseguir obter fundos extra.

Bishop (2014, 2016) aponta como vantagens à atribuição de diagnósticos terapêuticos: extrair a culpa dos pais, professores e da criança, facilitar a compreensão das dificuldades do paciente, permitir o acesso a grupos de apoio e partilha de experiências com pares similares bem como o acesso a recursos específicos, sejam eles financeiros

ou de terapias, simplifica a comunicação entre profissionais assim como o reconhecimento das dificuldades gerais do paciente, permite realizar avaliações formais específicas que caso contrário podem não ser realizadas e possibilitam a realização de pesquisas. Ainda Bishop e colaboradores (2016) realçam a importância das avaliações formais específicas no sentido de ir além da dificuldade mais evidente, ou seja, avaliar o paciente em todas as áreas em que podemos intervir, porque a dificuldade mais evidente pode não ser a única a carecer de intervenção.

O uso do termo perturbação dos sons da fala foi sugerido pela American Psychiatric Association (2003), sendo que o termo abrange problemáticas relacionadas com a articulação, programação motora para a fala, também conhecida como apraxia, e problemáticas relacionadas com a fonologia.

As perturbações dos sons da fala são caracterizadas pela dificuldade na utilização e aplicação das regras fonológicas, sendo que isto inclui os fonemas mas também a sua disposição na palavra e, conseqüentemente, as diferentes formas silábicas (Williams, 2006). Além da desorganização do sistema fonológico e das dificuldades infracitadas existem também barreiras no que respeita à percepção auditiva que a criança tem dos sons, bem como na produção dos mesmos, efetuada pela criança (American Psychiatric Association, 2014). Uma outra característica das crianças com perturbação dos sons da fala é o facto de terem um discurso menos inteligível quando comparadas com os pares da mesma idade e com desenvolvimento normativo (Bowen, 2011).

Para compreendermos melhor o sistema fonológico supracitado, a American Psychiatric Association (2002), no DSM-IV, refere alguns critérios para identificar uma perturbação neste sistema:

- Inaptidão em utilizar os sons da fala esperados para a faixa etária, sendo esta avaliação realizada clinicamente;
- As dificuldades prejudicam o sujeito no que respeita ao rendimento escolar, profissional e/ou de comunicação com os pares;
- É mais frequente no sexo masculino;
- Tem uma prevalência de cerca de 2%, em crianças entre os 6 e os 7 anos de idade e uma prevalência de 0,2% a partir dos 17 anos de idade;

- O histórico familiar, ou seja, antecedentes familiares com esta problemática, são fatores de risco a ter em consideração

Devemos acrescentar então que no DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002) a terminologia adoptada para se referir a este tipo de problemática é a de Perturbações Fonológicas.

Em 2014, a American Psychiatric Association, no DMS-V, sugere a adopção do termo perturbação dos sons da fala, uma condição nosológica heterogénea, incluindo as perturbações fonológicas e as fonéticas. Segundo esta edição do manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, a perturbação de sons da fala é caracterizada pela dificuldade na identificação dos sons da fala ou pela dificuldade de executar os movimentos para produzir esses mesmos sons. E por isso pode falar-se em perturbação fonológica ou fonética, respetivamente. Este diagnóstico é atribuído, às crianças, quando a produção de fala não é igual ao que seria expectável para a idade e quando não é portadora de deficiências que possam explicar as suas dificuldades de fala (American Psychiatric Association, 2014 e Ceron *et alii.*, 2010).

As perturbações dos sons da fala podem ter uma base fonológica, fonética ou articulatória (Rombert, 2013) ou uma combinação fonético-fonológica (Antunes e Rocha, 2009b). Para conseguir fazer a distinção entre elas, o terapeuta da fala deve ter conhecimento sobre a fonética e sobre a fonologia, para assim conseguir compreender melhor a problemática da criança que está à sua frente (Antunes e Rocha, 2009b).

Baseado nestes critérios surgem diferentes nomenclaturas adotadas por diferentes autores, evidenciando assim diferentes perspetivas e diagnósticos diferenciais.

Dodd *et alli.* (2005) propõe quatro tipos de perturbações dos sons da fala:

- Perturbação Articulatória – que é caracterizada pela inabilidade na produção de determinados fonemas, sendo que a troca ou distorção realizada pela criança, acontece de forma consistente, quer ela diga o som em isolado, sílaba simples, na palavra ou em discurso espontâneo;
- Atraso fonológico – a criança comete erros de cariz fonológico típicos de crianças com idades cronológicas inferiores;

- Perturbação fonológica consistente – surge quando a criança comete erros fonológicos consistentes que não fazem parte do desenvolvimento normativo;
- Perturbação fonológica inconsistente – a criança comete erros de forma inconsistente para o mesmo fonema.

Numa outra perspetiva, Giacchini (2009), na sua revisão narrativa descreve as perturbações dos sons da fala organizando-as em quatro tipos que são corroboradas por outros autores, vejamos:

- Perturbação articulatória – as alterações dos sons da fala são explicadas por uma alteração motora (Yavas, 1998; Antunes & Rocha, 2009a)
- Perturbação fonológica – existe uma desorganização linguística e não uma alteração orgânica da produção de fala (Grunwell, 1990 *cit. in* Gubiani & Keske-Soares, 2014). Nesta perturbação é comum as crianças realizarem substituições, omissões e/ou distorções de fonemas (Wertzner *et alii.*, 2007), sem que existam dificuldades anatómicas que possam explicar tais dificuldades na produção dos fonemas (Brancalioni & Keske-Soares, 2016). A fala das crianças com perturbações fonológicas, normalmente, segue o normal desenvolvimento contudo, estas crianças não acompanham os pares, ou seja, os erros que cometem são comuns de idades inferiores (Mota, 2001 *cit. in* Brancalioni & Keske-Soares, 2016).
- Perturbação fonético-fonológica – é uma junção das duas anteriores, ou seja, as crianças apresentam alterações quanto à coordenação de movimentos neuromusculares e em simultâneo têm uma desorganização do sistema fonológico (Yavas, 1998 e Goulart, 2002)
- Apraxia infantil – é caracterizada pela dificuldade no planeamento motor para a fala, originando erros de articulação inconsistentes e alterações ao nível da prosódia (Souza, Payão & Costa, 2009 e Payão *et alii.*, 2012)

Segundo uma revisão narrativa levada a cabo por Antunes e Rocha (2009b) e corroborada por outros autores, podemos encontrar:

- Perturbação fonética – ocorre quando existe uma inabilidade na execução dos movimentos articulatorios necessários à produção de fala. Esta dificuldade, por norma resulta de alterações orgânicas, nos músculos e/ou nas estruturas

responsáveis pela fala, de tal forma que a criança não consegue executar os movimentos certos para a produção dos fonemas (Rombert, 2013)

- Perturbação fonológica – ocorre quando a criança até tem a capacidade de produção os sons da fala, mas não sabe os seus valores contrastivos, ou seja, tem falta de organização fonológica;
- Perturbações fonético-fonológicas – é uma junção das duas anteriores, ou seja, além de não conseguir produzir os fonemas, a criança apresenta uma desorganização do sistema fonológico.

Existem autores, que classificam as perturbações dos sons da fala tendo em conta a frequência de ocorrência do erro, da consistência do mesmo e de que forma é que este interfere com a inteligibilidade do discurso (Lima, 2008). Desta perspectiva, as perturbações dos sons da fala podem ser, ligeiras, moderadas ou graves (Lima, 2008).

É visível que o conceito de perturbação dos sons da fala tem sofrido alterações ao longo dos anos e com isso surgem novas designações, contudo não existe nenhuma mais correta do que a outra. Cada terapeuta da fala usa aquela que mais acredita e que considera melhor fundamentada pelos autores (Antunes & Rocha, 2009a).

Ao falar das perturbações dos sons da fala, é de interesse referir a sua etiologia. Apesar de a maioria das perturbações dos sons da fala serem de origem desconhecida (Bowen, 2012), existem condições como défices auditivos, alterações craniofaciais, prematuridade, antecedentes familiares, sexo masculino, hábitos orais e condições socioeconómicas que parecem influenciar o aparecimento de perturbações dos sons da fala (Fox, Dodd & Howard, 2002). Existem autores que advogam que fatores neurobiológicos e as habilitações académicas dos pais são fatores etiológicos para o aparecimento e permanência das perturbações dos sons da fala (Eadie *et alii.*, 2014).

As perturbações dos sons da fala são das patologias mais atendidas pelos terapeutas da fala e, talvez por isso, existem muitos estudos, assim como diferentes classificações e abordagens de intervenção (Antunes & Rocha, 2009a). Algumas dessas abordagens serão descritas de seguida.

2. Abordagens de Intervenção nas Perturbações dos Sons da Fala

Podemos dividir as principais linhas de intervenção nas perturbações dos sons da fala em duas principais vias: a abordagem fonológica e a abordagem fonética (Giacchini, Mota & Mezzomo, 2011). A primeira tem como objetivo promover a re-organização do sistema fonológico da criança de forma a complementar o mesmo, enquanto a segunda visa à correção articulatória, ou seja correção dos pontos e modos articulatórios dos diferentes fonemas em que a criança apresenta dificuldade (Giacchini, Mota & Mezzomo, 2011). Dentro destas duas principais abordagens, podemos identificar e descrever diferentes programas de intervenção, alguns dos quais abordaremos de imediato.

i. Pares mínimos

Desenvolvida por Weiner em 1981 é uma abordagem fonológica (Pagliarin, Mota & Keske-Soares, 2009; Blache *et alii.*, 1981). O par mínimo é formado por palavras que diferem em apenas um traço distintivo, e assim diferem em apenas um som mas que alteram completamente o significado final da palavra (Law *et alii.*, 2012). A intervenção com este tipo de modelo, contrastivo, favorece a aquisição dos sons da fala em crianças que apresentam perturbação dos sons da fala do tipo moderado ou severo (Pagliarin, Mota & Keske-Soares, 2009).

Esta abordagem tem como objetivo melhorar o sistema fonológico da criança através do contraste de fonemas tendo em conta as suas diferenças quanto aos traços distintivos (Gubiani & Keske-Soares, 2014). Mas mais do que isso, esta intervenção tem por base a crença de que se se mostrar à criança, sistematicamente, que a troca de um som, por outro muito semelhante, altera o significado final da palavra, ela acaba por compreender a substituição que faz e, assim, corrigir o seu padrão de erro (Law *et alii.*, 2012). A intervenção centra-se no padrão de erro, sendo que cada erro é trabalhado isoladamente, isto é, se uma criança apresentar dificuldades em mais do que um traço distintivo, estes serão trabalhados um de cada vez (Law *et alii.*, 2012). Crosbie, Holm & Dodd (2005)

advogam que a abordagem é mais adequada para crianças com padrões de erro consistentes.

A intervenção deve ser individual, contudo pode ser executada também em grupo, o envolvimento dos pais, cuidadores e professores é coordenado pelo terapeuta da fala, que será sempre o responsável pela intervenção com esta abordagem (Law *et alii.*, 2012). Atualmente existem duas formas de levar a cabo a intervenção com esta abordagem: uma baseada nos primeiros estudos em que a intervenção é iniciada pela produção dos contrastes a serem trabalhados (Baker, 2010 *cit. in* Law *et alii.*, 2012) e outra forma de encarar esta intervenção, numa perspetiva mais recente, a intervenção inicia-se com a explicação e compreensão por parte da criança das diferenças entre os traços distintivos a serem trabalhados, depois passa-se para a fase da imitação e só por fim vem a produção por parte da criança (Crosbie, Holm & Dodd, 2005).

Pagliarin, Mota & Keske-Soares (2009) no seu estudo verificaram que crianças intervencionadas com este tipo de modelo, contrastivo, obtiveram melhorias no seu inventário fonético uma vez que foram visíveis as melhorias na produção dos sons que havia dificuldade. Neste mesmo estudo, foi possível verificar que quando aplicada estimulação ao nível das praxias faciais e linguais a Percentagem de Consoantes Corretas¹ e o número de fonemas adquiridos aumentou em comparação com as crianças que usufruíram só da abordagem de pares mínimos.

ii. Abordagem por oposições máximas

Esta abordagem surgiu em 1990 e foi primeiramente descrita por Gierut, sendo que é uma abordagem de intervenção fonológica (Mota, Bagetti, Keske-Soares & Pereira, 2005). O modelo tem como objetivo o uso de palavras que diferem em apenas um fonema, sendo que estes podem contrastar entre si em poucos traços distintivos, e então

¹É uma medida de avaliação das inteligibilidade do discurso da criança, calculado através de amostra de discurso espontâneo e, tal como o nome indica, dá a percentagem de consoante corretas ditas pela criança ($\frac{n^\circ \text{ de consoantes corretas}}{n^\circ \text{ de consoantes total}} \times 100$) (Zanichelli & Gil, 2010). Existem quatro graus de gravidade: leve quando mais de 85% das consoantes são produzidas de forma correta; moderado quando o valor oscila entre 85% e 65%; moderado-grave quando a percentagem de consoante corretas fica entre os 50% e os 65% e por último é grave quando a percentagem de consoantes corretas fica abaixo dos 50% (Shriberg, & Kwiatkowski, 1982).

temos as oposições mínimas, ou podem contrastar em muitos traços distintivos e aí temos as oposições máximas (Mota *et alii.*, 2007).

A aplicabilidade deste modelo foi estudada para o Português Europeu por Pereira e Mota (2002 *cit. in* Mota *et alii.*, 2007) sendo que concluíram que crianças intervencionadas com esta abordagem não só melhoraram o sistema fonológico, como também conseguiram generalizar as aprendizagens, comprovando desta forma, a eficácia do modelo na nossa Língua.

A eficácia desta linha de atuação foi corroborada pelos estudos de Ceron e colaboradores (2010), assim como Gubiani, Brancalioni & Keske-Soares (2012), em que referem que a abordagem por oposições máximas revela resultados positivos na intervenção em crianças com perturbações fonológicas, sendo que conseguiram registar melhorias relativas à aquisição de fonemas e também nas generalizações efetuadas pelas crianças. Mota e colaboradores (2004) conseguiram verificar que crianças intervencionadas com esta abordagem conseguiram realizar generalizações a outras posições dos fonemas nas palavras, dentro de classes de fonemas, bem como a fonemas não utilizados na intervenção.

Num estudo elaborado por Mota e colaboradores (2007) concluíram que crianças sujeitas a este modelo de intervenção obtiveram melhorias quanto ao sistema fonológico, nomeadamente no que respeita à distinção dos traços distintivos previamente com dificuldade, bem como registaram melhorias no inventário fonético das crianças.

À semelhança da abordagem por pares mínimos, esta abordagem favorece a aquisição dos sons da fala em crianças com perturbação dos sons da fala do tipo moderado ou severo (Pagliarin, Mota & Keske-Soares, 2009).

iii. Abordagem tradicional – Van Riper

Durante muitos anos, esta era a abordagem mais utilizada para intervir nas perturbações dos sons da fala (Van Riper & Emerick 1984). O principal objetivo neste tipo de

intervenção é melhorar a inteligibilidade de fala das crianças, através da aprendizagem da articulação dos fonemas, pelo que se trata de uma abordagem articulatória (Baker, 2006). A sua intervenção é executada passo a passo, sendo que tem início pelo objetivo de capacitar a criança a discriminar e produzir o fonema em que apresenta dificuldade, inicialmente através da articulação do som isolado e depois em sílaba simples, nas palavras, nas frases e por último no discurso espontâneo (Van Riper & Emerick 1984 e Kamhi, 2006). A passagem para a etapa seguinte segue critérios rígidos de taxa de sucesso, isto é, só se passa para a etapa seguinte quando o paciente atinge uma percentagem de sucesso previamente definida, pode ser, por exemplo 85% das produções corretas (Kamhi, 2006). Quando a criança dominar a produção de um fonema, passa-se para o próximo (Van Riper & Emerick 1984 e Kamhi, 2006).

Lousada e colaboradores (2013) relatam no seu estudo que, as duas primeiras sessões, de cada novo fonema, devem destinar-se ao treino percetivo, sensorial e motor do mesmo e só depois se inicia a produção. Nestas primeiras sessões realizam-se tarefas como: detetar se o terapeuta da fala, no seu discurso, produz o fonema com erro. Posteriormente a produção do fonema será executada através da explicação do ponto e modo articulatório do mesmo, por imitação e também pela tentativa de erro, em frente ao espelho, por exemplo.

Relativamente à eficácia Gillon (2000) conseguiu obter resultados que demonstram que, intervindo com esta abordagem, é possível obter-se melhorias na produção dos sons da fala, mas em comparação com a abordagem da consciência fonológica (abordada posteriormente nesta dissertação), não se obtêm resultados tão positivos na aquisição de competências de consciência fonológica e de leitura.

Importa ainda referir que foi através desta abordagem que Ingram (1976) sugeriu a intervenção focada nos padrões de erro e não nos padrões de articulação, isto é, foi através desta abordagem que, em vez de se focar a intervenção erro a erro, fonema a fonema, centra-se a intervenção no padrão de erro, com todos os fonemas em que o erro provoca a alteração. Apesar desta evolução, em Portugal os terapeutas da fala continuam a usar com frequência, a abordagem tradicional para intervir nas perturbações dos sons da fala (Lousada *et alii.*, 2013).

iv. Abordagem dos Ciclos

Surgiu em 1991 descrita por Hodson & Paden e é uma abordagem fonológica (Mota, Bagetti, Keske-Soares & Pereira, 2005) que pode ser usada em pacientes de todas as idades (Law *et alii.*, 2012). Com esta abordagem pretende-se que as crianças compreendam e tomem consciência das diferentes características dos fonemas que têm dificuldade e que tornam a sua fala errónea para assim superarem as suas dificuldades (Gubiani & Keske-Soares, 2014).

Este programa foi inicialmente criado para intervir em crianças com discursos ininteligíveis, mas com resposta positiva à estimulabilidade², e foi preparado para incluir crianças com fenda palatina corrigida (Hodson *et alii.*, 1983), perturbações fonológicas graves, crianças com défice auditivo (com ou sem implante coclear) e ainda para crianças com dificuldades de aprendizagem (Hodson & Paden, 1991 *cit in* Law *et alii.*, 2012).

Segundo uma recolha de dados realizada por Law e colaboradores (2012), o nome foi atribuído porque a intervenção dar-se-á por ciclos, no sentido em que intervirá por padrões de erro, assim que o padrão de erro em intervenção deixar de ser produzido pela criança este ciclo termina e iniciar-se-á outro. Uma vez que a intervenção é focada no padrão de erro e não no fonema em causa, permite que as melhorias sejam visíveis com maior facilidade, porque a criança melhora a produção de vários fonemas em simultâneo. O programa prevê que cada criança realize terapia semanal com a duração de 60 minutos, sendo que cada padrão de erro demora cerca de 6 a 18 horas a ser corrigido e serão necessários 3 a 4 ciclos para tornar o discurso de uma criança inteligível. Ao longo a intervenção são utilizadas tarefas de consciência auditiva e fonológica e produção de fala.

Existe evidência de que esta abordagem é eficaz em pacientes em que as suas dificuldades se revelaram moderadas (Law *et alii.*, 2012), sendo registadas melhorias na

² A estimulabilidade é uma prova que tem como objetivo identificar se a criança tem a capacidade de reprodução, por imitação, os fonemas que não são produzidos pela criança no seu discurso (Tyler, 1996 *cit. in* Castro & Wertzner, 2012).

inteligibilidade de fala (Almost & Rosenbaum, 1998) incluindo em pacientes com implante coclear (Gordon-Brennan, Hodson & Wynne, 1992).

v. **Metaphon**

Esta abordagem propõe-se alterar o sistema fonológico das crianças com perturbações dos sons da fala através da consciência fonológica (Gubiani & Keske-Soares, 2014), logo esta é também uma abordagem fonológica (Mota, Bagetti, Keske-Soares & Pereira, 2005) que surgiu em 1991 por Howell & Dean (Law *et alii.*, 2012). O metaphon foi planeado para auxiliar a alteração do processamento fonológico, através da metalinguagem, de forma a re-organizar o sistema fonológico do paciente (Dean, *et alii.*, 1995) de forma a que a criança se consciencialize sobre as características dos diferentes fonemas do sistema fonológico (Hulterstam & Nettelbladt, 2002).

Num artigo de Law e colaboradores (2002) em que narram esta abordagem, eles descrevem este programa de intervenção como tendo três fases, as primeiras duas acontecem em simultâneo. Na primeira fase são ensinados ao paciente os conceitos de som, fonema e palavra, bem como conceitos que os possam ajudar a distinguir os fonemas (exemplo: ensina-se à criança conceitos de forte, fraco, à frente, atrás, para depois aplicar os termos na produção dos fonemas e assim os conseguir distinguir e identificar). Na segunda fase, iniciam-se as tarefas metafonológicas, através de pares mínimos, sendo que a criança terá de discriminá-los através dos conceitos aprendidos na primeira fase. Na terceira e última fase do programa são trabalhadas frases com palavras com pares mínimos, por exemplo, diz-se uma frase à criança e ela tem de avaliar se a palavra alvo (que tem os fonemas alvo de intervenção) foi dita de forma correta. Estes autores indicam ainda o site [Speech-language-therapy dot com](http://Speech-language-therapy.com) Caroline Bowen em que é possível encontrar exemplos práticos, por exemplo, se for dito à criança “O rato gosta de queixo”, ela terá de perceber que a palavra “queixo” foi mal dita no sentido em que o fonema /z/ foi trocado pelo seu par mínimo /ʒ/.

Law e colaboradores (2002) reuniram informações que dizem que apesar de não existir muita bibliografia que exponha a quantidade de sessões necessária para a intervenção com esta abordagem, contudo, Howell & Dean (1998) advogam com o seu estudo que

uma sessão semanal, durante cerca de 22 semanas, foi suficiente para verem resultados positivos no seu estudo. No entanto é importante salvaguardar que esta abordagem poderá não funcionar com todas as crianças, uma vez que algumas delas debatem-se com os conceitos que são associados aos diferentes traços distintivos (Hulterstam & Nettelbladt, 2002).

vi. Abordagem de Consciência Fonológica

Esta abordagem foi descrita por Gillon & McNeil em 2007 (Law *et alii.*, 2012), foi desenvolvida para simplificar a produção dos sons da fala, a consciência fonológica e as correspondências entre fonemas e grafemas (Gillon & McNeill, 2007). As tarefas que são propostas aos pacientes devem incluir então tarefas de correspondência fonema-grafema, identificação, manipulação e segmentação fonémica, sendo que inicialmente apresentam-se tarefas simples e vão-se complicando à medida que o paciente vai dominando as tarefas já apresentadas (Gillon & McNeill, 2007), foi idealizada para ser utilizada em crianças entre o 5 e os 7 anos de idade (Law *et alii.*, 2012).

O programa é munido de instruções claras da forma como as atividades devem ser executadas e concluídas, bem como de que forma se deve adequar as mesmas ao nível em que o paciente se encontra ao longo das sessões, que deverão perfazer um total de 20 horas, sendo que por semana serão dadas 2 horas de terapia, contudo a frequência e duração podem ser adaptadas às necessidades de cada paciente. O programa incluiu ainda instruções que podem ser dadas aos professores para que o programa seja também utilizado em contexto de sala de aula (Law *et alii.*, 2012).

No que concerne à eficácia, num estudo em que comparou a abordagem tradicional de Van Riper, a abordagem de consciência fonológica e uma outra em que a intervenção do terapeuta da fala era mínima, em crianças com idades compreendidas entre os 5 anos e 6 meses e os 7 anos e 6 meses, foi possível obter resultados significativos que comprovaram que as crianças alvo de intervenção com a abordagem de consciência fonológica melhoraram competências de consciência fonológica, na produção dos sons da fala, na compreensão leitora e também melhoraram a sua escrita (Gillon, 2000). Com estes resultados pode-se levantar a hipótese de que esta abordagem obterá mais resultados na aprendizagem da leitura e escrita do que as restantes abordagens em

estudo (Gillon, 2000). Um estudo realizado em Portugal, por Lousada e colaboradores (2013) obtiveram resultados semelhantes, isto é, obtiveram resultados que demonstram que a intervenção de consciência fonológica em comparação com a terapia de Van Riper é mais eficiente na obtenção de resultados na produção dos sons da fala.

vii. PROMPT

O PROMPT (Prompts for Restructuring Oral Muscular Phonetic Targets) surgiu em 1970, sendo descrito inicialmente por Hayden e é uma abordagem sensório-motora, ou seja, de base fonética (Law *et alii.*, 2012). Esta abordagem tem como base o princípio de que para existir o desenvolvimento de um novo comportamento será necessário provocar um desequilíbrio do sistema, seja ele qual for, para ocorrer uma re-organização do mesmo e assim voltar a um novo estado de equilíbrio (Thelen & Smith, 2003). Desta organização do sistema emergem não são só novos comportamentos, como estes são mais complexos. Interessa ainda referir que a evolução dá-se de forma hierárquica e é necessária formação específica e especializada neste tipo de atuação (Hayden & Square, 1994). Existem sete níveis diferentes na intervenção com o PROMPT (Ward, Leitão & Strauss, 2014):

- Nível I e II – dão o suporte para a fala, sendo que nestes níveis o paciente deve ser capaz de produzir um fonema durante de 2/3 segundos;
- Nível III, IV e V – nestes níveis são treinados alguns articuladores, nomeadamente a mandíbula, os lábios e a língua
- Nível VI e VII – aqui pretende-se o treinamento da sequenciação dos fonemas de forma a produzir fala, sendo que a prosódia também faz parte dos objetivos destes níveis.

Este programa de intervenção utiliza como estratégia principal a pista cinestésica, de forma a facilitar os movimentos executados pelos articuladores na produção de fala, com o objetivo de o paciente fazer uma produção de fala mais precisa (Ward, Leitão & Strauss, 2014).

São necessários mais estudos de evidência científica para esta abordagem (Law *et alii.*, 2012), no entanto, um estudo de Rogers e colaboradores (2006) incluiu 10 crianças com perturbação do espectro do autismo, todas não-verbais, sujeitas a sessões individuais e

semanais de terapia da fala com a duração uma hora e uma hora de intervenção diária levada a cabo pelos cuidadores, durante 12 semanas. Após este período relataram que oito das dez crianças conseguiram utilizar cinco ou mais palavras de forma funcional e espontânea. É de salientar que as melhorias foram notadas nos pacientes com grau leve a moderado dentro da perturbações e nestes foi ainda possível verificar melhorias em competências de imitação e de interação com o par de conversação.

viii. Parents and Children Together - PACT

Este programa de intervenção foi publicado, com este nome, em 1998 por Caroline Bowen (Bowen, 2015) e foi desenvolvido para crianças com perturbações fonológicas ligeiras, moderadas ou graves, com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos e distingue-se por recorrer ao envolvimento dos cuidadores ao longo da intervenção (Bowen & Cupples, 2006). No entanto, podemos referir que o programa foi já usado com crianças mais velhas, entre o 9 e os 11 anos, com patologia associada, nomeadamente Síndrome de Down e Perturbação do Espectro do Autismo obtendo-se resultados positivos (Bowen & Cupples, 2006).

A intervenção com o PACT está estruturada para ser aplicada em ciclos, Bowen & Cupples (2006) narram esta aplicação informando que a mesma deve iniciar-se com 10 semanas de intervenção direta, seguidas com 10 semanas de pausa. Cada sessão de intervenção direta tem a duração de 50 minutos, 30 a 40 minutos a sessão é destinada ao terapeuta sozinho com a criança, sendo que no tempo restante o cuidador fará parte da sessão. No período de pausa, os cuidadores devem realizar práticas estruturadas com a criança, previamente discutidas e ensinadas pelo terapeuta, durante 8 semanas e nas duas semanas antes de voltar à intervenção direta com o terapeuta devem apenas ler o livro disponibilizado pelo programa e efetuar as atividades que a criança escolher. É importante referir que o cuidador pode ser o pai, a mãe, ambos e até os irmãos podem participar, todos estes aspetos serão conversados previamente e podem variar consoante a evolução e necessidade da criança ao longo da intervenção.

Um estudo realizado por Bowen (1996) mostrou que crianças entre os 3 e os 5 anos, sensivelmente, obtiveram melhores resultados na produção dos fonemas alvo quando

sujeitas à intervenção com o PACT do que crianças que não tiveram intervenção com este programa (Bowen & Cupples, 2006).

Uma revisão bibliográfica de Sugden e colaboradores (2016) acerca do envolvimento dos pais na intervenção das perturbações dos sons da fala, concluiu que cada vez mais os terapeutas tendem a incluir os pais na intervenção, por norma, através de tarefas fonológicas que devem realizar em casa. No entanto, eles chegam também à conclusão que os estudos acerca do tema são limitados quanto à descrição do tipo de tarefas, de que forma é que os pais as realizam assim como é que estas ajudam na evolução do paciente. De facto, nesta revisão conclui-se que são necessários mais estudos acerca do tema e que a melhor forma de o estudar seria através da prática baseada na evidência, caso contrário será difícil comprovar os reais contributos da intervenção mediada pelos cuidadores nesta problemática.

ix. Core Vocabulary

O core vocabulary surgiu em 1991 e os primeiro a descrevê-lo foram Dodd e Paden, é uma abordagem de intervenção fonológica (Law *et alii.*, 2012), normalmente, utilizada em casos de criança com discursos ininteligíveis e com padrões de erro inconsistentes (McIntosh & Dodd, 2008) mas sem sinais de dispraxia verbal do desenvolvimento (Dodd & Bradford, 2000). Ao contrário de outras abordagens, esta não se centra nos fonemas isoladamente em que a criança apresenta dificuldade mas sim em palavras, na palavra como um conjunto de fonemas que é (Holm, Crosbie & Dodd, 2005 *cit. in* McIntosh & Dodd, 2008). As palavras que serão alvo de intervenção devem ser escolhidas juntamente com a família e devem ser palavras que a criança use com frequência, podem ser nomes de familiares, lugares, comidas, brinquedos ou até desenhos animados de mais gostam (Law *et alii.*, 2012), Ou seja, são palavras que utilizam no dia-a-dia e que dizem sempre de maneira diferente o que dificulta a inteligibilidade ao interlocutor. Na intervenção com este modelo, o importante é que a criança diga as palavras alvo da forma mais correta que conseguir, isto quer dizer que produções erróneas, mas com processos fonológicos típicos do desenvolvimento são aceites como sucesso (McIntosh & Dodd, 2008). No final quer-se que a criança chegue à produção da palavra de forma correta, contudo caso a criança não seja capaz, o

objetivo é então que ela diga a palavra com uma produção consistente, mesmo que cometa um padrão de erro (McIntosh & Dodd, 2008).

Ao longo da intervenção são usadas estratégias, tanto em contexto clínico, em sessões bissemanais com a duração de uma hora cada, como em contexto familiar, durante oito semanas, com tarefas diárias de imitação de fala, discurso dirigido, segmentação silábica e produção da palavra sílaba a sílaba (Law *et alii.*, 2012).

McIntosh & Dodd (2008) com o seu estudo conseguiram resultados positivos na intervenção de três crianças com discurso ininteligíveis com características muito diferentes através desta abordagem. Cada criança teve a sua intervenção adaptada às suas dificuldades, o que demonstra que mesmo em casos heterogéneos esta abordagem mostra eficácia e os resultados obtidos são visíveis (McIntosh & Dodd, 2008).

3. Praxias Orofaciais não-verbais na Intervenção das Perturbações dos Sons da Fala

De acordo com o que abordamos anteriormente, sabemos então que existem diferentes abordagens, fonológicas e fonéticas, para intervir com crianças com perturbações dos sons da fala (Bauman-Waengler, 2008 *cit. in* Lof & Watson, 2008). Uma abordagem que, ao que autores indicam, teve início em bases fonéticas, é a que se refere ao uso de praxias orofaciais não-verbais (Forrest, 2002). As praxias orofaciais não-verbais caracterizam-se pela realização de exercícios motores orais que não exigem a produção de sons da fala, podendo, no entanto, serem usadas para ultrapassar dificuldades na produção dos sons da fala (Lof, 2008). Apesar de existirem estudos que advogam esta relação (Lof, 2008), de acordo com a nossa revisão e segundo Gubiani & Keske-Soare (2014) estes são escassos. De facto, a maioria dos estudos relaciona as praxias orofaciais não-verbais com a deglutição (Schuette, 2011).

A fala é a reprodução motora da linguagem e exige a organização de três sistemas neurológicos: a presença de conceitos, a sua formulação e a forma como se expressam, ainda que numa fase simbólica (Giannecchini, Yucubian-Fernandes & Maximino, 2016); seguido da programação motora para a execução dos movimentos de fala (McFarland, 2008) e por último a produção de fala propriamente dita (Rombert, 2013).

E para que tal aconteça sem prejuízos, é necessário que o desenvolvimento cognitivo, o fonológico e das estruturas anatómicas orofaciais esteja em plenas condições (McFarland, 2008 e Rombert, 2013). Note-se que o controlo motor necessário para a produção de fala incluiu não só o planeamento, mas também a preparação para a execução dos movimentos e respetivas contrações musculares bem como a coordenação de diferentes estruturas orofaciais envolvidas na produção de fala (Martin, 1998; McFarland, 2008 e Giannecchini *et alii.* 2016). Estas competências são adquiridas, uma vez que ninguém nasce com estes movimentos, tão complexos, desenvolvidos (Wertzner, Alves & Ramos, 2008).

Não obstante a esta pouco frequente evidência espelhada na investigação, estudos realizados nos Estados Unidos, Reino Unido e Canadá apontam que os terapeutas da fala usam, frequentemente, praxias orofaciais não-verbais para intervir nas perturbações dos sons da fala (Thomas & Kaipa, 2015). Neste sentido, alguns autores defendem que a realização de exercícios orofaciais, como sopro, assobio, praxias linguais, insuflação das bochechas e alternância entre estiramento e protusão lingual (Forrest, 2002), permitem a preparação das estruturas musculares envolvidas na produção de fala, no sentido em que as fortalece ao nível muscular (Lof & Watson, 2008). Para além dos exercícios de força, podem ainda ser usados exercícios de resistência, potência e amplitude (Clark, 2003). Forrest (2002) advoga que os exercícios motores orais são menos complexos do que executar os movimentos da fala, e por isso, acabam por ajudar na aquisição da mesma. Este autor defende ainda que os exercícios motores orais não-verbais aumentam o tónus e a força muscular da musculatura envolvida na produção dos sons da fala e permitem ainda que as crianças generalizem movimentos primitivos como a sucção e a mastigação de forma a melhorarem a articulação verbal-oral.

Marini (2010) num estudo em que comparou as capacidades orofaciais de crianças com desenvolvimento fonológico normativo e crianças com perturbação dos sons da fala, concluiu que as segundas têm maiores modificações nas praxias orofaciais quando comparadas com as restantes crianças em estudo. Para a autora, estes resultados sugerem que as dificuldades nas praxias orofaciais estão em comorbilidade com a perturbação dos sons da fala. A autora refere que a motivação para a realização deste estudo é o facto de as dificuldades nas praxias orofaciais poderem interferir na

produção correta dos fonemas, isto porque a coordenação entre os articuladores é essencial para a correta produção dos sons da fala. Devido a este aspeto, pode-se então atentar que melhorando as praxias orofaciais poder-se-á melhorar as habilidades fonológicas da criança, no sentido em que uma melhor produção motora do fonema poderá ajudar na consciencialização do mesmo.

Hodge, Salonka & Kollias (2005 *cit. in* Lof & Watson, 2008) realizaram um estudo em que questionaram aos terapeutas da fala do Canadá acerca do uso de praxias orofaciais não-verbais na intervenção na perturbação dos sons da fala, no qual obtiveram resultados de que 85% dos participantes afirma utilizar este método. Num estudo semelhante no Reino Unido, 71,5% dos terapeutas da fala afirmaram utilizar este método de intervenção para conseguirem alterar as produções dos sons da fala erróneas dos seus pacientes (Joffe & Pring, 2008). Ainda nesta linha de investigação na Índia, Thomas & Kaipa (2015) verificaram que 91% da sua amostra diz utilizar as praxias orofaciais não-verbais como forma de intervenção nas perturbações dos sons da fala. Já Lof & Watson (2008) no seu estudo realizado com terapeutas de fala dos Estados Unidos, acerca do uso de praxias orofaciais não-verbais na intervenção na perturbação dos sons da fala, conseguiram averiguar que 85% dos entrevistados usava terapia orofacial para intervir na perturbação dos sons da fala.

Ainda neste estudo, Lof & Watson (2008) referem alguns dados socioprofissionais dos participantes, referindo que 45% dos participantes tinham grau mestre, obtido nos anos 90 ou depois e que a mesma percentagem de participantes dos exercia a profissão há mais de 15 anos em diferentes contextos, sendo o pré-escolar o contexto com maior percentagem. Já no estudo de Thomas & Kaipa (2015), 75% da amostra tinha também o grau mestre, mas a maioria, 74% exercia a profissão há menos de 5 anos, quanto aos contextos de trabalho, os mais frequentes eram o hospitalar e universitário, ambos com 48%.

Importa ainda referir que em ambas as investigações os terapeutas da fala referiram que o conhecimento que tinham acerca desta metodologia de intervenção não foi adquirido ao nível académico, mas sim em formações complementares (Lof & Watson, 2008), como pós-graduações (Thomas & Kaipa, 2015).

Os respondentes do estudo de Lof & Watson (2008), 86,3 % deles, declararam que na sua prática clínica tinham observado melhorias de fala nos pacientes com perturbação dos sons da fala em que utilizavam as praxias orofaciais não-verbais. Sendo que 68% dos terapeutas da fala dizem que usaram esta técnica quando não conseguiram resultados com outro tipo de técnicas, ou seja, utilizam esta como última opção. No entanto são poucos os terapeutas da fala que dizem usar as praxias orofaciais não-verbais na intervenção das perturbações dos sons da fala, a maioria diz utilizar esta técnica com o principal objetivo de melhorar aspetos motores ou défices sensoriais (Thomas & Kaipa, 2015).

As praxias mais frequentemente utilizadas pelos terapeutas da fala, segundo o que os próprios dizem são a protusão labial (Thomas & Kaipa, 2015) e o sopro (Thomas & Kaipa, 2015 e Lof & Watson, 20018).

Os terapeutas que usam praxias orofaciais não-verbais na intervenção da perturbação dos sons da fala, possivelmente, assumem que estes exercícios, de alguma forma, transportar-se-ão para a fala (Lof & Watson, 2008), no entanto, não existe nenhum som da fala que seja produzido com a língua em suproversão externa, por exemplo (Lof, 2003 *cit. in* Lof & Watson, 2008), daí as pesquisas questionarem este tipo de intervenção (Ruscello, 2008). Existem estudos neurológicos que comprovam que as zonas cerebrais responsáveis pela produção de fala e pela execução das praxias orofaciais não-verbais não são as mesmas e que, por isso, os exercícios de motricidade orofacial não se generalizam para a produção correta dos sons da fala (Bonilha, L. *et alii.*, 2006). Uma prova desta diferenciação de controlo cerebral é o facto de um paciente com disfagia não ter, em consequência, uma perturbação de fala, ou seja, apesar de as estruturas serem as mesmas, as funções distintas pelas quais são responsáveis, são controladas por zonas cerebrais diferentes (Weismer, 2006). Outro aspeto importante é o facto de as aprendizagens serem mais facilmente aprendidas quando acontecem no contexto e em função, logo se o objetivo é melhorar a fala, deve ser atingido através de tarefas que envolvam a mesma (Clark, 2005 e Forrest, 2002). Contudo o uso de praxias orofaciais de não-verbais, na maioria das vezes, é executado de forma descontextualizada (Lof & Watson, 2008), isto é, fora do contexto de fala.

Nos estudos realizados tendo em conta a experiência profissional de terapeutas da fala, é possível verificar que estes indicam benefícios no uso de praxias orofaciais não-verbais, como: aumento da capacidade de superversão lingual, resistência lingual (Lof & Watson, 2008), fortificação dos articuladores ao ponto de melhorar a inteligibilidade de fala (Thomas & Kaipa, 2015) e aumento da consciência dos articuladores (Lof & Watson, 2008; Thomas & Kaipa, 2015 e Hodge, Salonka & Kollias, 2005 *cit. in* Lof & Watson, 2008). Com isto, importa referir que a consciência que os pacientes têm dos articuladores é importante e que a metalinguagem é uma dificuldade comum a quase todas as crianças (Kamhi, 2006). Contudo, as pistas fornecidas através das praxias não são generalizadas para as tarefas fonológicas mas são ainda necessários mais estudos acerca desta relação (Lof & Watson, 2008). Quanto ao aumento da força dos articuladores, para a produção de fala é apenas necessária uma força mínima (Barlow & Abbs, 1983) da força total da musculatura dos articuladores (Forrest, 2002). Outra questão que se levanta quando se fala da força, é a forma como esta é medida, que na maioria das vezes é de forma subjetiva (Solomon & Munson, 2004) através da pressão que o paciente exerce contra um depressor (Lof & Watson, 2008). Sem existirem medidas objetivas da força efetiva que o paciente implementa para produzir os sons da fala, os resultados relatados estarão sempre sujeitos a uma validade reduzida (Lof & Watson, 2008).

Nos estudos realizados não é visível a existência de uma coerência em relação à forma como os terapeutas da fala usam as praxias orofaciais não-verbais na intervenção de perturbações dos sons da fala (Lof & Watson, 2008 e Thomas & Kaipa, 2015):

- Existem terapeutas que usam como forma de aquecer a musculatura. No entanto, para executar fala não é necessária a máxima capacidade da musculatura envolvida, logo não será necessária aquecer a mesma, uma vez que não existirá subcarga;
- Existem terapeutas que dividem a sessão em duas partes, sendo que dedicam uma aos exercícios práticos, o que dificulta a perceção de qual das metodologias de intervenção tem maior benefício e provoca maiores ganhos na evolução do paciente;
- Existem terapeutas que dizem que usam exclusivamente os exercícios orofaciais, os que dizem que usam frequentemente e os que apenas usam esporadicamente.

No que concerne às perturbações em que os terapeutas da fala mais utilizam as praxias orofaciais não-verbais como metodologia de intervenção são: anomalias estruturais, como a fenda palatina (Lof & Watson, 2008), nos pacientes com dificuldades de deglutição (Thomas & Kaipa, 2015), nas apraxias da fala (Lof & Watson, 2008, Thomas & Kaipa, 2015 e Hodge, Salonka & Kollias, 2005 *cit. in* Lof & Watson, 2008) e ainda nos desvios fonológicos (Thomas & Kaipa, 2015 e Hodge, Salonka & Kollias, 2005 *cit. in* Lof & Watson, 2008).

Tendo em conta todas estas discrepâncias em termos da atuação com recurso às praxias orofaciais não-verbais é fundamental perceber qual a fundamentação que os terapeutas da fala têm nesta temática. Lof & Watson (2008) revelaram que 61% dos respondentes ao seu questionário dizem ter lido literatura que incentiva o uso de praxias orofaciais não-verbais na intervenção das perturbações dos sons da fala, já Thomas & Kaipa (2015) dizem que 63% da sua amostra diz ter lido literatura que desencoraja este uso. Contudo importa ter em consideração que os estudos que existem a apoiar esta prática não são revistos por pares e nem está publicado em revistas científicas (Kamhi, 2004). Os artigos acerca desta temática, devidamente revistos e publicados em revistas de renome não apoiam o uso de praxias orofaciais (Lof, 2003 *cit. in* Lof & Watson, 2008). Para melhor entendimento e esclarecimento acerca deste tema seria de interesse a realização de estudos apoiados na prática baseada na evidência (Thomas & Kaipa, 2015 e McCauley, 2009).

Independentemente da seleção do método de intervenção selecionado pelo terapeuta para intervir, seja nas perturbações dos sons da fala como em qualquer outra área de intervenção, urge a necessidade desta seleção ser orientada pela evidência científica da sua eficácia (Lof & Watson, 2008). Esta, juntamente com a prática clínica do terapeuta, são o que o leva a optar por um método de intervenção em detrimento de outro (Lof & Watson, 2008) pois são estes dois eixos que a ASHA (2004) definiu como os princípios da prática baseada na evidência.

Neste sentido, o uso de praxias orofaciais não-verbais na intervenção das perturbações dos sons da fala é controversa devido à escassa evidência que existe atualmente em relação à sua eficácia (Forrest, 2002 e Kamhi, 2006) o que torna intrigante a compreensão da frequência da utilização desta prática pelos profissionais. De facto, para

além de investigações como as de Thomas & Kaipa (2015), também outras fontes de informação como a publicação de artigos, não revistos por pares, sítios na internet, relatórios de terapeutas da fala, ofertas de formação contínua na área (Clark, 2005), espelham o uso desta prática entre os profissionais de Terapia da Fala. Posto isto, verifica-se que são necessários estudos, baseados nos princípios da prática baseada na evidência (ASHA, 2004 e Lass & Pannbacker 2008) a fim de se verificar a eficácia do uso das praxias orofaciais não-verbais na intervenção das perturbações dos sons da fala são eficazes (Lof & Watson, 2008). Para isso é importante perceber primeiro se os terapeutas da fala as usam realmente, em que situações as usam, que praxias usam e que resultados é que obtêm com cada uma delas (Lof & Watson, 2008).

II. ENQUADRAMENTO METEDOLÓGICO

1. Objetivos do estudo

A presente dissertação tem como objetivo principal “caracterizar o uso de terapia oromotora por Terapeutas da Fala Portugueses na intervenção com Perturbação dos Sons da Fala e avaliar o conhecimento que sustenta o seu uso”. Posto isto, foram definidos como objetivos específicos:

- a. Determinar a frequência de uso de terapia orofacial não-verbal por terapeutas da fala Portugueses na intervenção com as perturbações dos sons da fala.
- b. Identificar tipos de exercícios orofaciais não-verbais usados por terapeutas da fala portugueses.
- c. Identificar o conhecimento que sustenta o uso de exercícios orofaciais não-verbais usados por terapeutas da fala Portugueses.
- d. Caracterizar o tipo de uso, procedimentos e materiais usados para intervenção com exercícios orofaciais não-verbais usados por terapeutas da fala Portugueses.
- e. Identificar a aplicação de exercícios orofaciais não-verbais usados por terapeutas da fala Portugueses em diferentes populações clínicas.
- f. Determinar diferenças entre terapeutas da fala que usam exercícios orofaciais não-verbais e os que não usam, relativamente aos conhecimentos que sustentam o seu uso.
- g. Identificar quais são as abordagens mais utilizadas pelos terapeutas da fala Portugueses para intervir nas Perturbações dos Sons da Fala.
- h. Correlacionar os anos de experiência enquanto terapeuta da fala e os anos que utilizam as praxias orofaciais não-verbais como método de intervenção nas perturbações dos sons da fala
- i. Correlacionar a opinião sobre a eficácia das praxias orofaciais não-verbais na intervenção das perturbações dos sons da fala com o conhecimento de estudos que não recomendem a utilização desta técnica.
- j. Correlacionar a opinião sobre a eficácia das praxias orofaciais não-verbais na intervenção das perturbações dos sons da fala com a frequência de uso para intervir nas perturbações dos sons da fala.

2. Tipo de Estudo

A presente investigação trata-se de um estudo quantitativo e transversal.

A investigação quantitativa é utilizada na maioria das investigações relacionadas com a saúde e trabalha diretamente com a população (Víctora, Knauth e Hassen, 2000). As vantagens deste tipo de estudo é o facto de se conseguir um grande número de participantes o que pode permite a generalização dos resultados e aplicar à restante população (Víctora, Knauth e Hassen, 2000). Outra vantagem é que apesar do número elevado de participantes, a recolha de dados acaba por ser simples, uma vez que se recorre, frequentemente, a questionários (Víctora, Knauth e Hassen, 2000), que na sua maioria têm questões de resposta fechada, o que simplifica a análise dos dados (Víctora, Knauth e Hassen, 2000). Contudo esta característica dos questionários pode ser uma desvantagem deste tipo de estudos uma vez que as respostas obtidas são mais simplistas, não dando oportunidade aos participantes de aprofundarem as suas respostas (Víctora, Knauth e Hassen, 2000).

É transversal porque a questão do tempo da recolha de dados não é importante, isto porque, a condição da amostra não está dependente do passar do tempo, a recolha de dados é realizada num único momento, a principal vantagem é o baixo custo que tem associado (Hochman *et alii.*, 2005).

3. População e amostra

Os participantes do estudo foram Terapeutas da Fala Portugueses que trabalham com Perturbação dos Sons da Fala.

Definiram-se critérios de inclusão e de exclusão de forma a garantir que a população alvo fossem Terapeutas da Fala Portugueses que interviessem com perturbações dos sons da fala.

Posto isto, foram definidos como critérios de inclusão: intervir com perturbações dos sons da fala e ser de nacionalidade portuguesa. Como critérios de exclusão foi definido o facto de não trabalhar com Perturbação dos Sons da fala.

4. Método de recolha de dados

i. Material

Para a recolha de dados recorreu-se à tradução e adaptação do questionário “*The use of Non-speech Oral-Motor Exercises in India Questionnaire*”, devidamente autorizada (Anexo I) pelos seus autores Thomas e Kaipa (2015). O questionário final e utilizado na elaboração desta dissertação está dividido em quatro partes distintas: a primeira destinada a todos os respondentes e corresponde à caracterização socioprofissional; a segunda destinada aos terapeutas da fala que utilizam as praxias orofaciais como técnica de intervenção nas perturbações dos sons da fala; a terceira destinada aos terapeutas da fala que não utilizam as praxias orofaciais como técnica de intervenção nas perturbações dos sons da fala; e por fim, a quarta parte, destina-se ao uso de programas de intervenção nas perturbações dos sons da fala e foi respondida por todos os respondentes.

ii. Procedimentos

Ao iniciar-se a pesquisa acerca da temática desta dissertação foram seleccionados quatro artigos principais a ter em consideração, (Clark, 2003; Lof & Watson, 2008; Marini, 2010 e Joffe & Pring, 2008). Entre eles, optou-se pelo artigo de Lof & Watson (2008) pois era o mais completo e que continha um questionário passível de tradução, contudo este questionário está sobre a alçada da American Speech Language Hearing Association (ASHA) o que dificultou o processo de autorização para a utilização do mesmo e devida tradução, uma vez que as respostas tardavam e não estava a ser conseguida a autorização de utilização. Após novas pesquisas foi encontrada uma adaptação, mais simplificada, do primeiro questionário seleccionado e aplicada na população Indiana (Thomas & Kaipa, 2015). Após contacto com os autores, obtivemos, de imediato, a autorização para utilizar o questionário, pelo que este foi o escolhido para a realização de recolha de dados (Anexo II).

Após recebida a autorização dos autores para utilizar o questionário, procedeu-se à tradução do mesmo, através do processo de tradução e retroversão por diferentes profissionais. Durante este processo foi também efetuada a adaptação do questionário à realidade portuguesa. Dessa adaptação surgiu uma nova questão, acerca da zona de Portugal em que os respondentes exercem a profissão. A parte IV do questionário, que inquiria acerca das abordagens utilizadas pelos terapeutas da fala para intervir nas perturbações dos sons da fala também não faz parte do questionário original. O questionário traduzido encontra-se no Anexo III nesta dissertação.

Concluído o processo de tradução, o questionário foi subido a um painel de peritos, no total de quatro, sendo profissionais da área de terapia da fala e de renome tanto nas perturbações dos sons da fala como da motricidade orofacial. Para facilitar as sugestões do painel de peritos, foi criada uma tabela de observação (Anexo IV) igual para todas as questões, mas em cada pergunta esta devia ser preenchida. As opiniões dos peritos que levaram a alterações e melhoramento do questionário estão descritas na tabela 2.

Tabela 2: Opinião do painel de peritos acerca do questionário.

Questões	Opiniões dos Peritos
	Perito 1
Indique em que distrito exerce funções como Terapeuta da Fala	Chamou atenção para a possibilidade de o respondente trabalhar em mais do que um distrito
Indique, por favor, há quantos anos exerce funções como Terapeuta da Fala	Sugeriu equacionar duas situações distintas: o término da licenciatura e anos de prática regular.
Indique, por favor, em que contexto(s) exerce funções como Terapeuta da Fala	Chamou a atenção para o facto de uma das hipóteses de resposta “intervenção precoce” ser uma área de intervenção e não um contexto de trabalho.
Escolha as três perturbações que mais observa na sua prática profissional	Nas opções, por uma questão de coerência, sugeriu colocar “perturbação da fluência”, em vez de “disfluência”.
Exercícios oromotores de não-fala (<i>non-</i>	Para uma tradução mais adequada à área

speech oral-motor exercices).

de terapia da fala, o perito sugeriu “praxias orofaciais não-verbais”.

Sugeriu ainda não utilizar abreviaturas nas questões, de forma a não confundir os respondentes, sem os fazer andar para trás no questionário à procura do significado da mesma.

Como adquiriu conhecimento acerca da Terapia Oromotora de Não-fala (*non-speech oral-motor exercices*)? (Selecione as opções que melhor se adequam).

Por uma questão de facilidade de leitura e interpretação das opções de resposta, propôs alterar a mesma da seguinte forma: em vez de “Aprendi sobre os exercícios oromotores de não-fala durante a licenciatura/pós-graduações.”, colocar “Na licenciatura/pós-graduações, aprendi sobre os exercícios oromotores de não-fala.”

Nas questões em que aparecia “Selecione as opções que melhor se adequam à sua prática profissional”

Propôs equacionar a utilização do singular.

Para que objetivo utiliza com maior frequência exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercices*)?

Numa das opções aparecia “tratar” e o perito sugeriu substituir por “intervir”.

Nas questões em que se dava a possibilidade ao respondente de referir uma outra opção, sugeriu colocar o singular e o plural.

Propôs retirar a expressão “por favor” das questões.

Indique, por favor, com que frequência utiliza exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercices*) para intervir nas PSF.

Uma vez que as opções da resposta eram percentagens, sugeriu aumentar as opções, de forma a permitir aos respondentes dar uma resposta o mais aproximada possível da sua realizada.

Escolha a opção que melhor descreve o uso de exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercices*) para intervir nas PSF.

Na primeira opção de respostas, recomendou a alteração do termo “juntamento” por “em conjunto”.

Se pensa que os exercícios oromotores de não fala (*non-speech oral-motor*

Sugeriu substituir o termo “pensa”, por “considera”.

exercices) são eficazes no tratamento de Numa das opções de resposta trocar PSF, por favor, selecione as opções que “experiência pessoal” por “experiência melhor se aplicam às possíveis razões para clínica”. tal. Recomendou ainda retirar os exemplos dados nas opções de resposta.

Tem conhecimento de pesquisas que desencorajam o uso de exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) na intervenção na Fala? Recomendou substituir o termo “desencorajam” por “não recomendam”.

Perito 2

Indique, por favor, em que contexto(s) exerce funções como Terapeuta da Fala. Sugeriu acrescentar o contexto pré-escolar e escolar.

O que pensa sobre o uso de exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) em futuras sessões terapêuticas. Numa das opções de resposta, sugeriu alterar o termo “descontinuar” por “interromper”.

Na parte IV do questionário sugeriu utilizar o termo “abordagem” em vez de “programa” de intervenção. O mesmos termos deveriam ser utilizados na “Abordagem” por ciclos. Recomendou ainda inverter os termos “Van Riper - abordagem tradicional”, por “Abordagem Tradicional - Van Riper.

Perito 3

Indique em que distrito exerce funções como Terapeuta da Fala. Aconselhou a não especificar tanto a questão, sugerindo questionar por zonas (centro, sul, etc.)

Indique, por favor, em que contexto(s) exerce funções como Terapeuta da Fala. Sugeriu acrescentar dois contextos de intervenção, IPSS e e centros de saúde.

Escolha as três perturbações que mais observa na sua prática profissional. Propôs acrescentar as Perturbações da Linguagem Escrita.

Escolha o que é aplicável em relação aos exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) para intervir nas PSF. Chamou atenção para clarificar o termo “resultados mistos” utilizado na segunda opção de resposta.

Se pensa que os exercícios oromotores de Aconselhou acrescentar a opção “outra” de

não fala (*non-speech oral-motor* forma a dar oportunidade aos respondentes *exercices*) são eficazes no tratamento de de se explicarem, caso sentissem PSF, por favor, selecione as opções que necessidade. melhor se aplicam às possíveis razões para tal.

O que pensa sobre o uso de exercícios Propôs reformular a pergunta de forma a oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercices*) em futuras sessões não levar os responderem a pensar se deveriam equacionar o uso de terapia terapêuticas. orofacial de não- fala

Perito 4

Corrigiu erros ortográficos de falta de acentos e realizou também correções de formatação, nomeadamente da configuração das opções de resposta.

Após análise de todas as sugestões e observações dos peritos, chegou-se á versão final do questionário (Anexo V). Posto isto, a proposta de investigação para esta dissertação, foi submetida para aprovação da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, da qual obtive o parecer positivo no dia 5 de março, salientando o facto de que em questionários online não se utiliza o termo “Consentimento Informado”, mas sim a expressão “Declaração de Aceitação de Participação” (Anexo VI). Após retificada a expressão, o questionário foi disponibilizado para preenchimento online através do *Google Forms*. Este esteve disponível para preenchimento desde o dia 6 de fevereiro até ao dia 6 de abril de 2018. O questionário foi divulgado através de plataformas on-line, desde e-mail, redes sociais e por entidades como a Universidade Fernando Pessoa e a Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala.

iii. Análise de dados

A análise de dados foi realizada através do programa IBM© SPSS© Statistics vs 25.0, através da criação de uma base de dados no mesmo e com recurso à estatística descritiva e inferencial.

As variáveis quantitativas foram analisadas através da média, desvio padrão, mediana e máximo e mínimos. As variáveis qualitativas serão descritas por contagens e respetivas

percentagens. Note-se que existem questões em que os respondentes podiam escolher mais do que uma opção de resposta, pelo que, neste caso as contagens e percentagens de respostas ultrapassam os números de amostra e a percentagem de 100%.

Para a caracterização sociodemográfica da amostra, a variável qualitativa “Género”, foi descrita por contagens e respetiva percentagem, e optou-se por apresentar o resultado da categoria mais prevalente.

Foi ainda realizado o Coeficiente de Spearman e o Teste de Qui-quadrado para analisar a correlação entre variáveis, sendo adotado o grau de significância 0,01.

III. RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados todos os resultados obtidos através do questionário sendo que serão apresentados seguindo a ordem das questões do mesmo.

O questionário inicia-se questionando os respondentes se, na sua prática profissional, intervém com as perturbações dos sons da fala, sendo que este é também um critério de exclusão de participantes. A esta questão obtivemos a resposta de 189 terapeutas da fala, em que 97,4% (184) diz intervir com esta patologia, enquanto apenas 2,6% (5) diz não intervir. Posto isto, segue-se a apresentação dos resultados com uma amostra de 184 participantes, uma vez que não intervir com nas perturbações dos sons da fala é critério de exclusão de participação nesta investigação.

Relativamente à **caracterização socioprofissional** n=174 (94,6%) dos participantes são do sexo feminino e apenas n=10 (5,4%) são do sexo masculino. Quanto à região Portuguesa em que exercem funções como terapeutas da fala, n=110 (59,8%) dos participantes diz trabalhar na região Norte, segue-se a região Centro com n=51 (27,7%) participantes, a Sul obtiveram-se as respostas de n=12 (6,5%) de terapeutas da fala que participaram no estudo, n=6 (3,3%) são da Região Autónoma dos Açores, e por fim, n=5 (2,7) dos participantes eram da Região Autónoma da Madeira.

No que concerne à formação académica, como podemos verificar na tabela 3, a grande maioria dos participantes (60,3%) é licenciado, no outro extremo, temos os terapeutas da fala com bacharel, apenas 0,5% da amostra total. É ainda possível verificar que 9,8% dos terapeutas da fala que responderam ao questionário têm outros níveis de formação desde pós-graduações em motricidade orofacial, em disfagias orofaríngeas e em linguagem, outros referiram que estavam a frequentar o mestrado ou o doutoramento.

Tabela 3: Formação académica dos participantes (n=184).

Formação Académica	n	Percentagem
Bacharelato	1	0,5%
Licenciatura	111	60,3 %
Mestrado	47	25,5 %

Doutoramento	7	3,8%
Outra	18	9,8%

No que toca aos anos de experiência como terapeuta da fala, em média os participantes trabalham há 8,1 anos, sendo o máximo 35 anos de experiência e o mínimo menos de um ano. Como é possível verificar na tabela 4, apesar de esta questão ser de resposta aberta, os dados foram agrupados em grupos de cinco anos para facilitar a compreensão dos mesmos. Posto isto, a maioria dos participantes, 39,1%, trabalha há menos de cinco anos, com uma percentagem semelhante, 38,1%, estão aqueles que trabalham entre 6 e 10 anos como terapeutas da fala. Os menos representados são os terapeutas da fala com mais de 21 anos de experiência na profissão, com uma representação de 3,3% dos participantes.

Tabela 4: Anos de experiência como terapeutas da fala (n=184).

Anos de experiência	n	Percentagem
0 – 5	72	39,1%
6 – 10	70	38,1%
11 – 15	21	11,4%
16 – 20	15	8,1%
+ 21	6	3,3%

No que alude aos contextos/áreas de intervenção, os participantes podiam escolher mais do que uma opção, daí que os resultados serão analisados a cada opção de resposta, isto é, cada opção foi comparada ao total de participantes e à percentagem de 100%, esta análise acontecerá em todas as questões deste tipo ao longo do questionário. Posto isto, como é possível verificar pela tabela 5, a grande maioria dos participantes trabalha em contexto privado, 79,9% e/ou em contexto educativo, 48,9%. No extremo oposto ficam os terapeutas que trabalham em contexto de centro de saúde e em contexto universitários, ambos com uma percentagem de resposta de 2,7%. Importa ainda referir que 6,5% dos respondentes escolheram a opção “*outra*” indicando os seguintes locais de intervenção: “*domicílios, prestação de serviços, clínicas de medicina física e de reabilitação, trabalho em unidades de cuidados continuados, trabalho em sistema nacional de saúde e câmara municipal*”.

Tabela 5: Contexto de intervenção enquanto terapeuta da fala (n=184).

Contexto	n	Percentagem
Intervenção Precoce	48	26,1%
Contexto Educativo	90	48,9%
Universitário	5	2,7%
Contexto Hospitalar	30	16,3%
Prática Privada	147	79,9%
Centro de Saúde	5	2,7%
IPSS	44	23,9%
Outro	13	6,5%

Quanto à questão que aborda os participantes quanto às três perturbações que mais observam na sua prática profissional, os respondentes podiam escolher mais do uma opção e através da visualização do gráfico 1 podemos observar que a maioria dos nossos respondentes (94,6%) trabalha com Perturbação dos sons da fala. Já no que se refere às perturbações motoras da fala a percentagem é bem inferior, nomeadamente 14,1%. Encontramos também uma elevada percentagem para a perturbação do desenvolvimento da linguagem e para a perturbação da linguagem escrita, neste caso, 83,7% e 68,5% respetivamente. Importa ainda referir que na opção “*outra*” os participantes referiram as perturbações do espectro do autismo, perturbações da comunicação, surdez e dispraxia.

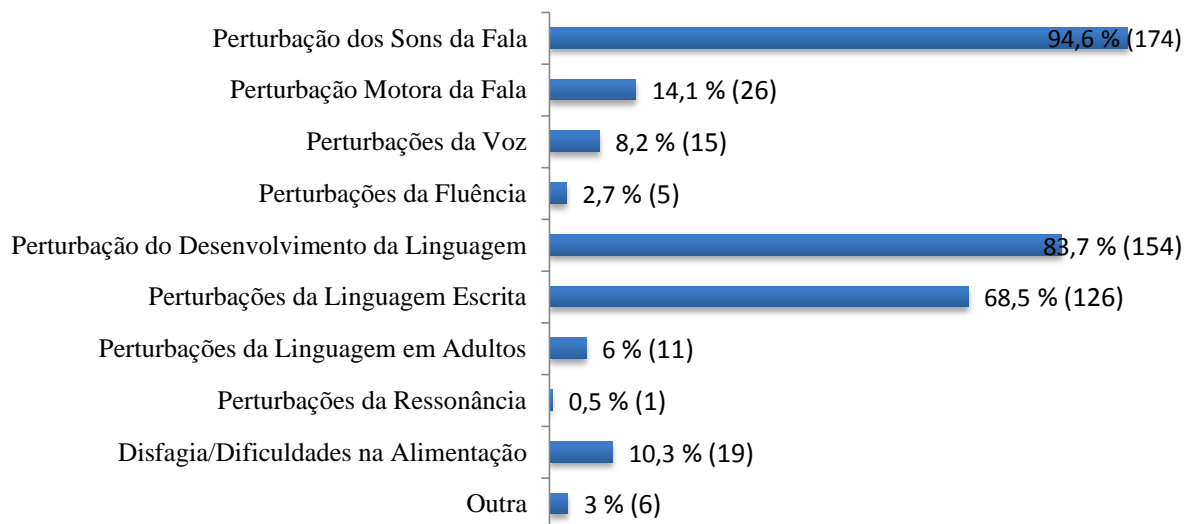


Gráfico 1: Perturbações mais observadas na prática profissional dos participantes (n=184).

Terminada a caracterização socioprofissional, os participantes foram abordados acerca do conhecimento das praxias orofaciais não-verbais como técnica de terapia da fala, sendo que quem respondesse “*não*” deixaria de pertencer à amostra uma vez que terminava a sua participação no estudo. Desta questão, analisou-se que 172 (93,5%) dos terapeutas da fala conhecem a temática em estudo, contudo 12 (6,5%) dos participantes diz não ter conhecimento acerca da mesma e por isso terminaram a sua participação neste estudo. Assim sendo, o conjunto de respondentes a partir desta questão passa a ser de n=172 participantes.

No que respeita à opinião dada acerca da eficácia das praxias orofaciais não-verbais na intervenção das perturbações dos sons da fala, podemos constatar que 80,2% dos terapeutas da fala participantes (n=138) diz que “*sim*”, ou seja, que acha que esta técnica é eficaz, contra 19,8% (n=34) dos participantes, que dizem que “*não*” é eficaz. Desta feita, a pergunta seguinte questionava se usavam ou não as praxias orofaciais não-verbais na sua prática clínica nas perturbações dos sons da fala e encaminhava os participantes para duas partes distintas do questionário:

- Parte II – respondida pelos participantes que usam as praxias orofaciais não-verbais na intervenção das perturbações dos sons da fala. Que foi respondida por 78,5% (n=135) dos participantes;
- Parte III – respondida por 21,5% (n=37) dos participantes, sendo que estes são os que não usam as praxias orofaciais não-verbais como técnica de intervenção nas perturbações dos sons da fala.

Passando agora à análise da **Parte II: Para Terapeutas da Fala que usam praxias orofaciais não-verbais na intervenção com as perturbações dos Sons da Fala** e quanto à forma como adquiriram tais conhecimentos, os participantes poderiam escolher mais do que uma opção de resposta. Assim, nesta questão ficou claro que a maioria, 89,6% (n=121) adquiriu conhecimento durante a “*licenciatura e/ou pós-graduações*”, seguem-se as “*conferências, workshops, seminários*” com 55,6% (n=75), através de “*livros da especialidade e de artigos científicos*” 38,5% (n=52) e por fim, com 20,7%

(n=28) estão os conhecimentos adquiridos “*com colegas*”, como é possível verificar pela tabela 6.

Tabela 6: Aquisição de conhecimentos acerca da utilização de praxias orofaciais não-verbais na intervenção das perturbações dos sons da fala (n=135).

Opção de resposta	n	Percentagem
Durante a licenciatura/pós-graduações	121	89,6%
Com colegas meus	28	20,7%
Em conferências, workshops, seminários. (Aprendizagem continua)	75	55,6%
Através de livros da especialidade e de artigos científicos	52	38,5%

Relativamente à questão “*Há quanto tempo usa as praxias orofaciais não-verbais como técnica de intervenção nas Perturbações dos Sons da Fala?*”, obtiveram-se resultados de que 48,1%, a maioria dos participantes, usa as praxias orofaciais há menos de cinco anos enquanto no extremo oposto, com 2,2% dos participantes, temos os terapeutas da fala que utilizam esta técnica há mais de 21 anos. Esta era uma questão de resposta aberta, mas para simplificar a interpretação dos dados, estes foram agrupados de cinco em cinco anos, como se pode verificar na tabela 7. Posto isto, os dados apresentados perfazem uma média de 6,9 anos com um desvio padrão de 5,7 anos. Sendo que o mínimo de uso seja menos de um ano e o máximo mais 35 anos a usar as praxias orofaciais não-verbais como técnica de intervenção nas perturbações dos sons da fala. Podemos observar que estes resultados são semelhantes aos obtidos na questão acerca do tempo em que exerce enquanto terapeuta da fala.

Tabela 7: Há quantos anos utilizam das praxias orofaciais não-verbais para intervir nas perturbações dos sons da fala (n=135).

Tempo de uso	n	Percentagem
0 – 5 anos	65	48,1%
6 – 10 anos	46	34,1%
11 – 15 anos	10	7,4%
16 – 20 anos	11	8,2%

Mais de 21 anos 3 2,2%

Quanto à questão referente ao objetivo da utilização das praxias orofaciais não-verbais (relembrando que poderia ser escolhida mais do que uma opção de resposta), como se verifica pelo gráfico 2, a grande maioria dos participantes, 98,5%, diz utilizar para melhorar aspetos motores dos articuladores, com uma percentagem menor, 38,5%, temos os participantes que utilizam as praxias orofaciais não-verbais para melhorar questões sensoriais. A menor percentagem de resposta foi para a opção “outra” com 2,8%, sendo que os participantes indicaram que utilizam para melhorar a velocidade e amplitude dos articuladores, para treino articulatorio e para melhorar a proprioção da cavidade oral.

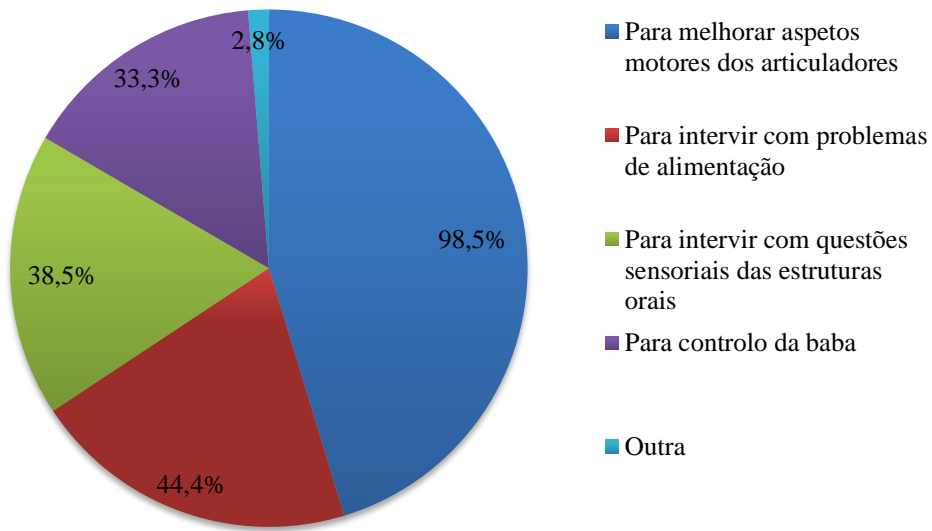


Gráfico 2: Objetivo dos terapeutas da fala na utilização de praxias orofaciais não-verbais (n=135).

Podemos verificar pelo gráfico 3 que as praxias mais referidas foram “supraversão e infraversão lingual” e “sopro” (91,9 e 91,1% respetivamente) seguidas da “lateralização lingual”, “alternância entre estiramento” e “protusão labial” e “protusão labial” (79,3%, 79,3% e 78,5%). De qualquer das formas podemos também verificar que todas as praxias mencionadas foram referidas como utilizadas por, pelo menos, metade dos terapeutas da fala ou acima. Os participantes indicaram como outras praxias que usavam dar estalos com a língua e lábios, enrugando o nariz, praxias mandibulares, estiramento e relaxamento lingual e exercícios isométricos e isotónicos.

Praxias Orofaciais Não-Verbais nas Perturbações dos Sons da Fala: Prática de Terapeutas da Fala Portugueses

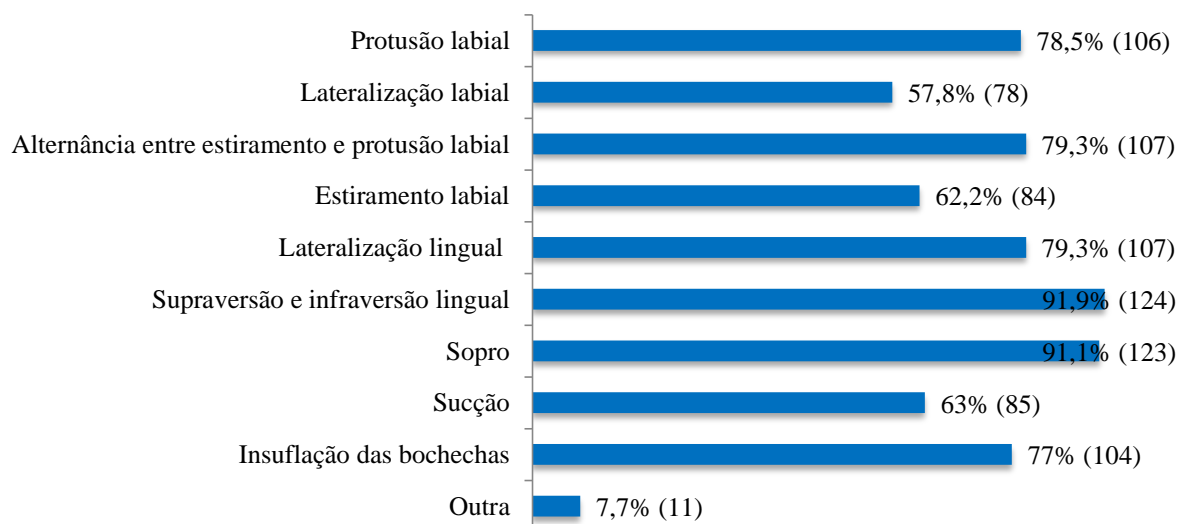


Gráfico 3: Praxias orofaciais não-verbais mais utilizadas para intervir nas perturbações dos sons da fala (n=135).

A questão seguinte questionava acerca dos materiais utilizados para auxiliar na realização das praxias orofaciais não-verbais na intervenção das perturbações dos sons da fala e, à semelhança das questões anteriores, era possível escolher mais do que uma opção de resposta. Novamente, todos os materiais citados no questionário foram selecionados por, pelo menos, metade dos terapeutas da fala, sendo que as palhinhas (84,1%) e os balões (74,1%) foram os mais referidos, como é visível na tabela 8. Os respondentes indicaram como outros materiais: espátulas, bolas de sabão, gira ventos, gomas, chocolate, bolas de esferovite, línguas da sogra, rampas de sopro, alimentos com diferentes texturas, elásticos ortodônticos, tiras de papel, espátulas, luvas, zaragatoas, oral tubs, massajador facial, lápis e gelatina.

Tabela 8: Materiais utilizados para a realização das praxias orofaciais não-verbais (n=135).

Material	n	Percentagem
Palhinhas	127	84,1 %
Balões	100	74,1 %
Apitos	76	56,3 %
Tiras de papel	73	54,1 %
Bolas de algodão	72	53,3 %
Outro	43	25 %

No que respeita à frequência em que as praxias orofaciais não-verbais são utilizadas para intervir nas perturbações dos sons da fala, podemos constatar que n=24 dos respondentes indicaram utilizar as praxias quase sempre, n=55 frequentemente, 46 ocasionalmente, n=9 raramente e n=1 diz quase nunca utilizar as praxias orofaciais não-verbais para intervir nas perturbações dos sons da fala, como se verifica na apresentação do gráfico 4.

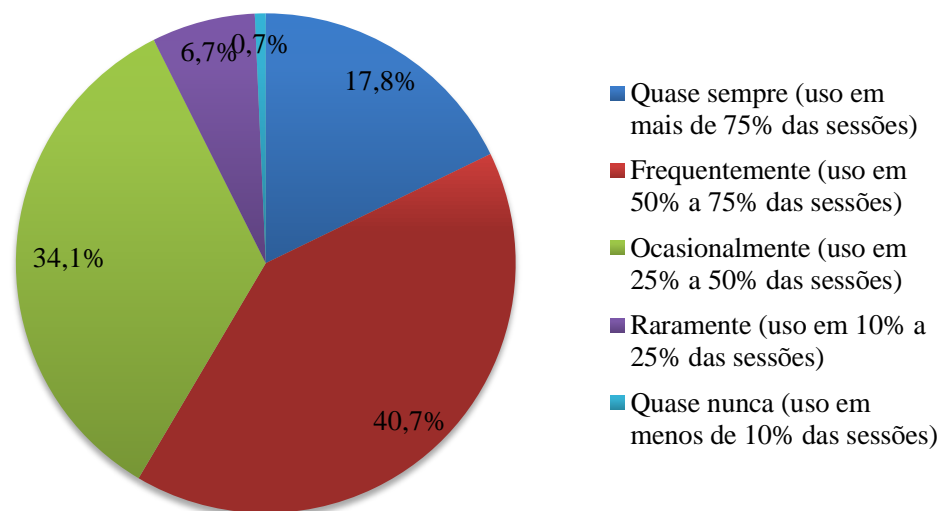


Gráfico 4: Frequência de utilização das praxias orofaciais não-verbais na intervenção (n=135).

Após saber com que frequência são utilizadas as praxias orofaciais não-verbais foi pedido aos respondentes se seleccionassem uma das duas opções apresentadas que melhor descrevesse o uso das mesmas. Nesta questão, 99,3% (n=134) dos respondentes diz que usa praxias orofaciais não-verbais em conjunto com outras técnicas de terapia da fala para atingir um objetivo específico, enquanto apenas 0,7% (n=1) diz utilizar somente praxias orofaciais não-verbais numa sessão para alcançar um objetivo específico.

No que concerne ao parecer dos respondentes quanto à relação entre as praxias orofaciais não-verbais e a intervenção nas perturbações dos sons da fala, de entre as opções que lhes eram dadas, como se verifica no gráfico 5, 71,9% dos participantes diz estar satisfeito com os resultados obtidos com as praxias orofaciais não-verbais, enquanto 18,5% diz obter resultados imprecisos e apenas 0,7% diz que as praxias orofaciais não-verbais não lhe parecem benéficas na terapia da fala.

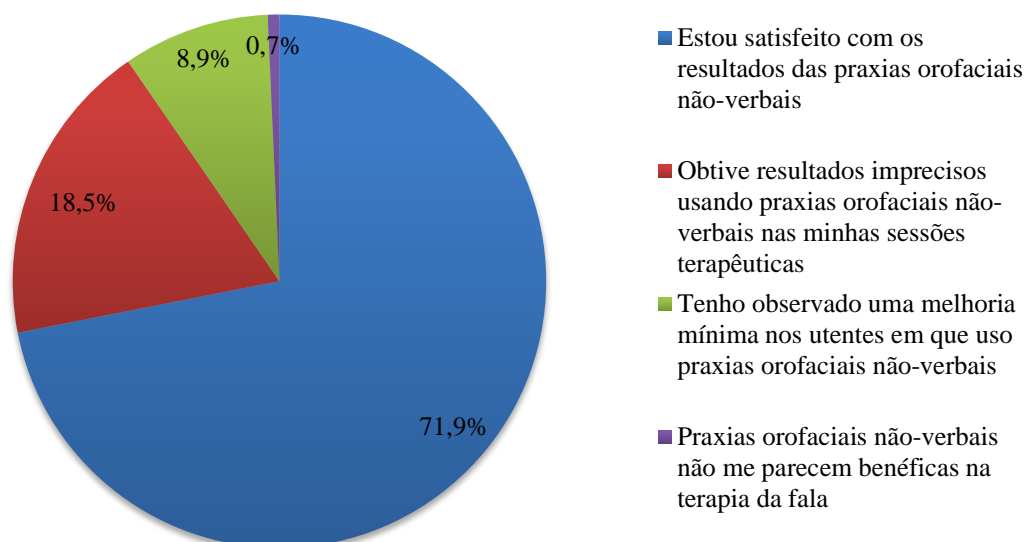


Gráfico 5: Relação entre as praxias orofaciais não-verbais e a intervenção nas perturbações dos sons da fala (n=135).

Quanto aos aspetos que levam os terapeutas da fala a considerar se as praxias orofaciais não-verbais são eficazes no tratamento das perturbações dos sons da fala, os respondentes podiam escolher mais do que uma opção e a opção mais referida pelos terapeutas da fala foi relacionada com o desenvolvimento da *força muscular dos articuladores* (83,7%) e *experiência clínica* (45,2%), como ilustra no gráfico 6. Quando selecionaram a opção *outro*, referiram aspetos relacionados com a melhoria da velocidade e precisão articulatória, melhorar a consciência dos articuladores, a etiologia de origem da perturbação dos sons da fala e ainda auxilia aquando da ausência de alguns movimentos importantes para a produção de fala.

Praxias Orofaciais Não-Verbais nas Perturbações dos Sons da Fala: Prática de Terapeutas da Fala Portugueses

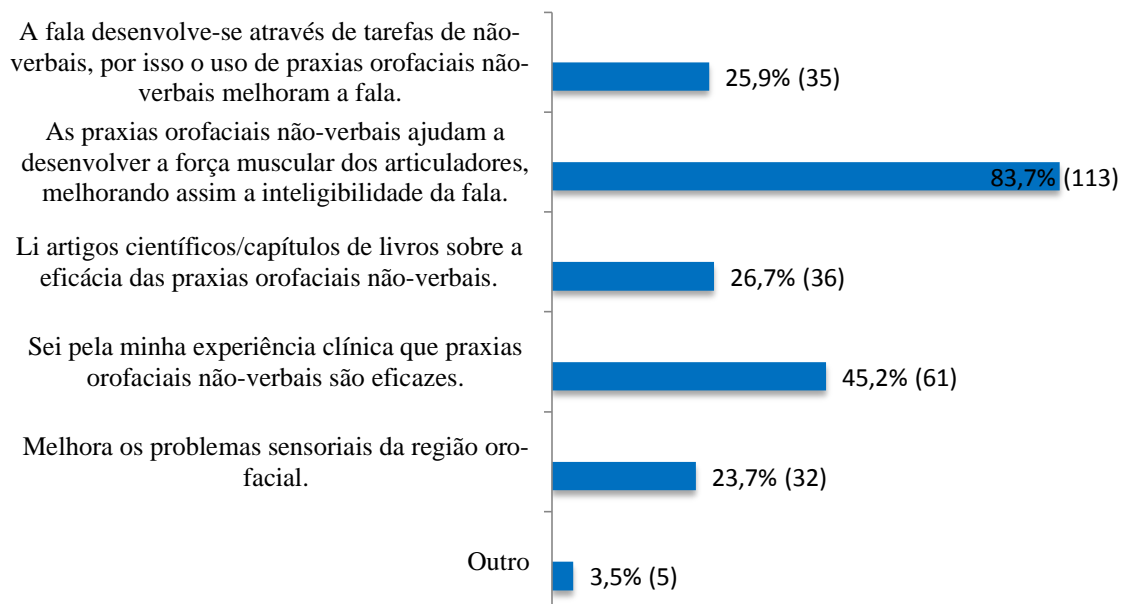


Gráfico 6: Razões indicadas para a justificação da eficácia das praxias orofaciais não-verbais na intervenção das perturbações dos sons da fala (n=135).

Na questão acerca do que pensam sobre o uso de praxias orofaciais não-verbais em futuras sessões terapêuticas, apesar de serem dadas quatro opções de respostas, apenas duas foram consideradas respostas por parte dos respondentes. Deste feita, 91,9% (n=124) dos respondentes diz planear usar praxias orofaciais não-verbais juntamente com outras técnicas de terapêuticas e 8,1% (n=11) diz poder usa-las por algum tempo e interromper se existirem melhores técnicas disponíveis. Opções como usar somente praxias orofaciais não-verbais, não planear usar praxias orofaciais não-verbais nas minhas futuras sessões terapêuticas não foram opções de resposta por parte de nenhum participante, tal pode ser verificado no gráfico 7.

Praxias Orofaciais Não-Verbais nas Perturbações dos Sons da Fala: Prática de Terapeutas da Fala Portugueses

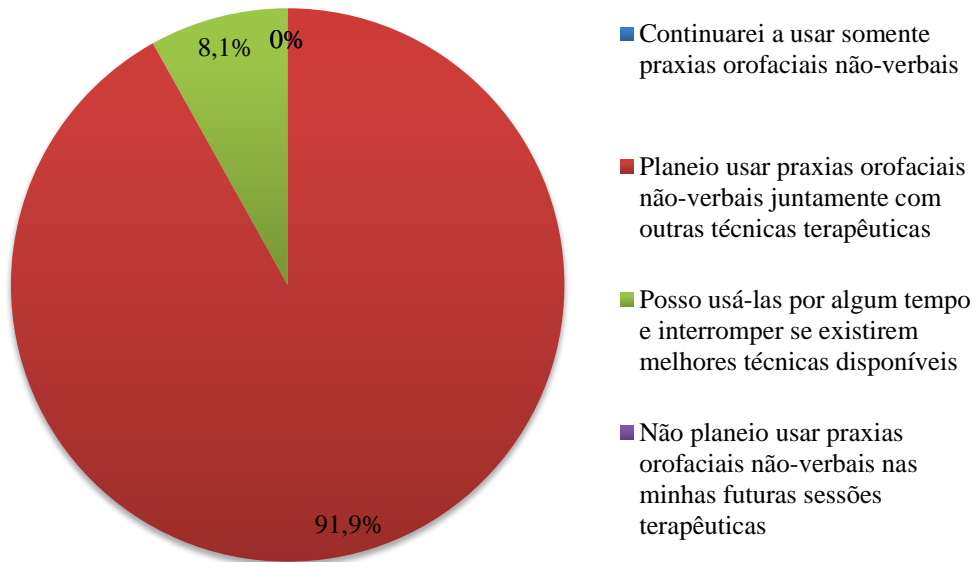


Gráfico 7: Utilização de praxias orofaciais não-verbais em futuras sessões terapêuticas (n=135).

Na última questão deste segunda parte do questionário, era pedido que indicassem em que tipo de perturbação(ões) utilizavam as praxias orofaciais não-verbais, 83,7% referiram usar na *Perturbação motora da fala*, 62,2% na *Disfagia/Dificuldades na alimentação* e 60% na *Perturbação dos sons da fala*. Os respondentes que escolheram a opção “*outro*” indicaram perturbações sensoriais orais e respiradores orais. Os resultados obtidos estão apresentados no gráfico 8.

Praxias Orofaciais Não-Verbais nas Perturbações dos Sons da Fala: Prática de Terapeutas da Fala Portugueses

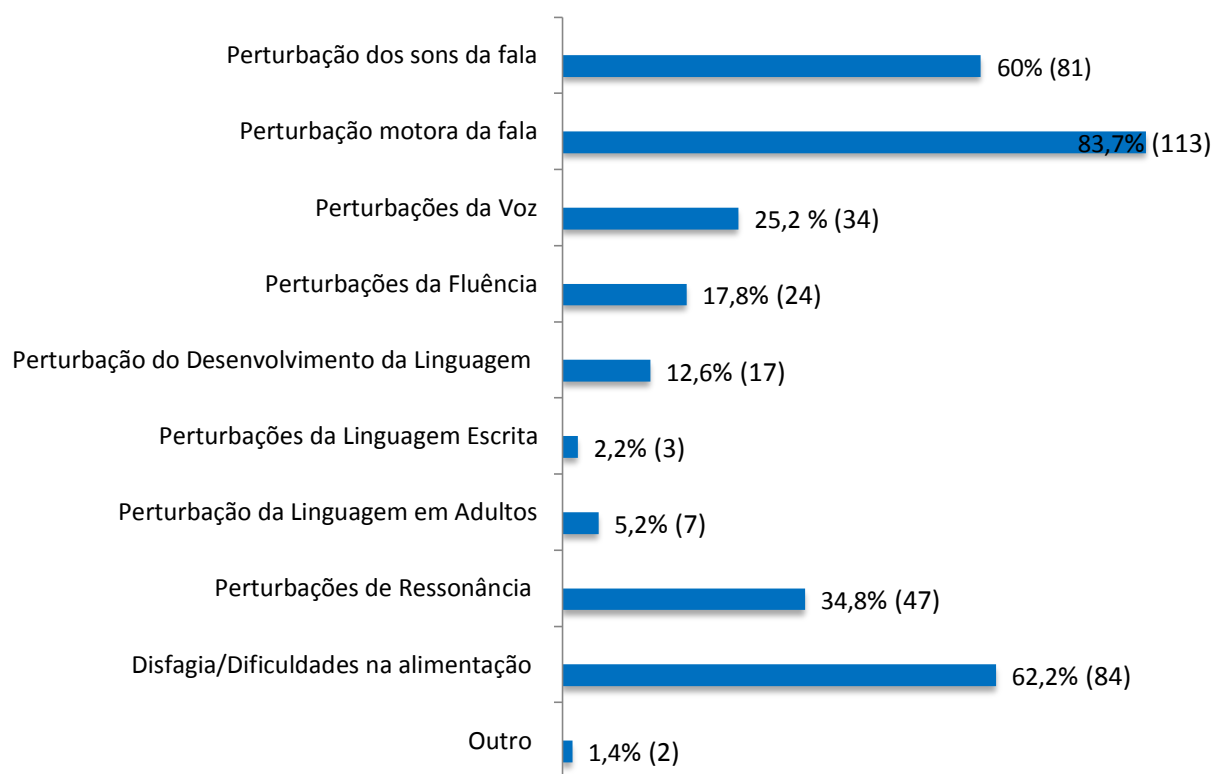


Gráfico 8: Perturbações em que os terapeutas da fala utilizam as praxias orofaciais não-verbais (n=135).

Prosseguindo a análise dos resultados obtidos com o questionário, chegamos à **Parte III: para terapeutas da fala que não usam praxias orofaciais não-verbais na intervenção das perturbações dos sons da fala**. Como referido anteriormente, esta parte do questionário foi respondida por 21,5% (n=37) dos participantes. A primeira questão abordava a razão pelo qual não usavam praxias orofaciais não-verbais e as duas respostas que obtiveram maior percentagem, ambas com 56,8%, como é possível verificar na tabela 9, correspondem aos terapeutas que se baseiam na sua experiência clínica e nesta não vêm que esta técnica pode ser útil e aos terapeutas que não leram literatura que suportem o uso das praxias orofaciais não-verbais.

Tabela 9: Razões pelas quais os respondentes não usam praxias orofaciais não-verbais (n=37).

Opção de Resposta	n	Percentagem
Com base na minha experiência clínica, não estou convencido sobre a evidência do uso de praxias orofaciais não-verbais.	21	56,8 %
Assisti a eventos de formação contínua sobre praxias orofaciais não-verbais e não me pareceram úteis.	9	24,3 %

Não li literatura que suporte o uso praxias orofaciais não-verbais.	21	56,8 %
Apren­di com os meus colegas que praxias orofaciais não-verbais não são benéficos.	3	8,1 %
Outro (indicando leitura de bibliografia sobre a temática, desde artigos científicos a livros e ainda formações contínuas)	9	24,3 %

Na questão acerca do conhecimento de estudos que não recomendam o uso de praxias orofaciais não-verbais na intervenção das perturbações dos sons da fala, as respostas foram relativamente equilibradas. Vejamos, 59,5% (22) dos participantes dizem que sim, que conhecem bibliografia que não recomendam, enquanto 40,5% (15) diz não conhecer bibliografia acerca do assunto em estudo.

Quanto à questão se considerariam utilizar praxias orofaciais não-verbais na intervenção das perturbações dos sons da fala caso evidência científica adequada que comprovasse a sua eficácia, as respostas foram unânimes, sendo que 100% (37) disse que “sim”.

Quanto ao considerarem o uso de praxias orofaciais não-verbais juntamente com outras técnicas terapêuticas, 83,8% (31) disse que “sim”, enquanto 16,2% (6) diz que “não” consideraria utilizar.

Seguidamente, é questionado o que é que os participantes considerariam para utilizar praxias orofaciais não-verbais no futuro, sendo que podiam escolher mais do que uma opção, pelo que a análise será realizada a cada opção de resposta, como referido em questões similares anteriormente. Nesta questão, como se verifica na tabela 10, as respostas dividiram-se entre duas opções, sendo que a maioria, 97,3%, assume que a prática baseada na evidência é o fator mais importante para utilizar a técnica abordada nesta investigação, enquanto 51,4% diz que o sucesso terapêutico pessoal seria o suficiente para passar a incluir esta abordagem nas suas sessões de terapia.

Tabela 10: O que faria os respondentes considerarem a utilização de praxias orofaciais não-verbais no futuro (n=37).

Opções de resposta	Frequência	Porcentagem
Prática baseada na evidência sobre praxias orofaciais não-verbais.	36	97,3%
Sucesso pessoal ao usar praxias orofaciais não-verbais com os meus utentes.	19	51,4%
Um aumento no número de Terapeutas da Fala a usar praxias orofaciais não-verbais.	0	0%
Nunca considerarei o uso de praxias orofaciais não-verbais no futuro.	0	0%
Outro (indicando “ <i>evidência literária e de comprovação na sua prática profissional</i> ”)	1	2,7%

Da análise das respostas à **Parte IV: uso de abordagens de intervenção nas perturbações dos sons da fala**, importa lembrar que esta parte do questionário foi respondida tanto pelos participantes da parte II como os da parte III, logo a amostra total para esta questão é de 184. Contudo, os participantes podiam escolher mais do que uma opção, daí que os resultados serão analisados a cada opção de resposta, isto é, cada opção será comparada ao total de participantes e à percentagem de 100%. Os respondentes que escolherem “*outro*” indicaram o método das boquinhas, PNF, contrastew e MICT. Quanto às abordagens apresentadas no questionário, a que obteve mais percentagem de utilização, com 89% foi “*pares mínimos*”, seguida pela “*abordagem de consciência fonológica*” com 84,9%. Com uma percentagem significativa mais baixa temos o “*PROMPT*”, o “*PACT*” e o “*Core Vocabulary*”, todos com uma percentagem de 14%, como se pode verificar no gráfico 9.

Praxias Orofaciais Não-Verbais nas Perturbações dos Sons da Fala: Prática de Terapeutas da Fala Portugueses

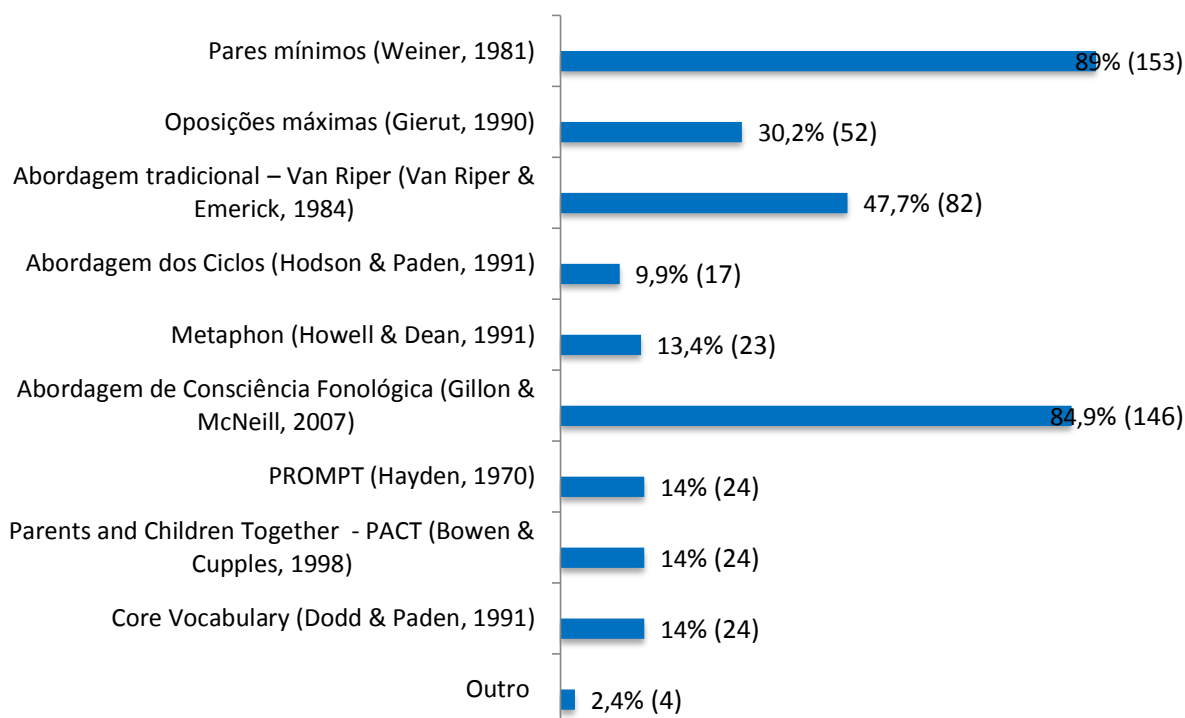


Gráfico 9: Abordagens de intervenção nas perturbações dos sons da fala mais utilizadas pelos respondentes (n=184).

Seguidamente foi realizada análise estatística de forma a verificar se existe alguma correlação entre os anos de experiência como terapeuta da fala e os anos em que utiliza as praxias orofaciais não-verbais na intervenção das perturbações dos sons da fala. Para isso, realizou-se análise através do Coeficiente de Spearman do qual se obteve resultados com significância estatística, com um coeficiente $p=0,888$ e uma correlação positiva que é significativa ao nível 0,01, isto é, quantos mais anos de experiência tem o profissional, mais usa praxias orofaciais não-verbais.

Continuando a análise inferencial, foi possível verificar, através do Teste Qui-quadrado, que existe uma correlação positiva entre a questão se os terapeutas da fala consideram esta técnica eficaz e a frequência de uso das praxias orofaciais não-verbais, note-se que para esta análise foi necessário reagrupar as opções de respostas e por isso a frequência passou a ser análise com “usa em mais de 50% das sessões” e “usa em menos de 50% das sessões”. Para além destes resultados, na tabela 11, são ainda visíveis os valores de correlação, neste caso negativa, entre a questão se os terapeutas da fala consideram esta técnica eficaz e se têm conhecimento de estudos que não recomendam o uso de praxias orofaciais não-verbais na intervenção na fala. De acordo com o que podemos observar

na tabela, podemos concluir que os profissionais que usam com mais frequência as praxias orofaciais não-verbais são também aqueles que as consideram eficazes no tratamento das perturbações dos sons da fala. Por outro lado, os terapeutas da fala que tem conhecimento de estudos que não recomendem o uso de praxias orofaciais não-verbais são profissionais que as consideram não eficazes no tratamento das perturbações dos sons da fala. Note-se que os valores de maior importância estatística encontram-se a negrito na tabela.

Tabela 11: Resultados do Teste Qui-quadrado para as variáveis se os terapeutas da fala consideram esta técnica eficaz, frequência de uso e conhecimento de estudos acerca das praxias orofaciais não-verbais.

		Considera as praxias orofaciais não-verbais eficazes no tratamento das perturbações dos sons da fala				Teste de Qui-quadrado
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
Com que frequência utiliza as praxias orofaciais não-verbais para intervir nas perturbações dos sons da fala	Em mais de 50% das sessões	79	59,8	0	0	p=0,037
	Em menos de 50% das sessões	53	40,2	3	100	
Tem conhecimento de estudos que não recomendam o uso de praxias orofaciais não-verbais na intervenção na fala	Sim	1	16,7	21	67,7	p=0,020
	Não	5	83,3	10	67,7	

DISCUSSÃO

A discussão pretende dar resposta aos objetivos previamente definidos para esta dissertação através da confrontação dos resultados obtidos com a revisão de literatura realizada para o estudo. Contudo, importa ressaltar que os resultados da presente investigação remetem-se única e exclusivamente à perceção e à experiência profissional dos terapeutas da fala portugueses que responderam ao questionário, sendo esta, desde já, uma limitação do presente estudo.

Posto isto, como já referido, o presente estudo contou com a resposta inicial de 189 terapeutas da fala que, após o primeiro critério de exclusão, intervir com as perturbações dos sons da fala, ficou-se com uma amostra final de 184 participantes. O estudo realizado na Índia contou com uma amostra de 127 terapeutas da fala locais (Thomas & Kaipa, 2015), e o estudo realizado nos Estados Unidos contou com uma amostra maior, de 537 participantes (Lof & Watson, 2008). No entanto, tendo em consideração o número de terapeutas da fala em exercício em cada um destes países (EUA e Índia) e no nosso país, podemos considerar que a taxa de aderência ao nosso estudo, quando em comparação com estes dois mencionados, foi bastante satisfatória. No presente estudo a avassaladora maioria dos participantes são do sexo feminino, 94,6%, a mesma diferença não é verificada em estudo semelhantes, por exemplo, Thomas & Kaipa (2015) a amostra obtida foi de 31% do sexo masculino e 69% do sexo feminino, apesar de existir discrepância entre sexos, não é tão grande como a verificada no presente estudo. Quanto ao grau académico mais elevado, no presente estudo, a maioria dos participantes era licenciado (60,3%), enquanto em outros países em estudos semelhantes a maioria dos participantes tinham o mestrado (Thomas & Kaipa, 2015 e Lof & Watson, 2008). Este resultado era expectável uma vez que em alguns países, como por exemplo nos Estados Unidos da América, para exercer a profissão de Terapeuta da Fala de forma autónoma é necessário o grau de mestre. Concluindo os dados socioprofissionais, importa referir os anos de experiência enquanto terapeuta da fala, no presente estudo 77,2% dos participantes tinham até 10 anos de experiência de trabalho, o que vai ao encontro dos resultados encontrados no estudo realizado por Thomas & Kaipa (2015), em que 92% tinha a mesma experiência, já no estudo realizado por Lof & Watson (2008) isto não se verifica, uma vez que a

maioria dos participantes, 45% tinha mais de 15 anos de experiência como terapeuta da fala.

Passando aos objetivos e no que concerne à frequência de uso de exercícios orofaciais não-verbais na intervenção das perturbações dos sons da fala, pelos terapeutas da fala portugueses, foi possível verificar que a maioria das respostas ficou dividida entre o uso frequente e ocasional das mesmas, com 40,7% e 34,1%, respetivamente, como descrito anteriormente nos resultados. Estas percentagens corroboram com o estudo realizado na Índia, em que mais de 75% dos participantes diz utilizar exercícios orofaciais não-verbais para intervir nas perturbações dos sons da fala (Thomas & Kaipa, 2015). Apesar de no estudo de Lof & Watson (2008) os autores não abordarem esta questão da mesma forma, eles descobriram que os terapeutas usam frequentemente esta técnica mas com o objetivo específico de aumentar a força muscular. De facto são várias as páginas encontradas na internet onde podemos encontrar informações quer a favor quer contra o uso de praxias orofaciais não-verbais na intervenção ao nível da perturbação dos sons da fala, no entanto, e como revimos na fundamentação teórica, parece não existir a publicação de artigos revistos que corroboram a eficácia desta prática neste âmbito (MCAuley, 2010 e Griffiths, 2000).

Sabendo que o uso das praxias orofaciais não-verbais é frequente entre os terapeutas da fala portugueses, é importante saber que tipos de exercícios é que usam. Neste estudo, os mais frequentes são suproversão a infraversão lingual, seguido do sopro, e da alternância entre estiramento e protusão labial e lateralização lingual. Destes, apenas a protusão labial e o sopro são corroboradas por outros estudos (Thomas & Kaipa, 2015 e Lof & Watson, 2008). O facto de os terapeutas da fala portugueses usarem exercícios linguais, pode querer dizer que esperam que este tipo de treino se generalize para a fala. Contudo, de acordo com a nossa pesquisa e com Ruscello (2008) não existem estudos que o confirmem, aliás, o que se sabe é que as áreas cerebrais responsáveis pela fala e pela realização de exercícios orofaciais não são as mesmas (Bonilha, *et alii.*, 2006). Posto isto, os terapeutas da fala portugueses, indicaram que usavam este tipo de abordagem de intervenção em conjunto com outro tipo de abordagens para alcançarem um objetivo em específico e verificou-se que o objetivo mais frequentemente escolhido é melhorar a força dos articuladores. Apesar de a consciência que os pacientes têm dos articuladores ser importante (Kamhi, 2006)

e de a força que têm nos mesmos também o ser, sabe-se que é necessária uma quantidade mínima (Barlow & Abbs, 1983) da força total que os articuladores têm para se chegar à produção de fala (Forrest, 2002). Outro fator importante são os materiais utilizados pelos terapeutas da fala, neste estudo verificou-se que os dois materiais mais utilizados pelos terapeutas da fala portugueses são as palhinhas, o que vai ao encontro dos resultados encontrados por Thomas & Kaipa (2015) e os apitos, curiosamente são dois materiais de sopro, que vai de encontro a uma das praxias mais frequentemente utilizadas.

O conhecimento que os terapeutas da fala portugueses têm acerca desta metodologia, segundo os próprios, foi adquirido ao longo da licenciatura e de pós-graduações. Este resultado não é semelhante ao apontado por Lof & Watson (2008), onde referem que os Terapeutas da fala adquiriram, maioritariamente, o conhecimento acerca desta forma de intervenção através de formações complementares como workshops, no estudo de Thomas e Kaipa (2015), a maioria dos respondentes diz ter adquirido conhecimento desta metodologia através da formação pós-graduada.

Além de usarem as praxias orofaciais não-verbais na intervenção das perturbações dos sons da fala, os terapeutas da fala portugueses, dizem utilizar esta prática clínica na intervenção com perturbações motoras da fala e nas disfagias/dificuldades de alimentação, corroborando os estudos de Lof & Watson (2008), Thomas & Kaipa (2015) e ainda de Hodge, Salonka & Kollias, 2005 *cit. in* Lof & Watson (2008). De facto, o uso de exercícios oro-motores são advogados por autores na área da disfagia, assim como pela própria página oficial da Associação Americana de terapeutas da fala (American Speech-Language-Hearing Association, 2019a). Mas nesta página podemos também encontrar o recurso à terapia baseada em praxias orofaciais não-verbais como uma metodologia de intervenção possível na intervenção das perturbações dos sons da fala American Speech-Language-Hearing Association, 2019b). Já no que diz respeito à disartria, também Mackenzie, Muir & Allen (2010) no seu estudo referente à utilização de praxias orofaciais não-verbais encontrou um elevado número de profissionais que recorria a este tipo de intervenção, sugerindo então a necessidade de realizar estudos efetivos que conduzam à evidência acerca se os resultados na fala são ou não são afetados pelo uso de praxias orofaciais não-verbais. Em contraposição, numa referência mais antiga, Dworkin, Abkarian & Jonhs (1988) relatam a eficácia de um programa de

intervenção dirigido á apraxia da fala em adultos, onde um dos passos do programa é de facto o recurso a praxias orofaciais não verbais. Devemos no entanto, acrescentar que este era um dos passos do programa, onde também se realizavam tarefas baseadas na fala, e a análise do resultado do programa foi feita como um todo, e não baseada nas diferentes tarefas propostas.

Na mesma linha de investigação, Ray (2002) realiza um estudo onde providencia apenas terapia orofacial miofuncional a pacientes com disartria e descreve uma correlação positiva entre a inteligibilidade da fala e a prática de diadococinésias.

Relativamente aos terapeutas da fala que usam praxias orofaciais não-verbais e os terapeutas que não usam será de interesse diferenciar os seus conhecimentos e as suas crenças. Para isto, já sabemos que a maioria dos terapeutas da fala que usa praxias orofaciais não-verbais diz ter adquirido conhecimento na licenciatura e em pós-graduações, no entanto não foram encontrados estudos que corroborem estes resultados. Por outro lado, a maioria dos terapeutas da fala que não usam praxias orofaciais não-verbais, dizem não ter conhecimento de estudos científicos que o recomendem e quanto a este fato existe bibliografia que corrobora, assim como existe bibliografia que não. Vejamos, no estudo de Lof & Watson (2008) 61% dos respondentes diz ter lido literatura que incentiva o uso de praxias orofaciais não-verbais na intervenção das perturbações dos sons da fala, mas no estudo Thomas & Kaipa (2015) os seus respondentes dizem que 63% da sua amostra diz ter lido literatura que desencoraja este uso. Posto isto, é importante referir que nem todos os estudos publicados e que apoiam o uso das praxias são revistos por pares e não estão publicados em revistas científicas (Kamhi, 2004), como referido anteriormente nesta dissertação. Ainda em relação ao conhecimento de estudos que não recomendem a utilização desta técnica, esta variável foi correlacionada com a crença ou não dos terapeutas relativamente à eficácia das praxias orofaciais não-verbais na intervenção das perturbações dos sons da fala. Desta correlação surgiu uma correlação positiva que significa que quanto mais os terapeutas acham esta abordagem eficaz, mais tendem a usá-la. Estes dados são corroborados pelos estudos realizados no Canadá, na Índia e nos Estados Unidos, uma vez que em todos eles os participantes dizer utilizar esta técnica para intervir nas perturbações dos sons da fala (Thomas & Kaipa, 2015; Lof & Watson, 2008 e Hodge, Salonka & Kollias, 2005 *cit. in* Lof & Watson, 2008). Através do enquadramento metodológico e desta discussão

sabemos que os estudos acerca desta temática são poucos, contudo, a maioria dos existentes não recomendam o uso desta técnica, ou pelo menos reconhecem a necessidade premente de delinear estudos credíveis em relação à sua evidência. De facto, tal como vimos em Lass (2008) na sua revisão da literatura, dos 45 artigos encontrados, a maioria relatava evidências e/ou estudos metodológicos fracos. Para Griffiths (2000) estas limitações têm sido problemáticas para os investigadores reunirem dados para conduzir revisões sistemáticas e meta-análises, e assim concluir sobre a eficácia dos tratamentos baseados nas praxias orofaciais não-verbais. A única questão que os autores concordam é que mais pesquisas são necessárias, especialmente porque esse tratamento é usado por muitos terapeutas com uma variedade de clientes. Além disso, os estudos que empregaram desenhos metodológicos mais fortes relataram resultados negativos para o uso de praxias não-verbais na intervenção dos sons da fala (Lass, 2008 e Ruscello, 2008). Lof e Watson (2008) relatam que o que leva os terapeutas da fala a utilizarem esta abordagem é a crença de que podem melhorar a eficiência dos articuladores através do aquecimento muscular do mesmo, outro fator é o facto de existir bibliografia, ainda que não revista por especialistas, que encoraje o uso desta abordagem de intervenção nas perturbações dos sons da fala. Para este autor, é importante que se realizem mais estudos acerca da temática e em especial estudos baseados nos constructos da prática baseada na evidência.

Assim, podemos dizer que apesar de seu uso por muitos anos e sua popularidade entre alguns terapeutas da fala na intervenção de problemas relacionados com a fala em crianças e adultos, as praxias orofaciais não verbais são controversas, especialmente por não existir evidência suficiente para apoiar sua eficácia na melhoria da fala (Lass, 2008, Ruscello, 2008, Griffiths, 2000; McCauley, 2009)

Em forma de curiosidade, as duas abordagens de intervenção nas perturbações dos sons da fala mais utilizadas pelos terapeutas da fala portugueses são a abordagem dos pares mínimos, com 89% dos participantes a utilizarem seguida da abordagem da consciência fonológica com 84,9% dos participantes a dizerem que também a usam, corroborando o estudo realizado por Bacelar (2013). Relembrando que a análise dos resultados obtidos está contabilizada a cada opção de resposta uma vez que os participantes podiam escolher mais do que uma opção de resposta nesta questão.

No que respeita à análise estatística dos resultados, nomeadamente quanto ao Coeficiente de Spearman, sabe-se que existe uma correlação positiva, isto é quando uma variável aumenta a outra também aumenta (Martins, 2011), entre as variáveis há quantos anos exerce enquanto terapeuta da fala e o número de anos que utiliza as praxias orofaciais não-verbais como técnica de intervenção nas perturbações dos sons da fala. Estes dados transmitem-nos a ideia de que a maioria dos terapeutas usa esta técnica praticamente desde o início da sua prática, assim como podemos equacionar a hipótese de que os terapeutas da fala com formados há mais tempo usam mais esta técnica, o que seria advogado na sua época de formação. Atualmente, quanto mais entra em prática comum a seleção de metodologia de intervenção de acordo com o que a prática baseada na evidência nos diz, mais os profissionais equacionam a real eficácia de cada procedimento a implementar.

Esta hipótese ganha ainda mais consistência de acordo com os resultados encontrados na relação entre as variáveis que abordam os inquiridos acerca da eficácia das praxias orofaciais não-verbais na intervenção das perturbações dos sons da fala e a correlação com a variável acerca do conhecimento de estudos que não recomendem a utilização desta técnica, neste caso esta correlação, que é negativa, significa que quanto menos os inquiridos consideram eficazes as praxias orofaciais não-verbais na intervenção das perturbações dos sons da fala, maior é o seu conhecimento acerca de estudos que não o recomendam. Através do enquadramento metodológico sabemos que os estudos acerca desta temática são poucos (Gubiani & Keske-Soare, 2014)), contudo, os existentes devidamente revistos por pares não recomendam o uso desta técnica (Lof, 2003 *cit. in* Lof & Watson, 2008), isto indica que os terapeutas que não utilizam esta técnica fazem-no, efetivamente, com base neste conhecimento. De facto, Lass (2008) vai até mais longe e refere que a evidência disponível não suporta o uso continuado de praxias orofaciais não-verbais como tratamento padrão e elas devem ser excluídas do uso como tratamento convencional até que haja investigação adicional. Mais ainda, refere a importância dos terapeutas da fala considerarem os princípios da prática baseada na evidência aquando da tomada de decisões sobre a intervenção a usar em cada situação.

CONCLUSSÃO

Segundo Bowen (2005) a terapia motora oral envolve o uso exercícios orais hierarquizados e altamente sistemáticos, não relacionados com a teoria, não avaliados pela investigação e cujo objetivo é estimular o desenvolvimento da fala, melhorar a produção da fala em geral e remediar erros específicos de fala e som. No entanto, diversos são os autores que referem as alegações feitas em relação aos resultados e eficácia do tratamento, mas sem que nenhuma delas seja publicada na literatura revista por pares (Lass, 2008; Ruscello, 2008; Griffiths, 2000 e McCauley, 2009)

Concluída a investigação, tanto teórico como de análise dos resultados e confrontação com outros estudos, foi possível verificar que a realidade portuguesa não está muito longe da realidade de outros países como os Estados Unidos, Canadá e Índia. Isto porque, tal como verificado em estudos anteriores, a maioria dos terapeutas da fala portugueses utiliza as praxias orofaciais não-verbais para intervir nas perturbações dos sons da fala.

Foram encontradas respostas aos objetivo delineados, sendo possível verificar que os terapeutas que responderam ao questionário, na sua maioria, dizem que adquiriram este conhecimento na licenciatura e/ou em pós-graduações. Foi possível verificar que utilizam esta abordagem frequentemente e para alcançar objetivos relacionados, essencialmente, com aspetos motores, nomeadamente com a força muscular, essencialmente através de exercícios de superversão e infraversão lingual com recurso a palhinhas. Contudo, e como referido anteriormente, a força necessária para a produção de fala é mínima o que, por si só, poderá não justificar o uso de praxias orofaciais não-verbais na intervenção das perturbações dos sons da fala. Para além das perturbações dos sons da fala, os terapeutas da fala dizem utilizar esta abordagem na intervenção das perturbações motoras da fala e nas disfagias/dificuldades de alimentação. As abordagens mais utilizadas para intervir nas perturbações dos sons da fala, indicadas pelos terapeutas da fala foram a abordagem dos pares mínimos e a abordagem de consciência de consciência fonológica.

Neste estudo verificaram-se ainda correlações positivas entre os anos de experiência enquanto terapeuta da fala e os anos que utiliza as praxias orofaciais não-verbais como

método de intervenção nas perturbações dos sons da fala e entre a eficácia das praxias orofaciais não-verbais na intervenção das perturbações dos sons da fala e a frequência de uso para intervir nas perturbações dos sons da fala. Já entre as variáveis relativas eficácia das praxias orofaciais não-verbais na intervenção das perturbações dos sons da fala e o conhecimento de estudos que não recomendem a utilização desta técnica, verificou-se a existência de uma correlação negativa.

Todos os estudos realizados têm sempre algumas limitações aquando da sua realização. Neste estudo, uma das limitações foi o facto de o primeiro artigo selecionado ser de difícil acesso, contudo essa limitação levou-nos a um outro questionário de elevada qualidade. Outra limitação foi o número de participantes, apesar de o considerar razoável, poderá não espelhar a experiência dos profissionais de saúde aqui retratados. Para além do número de participantes, a maioria dos participantes tem menos de dez anos de experiência, pelo que seria interessante chegar aos profissionais com mais experiência, mas para isso, possivelmente, ter-se-ia que recorrer a outros meios de divulgação do questionário, além da via utilizada (online).

Como foi possível verificar são necessários mais estudos para se chegarem a conclusões mais concretas acerca desta temática. Em futuras investigações seria de interesse esmiuçar que praxias usam os terapeutas, em que tipo de pacientes, com que tipo de dificuldades e com que objetivo específico. Estudos de estudo de caso e de prática baseada na evidência seriam uma mais-valia para a progressão desta temática e esclarecimentos mais concretos acerca da eficácia do tema aqui discutido, pois a conclusão principal a que podemos chegar é que é necessário o recurso ao conhecimento da prática baseada na evidência para a seleção dos programa de intervenção a implementar, nomeadamente no que respeita à perturbação dos sons da fala e ao recurso às praxias orofaciais não-verbais. Alargar este estudo a mais terapeutas da fala será uma forma de representar com mais cuidado as respostas obtidas à realidade de todos os terapeutas da fala portugueses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almost, D. & Rosenbaum, P. (1998). Effectiveness of speech intervention for phonological disorders: A randomized controlled trial, *Developmental Medicine & Child Neurology*, 40, pp. 319-325
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Texto Revisto (Versão Portuguesa)*. 4ª ed. Lisboa: Climepsi.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-V: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5ª ed., Porto Alegre, Artmed.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2003). *Speech Sound Disorders: Articulation and Phonological Processes*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.asha.org/public/speech/disorders/speechsounddisorders.htm>> [Consultado em 17/09/2018].
- American Speech-Language-Hearing Association. (2019a). Adult dysphagia. [Em linha]. Disponível em <https://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589942550§ion=Treatment#Treatment_Options_and_Techniques> [Consultado em 28/01/2019].
- American Speech-Language-Hearing Association. (2019b). Speech Sound Disorders- Articulation and Phonology. [Em linha]. Disponível em <https://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589935321§ion=Treatment#Treatment_Approaches> [Consultado em 28/01/2019].
- Antunes, E. & Rocha, J. (2009a). Perturbações Fonológicas: classificação, avaliação e intervenção. In: Peixoto, V. e Rocha, J. (Ed.). *Metodologias de Intervenção em Terapia da Fala*. Porto, Edições Universidade Fernando Pessoa, pp. 193-224.
- Antunes, E. & Rocha, J. (2009b). Contribuições Clínicas da Fonética e Fonologia. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 1(5), pp. 124-136.

- ASHA - American Speech-Language-Hearing Association. (2004). *Evidence based practice in communication disorders: An introduction*. [Em linha]. Disponível em <<https://www.asha.org/policy/tr2004-00001/>>. [Consultado em 10/09/2018].
- Bacelar, A. M. C. C. H. (2013). Caracterização das metodologias de avaliação e intervenção nas perturbações dos sons da fala, (Dissertação de Mestrado). Porto, Universidade Fernando Pessoa.
- Baker, E. (2006). Management of speech impairment in children: the journey so far and the road ahead. *Advances in Speech–Language Pathology*, 8, pp. 156–163.
- Barlow, S. M., Abbs, J.H., (1983). Force transducers for the evaluation of labial, lingual, and mandibular motor impairments, *Journal of speech and hearing research*, 26(4), pp. 616-621.
- Bishop, D, V. M. *et alii*. (2016). CATALISE: A Multinational and Multidisciplinary Delphi Consensus Study, *Identifying Language Impairments in Children*, 11(7), pp. 1 – 26.
- Bishop, D. V. M. (2014). Ten questions about terminology for children with unexplained language problems, *International Journal of Language & Communication Disorders*. 49 (4), pp. 381-415.
- Blache, S.E., Parsons, C.L. & Humphreys, J.M. (1981). A minimal-word-pair model for teaching the linguistic significant difference of distinctive feature properties, *Journal of speech and hearing research*, 46(3), pp. 291-296.
- Bonilha, L. *et alii*. (2006). Speech apraxia without oral apraxia: Can normal brain function explain the physiopathology?, *Neuroreport*, 17(10), pp.1027-1031.
- Bowen, C. (2005). What is the evidence for ...? Oral motor therapy, *Speech, Language and Hearing*, (7)3, pp. 144-147.

- Bowen, C. (2011). *Table 1: Intelligibility*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.speech-language-therapy.com>>. [Consultado em 17-09-2018].
- Bowen, C. (2012). *Children's Speech Sound Disorders*. John Wiley & Sons Ltd.
- Bowen, C. (2015). PACT: A broad-based approach to phonological intervention - theoretical background and evidence. [Em linha]. Disponível em <http://www.speech-language-therapy.com/index.php?option=com_content&view=article&id=121:pact-2&catid=11:admin&Itemid=121>. [Consultado em 09/05/2017].
- Bowen, C. e Cupples, L. (2006). PACT: Parents and children together in phonological therapy, *Advances in Speech–Language Pathology*, 8(3), pp. 282 – 292.
- Brançalioni, A. R. & Keske-Soares, M. (2016). Efeito do tratamento do desvio fonológico pelo modelo de estratos por estimulabilidade e complexidade dos segmentos com software de intervenção para fala (SIFALA), *Revista CEFAC*, 18(1), pp. 298-308.
- Castro, M. M. & Wertzner, H. F. (2012). Estimulabilidade: medida auxiliar na identificação de dificuldade na produção dos sons, *Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 24(1), pp. 49-56.
- Ceron, M. I. *et alii*. (2010). Mudanças fonológicas obtidas no tratamento de sujeitos comparando diferentes modelos de terapia, *Pró-fono Revista de Atualização Científica*, 22(4), pp. 549-553.
- Clark, H. M. (2003). Neuromuscular Treatments for Speech and Swallowing A Tutorial, *American Journal of Speech-Language Pathology*, 12(4), pp. 400-415.
- Clark, H. M. (2005). Clinical decision making and oral motor treatments, *The ASHA Leader*, 10(8), pp. 8-35.

- Crosbie, S., Holm, A. & Dodd, B. (2005). Intervention for children with severe speech disorder: A comparison of two approaches. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 40, pp. 467- 491.
- Dean, E. C. *et alii.* (1995). Metaphon: A metalinguistic approach to the treatment of phonological disorder in children, *Clinical Linguistics & Phonetics*, 9(1), pp. 1-19.
- Dodd, B. & Amanda Bradford, A. (2000). A comparison of three therapy methods for children with different types of developmental phonological disorder, *International Journal of Language & Communication Disorders*, 35 (2), pp. 189-209.
- Dodd, B. *et alii.* (2005). Differential diagnosis of phonological disorders. *In: Dodd, B. (Ed.). Differential Diagnosis and Treatment of Children with Speech Disorder. Second Edition. London and Philadelphia: Whurr Publishers, pp. 44-70.*
- Dworkin, J. P., abkarian, G. G. & Johns D. F. (1988). Apraxia of speech: the effectiveness of a treatment regimen, *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 53(3), pp. 280-294.
- Eadie, P. *et alii.* (2014). Speech sound disorder at 4 years: prevalence, comorbidities, and predictors in a community cohort of children. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 57, pp. 578-584.
- Ward, R., Leitão, S. & Strauss, G. (2014). An evaluation of the effectiveness of PROMPT therapy in improving speech production accuracy in six children with cerebral palsy, *International Journal of Speech-Language Pathology*, 16(4), pp. 355–371.
- Forrest, K. (2002). Are oral-motor exercises useful in the treatment of phonological/articulatory disorders?. *Seminars in Speech and Language*, 23 (1), pp. 15–25.

- Fox, A., Dodd, B. & Howard, D. (2002). Risk factors for speech disorders in children. *Int. J. Lang. Comm. Dis.*, 37(2), pp. 117-131.
- Frota, S. & Name, C (2017). Questões de percepção em língua materna. In: Freitas, M. J. & Santos, A. L. (ed), *Aquisição de língua materna e não materna: Questões gerais e dados do português*. Berlin, Language Science Press, pp.35–50.
- Frota, S. *et alii*. (2012). Pitch first, stress next? Prosodic effects on word learning in an intonation language. In: Biller, A. K., Ching, E. Y. & Kimball, A. E. (ed.), *Proceedings of the 36th annual Boston University Conference on Language Development*. Somerville, Cascadilla Press, pp. 190–201.
- Gervain, J. & Mehler J. (2010). Speech perception and language acquisition in the first year of life. *Annual review of psychology*, 61, pp.191–218.
- Giacchini, V. (2009). Aplicação de modelos terapêuticos de base fonética e fonológica utilizados para a superação das alterações de fala, (Dissertação de Mestrado). Santa Maria, Universidade de Santa Maria.
- Giacchini, V., Mota, H. B. & Mezzomo, C. L. (2011). Diferentes modelos de terapia fonoaudiológica nos casos de simplificação do onset complexo com alongamento compensatório, *Revista CEFAC*, 13(1), pp. 57-64.
- Giannecchini, T., Yucubian-Fernandes, A. & Maximino, L. P. (2016). Praxia não verbal na fonoaudiologia: revisão de literatura, *Revista CEFAC*, 18 (5), pp. 1200-1208.
- Gillon, G. & Mcneill, B. (2007). *Integrated phonological awareness: An intervention program for preschool children with speech language impairment*. Nova Zelândia, University of Canterbury.
- Gillon, G. (2000). The efficacy of phonological awareness intervention for children with spoken language impairment. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 31, pp. 126-141.

- Gonzalez-Gomez N., Poltrock S., Nazzi T. (2013). A “Bat” Is Easier to Learn than a “Tab”: Effects of Relative Phonotactic Frequency on Infant Word Learning, *PLoS ONE* 8(3), pp. e59601.
- Gordon-Brennan, M., Hodson, B., & Wynne, M. (1992). Remediating unintelligible utterances of a child with a mild hearing loss, *American Journal of Speech-Language Pathology*, 1(4), pp. 28-38.
- Goulart, B. (2002). *Teste de Rastreamento de Distúrbios Articulatorios de Fala em Crianças de 1ª série do Ensino Fundamental Público* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande so sul.
- Griffiths, M. (2000). Are non-speech oro-motor exercises more effective than speech exercises for improving intelligibility in adults with dysarthria?. [Em linha]. Disponível em <https://research.ncl.ac.uk/slt/docs/posters/Griffiths_Are%20non%20speech%20oro-motor%20exercises%20more%20effective.pdf> [Consultado em 28/01/2019].
- Gubiani, M. B. & Keske-Soares, M. (2014). Evolução fonológica de crianças com desvio fonológico submetidas a diferentes abordagens terapêuticas, *Revista CEFAC*, 16(2), pp. 663-671.
- Gubiani, M. B., Brancalioni, A. R. & Keske-Soares, M. (2012). Mudanças no sistema fonológico após terapia fonológica de abordagem contrastiva, *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 17(4), pp. 435-440.
- Hayden, D. & Square, P. (1994). Motor speech treatment hierarchy: A systems approach, *Clinics in communication disorders*, 4(3), pp. 162-74.
- Hodson, B. *et alii.* (1983) Phonological evaluation and remediation of speech deviations of a child with a repaired cleft palate: A case study, *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 48(1), pp. 93-98.

- Hulterstam, I. & Nettelbladt, U. (2002). Clinician elicitation strategies and child participation. Comparing two methods of phonological intervention, *Journal Logopedics Phoniatrics Vocology*, 27(4), pp. 155-168.
- Ingram, D. (1977). Phonological Disability in Children, *Journal of child Language*, 4(1), pp. 127-134.
- Joffe, V., & Pring, T. (2008). Children with phonological problems: A survey of clinical practice, *International Journal of Language and Communication Disorders*, 44(5), p. 809.
- Kamhi, A. (2004). A meme's eye view of speech-language pathology, *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 35, pp.105–111.
- Kamhi, A. (2006). Treatment decisions for children with speech-sound disorders. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 37, pp. 271–279.
- Kuhl, P. K. (2004). Early language acquisition: cracking the speech code, *Nature Reviews Neuroscience*, 5(11), pp. 831-843.
- Lamprecht, R. R. (1993). Aquisição da fonologia do português na faixa dos 2:9 – 5:5, *Letras de Hoje*, 28(2), pp. 99 – 106.
- Lass, N. J. & Pannbackerr, M. (2008). The application of evidence-based practice to nonspeech oral motor treatments, *Language, speech, and hearing services in schools*, 39(3), pp. 408-421.
- Lauchlan, F. & Boyle, C. (2007). Is the use of labels in special education helpful?, *Support for Learning*, 22, pp. 36–42.
- Law, J. *et alii*. (2012). “What Works”: Interventions for children and young people with speech, language and communication needs: Technical Annex, *Department of Education*.

- Lima, R. (2008). Alterações nos sons da fala: o domínio dos modelos fonéticos. *Saber (e) educar*, 13, pp. 149-157.
- Lof, G. L. & Watson, M. M. (2008). A Nationwide Survey of Nonspeech Oral Motor Exercise Use: Implications for Evidence-Based Practice, *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 39(3), pp. 392-407.
- Lof, G. L. (2008). Controversies Surrounding Nonspeech Oral Motor Exercises for Childhood Speech Disorders, *Seminars in Speech and Language*, 29(4), pp. 253-255.
- Lousada, M. J., et alii. (2013). Phonological and articulation treatment approaches in Portuguese children with speech and language impairments: a randomised controlled intervention study, *International Journal of Language & Communication Disorders*, 48, pp. 172-187.
- Marini C. (2010). Habilidades práticas em crianças com desvio fonológico evolutivo e com desenvolvimento fonológico (Dissertação de mestrado). Santa Maria, Universidade Federal de Santa Maria.
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga, Psiquilibrios
- Martins, M. R. D. (1998). *Ouvir Falar: Introdução à fonética do Português*. Lisboa, Caminho.
- McCauley, R. J. et alii. (2009). Evidence-Based Systematic Review: Effects of Nonspeech Oral Motor Exercises on Speech, *American Journal of Speech-Language Pathology*, 18, pp. 343–360.
- McFarland, D. H. (2008). *Anatomia em ortofonia – Palavra, voz e deglutição*. Loures, Lusodidata.

- McIntosh, B. & Dodd, B. (2008). Evaluation of Core Vocabulary intervention for treatment of inconsistent phonological disorder: Three treatment case studies, *Child Language Teaching and Therapy*, 25,(1). pp. 9 – 30.
- Mendes, A. *et alii.* (2013). *Teste Fonético-Fonológico – ALPE (TFF-ALPE)*. Aveiro, Universidade de Aveiro.
- Mezzomo, C. L. *et alii.* (2008). O uso da estratégia de alongamento compensatório em crianças com desenvolvimento fonológico normal e desviante, *Letras de Hoje*, 43(3), pp. 35-41.
- Mota, H. B. *et alii.* (2004). A generalização em sujeitos com desvio fonológico médio-moderado tratados pelo modelo de oposições máximas. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 9 (2), pp. 102-111.
- Mota, H. B. *et alii.* (2005). Generalização baseada nas relações implicacionais em sujeitos submetidos à terapia fonológica. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 17 (1), pp. 99-110.
- Mota, H. B. *et alii.* (2007). Análise comparativa da eficiência de três diferentes modelos de terapia fonológica, *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 19(1), pp. 67-74.
- Pagan, L. O. & Wertzner, H. F. (2007). Análise acústica das consoantes líquidas do Português Brasileiro em crianças com e sem transtorno fonológico, *Revista da sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 12(2), pp. 106-113.
- Pagliarin, K. C., Mota, H. B. & Keske-Soares, M. (2009). Análise da eficácia terapêutica em três modelos fonológicos de abordagem contrastiva, *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 21(4), pp. 297-302.
- Payão, L. *et alii.* (2012). Características clínicas da apraxia de fala na infância: revisão da literatura. *Letras de Hoje*, 47(1), pp. 24-29.

- Ray, J. (2002). Orofacial myofunctional therapy in dysarthria: a study on speech intelligibility, *The International Journal of Orofacial Myology*, 28, pp. 39-48.
- Rogers, S. J. *et alii.* (2006). Teaching young non-verbal children with autism useful speech: A pilot study of the Denver Model and PROMPT interventions, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(8), pp. 1-56.
- Rombert, J. (2013). *O gato comeu-te a língua?* A Esfera dos Livros, Lisboa.
- Ruscello, D. (2008). Nonspeech oral motor treatment issues related to children with developmental speech sound disorders. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 39, pp. 380–391.
- Schuette, A. R. (2011). *Efficacy of Non-speech Oral Motor Exercises for Developmental Speech Sound Disorders* (Dissertação de Mestrado). Southern Illinois University, Carbondale.
- Shriberg, L. D. & Kwiatkowski, J. (1982). Phonological disorders III: a procedure for assessing severity of involvement. *Journal Speech Hearing Disorders*, 47(3), pp. 256-270.
- Solomon, N., & Munson, B. (2004). The effect of jaw position on measures of tongue strength and endurance, *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 47(3), pp. 584-94.
- Souza, T., Payão, L. & Costa, R. (2009). Apraxia da fala na infância em foco: perspectivas teóricas e tendências atuais. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 21(1), pp. 75-80.
- Speech-language-therapy dot com Caroline Bowen. [Em linha]. Disponível em <https://www.speech-language-therapy.com/index.php?option=com_content&view=article&id=78:metaphon&catid=11:admin>. [Consultado em 10/11/2018].

- Sugden, E. *et alii.* (2016). Involvement of parents in intervention for childhood speech sound disorders: a review of the evidence, *International Journal of Language & Communication Disorders*, 51(6), pps. 597-625.
- Thelen , E. , & Smith , A . (2003) . Development as a dynamic system . *Trends in Cognitive Sciences* , 7 , pp. 343 – 348 .
- Thomas, R.M., & Kaipa, R. (2015). The use of nonspeech oral-motor exercises among Indian speech language pathologists to treat speech disorders, *African Journal of Communication Disorders*, 62(1).
- Van Riper, C. & Emerick, L. (1984). *Speech Correction: An Introduction to Speech Pathology and Audiology*. Estados Unidos da América, Allyn and Bacon.
- Vigário, M. *et alii.* (2012). Frequência na fonologia do português: Recursos e aplicações. In: Costa, M. A., Duarte, I. (Eds). *Nada na linguagem lhe é estranho. Estudos em homenagem a Isabel Hub Farla*. Edições Afrontamento, Porto.
- Weismer, G. (2006). Philosophy of research in motor speech disorders, *Clinical Linguistics & Phonetics*, 20, pp. 315–349.
- Wertzner, H. F. *et alii.* (2007). Características fonológicas de crianças com transtorno fonológico com e sem histórico de otite média, *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 12 (1), pp. 41-47.
- Wertzner, H. F., Alves R. R. & Ramos A. C. O. (2008). Análise do desenvolvimento das habilidades diadococinéticas em crianças normais e com transtorno fonológico, *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 3(2), pp. 136-42.
- Williams, A. L. (2006). A systematic perspective for assessment and intervention: A case study, *Advances in Speech–Language Pathology*, 8(3), pp. 245 – 256.
- Yavas, M. (1998). *Phonology: development and disorders*. San Diego, California, Singular Publishing.

Zanichelli, L. & Gil, D. (2010). Porcentagem de Consoantes Corretas (PCC) em crianças com e sem deficiência auditiva, *Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 23(2), pp. 107-113.

ANEXOS

Anexo I – Troca de e-mails com os autores Thomas & Kaipa, 2015

Primeiro Contacto com os autores:



Fabiana Vieira Jesus <27844@ufp.edu.pt>

Permission to translate and modify NSOME Questionnaire

Fabiana Vieira Jesus <27844@ufp.edu.pt>
Para: ramesh.kaipa@okstate.edu

8 de novembro de 2017 às 16:24

Dear Professor Ramesh Kaipa

I'm writing to you to ask permission to you and Professor Thomas to translate to European Portuguese your questionnaire "The use of Non-speech Oral -Motor Exercises in India Questionnaire" to use in my master degree study in Fernando Pessoa University in Porto, Portugal. My name is Fabiana Jesus and I am a Speech Therapist in Portugal and I am very interested in applying your questionnaire in Portuguese speech therapists. Do I have your permission to do so?

Thank you so much for all your attention and help.

Kind regards,

Fabiana Jesus

Resposta obtida:



Fabiana Vieira Jesus <27844@ufp.edu.pt>

Permission to translate and modify NSOME Questionnaire

Kaipa, Ramesh <ramesh.kaipa@okstate.edu>
Para: Fabiana Vieira Jesus <27844@ufp.edu.pt>
Cc: "Kaipa, Roha" <roha.kaipa@okstate.edu>

8 de novembro de 2017 às 19:00

Hi Fabiana,
Thanks for checking with us regarding the NSOMEs questionnaire. We would be happy to let you use it for your Master's thesis as long as it is appropriately cited. We wish you good luck with your thesis and future research.

Best,
Dr. Kaipa

Ramesh Kaipa, Ph.D.
Assistant Professor and Program Director
Department of Communication Sciences & Disorders
042 Murray Hall
Oklahoma State University
Stillwater, OK 74078
Phone: 405-744-7956
Fax: 405-744-8070
ramesh.kaipa@okstate.edu

Anexo II - Questionário Original de Thomas e Kaipa, 2015

Appendix

The use of Non-speech Oral-Motor Exercises in India Questionnaire

FIRST SECTION:

DEMOGRAPHIC INFORMATION

Please indicate your sex

- Male
- Female
- I do not wish to indicate

Please indicate your highest level of education in the field of speech and hearing

- Bachelor's
- Master's
- Doctoral (Ph.D.)
- Other (please mention below) _____

What is the length of your clinical experience?

- 0-5 years
- 6-10 years
- 11-15 years
- 16-20 years
- More than 20 years

Please indicate the nature of your work setting

- School
- Hospital
- College/University
- Private clinic
- Other (please mention below) _____

Please indicate the type of Master's program you were enrolled in

- M.Sc (Audiology)
- M.Sc (Speech-Language Pathology)
- M.Sc (Speech & Hearing)
- MASLP (Dual)
- Other _____

What is/are the area(s) of your clinical/research specialty?

- Speech Language Pathology (SLP)
- Audiology
- Speech Language Pathology and Audiology
- I do not wish to indicate

If Audiology is selected, then skip to end of survey

Type of speech disorders seen on your caseload. Please choose the option(s) that is/are applicable

- Speech Sound Disorders
- Motor Speech Disorders
- Voice Disorders
- Fluency Disorders
- Developmental Language Disorders
- Adult Language Disorders
- Resonance Disorders
- Swallowing/feeding disorders
- Other (please mention below) _____

Non-speech Oral-Motor Exercises (NSOMEs) refer to techniques intended to treat speech disorders, swallowing/feeding disorders, oral sensory problems without having the individual to produce speech. NSOMEs include activities like, though not limited to, horn/whistle blowing, sucking using straws, tongue elevation, lip pursing, and lip pursing-smile alterations. NSOMEs are also commonly referred by other names like oral-motor exercises, oro-facial exercises, strengthening exercises, and facial strengthening activities. Are you aware of NSOMEs as a speech therapy technique?

- Yes
- No

If no is selected, then skip to end of survey

Do you believe that NSOMEs seem to be effective in treatment of speech disorders?

- Yes
- No

Have you used and/or do you use NSOMEs currently in speech therapy?

- Yes
- No

If no is selected, then skip to What is/are the reason(s) for not using NSOMEs.....

**SECOND SECTION:
FOR SLPs USING NSOMES IN THEIR CLINICAL PRACTICE**

How did you acquire knowledge about NSOMEs?

- I was taught about NSOMEs in my undergraduate/postgraduate classes
- I learned about NSOMEs from my colleagues/seniors
- I came to know about NSOMEs from continuing education events (conferences/workshops/seminars)
- I learned about NSOMEs from textbooks/research articles

How long have you been using NSOMEs as a speech therapy technique?

- 0-1 years
- 1-2 years
- 2-3 years
- 3-4 years
- 4-5 years
- more than 5 years

For what condition, do you tend to use NSOMEs?

- To improve the motor aspect of the articulators (e.g., strength, tonicity)
- To treat sensory issues of oral structures
- To treat feeding problems
- To control drooling
- Other (please mention) _____

Please indicate the type of disorders for you would use the NSOMEs. Please choose all the applicable option(s)

- Speech Sound Disorders
- Motor Speech Disorders
- Resonance Disorders
- Voice Disorders
- Fluency Disorders
- Developmental Language Disorders
- Adult Language Disorders
- Other (please mention) _____
- Swallowing/feeding disorders

Please indicate the type of NSOMEs you tend to use with your clients. Please choose all the option(s) that are applicable

- Lip puckering
- Lateral lip movements
- Alternative lip puckering/smiling
- Smiling (or) Exaggerated smiling
- Lateral tongue sweeps
- Vertical tongue movements
- Blowing
- Sucking
- Puffing of cheeks
- Other (please mention below) _____

What type of materials do you use for NSOMEs? Please choose all the option(s) that are applicable

- Straws
- Cotton balls
- Paper strips
- Balloons
- Horns
- Blowing whistle
- Brushes (with bristles)
- Other (please mention below) _____

Please indicate the frequency of usage of NSOMEs in speech therapy

- Frequently (used in more than 75% of the sessions)
- Occasionally (25-50% of the sessions)
- Rarely (less than 10% of the sessions)

Please indicate what best describes the usage of NSOMEs to treat speech disorders?

- I use NSOMEs along with other speech therapy techniques to work on a particular goal
- I use only NSOMEs in a session to work on a particular goal

Choose what is/are applicable with regards to NSOMEs

- I am satisfied with the outcomes of NSOMEs
- I have obtained mixed outcomes by using NSOMEs in my therapy sessions
- I have seen minimal improvement in my clients by using NSOMEs
- NSOMEs do not seem to be beneficial in speech therapy

If you believe that NSOMEs seem to be effective for treatment of speech disorders, what do you think is/are the best reason(s) for that? Please choose the option(s) that is/are applicable.

- Speech develops from non-speech tasks (like blowing), so using NSOMEs improves speech
- NSOMEs help to develop the muscle strength of the articulators, thereby improving speech intelligibility
- I have read research articles/book chapters about the efficacy of NSOMEs
- I just know from my personal experience that NSOMEs are effective
- It improves sensory problems of the oro-facial region (hyper/hyposensitivity)

What do you feel about using NSOMEs in your future therapy sessions?

- I will continue using only NSOMEs for a long time to come
- I plan to use NSOMEs along with other speech therapy techniques
- I might use them for a while, and discontinue if there are better treatment techniques available
- I am not planning on using NSOMEs in my future therapy sessions

THIRD SECTION:

[FOR SLPs NOT USING NSOMEs IN THEIR CLINICAL PRACTICE]

What is/are the reason(s) for not using NSOMEs in your speech therapy sessions? Please choose all the option(s) that is/are applicable.

- Based on my personal experience, I am not convinced with the evidence for using NSOMEs
- I have attended continuing education events about NSOMEs, and found NSOMEs not to be useful
- I have not read literature which supports the use of NSOMEs
- I learned from my colleagues/seniors/lecturers that NSOMEs do not tend to be beneficial
- Other (please mention below) _____

Are you aware of research which discourages the use of NSOMEs in speech therapy?

- Yes
- No

Would you consider using NSOMEs, if there is adequate evidence supporting the use of NSOMEs in speech therapy?

- Yes
- No

Would you consider to use NSOMEs along with other treatment techniques in future?

- Yes
- No

What could make you comfortable to consider using NSOMEs in future?

- Practice-based evidence of NSOMEs
- Personal success of using NSOMEs with clients
- An increase in number of SLPs using NSOMEs.
- I will never consider of using NSOMEs in future
- Other (please mention below) _____

Do you wish to receive a summary of the current survey research?

- Yes
- No

Anexo III – Primeira versão da tradução do questionário

Terapia Oromotora nas Perturbações dos Sons da Fala: Prática dos Terapeutas da Fala Portugueses

O meu nome é Fabiana Vieira Jesus e encontro-me a frequentar o Mestrado em Terapêutica da Fala no ramo da Linguagem na Criança, na Universidade Fernando Pessoa, no Porto.

Este estudo enquadra-se numa investigação realizada no âmbito da Dissertação de Mestrado intitulada, “*Terapia Oromotora nas Perturbações dos Sons da Fala: Prática dos Terapeutas da Fala Portugueses*”, sob a orientação da Prof. Doutora Joana Rocha e co-orientação Prof. Doutora Susana Marinho (?). Este estudo pretende caracterizar o uso de terapia oromotora em Terapeutas da Fala (TF) Portugueses na intervenção com Perturbação dos Sons da Fala (PSF) e avaliar o conhecimento que sustenta o seu uso.

O questionário é uma tradução/adaptação do “*The Use of Non-speech Oral-motor Exercises in India Questionnaire*” (Thomas & Kaipa, 2015) e é constituído por quatro partes: a primeira destina-se à caracterização socioprofissional; a segunda destina-se aos TF que utilizam exercícios oromotores para intervir nas PSF; a terceira parte, destina-se aos TF que não utilizam exercícios oromotores para intervir nas PSF; e a quarta parte que se destina ao uso de programas de intervenção nas Perturbações dos Sons da Fala.

O preenchimento deste questionário terá a duração aproximada de **XX minutos**.

Solicitamos a sua colaboração através do preenchimento do questionário que se segue. Relembramos que as respostas se referem apenas à sua opinião e experiência profissional.

No caso de existirem dúvidas adicionais poderá contactar a investigadora principal para o seguinte correio eletrónico 27844@ufp.edu.pt.

Obrigada pela sua colaboração!

Consentimento

Aceito de livre vontade participar neste estudo intitulado “*Terapia Oromotora nas Perturbações dos Sons da Fala: Prática dos Terapeutas da Fala Portugueses*”. Declaro ter lido e compreendido a informação que me foi dada sobre a natureza deste estudo. Consinto a minha participação no estudo, respondendo às questões propostas e permito que as informações por mim prestadas sejam utilizadas nesta investigação. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação. Estou ciente que a minha participação é anónima e que os dados serão tratados de forma confidencial.

- Aceito participar neste estudo.

Questionário

O uso de Exercícios Oromotores na Intervenção das Perturbações dos Sons da Fala

Na sua prática profissional, atende crianças com Perturbação dos Sons da Fala?

- Sim
- Não

(se responde não) O seu questionário terminou aqui. Obrigada pela sua colaboração!

Parte I

Caracterização Socioprofissional

1. Indique o sexo.

- Masculino
- Feminino
- Não quero indicar

2. ³Indique em que distrito exerce funções como Terapeuta da Fala. _____
3. Indique, por favor, a sua formação académica mais elevada.
- Bacharelato
 - Licenciatura
 - Mestrado
 - Doutoramento
 - Outro. Mencione qual _____
4. Indique, por favor, há quantos anos exerce funções como Terapeuta da Fala.

5. Indique, por favor, em que contexto(s) exerce funções como Terapeuta da Fala.
- Intervenção Precoce
 - Escolar
 - Universitário
 - Hospitalar
 - Prática privada
 - Outro. Mencione qual _____
6. Escolha as três perturbações que mais observa na sua prática profissional.
- Perturbação dos Sons da Fala
 - Perturbação Motora da Fala
 - Problemas da voz
 - Disfluência
 - Perturbação do Desenvolvimento da Linguagem
 - Perturbação da Linguagem em Adultos
 - Perturbações de Ressonância
 - Disfagia/Dificuldades na alimentação
 - Outro. Qual? _____

³ Esta questão não faz parte do questionário original de Thomas & Kaipa (2015).

Exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) referem-se a técnicas destinadas a tratar distúrbios da fala, distúrbios de deglutição/alimentação, problemas sensoriais orais sem que o utente tenha de produzir fala. Exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) incluem atividades como, em bora não limitadas a sopro, assobio, sugar com palhinhas, elevação da língua, protusão labial e alternância entre protusão e estiramento labial. Os exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) também são comumente referidos por outras designações, tais como: exercícios oromotores, exercícios oro-faciais, exercícios de fortalecimento e atividades de fortalecimento facial (Thomas & Kaipa, 2015).

1. Tem conhecimento sobre os exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) como técnica na TF?
 - Sim
 - Não

(se respondeu não) O seu questionário terminou aqui. Obrigada pela sua colaboração!

2. Acredita que os exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) parecem ser eficazes no tratamento de Perturbações dos Sons da Fala?
 - Sim
 - Não
3. Usa exercícios oromotores de não-fala na sua prática clínica em PSF?
 - Sim – [Avançar para a parte 2 do questionário](#)
 - Não – [Avançar para a parte 3 do questionário](#)

Parte II

Para Terapeutas da Fala que usam exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) na intervenção das Perturbações dos Sons da Fala

Atenção: Lembre-se que todas as questões que se seguem estão relacionadas com a sua prática nas PSF.

1. Como adquiriu conhecimento acerca da Terapia Oromotora de Não-fala (*non-speech oral-motor exercises*)? (Selecione as opções que melhor se adequam).
 - Aprendi sobre os exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) durante a licenciatura/pós-graduações.
 - Aprendi sobre os exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) com meus colegas.
 - Aprendi sobre os exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) em conferências, *workshops*, seminários. (Aprendizagem contínua).
 - Aprendi sobre os exercícios oromotores de não-fala através de livros da especialidade e em artigos científicos.

2. Há quanto tempo usa exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) como técnica de intervenção nas PSF? _____

3. Para que objetivo utiliza com maior frequência exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*)? (Selecione as opções que melhor se adequam à sua prática profissional).
 - Para melhorar aspetos motores dos articuladores (como por exemplo, força e tonicidade)
 - Para tratar questões sensoriais das estruturas orais
 - Para tratar problemas de alimentação
 - Para controlo da baba
 - Outro (mencione qual) _____

4. Indique, por favor, que tipo de exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) usa para intervir nas PSF. (Selecione todas as opções que se adequam à sua prática profissional.)
 - Protusão labial
 - Lateralização labial

- Alternância entre estiramento e protusão labial
- Estiramento labial
- Lateralização lingual
- Supraversão e infraversão lingual
- Sopro
- Sucção
- Insuflação das bochechas
- Outro. Mencione qual _____

5. Indique, por favor, que tipo de materiais utiliza na realização dos exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) para intervir nas PSF. (Selecione todas as opções que se adequam à sua prática profissional.)

- Palhinhas
- Bolas de algodão
- Tiras de papel
- Balões
- Apitos
- Assobiar
- Escovas
- Outro. Mencione qual _____

6. Indique, por favor, com que frequência utiliza exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) para intervir nas PSF.

- Frequentemente (uso em mais de 75% das sessões)
- Ocasionalmente (uso em 25% a 50% das sessões)
- Raramente (uso em menos de 10% das sessões)

7. Escolha a opção que melhor descreve o uso de exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) para intervir nas PSF.

- Eu uso exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) juntamente com outras técnicas de terapia de fala para alcançar um objetivo específico.

- Eu uso somente exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) numa sessão para alcançar um objetivo específico.
- 8.** Escolha o que é aplicável em relação aos exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) para intervir nas PSF.
- Estou satisfeito com os resultados dos exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*).
 - Obtive resultados mistos usando exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) nas minhas sessões terapêuticas.
 - Tenho observado uma melhoria mínima nos utentes em que uso exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*).
 - Exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) não me parecem benéficos na terapia da fala.
- 9.** Se pensa que os exercícios oromotores de não fala (*non-speech oral-motor exercises*) são eficazes no tratamento de PSF, por favor, selecione as opções que melhor se aplicam às possíveis razões para tal.
- A fala desenvolve-se através de tarefas de não-fala (*non-speech tasks*), como por exemplo o sopro, por isso o uso de exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) melhoram a fala.
 - Exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) ajudam a desenvolver a força muscular dos articuladores, melhorando assim a inteligibilidade da fala.
 - Li artigos científicos/capítulos de livros sobre a eficácia dos exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*).
 - Sei pela minha experiência pessoal que exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) são eficazes.
 - Melhora os problemas sensoriais da região oro-facial (híper/hiposensibilidade).
- 10.** O que pensa sobre o uso de exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) em futuras sessões terapêuticas.

- Continuarei a usar somente exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) por um longo tempo.
- Planeio usar exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) juntamente com outras técnicas terapêuticas.
- Posso usá-los por algum tempo e descontinuar se existirem melhores técnicas disponíveis.
- Não planeio usar exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) nas minhas futuras sessões terapêuticas.

11. Para além das PSF, indique, por favor, em que tipo de perturbação utiliza exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*).

- Perturbação Motora da Fala
- Problemas da voz
- Disfluência
- Perturbação do Desenvolvimento da Linguagem
- Perturbação da Linguagem em Adultos
- Perturbações de Ressonância
- Disfagia/Dificuldades na alimentação
- Outro. Qual? _____

(avançar para a parte IV)

Parte III

Para Terapeutas da Fala que NÃO usam exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) na intervenção das Perturbações dos Sons da Fala

Atenção: Lembre-se que todas as questões que se seguem estão relacionadas com a sua prática nas PSF.

- 1.** Indique, por favor, qual é/são a(s) razão(ões) para não usar exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*). Selecione as opções que melhor se adequam à sua realidade.

- Com base na minha experiência pessoal, não estou convencido sobre a evidência do uso de exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*).
 - Assisti a eventos de formação contínua sobre exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) e não me pareceram úteis.
 - Não li literatura que suporte o uso de exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*).
 - Aprendi com os meus colegas que exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) não são benéficos.
 - Outro. Qual? _____
2. Tem conhecimento de pesquisas que desencorajam o uso de exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) na intervenção na Fala?
- Sim
 - Não
3. Consideraria usar exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) se existisse evidência científica adequada que comprovasse a sua eficácia na intervenção na fala?
- Sim
 - Não
4. Consideraria usar exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) juntamente com outras técnicas terapêuticas no futuro?
- Sim
 - Não
5. O que é que o faria considerar a utilização de exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*) no futuro?
- a. Prática baseada na evidência sobre exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercises*).

- b. Sucesso pessoal ao usar exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercices*) com os meus utentes.
- c. Um aumento no número de Terapeutas da Fala a usar exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercices*).
- d. Nunca considerarei o uso de exercícios oromotores de não-fala (*non-speech oral-motor exercices*) no futuro.
- e. Outro. Qual? _____

(avançar para a parte IV)

(para todos responderem)

Parte IV⁴

Uso de Programas de Intervenção nas Perturbações dos Sons da Fala

Abaixo estão listados programas de intervenção nas PSF, selecione, por favor, qual(ais) usa na sua prática profissional.

- Pares mininos (Weiner, 1981)
- Oposições máximas (Gierut, 1990)
- Van Riper – abordagem tradicional (Van Riper & Emerick, 1984)
- Programa de Ciclos (Hodson & Paden, 1991)
- Metaphon (Howell & Dean, 1991)
- Abordagem de Consciência Fonológica (Gillon & McNeill, 2007)
- PROMPT (Hayden, 1970)
- Parents and Children Together - PACT (Bowen & Cupples, 1998)
- Core Vocabulary (Dodd & Paden, 1991)
- Outro. Qual? _____

O seu questionário terminou aqui. Obrigada pela sua colaboração!

⁴ Esta parte do questionário não faz parte do questionário original de Thomas & Kaipa (2015).

Anexo IV – Tabela de avaliação das questões do questionário enviado para o painel de peritos

Esclarecimento enviado ao painel de peritos:

Esclarecimento ao Painel de Peritos:

Esta versão do questionário é ainda preliminar e resulta da tradução/adaptação do questionário original de Thomas & Kaipa (2015). Qualquer sugestão/correção que queiram fazer é bem-vinda, quer seja relativa ao texto introdutório, quer relativamente ao questionário propriamente dito e respetiva tradução de algumas terminologias técnicas. O questionário original segue também em anexo para facilitar este aspeto. Relativamente à análise de cada um dos itens, é pedido a cada um dos peritos que assinale com um X se cada questão se encontra adequada ou não (do ponto de vista de linguagem técnica, pertinência da questão, etc.), sendo que poderão ser realizadas observações a cada uma delas. Agradecemos muito a colaboração de cada um neste processo.

Tabela que deveriam preencher para cada questão:

Item Adequado?		Observações do Perito:
Sim		
Não		

Anexo V – Versão final do questionário

Praxias Orofaciais Não-verbais nas Perturbações dos Sons da Fala: Práticas de Terapeutas da Fala Portugueses

O meu nome é Fabiana Vieira Jesus e encontro-me a frequentar o Mestrado em Terapêutica da Fala no ramo da Linguagem na Criança, na Universidade Fernando Pessoa, no Porto.

Este estudo enquadra-se numa investigação realizada no âmbito da Dissertação de Mestrado intitulada, “*Praxias Orofaciais Não-verbais nas Perturbações dos Sons da Fala: Práticas de Terapeutas da Fala Portugueses*”, sob a orientação da Prof. Doutora Joana Rocha e co-orientação Prof. Doutora Susana Marinho. Este estudo pretende caracterizar o uso de terapia oromotora por Terapeutas da Fala Portugueses na intervenção com Perturbação dos Sons da Fala e avaliar o conhecimento que sustenta o seu uso.

O questionário é uma tradução/adaptação do “*The Use of Non-speech Oral-motor Exercises in India Questionnaire*” (Thomas & Kaipa, 2015) e é constituído por quatro partes: a primeira destina-se à caracterização socioprofissional; a segunda destina-se aos Terapeutas da Fala que utilizam praxias orofaciais não-verbais para intervir nas Perturbações dos Sons da Fala; a terceira parte, destina-se aos Terapeutas da Fala que não utilizam praxias orofaciais não-verbais para intervir nas Perturbações dos Sons da Fala; e a quarta parte que se destina ao uso de programas de intervenção nas Perturbações dos Sons da Fala.

O preenchimento deste questionário terá a duração aproximada de 10 minutos.

Solicitamos a sua colaboração através do preenchimento do questionário que se segue. Relembramos que as respostas se referem apenas à sua opinião e experiência profissional.

No caso de existirem dúvidas adicionais poderá contactar a investigadora principal para

o seguinte correio eletrónico 27844@ufp.edu.pt.

Obrigada pela sua colaboração!

Declaração de Aceitação de Participação

Aceito de livre vontade participar neste estudo intitulado “*Praxias Orofaciais Não-verbais nas Perturbações dos Sons da Fala: Práticas de Terapeutas da Fala Portugueses*”. Declaro ter lido e compreendido a informação que me foi dada sobre a natureza deste estudo. Consinto a minha participação no estudo, respondendo às questões propostas e permito que as informações por mim prestadas sejam utilizadas nesta investigação. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação. Estou ciente que a minha participação é anónima e que os dados serão tratados de forma confidencial.

- Aceito participar neste estudo.

Questionário

O uso de Praxias Orofaciais Não-verbais na Intervenção das Perturbações dos Sons da Fala

Na sua prática profissional, atende crianças com Perturbação dos Sons da Fala?

- Sim
- Não

(se responde não) O seu questionário terminou aqui. Obrigada pela sua colaboração!

Parte I

Caracterização Socioprofissional

1. Indique o sexo.
 - Masculino
 - Feminino
 - Não quero indicar

2. ⁵Indique em que região de Portugal exerce funções como Terapeuta da Fala.
 - Norte
 - Centro
 - Sul
 - Região Autónoma dos Açores
 - Região Autónoma da Madeira

3. Indique a sua formação académica mais elevada.
 - Bacharelato
 - Licenciatura
 - Mestrado
 - Doutoramento
 - Outro _____

4. Indique há quantos anos exerce funções como Terapeuta da Fala. _____

5. Indique em que contexto(s)/área(s) exerce funções como Terapeuta da Fala.
 - Intervenção Precoce
 - Contexto Educativo
 - Universitário
 - Hospitalar
 - Prática privada
 - Centro de Saúde
 - IPSS
 - Outro _____

⁵ Esta questão não faz parte do questionário original de Thomas & Kaipa (2015).

6. Escolha, num máximo de três, as perturbações que mais observa na sua prática profissional.

- Perturbação dos Sons da Fala
- Perturbação Motora da Fala
- Perturbações da Voz
- Perturbações da Fluência
- Perturbação do Desenvolvimento da Linguagem
- Perturbações da Linguagem Escrita
- Perturbação da Linguagem em Adultos
- Perturbações de Ressonância
- Disfagia/Dificuldades na alimentação
- Outro _____

Praxias orofaciais não-verbais (*non-speech oral-motor exercises*) referem-se a técnicas destinadas a tratar perturbações da fala, perturbações de deglutição/alimentação, problemas sensoriais orais sem que o utente tenha de produzir fala. Praxias orofaciais não-verbais incluem atividades como, embora não limitadas a sopro, assobio, sugar com palhinhas, elevação da língua, protusão labial e alternância entre protusão e estiramento labial. As praxias orofaciais não-verbais também são comumente referidos por outras designações, tais como: exercícios oromotores, exercícios oro-faciais, exercícios de fortalecimento e atividades de fortalecimento facial (Thomas & Kaipa, 2015).

1. Tem conhecimento sobre as praxias orofaciais não-verbais como técnica na Terapia da Fala?
 - Sim
 - Não

(se respondeu não) O seu questionário terminou aqui. Obrigada pela sua colaboração!

2. Acha que as praxias orofaciais não-verbais são eficazes no tratamento das Perturbações dos Sons da Fala?
 - Sim

- Não
3. Usa praxias orofaciais não-verbais na sua prática clínica em Perturbações dos Sons da Fala?
- Sim – [Avançar para a parte 2 do questionário](#)
 - Não – [Avançar para a parte 3 do questionário](#)
-

Parte II

Para Terapeutas da Fala que usam praxias orofaciais não-verbais na intervenção com as Perturbações dos Sons da Fala

Atenção: Lembre-se que todas as questões que se seguem estão relacionadas com a sua prática nas Perturbações dos Sons da Fala.

1. Como adquiriu conhecimento acerca da Terapia com Praxias Orofaciais Não-verbais? (Selecione a(s) opção(ões) que melhor se adequam).
 - Durante a licenciatura/pós-graduações.
 - Com colegas meus.
 - Em conferências, *workshops*, seminários. (Aprendizagem continua).
 - Através de livros da especialidade e de artigos científicos.
2. Há quanto tempo usa praxias orofaciais não-verbais como técnica de intervenção nas Perturbações dos Sons da Fala? _____
3. Para que objetivo utiliza com maior frequência as praxias orofaciais não-verbais? (Selecione a(s) opção(ões) que melhor se adequam à sua prática profissional).
 - Para melhorar aspetos motores dos articuladores (como por exemplo, força e tonicidade).
 - Para intervir com questões sensoriais das estruturas orais.
 - Para intervir com problemas de alimentação.
 - Para controlo da baba.

Outro _____

4. Indique que tipo de praxias orofaciais não-verbais usa para intervir nas Perturbações dos Sons da Fala. (Selecione a(s) opção(ões) que se adequam à sua prática profissional.)

- Protusão labial
- Lateralização labial
- Alternância entre estiramento e protusão labial
- Estiramento labial
- Lateralização lingual
- Supraversão e infraversão lingual
- Sopro
- Sucção
- Insuflação das bochechas
- Outro _____

5. Indique que tipo de materiais utiliza para auxiliar na realização das praxias orofaciais não-verbais nas Perturbações dos Sons da Fala. (Selecione a(s) opção(ões) que se adequam à sua prática profissional.)

- Palhinhas
- Bolas de algodão
- Tiras de papel
- Balões
- Apitos
- Outro _____

6. Indique com que frequência utiliza praxias orofaciais não-verbais para intervir nas Perturbações dos Sons da Fala.

- Quase sempre (uso em mais de 75% das sessões)
- Frequentemente (uso em 50% a 75% das sessões)
- Ocasionalmente (uso em 25% a 50% das sessões)
- Raramente (uso em 10% a 25% das sessões)
- Quase nunca (uso em menos de 10% das sessões)

7. Escolha a opção que melhor descreve o uso que faz das praxias orofaciais não-verbais para intervir nas Perturbações dos Sons da Fala.
- Eu uso praxias orofaciais não-verbais em conjunto com outras técnicas de terapia de fala para alcançar um objetivo específico.
 - Eu uso somente praxias orofaciais não-verbais numa sessão para alcançar um objetivo específico.
8. Escolha o que é aplicável em relação às praxias orofaciais não-verbais para intervir nas Perturbações dos Sons da Fala.
- Estou satisfeito com os resultados das praxias orofaciais não-verbais.
 - Obtive resultados imprecisos usando praxias orofaciais não-verbais nas minhas sessões terapêuticas.
 - Tenho observado uma melhoria mínima nos utentes em que uso praxias orofaciais não-verbais.
 - Praxias orofaciais não-verbais não me parecem benéficos na terapia da fala.
9. Se considera que as praxias orofaciais não-verbais são eficazes no tratamento de Perturbações dos Sons da Fala, selecione a(s) opção(ões) que melhor se aplica(m).
- A fala desenvolve-se através de tarefas não-verbais, por isso o uso de praxias orofaciais não-verbais melhoram a fala.
 - As praxias orofaciais não-verbais ajudam a desenvolver a força muscular dos articuladores, melhorando assim a inteligibilidade da fala.
 - Li artigos científicos/capítulos de livros sobre a eficácia das praxias orofaciais não-verbais.
 - Sei pela minha experiência clínica que praxias orofaciais não-verbais são eficazes.
 - Melhora os problemas sensoriais da região oro-facial.
 - Outro. _____

10. O que pensa sobre o uso de praxias orofaciais não-verbais em futuras sessões terapêuticas.

- Continuarei a usar somente praxias orofaciais não-verbais.
- Planeio usar praxias orofaciais não-verbais juntamente com outras técnicas terapêuticas.
- Posso usá-los por algum tempo e interromper se existirem melhores técnicas disponíveis.
- Não planeio usar praxias orofaciais não-verbais nas minhas futuras sessões terapêuticas.

11. Para além das Perturbações dos Sons da Fala, indique, em que tipo de perturbação(ões) utiliza praxias orofaciais não-verbais.

- Perturbação dos Sons da Fala
- Perturbação Motora da Fala
- Perturbações da Voz
- Perturbações da Fluência
- Perturbação do Desenvolvimento da Linguagem
- Perturbações da Linguagem Escrita
- Perturbação da Linguagem em Adultos
- Perturbações de Ressonância
- Disfagia/Dificuldades na alimentação
- Outro _____

(avançar para a parte IV)

Parte III

Para Terapeutas da Fala que NÃO usam praxias orofaciais não-verbais na intervenção das Perturbações dos Sons da Fala

Atenção: Lembre-se que todas as questões que se seguem estão relacionadas com a sua prática nas Perturbações dos Sons da Fala.

1. Indique qual(ais) é/são a(s) razão(ões) para não usar praxias orofaciais não-verbais. Selecione a(s) opção(ões) que melhor se adequam à sua realidade.
 - Com base na minha experiência clínica, não estou convencido sobre a evidência do uso de praxias orofaciais não-verbais.
 - Assisti a eventos de formação contínua sobre praxias orofaciais não-verbais e não me pareceram úteis.
 - Não li literatura que suporte o uso praxias orofaciais não-verbais.
 - Aprendi com os meus colegas que praxias orofaciais não-verbais não são benéficos.
 - Outro _____

2. Tem conhecimento de estudos que não recomendam o uso de praxias orofaciais não-verbais na intervenção na Fala?
 - Sim
 - Não

3. Consideraria usar praxias orofaciais não-verbais se existisse evidência científica adequada que comprovasse a sua eficácia na intervenção na fala?
 - Sim
 - Não

4. Consideraria usar praxias orofaciais não-verbais juntamente com outras técnicas terapêuticas no futuro?
 - Sim
 - Não

5. O que é que o faria considerar a utilização de praxias orofaciais não-verbais no futuro?
 - Pratica baseada na evidência sobre praxias orofaciais não-verbais.
 - Sucesso pessoal ao usar praxias orofaciais não-verbais com os meus utentes.
 - Um aumento no número de Terapeutas da Fala a usar praxias orofaciais não-verbais.

- Nunca considerarei o uso de praxias orofaciais não-verbais no futuro.
- Outro _____

(avançar para a parte IV)

(para todos responderem)

Parte IV⁶

Uso de Programas de Intervenção nas Perturbações dos Sons da Fala

Abaixo estão listados abordagens de intervenção nas Perturbações dos Sons da Fala, selecione qual(ais) usa na sua prática profissional.

- Pares mínimos (Weiner, 1981)
- Oposições máximas (Gierut, 1990)
- Abordagem tradicional – Van Riper (Van Riper & Emerick, 1984)
- Abordagem dos Ciclos (Hodson & Paden, 1991)
- Metaphon (Howell & Dean, 1991)
- Abordagem de Consciência Fonológica (Gillon & McNeill, 2007)
- PROMPT (Hayden, 1970)
- Parents and Children Together - PACT (Bowen & Cupples, 1998)
- Core Vocabulary (Dodd & Paden, 1991)
- Outro _____

O seu questionário terminou aqui. Obrigada pela sua colaboração!

⁶ Esta parte do questionário não faz parte do questionário original de Thomas & Kaipa (2015).

Anexo VI – Parecer da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa



Universidade Fernando Pessoa
www.ulp.pt

Exmo. Senhor
Prof. Doutor Luis Martins
Director da FCS

Porto, 05 de Março de 2018

Exmo. Senhor Prof. Doutor,

A Comissão de Ética, depois de apreciado o projeto de investigação de Fabiana Vieira Jesus, intitulado "Clínica Psicanalítica: Praxias orofaciais não-verbais nas Perturbações dos Sons da Fala: Práticas de Terapeutas da Fala Portugueses" e realizado no âmbito do Mestrado em Terapêutica da Fala, considera nada haver a opor ao projeto, sendo no entanto de assinalar que não se aplica Consentimento Informado para o preenchimento de questionários on-line; em vez de dar o título de Consentimento Informado, recomenda-se usar a expressão *Declaração de Aceitação de Participação*.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP


Susana Teixeira Magalhães



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

N.º 10257-83 - Reg. Geral n.º 36/Comunicação de Registo Comercial de Porto
5012-006 - 1 Faculdade de Ciências Humanas e Sociais | 1 Faculdade de Ciências Tecnológicas (Praça 9 de Abril, 241 - 4100-204 Porto-Portugal) - T: +351 22 320 1300 - F: +351 22 320 0250 - geral@ulp.pt
2 Faculdade de Ciências da Saúde | 1 Escola Superior de Saúde | 8 Centro de Saúde - Portugal | T: +351 22 320 4830 - F: +351 22 320 4831 - 8 D.ª Beneditina, 224 - 4200-211 Porto - Portugal
T: +351 22 320 6271 - geral@asubhulfp.pt - 800008 de Porto de Lisboa - Casa da Saúde - 8, Caixa de Reclamação - 8990-078 Porto de Lisboa-Portugal - T: +351 258 741 826 - F: +351 258 741 411 - geral@asubhulfp.pt