



# Teleprática pediátrica na surdez – perspetiva das famílias e dos terapeutas da fala

Filipa Silva Dias Teixeira Lopes

09/2025





## **Teleprática pediátrica na surdez – perspetiva das famílias e dos terapeutas da fala**

**Autora**

Filipa Silva Dias Teixeira Lopes

**Orientadora**

Professora Doutora Susana Maria Capitão Silva Alves | ESS|P.Porto

*Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em **Terapia da Fala** pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.*



À impaciência, à persistência, à contrariedade, à insistência,  
à vontade, à loucura, ao impulso que faz crescer, ao desafio

ao primeiro procurar, à primeira palavra  
ao brilho daqueles olhos, àquele sorriso

à magia!  
e à eterna dúvida...

*"Making effective communication, a human right,  
accessible and achievable for all".<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> "Tornar a comunicação eficaz um direito humano, acessível e ao alcance de todos."  
Visão da American Speech-Language-Hearing Association (ASHA a, s.d.)



## Agradecimentos

A todos os que participaram respondendo aos questionários, tornando este estudo viável.

Aos que ajudaram na sua divulgação.

Aos peritos<sup>2</sup> pelas suas valiosas contribuições.

À minha orientadora pela generosidade e pelas muitas conversas, reflexões e momentos de partilha, com valiosos (des)entendimentos teóricos, que marcaram o meu percurso.

Às famílias, crianças e jovens com surdez que me fizeram, e fazem, crescer nesta maravilhosa e mágica área da terapia da fala! Aos colegas que me desafiam e enriquecem...

A todos os que esperaram e desesperaram por este momento!

Àqueles que estão sempre presentes, mesmo nas minhas ausências...

Àqueles... tão especiais! (Im)pacientes e confiantes...

Àqueles que me contrariam...

Às Maduras pela partilha, entrega, sorrisos e gargalhadas.

Às Focas... pelo foco, ou não!...

E à Natércia...

Bem hajam!

---

<sup>2</sup> Ana Sofia Lopes (Portugal), Cristina Ornelas Peralta (Brasil), Isabel Monteiro (Portugal), Marta Pinto, Mila (Emília) Melo (Brasil) e Pedro Brás da Silva (Portugal).



## Resumo

**Introdução:** A realidade portuguesa da prestação de serviços em terapia da fala na surdez pediátrica através da teleprática continua limitada, apesar do impulso da pandemia da COVID-19. Para que esta modalidade se consolide a nível nacional, é essencial compreender as razões subjacentes, analisando as perspetivas de terapeutas da fala e de famílias.

**Métodos:** Para a recolha dos dados foram construídos dois questionários, com questões semelhantes, para analisar a influência da mudança de modalidade (presencial versus teleprática), identificar vantagens e desafios e descrever a satisfação com a teleprática, na perspetiva dos dois grupos.

**Resultados:** Houve unanimidade sobre as barreiras ao nível tecnológico, na manutenção da atenção das crianças e na necessidade de redução de distratores. Em contrapartida, destacou-se como benefícios a continuidade e complementariedade dos serviços, o reforço do envolvimento parental e a facilidade de contacto com o terapeuta. A satisfação foi variável, estando mais associada à qualidade da interação com o profissional do que ao foco da criança. Foi ainda salientada a necessidade de formação específica dos terapeutas da fala e de capacitação das famílias.

**Conclusão:** A consolidação da teleprática em Portugal exige investimento em estratégias que promovam qualidade, ética, formação contínua dos profissionais e participação ativa da família.

**Palavras-chave:** Teleprática; Terapeuta da fala; Criança surda; Família; Perspetivas (vantagens; desafios)



## Abstract

**Introduction:** In Portugal, the provision of speech and language therapy services for pediatric hearing loss through telepractice remains limited, despite the strong boost during the COVID-19 pandemic. To consolidate this modality at a national level, it is essential to understand the underlying factors by analyzing the perspectives of both speech and language therapists and families.

**Methods:** Two questionnaires with similar items were developed to examine the impact of the shift in modality (in-person versus telepractice), to identify advantages and challenges, and to describe satisfaction with telepractice from the perspective of both groups.

**Results:** There was unanimity regarding the barriers related to technology, maintaining children's attention, and the need to reduce distractions. In contrast, benefits included service continuity and complementarity, strengthened parental involvement, and easier access to the therapist. Satisfaction levels varied, being more strongly associated with the quality of interaction with the professional than with the child's ability to maintain focus. The need for specific training for speech and language therapists and family empowerment was also emphasized.

**Conclusion:** The consolidation of telepractice in Portugal requires investment in strategies that ensure quality, ethics, continuous professional development, and active family participation.

**Keywords:** Telepractice; Speech-Language Pathologist; Hearing-Impaired Children; Family; Perspective (advantages; challenges)



## Índice

<b>1. Introdução</b> .....	1
1.1. Surdez em idade pediátrica .....	2
1.1.1. Caracterização e etiologia .....	2
1.1.2. Diagnóstico e intervenção precoces .....	6
1.1.3. Impacto no desenvolvimento da criança e na família .....	9
1.1.4. Papel do terapeuta da fala .....	13
1.1.5. Importância do envolvimento da família .....	18
1.2. Teleprática na surdez em idade pediátrica .....	23
1.2.1. Teleprática.....	23
1.2.2. Recursos tecnológicos (hardware e software) .....	26
1.2.3. Vantagens e desafios .....	27
1.2.4. Evidências científicas ao nível da eficácia.....	29
<b>2. Métodos</b> .....	32
2.1. Objetivos do estudo .....	32
2.2. Tipo de estudo.....	32
2.3. Seleção dos participantes .....	32
2.4. Procedimentos .....	33
2.4.1. Instrumento de recolha de dados .....	33
2.4.2. Recolha e tratamento dos dados .....	34
<b>3. Resultados e discussão</b> .....	35
3.1. Caracterização das crianças e das famílias .....	35
3.2. Caracterização e recursos tecnológicos dos terapeutas da fala .....	37
3.3. Perspetivas das famílias e dos terapeutas da fala .....	38
3.3.1. Influência da mudança de modalidade de intervenção (presencial vs. teleprática).....	39
3.3.2. Vantagens e desafios da teleprática identificados pelas famílias .....	44
3.3.3. Vantagens e desafios da teleprática identificados pelos terapeutas da fala .....	47
3.3.4. Satisfação das famílias e dos profissionais com a teleprática .....	51
<b>4. Conclusão</b> .....	57
Referências Bibliográficas.....	59
Apêndice A: Tele - a origem do prefixo e palavras ao longo dos tempos.....	71



Apêndice B: Questionário dirigido às famílias.....	76
Apêndice C: Questionário dirigido aos terapeutas da fala .....	107
Apêndice D: Tabelas e Figuras complementares dos resultados .....	129
Anexo – Parecer favorável da Comissão de Ética .....	146





## Índice de siglas e acrónimos

%	Percentagem
AG Bell	<i>Alexander Graham Bell Association</i>
APTF	Associação Portuguesa de Terapia da Fala
ASHA	<i>American Speech-Language-Hearing Association</i>
BIAP	<i>Bureau International d'Audiophonologie</i>
CE	Comissão de Ética
DL	Decreto-Lei
ESS-P.PORTO	Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto
FCEI-DHH	<i>Family-Centered Early intervention of Deaf and Hard of Hearing</i>
GRISI	Grupo de Rastreio e Intervenção da Surdez Infantil
GTP	Grupo de cuidadores que apenas participou em sessões por teleprática
GTP+P	Grupo de cuidadores que participou em sessões de ambas modalidades
IP	Intervenção Precoce
JCIH	<i>Joint Committee on Infant Hearing</i>
NACHAM	<i>The National Center for Hearing Assessment and Management</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
p. ex.	por exemplo
PBE	Prática Baseada na Evidência
RANU	Rastreio Auditivo Neonatal Universal
RCSLT	<i>Royal College of Speech and Language Therapists</i>
SPTF	Sociedade de Terapia da Fala
TF	terapeuta da fala/terapeutas da fala
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
WHO	<i>World Health Organization</i>



## Índice de Tabelas

### Tabelas no corpo do texto

Tabela 1: Classificações de graus de surdez.....	4
Tabela 2: Impacto do grau de surdez na audição, articulação e linguagem da criança sem tecnologia auditiva Tradução livre e adaptação (Madell e Hewitt, 2023, p. 17).....	16
Tabela 3: Síntese da caracterização sócio demográfica e clínica das crianças.....	35
Tabela 4: Síntese da caracterização dos cuidadores com maior envolvimento nas sessões de terapia da fala: relação com a criança, idade e escolaridade .....	37
Tabela 5: Síntese da caracterização demográfica e académica e experiência profissional dos terapeutas da fala.....	38

### Tabelas em Apêndice

Tabela D 1: Caracterização sócio demográfica e clínica das crianças.....	129
Tabela D 2: Presença de surdez em membros da família e a relação com a criança.....	130
Tabela D 3: Caracterização dos cuidadores com maior envolvimento nas sessões de terapia da fala: relação com a criança, idade e escolaridade.....	131
Tabela D 4: Caracterização demográfica e académica e experiência profissional dos terapeutas da fala .....	133
Tabela D 5: Eficácia da teleprática na consciencialização para diferentes aspetos da intervenção: perceção dos cuidadores que participam exclusivamente em sessões por teleprática .....	134
Tabela D 6: Eficácia da teleprática na consciencialização dos cuidadores que participam exclusivamente em sessões por teleprática para diversos aspetos da intervenção: perceção dos terapeutas da fala.....	135
Tabela D 7: Comparação da eficácia entre sessões presenciais e por teleprática na consciencialização para diferentes aspetos da intervenção: perceção dos cuidadores que participaram em sessões em ambas as modalidades .....	136
Tabela D 8: Comparação da eficácia entre sessões presenciais e por teleprática na consciencialização dos.....	137
Tabela D 9: Importância atribuída à participação de um facilitador nas sessões de teleprática com crianças surdas em diferentes faixas etárias: perceção dos terapeutas da fala .....	138
Tabela D 10: Vantagens da teleprática: perceção dos cuidadores que participam exclusivamente	



em sessões por teleprática.....	138
Tabela D 11: Vantagens da teleprática: percepção dos cuidadores que participaram em ambas as modalidades .....	139
Tabela D 12: Desafios da teleprática: percepção dos cuidadores que participam exclusivamente em sessões por teleprática .....	139
Tabela D 13: Desafios da teleprática: percepção dos cuidadores que participaram em ambas as modalidades .....	140
Tabela D 14: Vantagens da teleprática: percepção dos terapeutas de fala .....	141
Tabela D 15: Desafios da teleprática: percepção dos terapeutas de fala.....	142
Tabela D 16: Facilidade na implementação de diversos aspetos da intervenção na modalidade presencial e por teleprática: percepção dos terapeutas da fala.....	143
Tabela D 17: Variação de aspetos logísticos e de interação entre as modalidades presencial e por teleprática: percepção dos terapeutas da fala .....	143
Tabela D 18: Nível de satisfação com diversos aspetos das sessões por teleprática :percepção dos cuidadores que participam exclusivamente em sessões por teleprática.....	144
Tabela D 19: Nível de satisfação com diversos aspetos das sessões por teleprática: percepção dos cuidadores que participaram em ambas as modalidades .....	145
Tabela D 20: Nível de satisfação com diversos aspetos das sessões por teleprática: percepção dos terapeutas da fala.....	145

## Índice de Figuras

### Figuras no corpo do texto

Figura 1: Ilustração do possível impacto da não valorização da surdez mínima .....	5
Figura 2: Ilustração do possível impacto da valorização da surdez mínima.....	5
Figura 3: Contextos naturais de vida das crianças ao longo do seu crescimento.....	36
Figura 4: Faixa etária da criança no início do acompanhamento em terapia da fala em cada uma das modalidades .....	36
Figura 5: Adesão das famílias e dos TF à teleprática.....	39
Figura 6: Adesão motivada pela pandemia .....	39
Figura 7: Eficácia das sessões por teleprática na consciencialização dos cuidadores de GTp para diferentes aspetos na intervenção: percepção dos cuidadores do GTp e dos TF .....	40
Figura 8: Comparação da eficácia entre as duas modalidades na consciencialização dos	



cuidadores de GTp+P para diferentes aspetos na intervenção: perceção dos cuidadores do GTp+P e dos TF.....	40
Figura 9: Importância da participação dos cuidadores nas sessões por teleprática.....	42
Figura 10: Preferência entre modalidades quanto ao benefício.....	43
Figura 11: Manutenção das sessões por teleprática.....	43
Figura 12: Vantagens da teleprática: perceção dos cuidadores (GTp e GTp+P).....	45
Figura 13: Desafios da teleprática: perceção dos cuidadores (GTp e GTp+P).....	46
Figura 14: Vantagens da teleprática: perceção dos terapeutas da fala.....	48
Figura 15: Desafios da teleprática: perceção dos terapeutas da fala.....	49
Figura 16: Formas usadas pelos terapeutas da fala para enriquecimento do conhecimento em teleprática.....	50
Figura 17: Importância da formação e investigação em áreas relacionadas à teleprática na surdez pediátrica: perceção dos terapeutas da fala.....	50
Figura 18: Comparação do tempo de preparação das sessões em cada modalidade: perceção dos terapeutas da fala.....	51
Figura 19: Nível de satisfação com diversos aspetos das sessões por teleprática: perceção dos cuidadores que participaram exclusivamente em sessões por teleprática, dos que participaram em ambas e dos terapeutas da fala.....	52
Figura 20: Evolução da confiança no uso da teleprática na surdez pediátrica ao longo do tempo: perceção dos terapeutas da fala.....	54
Figura 21: Comparação do grau de conforto com a tecnologia usada na teleprática: perceção dos cuidadores.....	54

### Figuras em Apêndice

Figura D 1: Distribuição das áreas de residência e locais onde são realizadas sessões de terapia da fala.....	130
Figura D 2: Distribuição geográfica da prestação de serviços de terapeutas da fala com população com surdez pediátrica: modalidades presencial e por teleprática.....	132
Figura D 3: Outros locais onde os terapeutas da fala prestam serviços com população com surdez pediátrica: modalidades presencial e por teleprática.....	132



## 1. Introdução

A surdez é frequentemente designada por "condição invisível" (Tye-Murray, 2024), "deficiência invisível" (Hull, 2021) ou "filtro acústico invisível" que distorce ou elimina, principalmente à distância – ainda que curta – sons que chegam ao cérebro (Cole & Flexer, 2020). Este acesso limitado ou completo à língua falada pela comunidade envolvente pode ser altamente impactante na vida de uma criança. As barreiras à língua afetam o desenvolvimento da fala, da linguagem, das competências sociais e emocionais e o desempenho académico (Joint Committee on Infant Hearing [JCIH], 2019). A surdez na criança pode tornar desafiadoras e frustrantes atividades diárias, tais como: fazer amizades, participar em conversas, interagir com desconhecidos, falar ao telefone. Ao limitar as suas capacidades de compreensão e produção de mensagens orais e, conseqüentemente, o conhecimento do mundo e a compreensão de convenções sociais, a criança restringe as suas interações (Tye-Murray, 2024).

O avanço das políticas de rastreio, de diagnóstico e de intervenção precoces, aliado ao desenvolvimento tecnológico, veio, em grande medida, favorecer a integração das crianças surdas através de potentes dispositivos de tecnologia auditiva e da possibilidade de aceder a profissionais de saúde especializados de forma remota, nomeadamente, através da teleprática. A teleprática – a prestação de serviços de terapia da fala à distância – tem vindo a destacar-se como uma abordagem emergente. No contexto da surdez pediátrica, para que a teleprática seja implementada de forma eficaz e segura, é fundamental que as decisões clínicas sejam guiadas pela Prática Baseada na Evidência (PBE)<sup>3</sup>. Quando o Terapeuta da Fala (TF) atua com base na PBE pode tomar decisões informadas e fornecer serviços de alta qualidade (American Speech-Language-Hearing Association [ASHA], 2005; ASHA e, s.d.), neste caso a prestação de serviços por teleprática ajustada às necessidades e escolhas da família da criança com surdez, promovendo, assim, resultados mais eficazes e personalizados.

Neste contexto, o presente estudo pretende fazer um levantamento sobre este modelo de prestação de serviços em Portugal, descrevendo como é percecionada a aplicação da teleprática na surdez pediátrica, tanto por TF como por famílias.

---

<sup>3</sup> A PBE, conforme definida pela *American Speech-Language-Hearing Association* (ASHA), consiste na integração da experiência clínica, que inclui o conhecimento, julgamento e raciocínio crítico adquiridos ao longo da formação e experiência profissional; da melhor evidência disponível, tanto através de literatura científica (evidência externa) como dos dados específicos do cliente (evidência interna); e das perspetivas do cliente e da sua família, que englobam as suas circunstâncias pessoais e culturais, valores, prioridades e expectativas (ASHA, 2005; ASHA e, s.d.).



Será realizado um enquadramento teórico onde são explorados os conceitos importantes e a evidência científica que sustenta o desenvolvimento deste estudo.

O termo “surda” será usado para se referir a uma criança identificada com qualquer grau ou tipo de surdez, podendo ser congénita ou adquirida, unilateral ou bilateral.

Os termos “família” e “cuidadores” serão utilizados para referir a mãe, o pai, os avós ou outros adultos próximos que assumem a responsabilidade de educar a criança.

O termo “audição típica” significa que os limiares auditivos estão dentro do espectro típico (normal), tanto para a criança como para o adulto.

## 1.1. Surdez em idade pediátrica

Os princípios emanados pelo *Joint Committee on Infant Hearing* (JCIH), pelo *Family-Centered Early intervention of Deaf and Hard of Hearing* (FCEI-DHH), pela *American Speech-Language-Hearing Association* (ASHA) e pela *World Health Organization* (WHO) (Organização Mundial de Saúde - OMS) com foco nas melhores práticas e orientações para o rastreio, o diagnóstico e a intervenção precoces para crianças surdas e intervenções centradas na família são referências importantes tanto para clínicos como para investigadores<sup>4</sup>. Neste estudo, onde se procura a melhor evidência, estes princípios são fundamentais.

A audição é a base para o desenvolvimento da escuta, da fala e da linguagem. Na criança surda, a privação auditiva é uma emergência neurológica (J. R. Madell & Hewitt, 2023).

Para a OMS, a surdez em idade pediátrica é uma questão de saúde pública (WHO, 2021).

### 1.1.1. Caracterização e etiologia

A surdez na criança é considerada uma condição de baixa incidência por ser relativamente pouco frequente (Spencer & Marschark, 2010) quando comparada com outras patologias pediátricas. Segundo os dados mais recentes da OMS, no relatório “*World Report on Hearing*”, a prevalência

---

<sup>4</sup> Tanto o JCIH quanto o FCEI-DHH enfatizam a identificação atempada e a centralidade do envolvimento familiar (c Moeller et al., 2024; JCIH, 2019). O JCIH mantém um foco mais técnico e estruturado (JCIH, 2019), enquanto o FCEI-DHH sublinha a necessidade de apoio adequado, emocional e educacional, para a família (Moeller, Gale, et al., 2024b). O JCIH, embora seguido internacionalmente, tem o seu foco principal no sistema de saúde dos Estados Unidos da América, com recomendações adaptadas às especificidades desse contexto, dedicando-se a promover o rastreio auditivo neonatal universal e a garantir o diagnóstico e a intervenção atempados (JCIH, 2019). Por outro lado, o FCEI-DHH foi concebido numa perspetiva global e cooperativa, reunindo especialistas e famílias de diferentes países, com o objetivo de promover uma abordagem adaptável a vários contextos internacionais, incluindo aqueles com recursos mais limitados. Empenha-se em colocar a família no centro da intervenção, numa abordagem mais sensível e flexível culturalmente (Moeller, Gale, et al., 2024b).



da surdez é de, aproximadamente, entre 1 a 3 crianças com surdez bilateral impactante a cada 1000 nascimentos (WHO, 2021).

A surdez pode ser consequência de problemas no ouvido (externo, médio e/ou interno), no oitavo par craniano e/ou no sistema auditivo central (ASHA, s.d.-e). Pode ser unilateral, quando presente só num ouvido, ou bilateral, quando afeta os dois ouvidos; simétrica, se o grau e a configuração da surdez são semelhantes em ambos os ouvidos, ou assimétrica, se o grau e a configuração são diferentes; flutuante, quando a surdez se altera (para melhor ou pior) ou estável, se permanece igual ao longo do tempo; progressiva, que significa que a surdez vai piorando gradualmente, ou de início súbito, se acontece rapidamente (ASHA, 2023b); e congénita, se está presente no nascimento, ou adquirida, se ocorre após o nascimento.

A surdez pode ser caracterizada de acordo com o local da lesão (tipo de surdez) em: surdez de condução, quando envolve o ouvido externo e médio; surdez sensorineural, quando há danos nas células ciliadas da cóclea do ouvido interno ou a causa está localizada na via auditiva central; e surdez mista, quando há compromisso de condução e sensorineural (ASHA, s.d.-e).

O grau de surdez refere-se à gravidade da perda, da sensibilidade auditiva (Bradham & Houston, 2015). Para determinar o grau são avaliados os limiares auditivos através da intensidade sonora, percebida (Decibéis, dB), utilizando uma escala de nível de audição (Hearing Level, HL), em várias frequências (Hertz, Hz). O grau é atribuído com base no cálculo da Perda Tonal Média (PTM) das várias frequências avaliadas (ASHA, 2023; Bradham & Houston, 2015; Madell & Hewitt, 2023). Para quantificar o grau de surdez são avaliados os limiares auditivos sem amplificação.

Existem várias classificações de graus de surdez, usadas tanto por clínicos como por investigadores. Em Portugal, a comumente usada é a do Bureau International d'Audiophonologie (BIAP, 1996). Autores como Clark (1981, citado por ASHA, 2023) e Northern e Downs (1991, citados Madell & Hewitt, 2023) sugeriram outras classificações para a avaliação da criança por considerarem que a surdez tem um impacto maior na criança do que no adulto, pois esta ainda está a desenvolver fala e linguagem (Madell & Hewitt, 2023). Nestas classificações são definidos limiares auditivos ligeiramente diferentes (Gifford et al., 2009; WHO, 2021).

As várias classificações são amplamente usadas. No entanto, diversos autores que atuam na área da surdez pediátrica, tais como Florida Department of Health (2002), Gifford e colaboradores (2009), Bradham e Houston (2015), Estabrooks e colaboradores (2020), ASHA (2023) e Madell e Hewitt (2023), usam caracterizações de graus de surdez que consideram perda de audição mínima (16 a 25 dB HL).



A tabela 1 apresenta as três classificações nomeadas.

Tabela 1: Classificações de graus de surdez

Graus de surdez	BIAP (1996)	Clark (1981)	Northern e Downs (1991)
	Intervalo dos limiares auditivos (dB HL)		
audição típica	não ultrapassa os 20	- 10 a 15	0 a 15
surdez mínima /ligeira (perda de audição mínima)	-	16 a 25	16 a 25
surdez leve/ligeira	21 a 40	26 a 40	26 a 40
surdez moderada	grau I: 41 a 55 grau II: 56 a 70	41 a 55	41 a 55
surdez moderadamente severa	-	56 a 70	56 a 70
surdez severa	grau I: 71 a 80 grau II: 81 a 90	71 a 90	71 a 90
surdez profunda	grau I: 91 a 100 grau II: 101 a 110 grau III: 111 a 119	91 ou superior	91 ou superior
surdez total	120 ou superior	-	-

Na classificação do BIAP, quando a perda não ultrapassa os 20dB a audição é considerada típica e sem impacto social. Nas duas outras classificações a audição típica é definida até aos 15dB (gama onde se pode detetar todos os aspetos da fala) e é adicionado o grau de perda de audição mínima, compreendido entre os 16dB e os 25dB. É sublinhado que com este défice na audição existe a possibilidade de ser perdida até 10% da informação da mensagem oral, podendo surgir respostas desadequadas e a interação social com os pares ser afetada (Gifford et al., 2009).

A valorização desta perda mínima, que não consta na caracterização do BIAP, está em consonância com vários estudos que enfatizam a necessidade de maior acesso auditivo, maior audibilidade, na criança do que no adulto. Argumentam que o que é tido como audição típica no adulto é insuficiente para um pleno desenvolvimento da escuta e da linguagem na criança (Bradham & Houston, 2015; Estabrooks et al., 2020; Florida Department of Health, 2002; Madell & Hewitt, 2023; Northern & Downs, 2014), devendo esta ter acesso a limiares auditivos entre os - 10 e os 15dB (E. Cole & Flexer, 2020; Estabrooks et al., 2020; Flexer, 2012).

A figura 1 e 2 representam a importância da valorização da surdez mínima segundo Jerry Northern e Marion Downs no livro *Hearing in children* (Northern & Downs, 2002, p.15).





Figura 1: Ilustração do possível impacto da não valorização da surdez mínima



Figura 2: Ilustração do possível impacto da valorização da surdez mínima



É importante que todos os quadros de surdez sejam valorizados, mesmo quando se trata de surdez temporária, ligeira ou unilateral (JCIH, 2019). Estudos recentes, indicam que a prevalência da surdez pediátrica unilateral (tanto congénita quanto adquirida) em crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 19 anos é de aproximadamente 14% (Santopietro et al., 2024). Outra variável importante a ter em consideração na surdez em idade pediátrica é a sua etiologia. Durante o período pré-natal pode ser causada por fatores genéticos, incluindo surdez hereditária e não hereditária, ou infeções intrauterinas, como rubéola e infeção por citomegalovírus. No período perinatal pode resultar de asfíxia, hiperbilirrubina, peso baixo à nascença ou outras morbidades perinatais e a sua respetiva gestão. Na infância e adolescência, a surdez pode aparecer fruto de infeções crónicas do ouvido, acumulação de fluido no ouvido e meningite (entre outras infeções). Ao longo do crescimento podem surgir outras causas, tais como: trauma no ouvido ou na cabeça, exposição a ruído alto, medicamentos ototóxicos, deficiências nutricionais e infeções virais. As causas genéticas representam cerca de 50% dos casos de surdez pediátrica (JCIH, 2019; J. Madell et al., 2019) e estão muitas vezes ligadas a síndromes que também podem envolver outras patologias, como problemas renais, cardíacos ou visuais (JCIH, 2019). Alguns síndromes conhecidos que podem apresentar surdez como uma das suas características são o síndrome de Down, de Usher, de Treacher Collinse, de Crouzon, de Waardenburg e o síndrome de Alport (ASHA, s.d.-e, s.d.-c, s.d.-d; WHO, 2021).

A pesquisa da etiologia da surdez pode ajudar a identificar possíveis riscos para outros problemas de saúde ou de desenvolvimento e pode nortear, nomeadamente, a periodicidade da monitorização dos níveis de audição e do progresso da criança (Bradham & Houston, 2015).

Outra informação crucial para a equipa multidisciplinar que acompanha a criança surda e a sua família é a existência de patologias associadas, nomeadamente as perturbações do neurodesenvolvimento. As mais frequentemente relacionadas com a surdez pediátrica incluem as perturbações do espectro do autismo, do desenvolvimento intelectual, de hiperatividade e



défice de atenção, bem como perturbações específicas da aprendizagem e motoras. Muse et al. (2013), no suplemento aos princípios emanados pelo JCIH em 2007 (Busa et al., 2007), amplamente citado na literatura, estimam que cerca de 35% a 40% das crianças surdas apresentam comorbilidades. Estes valores sublinham a importância de uma abordagem multidisciplinar, de uma identificação atempada e de uma intervenção ajustada às necessidades específicas da criança surda e da sua família (JCIH, 2019; Szarkowski, Moeller, et al., 2024; Yoshinaga-Itano, 2023, 2023).

### **1.1.2. Diagnóstico e intervenção precoces**

A identificação precoce e precisa da surdez juntamente com uma intervenção eficaz e atempada são fatores determinantes para maximizar o potencial de uma criança (Bradham & Houston, 2015; JCIH, 2019).

Segundo a OMS (WHO, 2010, 2021), cerca de 0,5 a 5 em cada 1000 bebés nascem com surdez sensorineural severa a profunda ou desenvolvem-na na infância. A surdez pode afetar as crianças numa fase de desenvolvimento posterior se intervenções apropriadas e atempadas não forem implementadas durante o período crítico do desenvolvimento auditivo central. Assim, a deteção precoce é essencial para garantir que bebés surdos tenham oportunidades iguais aos seus pares com audição típica.

Programas de Rastreio Auditivo Neonatal Universal (RANU) têm permitido a identificação de perdas auditivas nos primeiros meses de vida, agilizando o processo de diagnóstico, amplificação sonora e o início da intervenção. Tanto a OMS (WHO, 2010, 2021) como o JCIH (2019) e o FCEI-DHH (Szarkowski et al., 2024) recomendam o RANU para que a perda auditiva seja identificada e intervencionada o mais cedo possível.

Importa referir que o rastreio é apenas o primeiro passo para alcançar bons resultados e ajudar as crianças surdas a atingirem o seu potencial (White, 2022; WHO, 2010). Para ser eficaz, o rastreio deve integrar um programa que promova a deteção precoce, com diagnóstico atempado, intervenção auditiva adequada e programas de apoio familiar, nomeadamente o contacto das famílias de crianças surdas com outras famílias que passaram por experiências semelhantes, preferencialmente de contextos culturais e socioeconómicos próximos (Szarkowski et al., 2024; JCIH, 2019; WHO, 2010; WHO, 2021). Estes programas devem ser centrados na família, respeitando os seus direitos e a sua privacidade, através da escolha informada, decisão partilhada e consentimento parental (JCIH, 2019; Muse et al., 2013).



Com a deteção precoce de problemas auditivos, através do RANU, é possível iniciar intervenções que minimizem o impacto da surdez, em períodos críticos de máxima plasticidade cerebral, promovendo o sucesso no desenvolvimento da linguagem e da comunicação. Os primeiros anos de vida correspondem a um período de desenvolvimento cerebral acelerado, essencial para a formação de sinapses, nomeadamente das áreas auditiva e linguística (Flexer, 2012; Foust & Hoffman, 2022). A formação de sinapses acontece maioritariamente até aos três anos de idade e a quantidade de estímulos recebidos pela criança, incluindo auditivos, tem um impacto direto no número de sinapses formadas, reforçando a necessidade de intervenção precoce na área da audição, fala e linguagem (Foust & Hoffman, 2022).

Após o diagnóstico, o uso de próteses auditivas é uma intervenção crucial para potenciar a frequente presença de audição residual, sendo a adaptação das mesmas recomendada no prazo de um mês após a confirmação da surdez (Foust & Hoffman, 2022; JCIH, 2019). Nos casos em que a surdez é profunda e que o uso de próteses auditivas não apresenta benefício, pode ser considerada a colocação de implantes cocleares, desde que cumpridos critérios específicos bem definidos. Em Portugal estes critérios estão descritos na norma nº 018/2015 da Direção-Geral da Saúde, atualizada em 2017, relativa à avaliação de candidatos a implante coclear (Norma nº 018/2015, 2015).

Adicionalmente, a OMS (WHO, 2021), o JCIH (2019) e o FCEI-DHH (Szarkowski et al., 2024) reforçam a necessidade de acesso a profissionais com formação especializada para apoiar as famílias desde o diagnóstico, esclarecendo dúvidas sobre tecnologia auditiva, escolhas comunicativas e aspetos clínicos relevantes.

A deteção e a intervenção precoces são, assim, fundamentais para minimizar os impactos da surdez no desenvolvimento da criança.

Em Portugal, o Grupo de Rastreio e Intervenção da Surdez Infantil (GRISI) recomenda, no âmbito do RANU, a realização do rastreio à nascença ou, no máximo, até aos 30 dias, a confirmação diagnóstica até aos 3 meses e o início da intervenção até aos 6 meses (GRISI, 2007). Estas orientações estão alinhadas com a meta 1-3-6 – rastreio até ao primeiro mês, diagnóstico audiológico até aos três meses e início da intervenção até aos seis meses – proposta pelo JCIH nas suas recomendações de 2000, 2007 e 2019 (Busa et al., 2007; Finitzo et al., 2000; JCIH, 2019). Em 2019, o JCIH reafirma a meta 1-3-6 como padrão mínimo e propõe uma meta mais ambiciosa – 1-2-3 – para contextos em que a meta anterior já seja cumprida: rastreio até ao primeiro mês, diagnóstico até ao segundo mês e início da intervenção até ao terceiro mês de vida da criança (JCIH, 2019). A antecipação destas etapas é essencial para assegurar um acesso



auditivo consistente durante o período de máxima plasticidade do cérebro auditivo, fator determinante para o desenvolvimento da escuta e da linguagem oral (Cole & Flexer, 2020).

A maioria das crianças com surdez beneficia significativamente de acesso precoce e adequado a tecnologia auditiva<sup>5</sup> - próteses auditivas, implantes cocleares, osteointegrados ou de tronco cerebral (menos comum), bem como da integração em contextos educativos que respondam às suas necessidades específicas (GRISI, 2007). Adicionalmente, e se necessário, deverão ter acesso a tecnologia de apoio à escuta, nomeadamente, a microfones remotos, que são especialmente úteis em ambientes com ruído ou à distância (JCIH, 2019). Paralelamente, a importância do contacto com outras famílias com experiências similares é reconhecida, ajudando a fortalecer o apoio emocional e social às famílias recém-diagnosticadas (WHO, 2021).

De facto, a melhoria do desenvolvimento da linguagem, da fala e do desempenho académico e social das crianças está diretamente associada à eficácia dos programas de deteção e intervenção precoces (GRISI, 2007; JCIH, 2019; WHO, 2021).

Neste âmbito, é importante destacar que, ao contrário da prática habitual em muitas áreas da saúde, na surdez pediátrica é considerada fundamental a intervenção colaborativa entre diferentes especialidades (Bradham & Houston, 2015) e destas com a família (JCIH, 2019; Moeller et al., 2013, 2024; Szarkowski et al., 2024).

Assim, a equipa que avalia e faz o acompanhamento de uma criança surda deve focar-se no seu desenvolvimento global — emocional, cognitivo, social e de comunicação — e ser multidisciplinar, incluindo pediatras, otorrinolaringologistas, audiologistas, enfermeiros, TF, professores de surdos e psicólogos (entre outros) (Foust & Hoffman, 2022; GRISI, 2007), garantindo que a criança recebe intervenção precoce e individualizada (JCIH, 2019). As equipas devem orientar-se por PBE, atuar respeitando a língua e as crenças culturais da família (JCIH, 2019) e dispor de competências especializadas que garantam a orientação, apoio e intervenção adequados (JCIH, 2019; Moeller et al., 2013, 2024).

A identificação precoce iniciada com o RANU, aliada ao acesso a tecnologia auditiva de excelência e a uma equipa especializada, permite que as crianças surdas aprendam em conjunto com os seus pares com audição típica (Madell & Hewitt, 2023) e desenvolvam competências linguísticas comparáveis (WHO, 2021). Desta forma, quando o objetivo da família é promover o desenvolvimento da criança através da audição, deve ser incentivado o uso consistente de tecnologia auditiva e a exposição contínua, rica e abundante da criança a experiências de escuta

---

<sup>5</sup> Sejam próteses auditivas, implantes cocleares, osteointegrados ou de tronco cerebral (GRISI, 2007).



e de linguagem oral. Iniciar este processo o mais precocemente possível tende a traduzir-se em melhores resultados (Yoshinaga-Itano, 2023).

### **1.1.3. Impacto no desenvolvimento da criança e na família**

As crianças com audição típica começam a ouvir desde as 20 semanas de gestação e, após o nascimento, estão ligadas auditivamente ao mundo que as rodeia, 24 horas por dia. Já as crianças que nascem com surdez experienciam privação auditiva ainda no útero. As experiências auditivas na infância são cruciais para o desenvolvimento da criança, pelo que a identificação precoce desta condição é urgente (Madell & Hewitt, 2023).

O tempo é um fator decisivo. A exposição auditiva precoce não só permite que os bebés se liguem ao mundo, como também possibilita a criação, logo na infância, de uma base auditiva sólida — que sustenta o desenvolvimento da linguagem, servindo de alicerce para a leitura e para as demais aprendizagens (Cole & Flexer, 2020; Madell & Hewitt, 2023).

Como já foi referido, a surdez pediátrica não intervencionada pode acarretar sérias dificuldades no desenvolvimento da linguagem, no desempenho académico e na integração social (WHO, 2021). Assim, colocar estas crianças a ouvir e a escutar é fundamental.

Ouvir e escutar são processos diferentes e sequenciais. É preciso ouvir para escutar. Ouvir é um processo passivo, que não exige esforço consciente, e corresponde ao acesso do cérebro ao som; escutar, por sua vez, é um processo ativo que requer atenção e esforço cognitivo para processar e compreender o significado das palavras, do tom e do contexto (Madell et al., 2019). Ouvir é um sentido; escutar é uma capacidade aprendida. Ouvir é a capacidade física de detetar o som, enquanto escutar é a capacidade de interpretar e compreender o que é ouvido. Ambas são cruciais para uma comunicação eficaz (Beck & Flexer, 2011).

Compreender esta distinção é fundamental, sobretudo no contexto da surdez pediátrica, pois sublinha a necessidade de uma intervenção que vá além da simples adaptação de tecnologia auditiva. A escuta exige prática, apoio, interação e linguagem significativa — elementos que só se constroem em contextos relacionais ricos e responsivos.

A capacidade de ouvir é essencial para o desenvolvimento da linguagem, pois é através da audição que a criança adquire os sons da fala, o vocabulário e a estrutura gramatical. Por isso, qualquer limitação auditiva pode afetar significativamente o seu desenvolvimento, mesmo que a perda seja ligeira ou unilateral. Importa sublinhar que qualquer perda auditiva, independentemente do grau, impacta no acesso do cérebro à informação sonora e, por consequência, no desenvolvimento da escuta, da linguagem e da comunicação. Assim, qualquer



perda auditiva na infância deve ser valorizada e acompanhada de forma adequada (ASHA, 2023b; Cole & Flexer, 2020).

Tal como referido anteriormente, a criança deve conseguir ouvir abaixo dos 15 dB HL para ter acesso a todos os sons da fala, em todas as frequências, e em ambos os ouvidos – mesmo em situações de fala de intensidade suave (Cole & Flexer, 2020). Ainda assim, estas condições ideais não garantem, por si só, um acesso eficaz à informação verbal em todos os contextos auditivos. A criança pode ouvir bem no silêncio ou numa conversa a dois e próxima, mas apresentar dificuldades de compreensão à distância ou em ambientes com ruído de fundo, como creches e salas de aula. A compreensão da fala no ruído é uma das tarefas mais exigentes para o cérebro. Mesmo perdas auditivas mínimas (entre 15 e 25 dB HL) podem comprometer a compreensão da fala a baixa intensidade e em ambientes ruidosos, a deteção de marcadores gramaticais subtis e a participação em interações sociais espontâneas (Cole & Flexer, 2020). O impacto da perda auditiva é particularmente evidente em situações de escuta desafiadoras – como à distância ou em ambientes ruidosos. Esta limitação pode resultar num maior esforço para captar e processar a informação auditiva, conduzindo a níveis aumentados de cansaço (ASHA, 2023b; Kay-Rivest et al., 2022; Santopietro et al., 2024). O esforço acrescido para ouvir nestas situações, causando cansaço, pode afetar a aprendizagem em contexto escolar, o que reforça a importância de otimizar os ambientes auditivos (Cole & Flexer, 2020).

Quando a surdez é unilateral, as crianças apresentam um risco acrescido de dificuldades no desenvolvimento da fala e da linguagem, bem como no desempenho académico e nas interações sociais, quando comparadas com os seus pares com audição típica (ASHA, 2023b; Kay-Rivest et al., 2022; Santopietro et al., 2024).

O impacto da surdez varia consoante as diferentes configurações do audiograma<sup>6</sup> (Rotfleisch, 2023). Estas refletem a forma como a audição é afetada nas várias frequências, o que, por sua vez, influencia diretamente a perceção de sons específicos e, conseqüentemente, o desenvolvimento da escuta, da linguagem e da fala. Numa configuração onde há maior impacto (limiares auditivos mais baixos) nas frequências altas, a criança consegue ouvir sons graves, como algumas vogais, mas tem dificuldade em perceber sons agudos, como as fricativas (/s/, /f/) e algumas oclusivas (/t/, /p/). Quando as frequências médias e altas estão mais afetadas, mas as frequências baixas estão preservadas, a criança pode detetar sons graves, mas tem muita

---

<sup>6</sup> As configurações, ou perfis da surdez, referem-se aos graus (limiares auditivos) e ao padrão da perda (ou forma) em várias frequências (de tons puros) representados num gráfico chamado audiograma (ASHA, 2023b)(Baldwin et al., 2010; Hall, 2014; Kramer & Brown, 2019, citados por Cole & Flexer, 2020).



dificuldade em ouvir a maior parte dos sons da fala, especialmente aqueles presentes nas frequências mais altas, que são cruciais para a inteligibilidade da fala. Se a configuração indicar maior perda nas frequências médias, a criança pode ter dificuldades em perceber sons como as vogais e algumas consoantes predominantes nas frequências médias, embora as frequências graves e agudas possam estar mais preservadas. Por outro lado, numa configuração em que há uma perda mais acentuada nas frequências graves, enquanto as frequências altas são preservadas, a criança pode ter dificuldade em perceber sons graves, como algumas vogais, mas é capaz de ouvir sons agudos, como as fricativas, com relativa clareza (Rotfleisch, 2023).

Além disso, as configurações do audiograma podem, ainda, sugerir a etiologia da surdez (Baldwin et al., 2010; Hall, 2014; Kramer & Brown, 2019, citados por Cole & Flexer, 2020).

Outros dois fatores de grande relevância na avaliação do impacto da surdez no desenvolvimento da criança são o tempo de privação auditiva e o tempo de acesso efetivo à audição – a idade auditiva. Esta é uma medida de extrema importância, pois corresponde ao momento em que a criança passou a ter acesso auditivo íntegro ao espectro da fala – um requisito absolutamente essencial para o desenvolvimento da escuta e da linguagem oral. Idade auditiva refere-se ao tempo decorrido desde que a criança começou a ouvir de forma significativa, independentemente da sua idade cronológica. Estas duas variáveis – a idade cronológica e a idade auditiva – são fundamentais para compreender o percurso de desenvolvimento auditivo da criança (Cole & Flexer, 2020; Flexer & Madell, 2008, 2011; Melo et al., 2025).

Para além das características da surdez, importa considerar o contexto relacional e familiar da criança. O impacto da surdez não é unicamente técnico ou clínico: é vivido no quotidiano da família, que é chamada a desempenhar um papel ativo no processo de intervenção (Yoshinaga-Itano, 2023). O impacto da surdez na criança não se esgota nas dificuldades auditivas ou no atraso no desenvolvimento da linguagem. Com o tempo, estas limitações podem desencadear efeitos acumulativos em múltiplas áreas do desenvolvimento, nomeadamente na cognição, na aprendizagem, nas competências sociais e na autoestima.

Quando não identificada ou devidamente acompanhada, a surdez compromete a aquisição de conhecimentos fundamentais e pode gerar frustração e insegurança na criança, sobretudo em contextos onde a comunicação é essencial, como a escola ou os momentos de interação com os pares (Cole & Flexer, 2020). Estes efeitos não ocorrem de forma isolada – refletem-se, inevitavelmente, na dinâmica emocional, relacional e funcional da família.

Importa realçar que, na criança, a ausência de estimulação auditiva provocada por uma surdez não intervencionada – mesmo que ligeira – resulta, ao longo do tempo, numa perda cumulativa de



conhecimento (Cole & Flexer, 2020). A surdez em idade pediátrica tem impacto não só no desenvolvimento da criança, mas também na dinâmica da sua família.

Esta realidade traz desafios acrescidos à família, que muitas vezes se vê confrontada com sentimentos de insegurança, medo e impreparação face ao desconhecido. Receber o diagnóstico de surdez pode alterar profundamente as expectativas da família em relação ao desenvolvimento e ao futuro da criança, levando-a a reavaliar papéis, estratégias de comunicação e decisões educacionais (Brazorotto et al., 2024; Szarkowski, Moeller, et al., 2024).

A maioria das crianças surdas – cerca de 95% – nasce em famílias com audição típica e que comunicam oralmente. É, por isso, expectável que desejem que a criança também escute e fale (ASHA, s.d.; Cole & Flexer, 2020). Quando a família recebe o diagnóstico de surdez, pode passar por um processo emocional semelhante às cinco fases do luto descritas por Elisabeth Kübler-Ross<sup>7</sup>. Vários sentimentos podem emergir à medida que a família tenta processar o diagnóstico: a negação, em que inicialmente pode rejeitar a realidade da surdez; a raiva, que resulta da frustração perante a irreversibilidade da situação; a negociação, quando procura formas de alterar essa condição; a depressão, ao confrontar-se com o impacto da perda nas expectativas para o futuro; e, por fim, a aceitação, fase em que começa a adaptar-se e a focar-se nas potencialidades da criança. Este processo emocional constitui uma parte essencial da adaptação à nova realidade (Kessler & Kübler-Ross, 2005; Kübler-Ross, 1969), e não deve ser apressado. É necessário tempo para que a família compreenda que as emoções vivenciadas irão, eventualmente, atenuar-se. Gradualmente, perceberá a normalidade do seu bebé e aceitá-lo-á tal como ele é. A aceitação desta nova realidade é possível e necessária para o bem-estar emocional da criança e da família (Moeller, Gale, et al., 2024b; Szarkowski, Moeller, et al., 2024). Nesta fase, e à medida que surgem novos desafios e reajustes, os profissionais que acompanham a família assumem um papel fundamental. As abordagens atuais, que colocam a família no centro de todo o processo de intervenção, destacam a importância de garantir um apoio emocional e educacional adequado à mesma (JCIH, 2019; Szarkowski et al., 2024; Yoshinaga-Itano, 2023). Este processo deve basear-se em informações claras e imparciais, ser contínuo e flexível, ajustado às necessidades da criança e da família (Moeller et al., 2013) e sensível às diferenças, nomeadamente, culturais,

---

<sup>7</sup> Elisabeth Kübler-Ross foi uma psiquiatra suíça que desenvolveu o modelo das cinco fases do luto – negação, raiva, negociação, depressão e aceitação – originalmente concebido para descrever o processo de luto face à morte (1969). Com o tempo, passou a ser aplicado a outras formas de perda, como as perdas simbólicas. Diagnósticos que alteram profundamente as expectativas parentais – como a surdez infantil – podem desencadear um processo de luto pela “perda” do filho idealizado. A família passa por estas fases à medida que se ajusta a esta nova realidade. Tal como no luto pela morte, estas fases não ocorrem de forma linear e variam consoante a experiência emocional de cada indivíduo.





garantindo que as preferências e os valores da família são respeitados ao longo do tempo (Moeller, Gale, et al., 2024b). À medida que as necessidades tanto da criança como da família se alteram, as decisões devem refletir essa mudança. É essencial que a família seja apoiada ao longo de todo o seu percurso (Moeller et al., 2013; Moeller, Gale, et al., 2024b; Szarkowski, Birdsey, et al., 2024).

A compreensão do impacto emocional da surdez na família permite lançar as bases para uma intervenção verdadeiramente centrada na criança e na família.

#### **1.1.4. Papel do terapeuta da fala**

Na área de surdez pediátrica, o TF é o especialista responsável em orientar o desenvolvimento da comunicação, escuta, linguagem e fala afetadas pela surdez (ASHA, 2016a; Szarkowski, Moeller, et al., 2024).<sup>8</sup> Deve ter as qualificações e os conhecimentos adequados para otimizar o desenvolvimento da criança e o bem-estar da família. Colabora e apoia famílias e educadores na promoção das capacidades da criança e no desenvolvimento de estratégias eficazes de comunicação, integrando equipas multidisciplinares com outros profissionais (Hudson & DeRuiter, 2021). É recomendado que estas equipas, que apoiam a família, sejam formadas por profissionais com elevados níveis de competências e conhecimentos especializados, de forma a apoiar a família na promoção do desenvolvimento auditivo, linguístico e comunicativo da criança (JCIH, 2019; Moeller et al., 2013; Moeller, Gale, et al., 2024a; WHO, 2021). Estes profissionais devem ter competências específicas na área de intervenção precoce e no apoio à criança surda e à sua família. Além das competências técnicas, qualidades como empatia, integridade e compromisso são cruciais para garantir um apoio de qualidade e culturalmente relevante (Moeller, Gale, et al., 2024a; Szarkowski, Moeller, et al., 2024).

Garantir que a família está devidamente apoiada e informada e que existe uma abordagem em equipa, com uma comunicação eficiente entre os vários ambientes da criança (familiar, escolar e

---

<sup>8</sup> O TF, especialista em comunicação, trabalha na prevenção, avaliação, diagnóstico e tratamento de distúrbios da fala, linguagem, comunicação social, comunicação cognitiva e deglutição, com pessoas de todas as idades, desde bebés até adultos (ASHA, s.d.-g, s.d.-i). A Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala (APTF) é a principal entidade de autorregulação profissional e estabelece as normas éticas e deontológicas da profissão (APTF, 1999b, 1999a), promovendo o aperfeiçoamento dos profissionais e assegurando a qualidade dos serviços prestados (APTF, s.d.). A Sociedade de Terapia da Fala (SPTF) “é uma associação de carácter científico que tem como objeto principal a promoção, o desenvolvimento e a divulgação de atividades de investigação científica na área da terapia da fala. A SPTF estimula o pensamento crítico e considera que a investigação é a oportunidade para a colaboração a nível nacional e internacional, para a promoção do conhecimento em Terapia da Fala” (SPTF, s.d.).

Em conformidade com normas nacionais e internacionais, como as da ASHA, na área da audição, os TF intervêm no desenvolvimento de capacidades de fala, linguagem, comunicação e audição afetadas pela surdez, assim como no tratamento de dificuldades de processamento auditivo (ASHA, 2016a).



de saúde), proporcionará uma base sólida para apoiar as necessidades únicas da criança, promovendo o seu crescimento e desenvolvimento nas oportunidades de aprendizagem do seu quotidiano (Bradham & Houston, 2015), e pode trazer benefícios positivos a longo prazo, tanto para a criança surda como para a própria família (Yoshinaga-Itano, 2023). Uma avaliação e uma intervenção eficazes junto da criança surda exigem a cooperação ativa de vários profissionais e da própria família (Bradham & Houston, 2015; Yoshinaga-Itano, 2023).

Como já referido, a maioria das famílias de crianças surdas têm audição típica e, naturalmente, quando procuram acompanhamento em terapia da fala têm como expectativa que a sua criança venha a escutar e falar. Apoiar a família nesse percurso exige um acompanhamento atento, consistente e dedicado (Flexer & Madell, 2008). O diagnóstico de surdez confronta a família com um mundo novo, repleto de informações e pessoas desconhecidas (Hull, 2021). As expectativas que tinha em relação à criança transformam-se e, com elas, altera-se o equilíbrio da família e a sintonia nas suas relações (Brazorotto et al., 2024).

É crucial garantir acompanhamento contínuo e especializado à família. Esta dispõe de pouco tempo para tomar decisões importantes, muitas vezes baseando-se nas recomendações de diversos profissionais. Neste contexto, ao ver o TF como um “especialista”, frequentemente espera que seja ele a tomar as decisões. No entanto, o papel do TF não é decidir pela família, mas sim ajudá-la a sentir-se suficientemente informada e confiante para tomar as suas próprias decisões. Nesta fase, o TF deve fornecer informação clara, apoio emocional (Hull, 2021), escutar com empatia e evitar qualquer forma de julgamento (Martindale, 2023). Tal como sublinha Houston (2015), o TF não deve tomar decisões pela família, mas sim capacitá-la, sempre com respeito pelas suas escolhas e ajudando-a a encontrar o seu próprio caminho.

Tem-se verificado uma tendência crescente das famílias para escolher abordagens centradas na escuta e na linguagem oral (Cole & Flexer, 2020), sobretudo quando têm acesso a profissionais especializados, como o TF (Behl et al., 2017). No entanto, é importante sublinhar que esta nem sempre é a opção da família e que não é, necessariamente, a mais adequada para todas as crianças. Fatores como a idade aquando do diagnóstico, a idade de início do uso de tecnologia auditiva, a dinâmica familiar ou a presença de outras patologias podem influenciar essa decisão. Comorbilidades adicionam desafios à surdez criando, normalmente, mais barreiras ao desenvolvimento da criança (Nelson & Bruce, 2019). Na presença destes fatores, podem revelar-se mais apropriadas outras formas de comunicação, como a língua gestual, a fala codificada (*cued speech*), estratégias de comunicação aumentativa ou uma combinação destas abordagens,



consoante as necessidades específicas da criança e opções da família (JCIH, 2019; Nelson & Bruce, 2019; Yoshinaga-Itano, 2023; Young & Kirk, 2016)

Independentemente da abordagem escolhida pela família, e de acordo com as orientações do JCHL (2019), o TF deve apoiá-la, orientá-la e guiá-la ao longo de todo o processo, reconhecendo-a como verdadeira parceira no desenvolvimento da criança (Bradham & Houston, 2015; Martindale, 2023).

Quando a abordagem escolhida visa o desenvolvimento da linguagem através da escuta, e a intervenção é centrada na família, o TF concentra-se em potenciar as capacidades desta através de orientação (*coaching*), promovendo o desenvolvimento da criança (Bradham & Houston, 2015). Esta abordagem envolve a incorporação natural da escuta e da linguagem no quotidiano familiar (Martindale, 2023).

Martindale (2023) enfatiza aspetos cruciais que o TF deve considerar não apenas para aumentar a eficácia da intervenção, mas também para apoiar a família a tornar-se mais confiante e informada, adaptando-se às necessidades únicas da criança. É essencial que o TF conheça e valorize as rotinas familiares, uma vez que é a família quem passa mais tempo com a criança. Além disso, é importante considerar a forma como cada membro da família aprende. A aquisição de conhecimento nos adultos e nas crianças é diferente, e os estilos de aprendizagem podem não coincidir com o do próprio TF (Bradham & Houston, 2015). Por isso, o profissional deve ajustar a forma como comunica, ensina e apoia, respeitando o ritmo, o estilo e as necessidades de aprendizagem da família (Martindale, 2023).

Cabe também ao TF partilhar com a família conhecimento sobre os marcos do desenvolvimento típico das crianças, nas suas várias áreas, bem como estratégias ajustadas a cada fase do desenvolvimento, para que possam ser integradas nas atividades quotidianas (Behl et al., 2017). O TF tem ainda um papel crucial na avaliação contínua das capacidades de linguagem e comunicação da criança, assegurando que as intervenções são adaptadas às suas necessidades auditivas específicas. Deve informar a família sobre as opções comunicativas e educativas disponíveis (JCIH, 2019), reconhecendo que a decisão sobre a abordagem comunicativa cabe à família – e essa decisão deve orientar o seu trabalho (Madell & Hewitt, 2023).

Mais do que ensinar, o papel do TF é escutar, validar e promover uma relação de confiança, em que a família se sinta segura, informada, respeitada e valorizada (Rotfleisch & Martindale, 2023). O TF deve orientar a família a ajudar a criança a integrar a escuta e a linguagem no quotidiano e proporcionar um ambiente linguístico rico em experiências significativas, potenciando o desenvolvimento das competências conversacionais e sociais da criança (Estabrooks, Morrison,



& Maclver-Lux, 2020). O desenvolvimento destas competências é mais eficaz quando a criança está envolvida em experiências de linguagem diversificadas e relevantes, e quando a família responde às necessidades auditivas, de linguagem, cognitivas (Moeller et al., 2013), emocionais e sociais da criança (Estabrooks, Morrison, & Maclver-Lux, 2020).

Um TF que trabalha com crianças surdas deve, também, conhecer e compreender a informação audiológica das mesmas. Quanto melhor dominar essa informação, mais preparado estará para planejar a intervenção e apoiar a família na compreensão das exigências auditivas da criança (Estabrooks, Morrison, & Maclver-Lux, 2020).

A análise do audiograma permite perceber como a surdez impacta na audição da criança e pode ajudar a prever os desafios específicos de escuta, fala e linguagem que essa surdez poderá causar (Madell & Hewitt, 2023). A configuração do audiograma indica como a audição é afetada nas várias frequências, o que, por sua vez, influencia diretamente a percepção de sons específicos e, conseqüentemente, o desenvolvimento da escuta, da fala e da linguagem (Rotfleisch & Martindale, 2023). Os testes audiométricos indicam o que uma criança está a ouvir e, mais importante ainda, o que não está a ouvir. Esta informação revela-se essencial tanto no aconselhamento às famílias como, mais tarde, no apoio direto às próprias crianças (J. R. Madell & Hewitt, 2023).

A tabela 2 ilustra, segundo Joan Hewitt e Jane Madell no livro *From Listening to Language* (Madell & Hewitt, 2023), como a audição, a articulação e a linguagem podem ser prejudicadas pelo grau de surdez quando a criança não usa tecnologia auditiva.

Tabela 2: Impacto do grau de surdez na audição, articulação e linguagem da criança sem tecnologia auditiva  
Tradução livre e adaptação (Madell e Hewitt, 2023, p. 17)

Graus de surdez	mínima	ligeira	moderada	moderadamente severa	severa ou profunda
Ouvem sons suaves?	Não	Não	Não	Não	Não
Articulação das vogais?	Muito provavelmente não afetada	Muito provavelmente não afetada	Muito provavelmente não afetada	Afetada	Desenvolvimento limitado ou inexistente
Articulação das consoantes?	Pode estar afetada	Muito provavelmente afetada	Afetada	Desenvolvimento limitado ou inexistente	Sem desenvolvimento
Linguagem recetiva?	Pode estar afetada	Atrasada para a idade	Atraso significativo	Desenvolvimento mínimo	Sem desenvolvimento



Graus de surdez	mínima	ligeira	moderada	moderadamente severa	severa ou profunda
Linguagem expressiva?	Pode estar afetada	Atrasada para a idade	Atraso significativo	Desenvolvimento mínimo	Sem desenvolvimento
Tempo de processamento da linguagem oral	Pode estar afetado	Notoriamente mais longo	Excessivamente longo	Mais longo, podendo não ser eficaz	Pode não processar, mesmo com apoio visual

Adicionalmente, a informação sobre o tempo da exposição auditiva efetivo – a idade auditiva – é crucial para avaliar e perspetivar o desenvolvimento da linguagem de crianças utilizadoras de tecnologia auditiva (sejam próteses auditivas ou implantes cocleares), permitindo uma intervenção mais ajustada durante períodos críticos de plasticidade cerebral (Cole & Flexer, 2020; Flexer & Madell, 2008, 2011).

As crianças aprendem a falar com base no que ouvem. Para que a fala seja facilmente compreendida, o som deve ser audível e inteligível e o cérebro deve ser capaz de reconhecer corretamente todas as vogais e consoantes (Cole & Flexer, 2020; Melo et al., 2025). Assim, o desenvolvimento da linguagem só é possível quando a escuta está assegurada.

A capacidade de ouvir tem de ser viabilizada pelo audiologista, através da adaptação eficaz da tecnologia auditiva, para que a escuta e a linguagem possam ser desenvolvidas pela criança, com o acompanhamento da família e do TF (Madell et al., 2019). Os erros de perceção são da responsabilidade do audiologista, e os de produção do TF (Madell et al., 2018). Todos os que acompanham uma criança surda – família e profissionais – devem estar atentos e monitorizar continuamente a sua audição (J. Madell et al., 2018; J. R. Madell & Hewitt, 2023).

A articulação do TF com a família deve iniciar-se o mais precocemente possível, de forma a fornecer-lhe estratégias e ferramentas fundamentais para o desenvolvimento da linguagem oral e das competências auditivas da criança, mesmo que ainda bebés (Flexer, 2019; Estabrooks, 2006, citado Young & Kirk, 2016). As abordagens centradas na criança, que relegam a família para um papel passivo, já não são consideradas adequadas. É a participação ativa da família na intervenção que impulsiona o desenvolvimento da criança: mais do que assistir à terapia, deve envolver-se nas sessões e praticar com a criança estratégias promotoras e facilitadoras da linguagem sob a orientação do TF (Bradham & Houston, 2015).

A intervenção deve começar tendo em conta o nível de linguagem da criança, e não a sua idade cronológica. Deve ser ajustada ao estadio de desenvolvimento da linguagem da criança,



independentemente da idade ou do ano escolar, e deve ser assegurada uma boa adaptação da tecnologia auditiva (Madell & Hewitt, 2023).

Atualmente, é possível alcançar excelentes resultados com crianças surdas, independentemente do grau, tipo ou configuração da surdez (Madell et al., 2019), quando a identificação e a intervenção são atempadas e adequadas. O uso precoce e consistente de tecnologia auditiva apropriada, aliado a terapia adequada e oportuna, com a família como membro ativo da equipa, permitirá que uma criança surda, mesmo que com surdez profunda, possa desenvolver linguagem oral, escutando, compreendendo e falando de forma semelhante aos seus pares com audição típica (J. Madell et al., 2018; J. R. Madell & Hewitt, 2023).

É amplamente consensual que todas as famílias são únicas. Têm áreas fortes, outras que podem ser desenvolvidas, e são especialistas na criança, conhecendo profundamente as suas capacidades, necessidades (Brazorotto et al., 2024), gostos e desejos.

No entanto, as famílias de crianças surdas, quando comparadas com famílias de crianças com audição típica, enfrentam fontes adicionais de stress relacionadas com uma condição – ou várias – inesperadas. A quantidade e variedade de decisões que têm de tomar, relacionadas com a gestão da tecnologia auditiva, do desenvolvimento da linguagem e da comunicação, da socialização, do percurso escolar e da dinâmica familiar, vai surgindo ao longo da vida da criança, no seio da família (Bradham & Houston, 2015).

O apoio e a orientação sem julgamentos, a imparcialidade na informação partilhada e a disponibilidade para escutar todas as famílias, são parte essencial do trabalho do TF na área da surdez pediátrica (Rotfleisch & Martindale, 2023) e devem ser ajustadas às diferentes fases de desenvolvimento e opções da família a cada momento.

Neste contexto, importa recordar que a equidade na primeira infância é um direito humano fundamental e significa garantir que todas as crianças, independentemente do seu contexto, tenham as mesmas oportunidades de desenvolvimento. Para que cada família receba o apoio necessário, com vista a alcançar resultados justos e possíveis, é essencial assegurar o acesso a estímulos adequados, cuidadores atentos, cuidados de saúde regulares e um ambiente familiar seguro (Zero to Three, 2024).

### **1.1.5. Importância do envolvimento da família**

A família é o alicerce da comunicação precoce e do sucesso da criança surda (Yoshinaga-Itano, 2023). Para muitas famílias, o diagnóstico de surdez representa o primeiro contacto com esta realidade (Bradham & Houston, 2015).



É fundamental que a família compreenda o seu papel central no desenvolvimento da criança e se sinta preparada para tomar decisões informadas – porque é quem decide – sobre a abordagem comunicativa a seguir (Madell & Hewitt, 2023).

Com o avanço da tecnologia auditiva, e com o acesso a diagnóstico precoce e à intervenção especializada, é crescente o número de famílias que optam por uma abordagem baseada na escuta e na linguagem oral (Behl et al., 2017; J. Madell & Hewitt, 2023).

A aquisição da linguagem faz parte do desenvolvimento natural da criança, sem que a mesma tenha de ser ensinada, e ocorre, sobretudo, durante as interações quotidianas e a exposição espontânea à língua usada em casa e na escola. A família deve ir conhecendo os marcos de desenvolvimento típico das crianças, em todas as áreas, e estratégias e atividades adequadas a cada fase do desenvolvimento, para que possa integrá-las nas atividades da vida diária (Alberg et al., 2006; Brown, 2006, in Behl et al., 2017). Além disto, deve estar ciente de que o desenvolvimento da escuta e da linguagem recetiva precede a linguagem expressiva e que a criança com surdez não tem acesso precoce ao mundo sonoro que a rodeia, nomeadamente à comunicação que lhe é dirigida pela família (Clem & Tippet, 2023).

O desejável para todas as crianças surdas é atingir a competência comunicativa – ou seja, a capacidade de compreender e usar a comunicação de forma consistente com a sua idade e perfil cognitivo. Esta competência pode ser alcançada através de diferentes modos comunicativos, que variam entre o altamente oral e o altamente visual, de entre os quais a língua oral, a língua gestual e a fala codificada (*cued speech*), usados isoladamente ou de forma combinada, conforme as necessidades da criança (McConkey Robbins, 2017).

Quando a família opta por incluir a língua gestual no percurso da criança, a par da língua oral, é importante manter o uso da língua falada em casa, pois esta é determinante para o vínculo afetivo, a identidade cultural e a regulação emocional da criança (Greene, 2022; Winsler et al., 2014). Quando a opção é pelo uso de tecnologia auditiva, parte-se do princípio de que a família valoriza as competências auditivas e de linguagem oral da criança (McConkey Robbins, 2017), e que pretende promovê-las, conhecendo e assegurando condições ótimas de escuta e utilizando estratégias e atividades adequadas ao desenvolvimento da criança.

Numa abordagem que privilegia a escuta, a família deve estar consciente da importância do tempo de uso da tecnologia auditiva. Se uma criança usar os dispositivos apenas quatro horas por dia, precisará de seis anos para adquirir a mesma quantidade de *input* auditivo que uma criança com audição típica recebe em apenas um ano. A utilização não consistente pode resultar em atrasos significativos no desenvolvimento da fala e da linguagem (Madell et al., 2018). Por isso, é



crucial que a tecnologia auditiva seja adaptada precocemente e utilizada entre 10 a 12 horas por dia, garantindo acesso contínuo ao sinal de fala e estimulação auditiva adequada em todos os contextos possíveis (Cole & Flexer, 2020). A estimulação auditiva repetida reforça as conexões neuronais – fenómeno conhecido como plasticidade dependente da experiência. As crianças precisam de estar imersas num ambiente linguístico rico, com conversa, leitura em voz alta e experiências musicais, que estimule o conhecimento necessário para desenvolver a linguagem oral e a literacia (Flexer, 2019). Hart e Risley estimaram que uma criança com audição típica deve ouvir cerca de 46 milhões de palavras até aos quatro anos para estar preparada para a escola; Dehaene (citado por Beck & Flexer, 2011) refere a necessidade de 20 mil horas de escuta como base para a leitura. A expressão “olhos abertos, ouvidos ligados” (“*eyes open, ears on*”) ou “olhos abertos, tecnologia auditiva ligada” (“*eyes open, hearing technology on*”) (Clem & Tippette, 2023, p.95) é amplamente usada por profissionais da área da audição, refletindo a necessidade de acesso auditivo pleno, todos os dias e durante todo o dia, para um bom desenvolvimento da escuta e da linguagem. Isto está em conformidade com o que Doreen Pollack<sup>9</sup> afirmava já em 1970: “a escuta deve tornar-se uma parte integrante da vida da criança” (citada por Estabrooks, Morrison, & MacIver-Lux, 2020, p.15).

Além do uso consistente e adequado da tecnologia, a família deve estar atenta ao acesso auditivo da criança em condições de baixa intensidade e à distância.

Grande parte do desenvolvimento da linguagem e da fala ocorre por aprendizagem incidental (ou escuta indireta), ou seja, a criança aprende ao escutar aquilo que não lhe é diretamente dirigido. Estima-se que 85 a 90% da aprendizagem infantil ocorra desta forma (Beck & Flexer, 2011; J. Madell et al., 2018; Melo et al., 2025). Esta acontece, principalmente, quando a criança tem acesso auditivo a conversas que ocorrem à distância. Como a intensidade da fala diminui à medida que a distância à fonte sonora aumenta, se a criança não ouve ou ouve mal a baixa intensidade, o acesso à aprendizagem incidental fica comprometido (Madell et al., 2018). Também o nível de ruído de fundo interfere negativamente nesta aprendizagem. Por isso, é essencial garantir o acesso auditivo à fala à distância e em volume reduzido, em ambientes com pouco ruído, para promover o desenvolvimento da linguagem, das competências sociais e cognitivas e para evitar o cansaço auditivo. Avaliar e melhorar as condições acústicas dos ambientes da criança é uma prioridade (Cole & Flexer, 2020).

---

<sup>9</sup> Doreen Pollack (1922–2005) foi uma terapeuta da fala norte-americana e pioneira da terapia auditivo-verbal, cuja abordagem se tornou referência na intervenção com crianças com perda auditiva.





A família e outros cuidadores com quem a criança esteja ao longo do dia são quem melhor pode observar o comportamento auditivo da criança. A família pode confirmar se a criança ouve todos os sons da fala através do teste dos seis sons de Ling. Este permite avaliar, de forma simples, prática e rápida, o acesso auditivo da criança a diferentes frequências da fala (Foust & Hoffman, 2022)<sup>10</sup>. Deve partilhar com o TF e com o audiologista se a criança reage à fala em diferentes contextos, se ouve todos os sons (nomeadamente, os suaves), se tolera ou rejeita os dispositivos, entre outros aspetos. Essa informação é essencial para verificar se existe um acesso auditivo eficaz e contínuo à linguagem oral, possibilitando os ajustes necessários (Madell & Hewitt, 2023). A família desempenha, assim, um papel insubstituível na estimulação da linguagem. Interações significativas da família com a criança, em situações como brincar, conversar, contar histórias, partilhar e ler livros, ou ouvir música, têm um impacto profundo no desenvolvimento infantil e produzem efeitos duradouros (WHO, 2018). Atividades como falar durante as rotinas diárias, ouvir música e cantar, bem como a leitura partilhada, são fundamentais para promover o desenvolvimento da escuta, da linguagem e da cognição da criança surda (Florida Department of Health, 2002; Szarkowski, Gale, et al., 2024; Szarkowski, Moeller, et al., 2024).

Na comunicação com a criança, a família deve usar as rotinas e brincadeiras como base da sua interação comunicativa, proporcionar estímulos ricos em linguagem, assegurar que a comunicação é acessível e adaptada ao nível linguístico da criança e valorizar, e responder, às suas tentativas comunicativas (Moeller, Gale, et al., 2024a; Szarkowski, Gale, et al., 2024).

O envolvimento precoce da criança e da sua família em atividades musicais, como ouvir música e cantar, tem um impacto muito positivo no desenvolvimento global e potencia a aprendizagem. A exposição precoce à música estimula a atenção e a memória auditiva, promove a perceção prosódica (ritmo, entoação, acentuação) e a consciência fonológica e apoia o desenvolvimento do vocabulário e da fluência verbal. As atividades musicais favorecem, também, a perceção da fala em ambientes com ruído e a memória de trabalho, e contribuem para o desenvolvimento global das competências linguísticas, todas elas fundamentais para a aprendizagem e para o sucesso educativo (Barton & McConkey Robbins, 2023; Torppa & Huutilainen, 2019). As canções e os

---

<sup>10</sup> Os sons usados (/m/, /a/, /u/, /i/, /j/, /s/) abrangem todo o espectro auditivo da fala. A ausência de reação a algum dos sons pode indicar limitação auditiva em determinadas frequências (Foust & Hoffman, 2022). Em 2021, Madell e Hewitt desenvolveram o teste rápido de 10 sons LMH (Ling-Madell-Hewitt ou *Low, Mid, High Frequency*), com o objetivo de aumentar a precisão na avaliação do acesso auditivo da criança. Ao conjunto dos seis sons de Ling, acrescentaram quatro sons consonânticos (/z/, /h/, /n/ e /d<sub>3</sub>/), permitindo uma análise mais detalhada da perceção nas frequências médias. Este teste integra a Bateria de Testes LMH – um conjunto de avaliações funcionais da escuta desenvolvido para aferir o desempenho auditivo em contexto real (*Alexander Graham Bell Association* [AG Bell], 2022). Ambos os testes podem ser realizados a diferentes intensidades e distâncias, sendo úteis para avaliar o acesso auditivo funcional.



jogos musicais, incentivam as interações sociais e a alternância de turnos. Adicionalmente, a música promove a vocalização precoce, o vínculo afetivo e o desenvolvimento de competências pré-verbais, mesmo antes do acesso completo à audição, o que prepara a criança para a aquisição da linguagem oral (Rocca, 2015). Enquanto a linguagem transmite significado através das palavras, a música pode expressar emoções sem recorrer à linguagem verbal. A música promove a empatia e o desenvolvimento emocional, social e cultural (Barton & McConkey Robbins, 2023; Torppa & Huotilainen, 2019).

Incluir a leitura de livros no quotidiano da criança é uma das estratégias mais eficazes para apoiar o seu desenvolvimento da linguagem e da literacia (Galea et al., 2025; Rosslund et al., 2024). Os livros infantis contêm vocabulário mais rico e variado e formas gramaticais mais complexas do que a fala dirigida à criança (Robertson, 2017; Rosslund et al., 2024). Além disso, o envolvimento ativo da criança na leitura, quando esta é partilhada e participada, potencia a aprendizagem. Nas interações durante a leitura partilhada, as famílias usam uma linguagem mais elaborada, fazem mais perguntas e expandem as contribuições da criança (Rosslund et al., 2024). Atividades simples, como criar em família livros de experiências (*experience books*) com imagens e linguagem associada ao quotidiano, são uma forma natural e eficaz de estimular a linguagem e promover o diálogo (Flexer, 2019).

Atividades como ouvir música, cantar canções infantis, ler e partilhar livros são formas naturais e eficazes de promover o vínculo afetivo entre a criança e a família, a escuta ativa, a exposição à linguagem em contexto, a motivação para a comunicação, o desenvolvimento social e emocional, e a criatividade. A participação ativa da criança, com a prática repetida de canções ou histórias, facilita a aprendizagem de novas palavras, frases e estruturas gramaticais em contextos naturais e significativos. O carácter lúdico e prazeroso da música e da leitura desperta o interesse da criança, favorecendo o uso espontâneo da linguagem.

Mais do que atividades lúdicas, a música e a leitura devem ser consideradas ferramentas poderosas para o desenvolvimento da criança. Estas atividades são especialmente benéficas quando integradas desde cedo e de forma consistente no quotidiano (Galea et al., 2025) (Madell & Hewitt, 2023).

Assim, ao compreender o seu papel central, investir no uso consistente da tecnologia auditiva, assegurando ambientes acústicos adequados, e integrar na rotina familiar interações linguísticas ricas, atividades musicais e leitura partilhada desde cedo, a família contribui de forma decisiva para o desenvolvimento da criança surda e para o seu sucesso comunicativo, social e académico.



## 1.2. Teleprática na surdez em idade pediátrica

A teleprática tem vindo a afirmar-se como um modelo complementar ou alternativo à terapia presencial, com especial relevância em áreas como a surdez pediátrica. Este capítulo analisa as suas características, vantagens, desafios e evidências científicas ao nível da eficácia, destacando os fatores que contribuem para uma implementação bem-sucedida junto de crianças surdas e suas famílias.

### 1.2.1. Teleprática

O prefixo “tele” tem sido, e continuará a ser, amplamente utilizado para formar palavras que designam ações ou processos realizados à distância (Apêndice A). Esta regra também se aplica à palavra *teleprática*, entendida como a realização de terapia da fala em formato remoto.

“A teleprática não é um serviço diferente, mas sim uma forma diferente de prestar o serviço” (Janet Brown, 2010, citada por Houston, 2018). Assim, tanto a modalidade presencial como a remota devem ser orientadas pela PBE (ASHA, s.d.-h; Houston, 2018; Melo et al., 2025).

Os primeiros registos documentados do uso de teleprática em terapia da fala surgem em 1976, num contexto clínico dirigido a adultos com perturbações neurológicas da comunicação (Jakubowitz & Edwards-Gaither, 2022). Só em 1999 é que se encontram referências à sua utilização com crianças em idade escolar (Jakubowitz & Edwards-Gaither, 2022), numa altura em que a prática ainda era limitada por fatores técnicos e logísticos. Face ao crescente interesse, a ASHA começou, no final dos anos 1990, a dedicar-se formalmente à teleprática, publicando orientações profissionais, um código de ética adaptado à modalidade e recursos de apoio. Nesta altura, define a teleprática como uma modalidade equivalente, em qualidade, à prestação presencial (Foust & Hoffman, 2022; Houston, 2018).

Apesar desta evolução, a teleprática era pouco utilizada antes da pandemia da COVID-19, sendo aplicada de forma pontual por alguns profissionais (Royal College of Speech and Language Therapists [RCSLT], s.d.). A pandemia impôs uma transição rápida e generalizada para os serviços remotos, muitas vezes sem preparação técnica ou formação prévia, o que levou muitos TF a sentirem-se despreparados e inseguros (Jakubowitz & Edwards-Gaither, 2022; Richmond et al., 2017a). Ao mesmo tempo, este contexto impulsionou a inovação, a partilha de recursos e o desenvolvimento de estratégias de apoio colaborativo, contribuindo para uma rápida aprendizagem e adaptação dos profissionais (Houston, 2022b). Atualmente, a teleprática é



aplicada em múltiplas áreas da atuação profissional, abrangendo desde a avaliação e intervenção até à realização de reuniões, ações de formação e supervisão (RCSLT, s.d.).

A teleprática é um termo específico que se refere à prestação de serviços por TF e audiologistas no âmbito da telessaúde, através da utilização de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC). A telessaúde, por sua vez, é um termo abrangente utilizado para descrever a utilização de tecnologias electrónicas ou digitais de informação e comunicação para apoiar os cuidados clínicos ao doente, a educação em saúde dirigida a doentes e profissionais e a administração de serviços de saúde. Os serviços prestados podem ser realizados por médicos ou por outros profissionais de saúde, incluindo TF (ASHA, s.d.-h; Houston, 2018; Richmond et al., 2017b).

Dentro do âmbito da telessaúde, destaca-se também a telereabilitação, que se refere à prestação de serviços de reabilitação e habilitação através das TIC, abrangendo diversas modalidades, como prevenção, avaliação, intervenção, supervisão, formação e orientação. Estes serviços podem ser dirigidos a diferentes populações e realizados em múltiplos contextos (Richmond et al., 2017b)

A ASHA adotou o termo *teleprática* em vez de *telessaúde* ou, também denominada por *telemedicina* para evitar a perceção errada de que estes serviços se aplicam apenas a contextos clínicos ou médicos. Esta distinção permite destacar que os serviços prestados por TF e audiologistas, mesmo quando oferecidos à distância, devem manter a mesma qualidade e rigor que os serviços presenciais e podem realizar-se em diversos contextos, incluindo domicílios, escolas, clínicas ou outros locais na comunidade (ASHA, s.d.-h; Richmond et al., 2017b). Em 2020, o termo *teleprática* é adotado para o português europeu (Sociedade de Terapia da Fala [SPTF], 2020).

A teleprática pode ser aplicada através de diferentes modelos de prestação de serviços, que variam consoante a forma como o TF interage com a família e a criança. As três modalidades principais são o modelo síncrono, o modelo assíncrono e o modelo híbrido. No modelo síncrono, a interação ocorre em tempo real, através de plataformas de videoconferência que permitem comunicação bidirecional entre o TF e a família. As sessões decorrem de forma semelhante às presenciais, com acompanhamento directo e simultâneo por parte do profissional (ASHA, s.d.-h; Houston, 2014, 2022b). O modelo assíncrono envolve a partilha de informação entre o TF e a família em momentos distintos, sem necessidade de contacto simultâneo. Pode incluir a gravação de vídeos das rotinas da criança, a troca de mensagens ou a disponibilização de materiais digitais para uso autónomo pela família (ASHA, s.d.-h; Jakubowitz & Edwards-Gaither, 2022). Ainda que esta abordagem possa ser útil em contextos com limitações de agenda ou de conectividade, a



SPTF alerta que a modalidade assíncrona “apresenta várias limitações” e, por isso, “recomenda-se que esta não seja a única modalidade de acompanhamento terapêutico” (SPTF, 2020, p. 10). O modelo híbrido combina elementos das modalidades anteriores, alternando sessões síncronas com componentes assíncronas. Esta abordagem permite integrar momentos de interação directa com o envio de recursos complementares, como vídeos, planos de atividades ou sugestões de estratégias a aplicar no quotidiano (Houston, 2022b; Jakubowitz & Edwards–Gaither, 2022).

A teleprática tem vindo a ser implementada, desde há vários anos, em países como os Estados Unidos da América, Austrália, Canadá, Brasil e Reino Unido, sobretudo como resposta à necessidade de garantir acesso a serviços especializados em regiões geográficas distantes ou com escassez de profissionais (Jakubowitz & Edwards–Gaither, 2022; RCSLT, 2022).

Para atuar de forma ética, antes de iniciar a prestação de serviços através desta modalidade, o TF deve avaliar a sua competência na teleprática, assegurando qualidade equivalente à prática presencial (ASHA, s.d.-h; J. R. Madell & Hewitt, 2023, 2023). Para garantir essa qualidade, o TF deve manter uma formação contínua, tanto na sua área de especialização como nas especificidades da intervenção à distância. A prática clínica deve ser guiada pelas PBE, assegurando intervenções eficazes sustentadas nos princípios fundamentais da formação profissional (ASHA, s.d.-h)

Em Portugal, esta atuação deve respeitar os princípios deontológicos definidos no Código Ético e no Regulamento Disciplinar da Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala (APTF, 1999b, 1999a), que estabelecem a obrigatoriedade de atuar dentro das competências profissionais reconhecidas e de manter uma atualização contínua. A SPTF (SPTF, 2020) reforça e desenvolve estas orientações, salientando que os TF devem basear a sua intervenção numa avaliação crítica das suas competências, formação académica, experiência profissional e familiaridade com a modalidade por teleprática, especialmente na área clínica em que exercem.

Para além das exigências éticas e técnicas associadas à prática por teleprática, importa reconhecer o papel ativo do TF na modernização e inovação dos serviços que presta, contribuindo não só através da intervenção direta, mas também para a melhoria da qualidade e da eficiência dos serviços, em resposta às exigências de um contexto profissional em constante evolução. Pode participar em projetos de investigação e inovação tecnológica, aplicando os seus conhecimentos no uso de tecnologia avançada para potenciar os resultados clínicos. A teleprática é um exemplo claro deste contributo, ao permitir o acesso facilitado a serviços especializados e superar barreiras geográficas (Hudson & DeRuiter, 2021).



### 1.2.2. Recursos tecnológicos (hardware e software)

A utilização eficaz da teleprática na intervenção com crianças surdas depende da seleção e utilização criteriosa dos recursos tecnológicos disponíveis. A qualidade destes recursos influencia de forma significativa a experiência de interação e o sucesso terapêutico.

Os recursos de hardware incluem computador (portátil ou de secretária) ou dispositivo móvel (telemóvel, tablet) com boa capacidade de processamento e memória, aliado a uma ligação estável à internet. É recomendada uma velocidade mínima de 4 Mbps para garantir qualidade nas sessões *online* (ASHA, s.d.-h; Houston, 2022b, 2022b). A câmara deve ter definição HD para captar expressões faciais e pistas visuais importantes. É aconselhada a utilização de auscultadores e microfones externos, ou auriculares com microfone incorporado, para reduzir o ruído ambiente (Houston, 2022b). A transmissão direta do som para a tecnologia auditiva usada pela criança, seja prótese auditiva ou implante coclear, através de *Bluetooth* é uma solução eficaz sobretudo para crianças mais velhas (Bassard, 2025).

Os recursos de software são igualmente essenciais. A escolha da plataforma de videoconferência deve garantir segurança, confidencialidade e conformidade com as normas de proteção de dados. Entre as plataformas frequentemente utilizadas encontram-se o Zoom, Google Meet, Microsoft Teams e TheraPlatform (ASHA, s.d.-h; Houston, 2018). Estas devem disponibilizar funcionalidades como partilha de ecrã, quadro colaborativo e integração de aplicações de reforço (p. ex.: Boom Cards ou Kahoot), de modo a promover a interatividade (Jakubowitz & Edwards-Gaither, 2022; J. R. Madell & Hewitt, 2023, 2023).

É também comum o uso de ferramentas para partilha de conteúdos, como o Google Drive, que possibilita o envio de vídeos (informativos ou ilustrativos), planos de atividades ou folhas de tarefas para realizar entre sessões. Para estruturar rotinas ou promover a autonomia, podem ser usados recursos visuais e aplicações como o Book Creator, o Canva ou o Visual Schedule Planner (J. Reger, Madell & Hewitt, 2023).

As ferramentas de avaliação adaptadas à teleprática incluem checklists e questionários preenchidos pela família, protocolos observacionais e, em alguns casos, testes adaptados com o apoio do adulto (ASHA, s.d.-h; Rosenzweig, 2023; Szarkowski, Moeller, et al., 2024).

Adicionalmente, o ambiente de trabalho deve ter iluminação adequada, ruído controlado e disposição organizada, para favorecer a concentração e a qualidade das interações (J. R. Madell & Hewitt, 2023; Szarkowski, Moeller, et al., 2024).



Em suma, a eficácia da teleprática não depende apenas da competência técnica e da relação terapêutica, mas também da seleção criteriosa, atualização e adaptação contínua dos recursos tecnológicos, em função das necessidades da criança, das condições do ambiente e das metas da intervenção.

### 1.2.3. Vantagens e desafios

A utilização da teleprática na intervenção com crianças surdas tem vindo a ser progressivamente estudada e aplicada, afirmando-se como uma alternativa eficaz aos serviços presenciais. Esta modalidade permite assegurar a regularidade das sessões e reforçar o envolvimento familiar, fatores centrais para o sucesso da intervenção precoce (Jakubowitz & Edwards-Gaither, 2022; Szarkowski, Gale, et al., 2024).

Entre as principais vantagens da teleprática destaca-se a sua capacidade de ampliar o acesso a serviços especializados, permitindo que famílias em zonas isoladas ou sem possibilidade de deslocação recebam acompanhamento por TF com experiência em surdez pediátrica (Foust & Hoffman, 2022; Houston, 2022b). Ao reduzir deslocações e barreiras logísticas, aumenta a probabilidade de continuidade na intervenção, mesmo em situações de instabilidade ou restrições (ASHA, s.d.-h; Bassard, 2025). Adicionalmente, muitas crianças e famílias sentem-se mais confortáveis no seu ambiente familiar, o que pode facilitar a participação ativa nas sessões, reduzir a ansiedade e favorecer a generalização das aprendizagens (Houston, 2022b; Jakubowitz & Edwards-Gaither, 2022).

Outro aspeto amplamente referido na literatura é o reforço do envolvimento familiar. A participação direta da família nas sessões e a possibilidade de observar, aplicar e refletir sobre estratégias em tempo real potenciam uma abordagem mais centrada na capacitação da família (House & Dowling, 2022; Rosenzweig, 2023). O contacto com o contexto natural da criança permite ainda ajustar a intervenção às dinâmicas familiares e aos recursos disponíveis (Bassard, 2025; House & Dowling, 2022; Houston, 2022b)

Embora estes benefícios sejam reconhecidos, a implementação da teleprática envolve desafios tecnológicos, logísticos e formativos. Um dos mais frequentemente apontados é a desigualdade no acesso à tecnologia, porque nem todas as famílias dispõem de dispositivos adequados, internet estável ou competências digitais suficientes (ASHA, s.d.-h; Jakubowitz & Edwards-Gaither, 2022). As principais limitações técnicas identificadas incluem qualidade audiovisual reduzida, ligação instável à internet, incompatibilidade de software, dificuldades na transmissão



do som, ausência de apoio técnico, infraestruturas desatualizadas e falhas em multitarefas digitais (Mcgill & Fiddler, 2021a).

Apesar da crescente utilização da teleprática, alguns profissionais e famílias continuam a demonstrar alguma reticência quanto a este modelo, sobretudo pela incerteza em relação ao funcionamento da tecnologia e à confiança nos meios digitais (Mcgill & Fiddler, 2021a). Com o objetivo de minimizar estas dificuldades, McGill e Fiddler (2021) elaboraram quatro manuais práticos de resolução de problemas na plataforma ZOOM, com o intuito de facilitar a utilização da tecnologia durante as sessões<sup>11</sup>. A orientação prévia e o apoio técnico contínuo são igualmente apontados como fatores-chave para melhorar a experiência nesta modalidade.

Do ponto de vista da dinâmica terapêutica, a distância física pode dificultar a gestão do comportamento, a manutenção da atenção e o envolvimento da criança. Nem todos os TF estão preparados para lidar com estas exigências, sendo comum contar com o apoio de um facilitador (*eHelper*) que acompanhe a criança durante a sessão. Este facilitador pode ser um familiar, um educador/professor ou um auxiliar que ajuda a criança a manter o foco, garante a fluidez da interação, prepara o espaço, apoia a manipulação de materiais e resolve problemas técnicos simples, como ajustar o som ou a câmara (Houston, 2022b; Jakubowitz & Edwards-Gaither, 2022; Rosenzweig, 2023). A ausência deste apoio é frequentemente apontada como um dos principais obstáculos à aplicação consistente da teleprática, sobretudo em crianças mais novas ou em contextos multiculturais (Mcgill & Fiddler, 2021a; Moeller, Szarkowski, et al., 2024; Snodgrass et al., 2017a). Adicionalmente, a participação de um cuidador permite verificar a escuta da criança, uma vez que, mesmo com boa qualidade sonora, a voz transmitida *online* não equivale à da interação presencial (Rosenzweig, 2023).

A adaptação dos profissionais a este modelo implica formação específica e um esforço contínuo de ajustamento das estratégias tradicionais à modalidade remota. Nem todas as técnicas são transferíveis, exigindo aos TF o desenvolvimento de novas competências (Houston, 2022a; Jakubowitz & Edwards-Gaither, 2022). Este tipo de abordagem exige, dos profissionais e das famílias, um maior esforço cognitivo, mais atenção e uma estruturação mais cuidada do que as sessões presenciais. A ausência de pistas não verbais, a necessidade de planear com mais detalhe e de gerir simultaneamente a interação terapêutica, a criança e os recursos tecnológicos

---

<sup>11</sup> Estes recursos oferecem versões distintas para TF e clientes e estão disponíveis em inglês e espanhol. Incluem instruções passo a passo sobre como iniciar sessões, configurar o som e o microfone, resolver falhas técnicas comuns e utilizar as funcionalidades da aplicação, tendo sido concebidos para utilizadores com diferentes níveis de literacia digital.





contribuem para um maior cansaço. Segundo os profissionais, a teleprática exige também mais preparação, incluindo a adaptação de materiais, o planeamento das atividades e uma gestão mais rigorosa do tempo. Torna-se igualmente necessário investir em competências tecnológicas e em estratégias específicas para manter o envolvimento da família e assegurar a eficácia da intervenção (Snodgrass et al., 2017a, 2017b).

A investigação nesta área tem vindo a crescer, mas continua a ser necessário avaliar o impacto da teleprática em diferentes contextos e populações, particularmente no que respeita à sua eficácia a longo prazo e à definição de critérios que sustentem decisões informadas sobre quando e como utilizar este modelo (Madell & Hewitt, 2023).

A consolidação da teleprática exige uma abordagem flexível e adaptativa, que integre recursos tecnológicos adequados, competências profissionais específicas e condições familiares favoráveis, garantindo que a criança surda beneficia de um acompanhamento de qualidade, independentemente da modalidade utilizada.

#### **1.2.4. Evidências científicas ao nível da eficácia**

Diversos estudos têm procurado compreender se os resultados obtidos através da teleprática são comparáveis aos da modalidade presencial, sobretudo em contextos clínicos complexos e com populações específicas, como é o caso das crianças com surdez. A evidência atual aponta para um crescimento gradual da investigação nesta área, ainda que com limitações metodológicas que impedem conclusões definitivas (Houston, 2022a). Muitos estudos utilizam amostras reduzidas, carecem de grupos de controlo ou não comparam diretamente os resultados entre modalidades (Rosenzweig, 2023).

Ainda assim, vários autores reconhecem que a teleprática pode ser eficaz na promoção do desenvolvimento da linguagem oral, sobretudo quando existe envolvimento ativo da família, formação específica dos profissionais e estabilidade dos recursos tecnológicos (Behl et al., 2017; Crutchley & Campbell, 2010; McGill & Fiddler, 2021a; Melo et al., 2025). A participação ativa da família permite que as estratégias sejam implementadas de forma mais natural no quotidiano da criança, facilitando a transferência de competências e promovendo um melhor desenvolvimento da criança (Barton & McConkey Robbins, 2023; Martindale, 2023; Snodgrass et al., 2017a). No entanto, os mesmos estudos sublinham que a teleprática não é, para todas as famílias e contextos, uma solução universal. Alguns resultados são condicionados pela qualidade da interação estabelecida à distância, pela idade da criança, pela gravidade da surdez e pela



capacidade da família para gerir os recursos tecnológicos (Rosenzweig, 2023; Snodgrass et al., 2017a).

Já em 2016, Blaiser e Behl identificaram um crescimento na utilização da teleprática na intervenção precoce com crianças surdas, mas alertavam para a falta de formação específica que permitisse aos profissionais familiarizarem-se com este modelo (Blaiser & Behl, 2016). Essa preocupação mantém-se atual, sendo salientado que o sucesso depende da competência técnica do TF, do apoio à literacia digital das famílias, da adaptação dos modelos à realidade de cada agregado e da monitorização dos progressos (Houston, 2022a; Rosenzweig, 2023).

A literatura na área da surdez pediátrica tem identificado múltiplos fatores que influenciam, facilitando ou dificultando, a eficácia e a adesão à teleprática, tanto por parte das famílias como dos profissionais que atuam neste domínio específico. A experiência profissional é apontada como um desses fatores, uma vez que TF mais experientes tendem a disponibilizar informação mais abrangente e a aplicar estratégias com maior segurança, reforçando a capacitação familiar, contribuindo para a qualidade da intervenção centrada na família, independentemente da modalidade usada (Jeglinsky et al., 2012; McCarthy et al., 2020a).

A aliança terapêutica — entendida como a qualidade da relação colaborativa entre TF e família, baseada na confiança, escuta ativa e objetivos partilhados — pode, em muitos casos, compensar limitações técnicas da modalidade remota ;(Rosenzweig, 2023; Snodgrass et al., 2017a).

Uma das práticas recomendadas como estratégia de *coaching* parental e de supervisão é a gravação de sessões, sempre com consentimento informado. Esta permite rever interações-chave, comentar momentos críticos e reforçar aprendizagens, favorecendo reflexão conjunta sobre os objetivos terapêuticos (Houston, 2022a; McCarthy et al., 2018; Rosenzweig, 2023). Behl et al. (2017) acrescentam que a gravação constitui também uma ferramenta útil na autoavaliação e na formação de profissionais.

Outro aspeto frequentemente referido é a importância do conforto e da literacia digital das famílias. É recomendado avaliar o perfil de cada agregado antes da implementação da modalidade remota, incluindo expectativas, rotinas e capacidade de adaptação tecnológica. Famílias com maior familiaridade com tecnologia participam de forma mais ativa e confiante (McCarthy et al., 2018).

A sensibilidade cultural e linguística é igualmente apontada como fator de sucesso. Quando existem barreiras linguísticas (por exemplo, em contextos migrantes), a presença de facilitadores bilingues pode melhorar significativamente a comunicação e os resultados da intervenção (Lo & Chen, 2017).



Quando as barreiras são geográficas, logísticas ou sanitárias, e é difícil garantir a regularidade das sessões presenciais, a teleprática surge como uma alternativa eficaz (Houston, 2022a, 2022b). Nestes contextos, a modalidade remota é valorizada por profissionais e famílias, porque assegura a continuidade da intervenção, reduz o absentismo e mantém o envolvimento parental.

Também a criação de comunidades colaborativas entre profissionais, aliada à integração da teleprática na formação académica, é apontada como estratégia fundamental para a sustentabilidade e qualidade da intervenção remota. A supervisão estruturada e a partilha de boas práticas promovem a consistência e permitem melhorar resultados (Moeller, Szarkowski, et al., 2024; Rosenzweig, 2023). A inclusão de experiências práticas em teleprática durante a formação inicial tem sido especialmente valorizada, ao promover uma postura profissional mais confiante, flexível e assente em PBE (ASHA, 2023a; Snodgrass et al., 2017a).

Apesar destes avanços, são ainda escassos os estudos com elevado nível de evidência que permitam afirmar, de forma generalizada, que a teleprática tem eficácia equivalente à intervenção presencial em todos os casos. Os autores são consensuais quanto à necessidade de aprofundar a investigação nesta área, através de ensaios clínicos randomizados, com amostras robustas e critérios de avaliação consistentes (Houston, 2022a; Rosenzweig, 2023; Snodgrass et al., 2017a). As recomendações atuais sublinham a importância de estudos com amostras maiores, que favoreçam a familiaridade dos cuidadores com a modalidade à distância e a formação consistente das equipas (Hao et al., 2021; McCarthy et al., 2018).

A literatura mais recente aponta para uma avaliação positiva da teleprática, sobretudo no âmbito da intervenção precoce com famílias de crianças com surdez, quando estão reunidas condições estruturais e humanas adequadas. A modalidade é percebida como eficaz, flexível e promotora de envolvimento familiar, mas os resultados dependem fortemente da qualidade da implementação e da adequação à realidade de cada família (Behl et al., 2017; McGill & Fiddler, 2021a; Rosenzweig, 2023).



## 2. Métodos

### 2.1. Objetivos do estudo

Os objetivos de investigação são:

- perceber, na perspetiva das famílias e dos terapeutas da fala, qual a influência da mudança de modalidade de intervenção (convencional versus teleprática) na terapia da fala;
- caracterizar as vantagens e os desafios da teleprática identificados pelas famílias de utentes surdos em idade pediátrica que beneficiavam de terapia da fala na modalidade presencial;
- caracterizar as vantagens e os desafios da teleprática identificados pelos terapeutas da fala que trabalham na área da surdez com população pediátrica;
- descrever a satisfação desta modalidade de intervenção tanto dos TF como das famílias.

### 2.2. Tipo de estudo

A metodologia deste estudo é de natureza quantitativa, descritiva simples e transversal. Um estudo descritivo simples tem como principal objetivo descrever as características de uma população ou fenómeno específico sem interferir ou manipular as variáveis em estudo (Creswell, 2014). Esta abordagem permite capturar uma visão geral e detalhada da realidade observada, fornecendo dados sobre "o que é" sem explorar as causas subjacentes (Trochim & Donnelly, 2008). A vertente transversal do estudo implica que a recolha de dados ocorre num único momento no tempo, permitindo uma análise instantânea das variáveis e das suas relações (Mann, 2003). Esse tipo de estudo é útil para identificar a frequência e distribuição de determinadas características dentro de uma população, facilitando a compreensão das variáveis no momento da recolha dos dados.

### 2.3. Seleção dos participantes

Este estudo incluiu dois grupos de participantes. O primeiro constituído por famílias com criança(s) ou adolescente(s) surdos com idade compreendida entre os zero e os 18 anos incompletos<sup>12</sup> e o segundo por TF de nacionalidade portuguesa a exercer na área da surdez pediátrica.

Os critérios de inclusão dos participantes foram:

---

<sup>12</sup> É considerada idade pediátrica, a idade compreendida entre os zero e os 18 anos incompletos (Convenção Sobre Os Direitos Da Criança e Protocolos Facultativos, 2019) (Despacho n.º 9871/2010, 2010)



- famílias de utentes surdos em idade pediátrica a beneficiar de terapia da fala;
- terapeutas da fala de nacionalidade portuguesa, a exercer na área da surdez com população pediátrica.

Não foram definidos critérios de exclusão.

## 2.4. Procedimentos

Após revisão da bibliografia foram construídos, e validados por peritos na área, foram disseminados dois questionários através das redes sociais (Facebook, WhatsApp e Instagram) para se proceder à recolha das amostras e posterior análise e apresentação dos resultados.

### 2.4.1. Instrumento de recolha de dados

Para a recolha de dados foram construídos dois inquéritos do tipo questionário *online* de autoadministração (vide Apêndice B e III). A escolha deste tipo de instrumento foi motivada pelo facto de se pretender obter respostas de forma simples e rápida (Hill & Hill, 2009) e que incluíssem participantes de Portugal, continental e ilhas, e da diáspora portuguesa.

Para a construção dos dois questionários, para além da revisão da literatura sobre o tema, foram consultados e analisados vários artigos que se debruçaram sobre os mesmos temas ou relacionados (ASHA, 2014, 2016b; Behl et al., s.d., 2017; Behl & Kahn, 2015).

Foram elaborados dois questionários, ambos com consentimento informado incluído (consultar Apêndices II e III), com recurso a respostas curtas e de escolha múltipla (escala de Likert):

- “Teleprática em idade pediátrica na surdez – perspetiva das famílias”;
- “Teleprática em idade pediátrica na surdez – perspetiva dos terapeutas da fala”.

A validação de conteúdo por peritos procura aperfeiçoar o conteúdo do instrumento, tornando-o mais confiável, preciso, válido e decisivo no que se propõe a medir. A validação por peritos é uma análise realizada por um conjunto de elementos experientes na área temática do instrumento, aos quais cabe analisar a coerência e adequação do conteúdo (Guillemin et al., 1993; Nora et al., 2017). A ferramenta *online* usada tinha sido o Google Forms e as novas as recomendações da Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto (ESS-P.PORTO) sugerem a utilização do Microsoft Forms. Foi feita uma atualização da revisão bibliográfica, elaboração dos instrumentos na nova ferramenta, foi pedido novamente a peritos na área que analisassem e dessem as suas contribuições (Hill & Hill, 2009). Como houve uma interrupção neste estudo (entre 2021 e 2023), os primeiros questionários elaborados, que já tinham sido apreciados e validados por peritos, submetidos e aceites pela Comissão de Ética (CE) – nº de processo CE-0067A/2020 (em Anexo)



-, tiveram de ser reformulados. Os novos questionários foram validados, foi submetida uma adenda à CE e procedeu-se à sua divulgação e à recolha dos dados.

#### **2.4.2. Recolha e tratamento dos dados**

Para a recolha<sup>13</sup> das amostras foram utilizadas duas técnicas de amostragem não probabilísticas (Maroco, 2007): a técnica de bola de neve e a amostragem por conveniência. A técnica de bola de neve é frequentemente utilizada para aceder a populações de baixa incidência e/ou indivíduos de difícil acesso para o investigador, permitindo que os próprios participantes indiquem outros potenciais participantes. A amostragem por conveniência, por outro lado, envolve a seleção de indivíduos da população que estão prontamente disponíveis e acessíveis (Etikan et al., 2016), criando, assim, uma cadeia de novos contactos (Maroco, 2007).

O processo de recolha de dados iniciou-se com uma abordagem por conveniência, seguida da técnica de bola de neve. A investigadora começou por contactar TF e famílias da sua rede pessoal de contactos através de e-mail e redes sociais. O objetivo foi solicitar a sua colaboração no preenchimento de um dos questionários elaborados para o estudo (um dirigido a famílias e outro a TF) e incentivar a divulgação desses questionários nas suas redes pessoais de contactos, destacando a importância da participação. Adicionalmente, foi solicitada a colaboração para a divulgação do estudo em vários grupos de redes sociais relacionados com terapia da fala e surdez, assim como em várias instituições/organizações relevantes na área: a SPTF, a APTF, a Associação Portuguesa de Surdos (APS), a Unidos Pela Audição (UPA), a WIDEX/Cochlear, a MED-EL, a Advanced Bionics, a Minisom, a Profala e a Papa-Letras.

Os dados recolhidos, entre 23 de julho e 7 de setembro de 2024 (seis semanas e quatro dias), foram armazenados de forma segura no computador da investigadora, em pasta protegida com palavra passe e atribuindo um código a cada participante/não recolhendo os emails nem dados de identificação pessoal dos participantes, assegurando, assim, a confidencialidade e integridade das informações. Foi usado o software de análise estatística SPSS a partir do qual foram analisados os dados e gerados os Figuras e tabelas apresentados no capítulo que se segue.

---

<sup>13</sup> A recolha e o tratamento dos dados foram realizados tendo em consideração o respeito pelos princípios de proteção de dados aplicáveis a estudos de investigação científica no âmbito da área da saúde e ao Decreto-lei nº 67/98 do Diário da República (Decreto-Lei n.º 67/98, 1998) relativa à proteção de dados pessoais.



### 3. Resultados e discussão

Os resultados desta investigação permitiram responder de forma detalhada aos objetivos definidos, comparando as perspetivas dos TF e das famílias sobre a teleprática em relação à modalidade presencial. Considerando a dimensão dos dados obtidos, foram elaboradas tabelas síntese, onde se destacam os resultados principais, podendo, de forma complementar, ser consultadas as tabelas completas no Apêndice D.

#### 3.1. Caracterização das crianças e das famílias

Responderam ao questionário “Teleprática em idade pediátrica na surdez – perspetiva das famílias”, 26 cuidadores de crianças surdas em idade pediátrica e acompanhamento em terapia da fala.

A amostra é composta, principalmente, por familiares de crianças entre os 3 e aos 10 anos (30,8% no ensino pré-escolar e 34,6% no 1º ciclo do ensino básico), com surdez profunda ou total, que foram diagnosticadas precocemente (65,4% até aos 6 meses) e utilizam implantes cocleares (65,4% no ouvido direito e 73,1% no esquerdo). A maioria das crianças (57,7%) não apresenta patologia associada e 30,8% tem membros da família com surdez (Tabela 3)<sup>14</sup>.

Tabela 3: Síntese da caracterização sócio demográfica e clínica das crianças

		frequência	%
sexo da criança	feminino	16	61,5%
idade atual sua criança	a partir dos 3 anos até aos 6 anos	8	30,8%
	a partir dos 6 anos até aos 10 anos	9	34,6%
ouvido direito	surdez profunda	10	38,5%
	surdez total	8	30,8%
ouvido esquerdo	surdez profunda	10	38,5%
	surdez total	8	30,8%
tecnologia auditiva no ouvido direito	implante coclear	17	65,4%
tecnologia auditiva no ouvido esquerdo	implante coclear	19	73,1%
idade da criança quando foi atribuído o diagnóstico de surdez	até aos 3 meses	7	26,9%
	a partir dos 3 meses até aos 6 meses	10	38,5%
outra(s) problemática(s) para além da surdez	não tem	15	57,7%
Há outras pessoas com surdez na família da criança (do lado materno e/ou paterno)?	não	18	69,2%

A localidade onde as crianças residem e são realizadas sessões de terapia da fala é, principalmente, Lisboa (50%)<sup>15</sup>, seguida pela Madeira com 15,4%. Outras áreas, como Coimbra e Porto, têm menor expressão (7,7% cada).

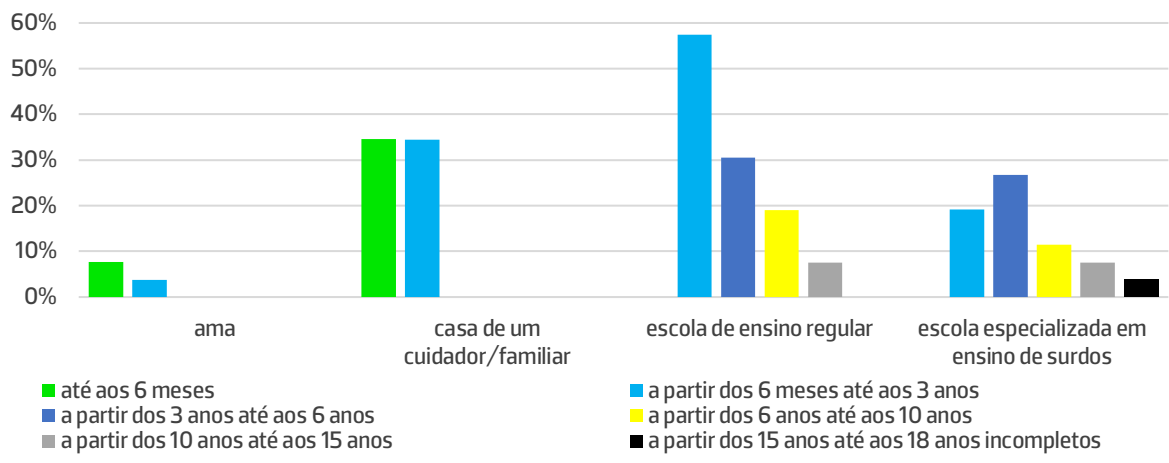
<sup>14</sup> Para informação mais detalhada, sugere-se a consulta das Tabelas D1 e D2 no Apêndice D.

<sup>15</sup> Para informação mais detalhada, sugere-se a consulta do Figura D1 no Apêndice D.



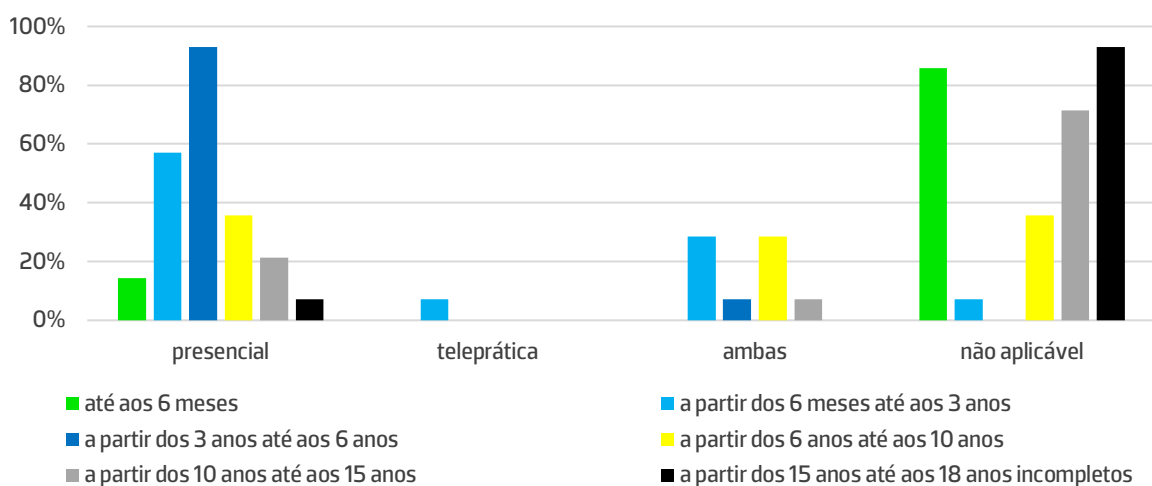
Os contextos mais comuns onde as crianças estiveram ao longo do dia, especialmente nas faixas etárias mais jovens, são em casa com um cuidador ou familiar e em escola de ensino regular. A frequência de escola especializada em ensino de surdos é menos comum e considerada não aplicável para a maioria das crianças (Figura 3).

Figura 3: Contextos naturais de vida das crianças ao longo do seu crescimento



No Figura 4 está representada a idade do início de acompanhamento em terapia da fala nas duas modalidades. Os dados mostram que, em todas as faixas etárias, a modalidade presencial foi a mais comum, enquanto a teleprática foi raramente utilizada de forma exclusiva para início do acompanhamento. Os valores mais elevados para início da intervenção exclusivamente através de teleprática são os das crianças com idade entre os 6 meses e os 3 anos. As crianças que iniciaram o acompanhamento em ambas as modalidades têm idades compreendidas entre os 6 meses e 3 anos e entre os 6 e os 10 anos. Os dados sugerem que a modalidade remota somente surge como alternativa à presencial.

Figura 4: Faixa etária da criança no início do acompanhamento em terapia da fala em cada uma das modalidades







Os cuidadores com maior envolvimento nas sessões de terapia da fala, cuidadores primários, são predominantemente as mães (92,3%). Quem também tem envolvimento, mas com menor frequência, cuidadores secundários, são os pais (76,9%). A idade dos cuidadores primários encontra-se, maioritariamente, na faixa entre os 30 e os 40 anos (61,5%), enquanto 38,5% dos cuidadores secundários se encontram, principalmente, na faixa entre os 40 e 50 anos. Em termos de escolaridade, tanto os cuidadores primários como os secundários apresentam uma variação significativa nos seus níveis de formação (Tabela 4)<sup>16</sup>.

Tabela 4: Síntese da caracterização dos cuidadores com maior envolvimento nas sessões de terapia da fala: relação com a criança, idade e escolaridade

		frequência	%
relação com a criança - cuidador 1	mãe	24	92,3%
relação com a criança - cuidador 2	pai	20	76,9%
idade do cuidador 1	entre 30 e 40 anos	16	61,5%
idade do cuidador 2	entre 40 e 50 anos	7	38,5%
escolaridade do cuidador 1	12º ano de escolaridade	10	38,5%
	licenciatura	6	23,1%
	mestrado	6	23,1%
escolaridade do cuidador 2	12º ano de escolaridade	6	23,1%
	licenciatura	3	11,5%
	mestrado	7	26,9%

### 3.2. Caracterização e recursos tecnológicos dos terapeutas da fala

Responderam ao questionário “Teleprática em idade pediátrica na surdez - perspetiva dos terapeutas da fala”, 23 profissionais que exercem atividade com a população com surdez pediátrica, tanto presencialmente quanto por teleprática.

A maioria dos TF exercem sua atividade profissional, tanto presencialmente quanto por teleprática, em Lisboa (52,2%)<sup>17</sup>. Setúbal aparece em segundo lugar com 13,0%, seguido por Aveiro e Porto, com 8,7% cada. 17,4% dos TF fazem-no também em diferentes locais<sup>18</sup>.

A Tabela 5<sup>19</sup> descreve o perfil demográfico e académico e a experiência profissional dos TF participantes. A amostra é composta maioritariamente por TF do sexo feminino (95,7%), com idades, principalmente, na faixa etária entre 40 e 50 anos (43,5%), seguida pela faixa de 30 a 40 anos (34,8%). A maioria possui licenciatura (56,5%), seguida por 34,8% com mestrado e 8,7%

<sup>16</sup> Para informação mais detalhada, sugere-se a consulta da Tabela D3 no Apêndice D.

<sup>17</sup> Para informação mais detalhada, sugere-se a consulta do Figura D2 no Apêndice D.

<sup>18</sup> Para informação mais detalhada, sugere-se a consulta do Figura D3 no Apêndice D.

<sup>19</sup> Para informação mais detalhada, sugere-se a consulta da Tabela D4 no Apêndice D.



com doutoramento. Em relação à experiência profissional em terapia da fala, a maioria dos TF possui entre 10 e 20 anos de experiência (47,8%), seguido por 21,7% com 20 a 30 anos de prática, indicando uma população de profissionais com vasta experiência e um nível alto de qualificação. Quanto à experiência com a população com surdez pediátrica, 39,1% dos TF têm entre 10 e 20 anos de prática e 21,7% têm entre 5 e 10 anos. A experiência em teleprática com esta população é predominantemente recente: 34,8% dos TF possuem entre 3 e 5 anos e 26,1% entre 1 e 3 anos de prática. Há 30,4% dos TF sem experiência na modalidade remota.

Tabela 5: Síntese da caracterização demográfica e académica e experiência profissional dos terapeutas da fala

		frequência	%
Sexo	feminino	22	95,7%
Idade	entre 30 e 40 anos	8	34,8%
	entre 40 e 50 anos	10	43,5%
Habilitações académicas	licenciatura	13	56,5%
	mestrado	8	34,8%
Experiência profissional na terapia da fala	entre 10 e 20 anos	11	47,8%
	entre 20 e 30 anos	5	21,7%
Experiência profissional com população com surdez pediátrica	entre 5 e 10 anos	5	21,7%
	entre 10 e 20 anos	9	39,1%
Experiência em teleprática com população com surdez pediátrica	sem experiência	7	30,4%
	entre 1 e 3 anos	6	26,1%
	entre 3 e 5 anos	8	34,8%

No que se refere à disponibilidade de recursos tecnológicos para a realização de sessões, o hardware mais comumente disponível foi o computador/portátil aliado a uma ligação à internet (95,7% cada). Os auriculares (78,3%), as colunas (52,2%) e o telemóvel (smartphone) (47,8%) também foram assinalados. O software mais mencionado foi a plataforma Zoom (43,5%), seguido pelo Microsoft Teams (39,1%). Outras plataformas frequentemente utilizadas incluem o Google Meet (30,4%) e o WhatsApp (26,1%).

### 3.3. Perspetivas das famílias e dos terapeutas da fala

A análise foi baseada nas respostas de famílias e TF que cumpriram os critérios de seleção. Para facilitar a leitura deste subcapítulo, o grupo de cuidadores que apenas participou em sessões por teleprática foi designado como GTp (N=3) e o grupo que participou em ambas as modalidades foi identificado como GTp+P (N=8). As respostas deste último grupo são apresentadas em comparação com a experiência na modalidade presencial. Três famílias aderiram à teleprática, mas os cuidadores não participaram nas sessões e por isso não foram consideradas nesta análise.



### 3.3.1. Influência da mudança de modalidade de intervenção (presencial vs. teleprática)

A maioria das famílias que participaram em sessões de teleprática (53,8%) (Figura 5) aderiu à modalidade fruto da pandemia da Covid-19: 100% do GTp e 87% do GTp+P (Figura 6). A transição para esta modalidade por parte dos TF que realizaram teleprática (69,6%) (Figura 5), foi igualmente influenciada pela pandemia da COVID-19 (93,8%) (Figura 6). Os confinamentos aceleraram a adoção da teleprática como uma solução para garantir a continuidade dos serviços terapêuticos (81,3%)<sup>20</sup>.

Figura 5: Adesão das famílias e dos TF à teleprática

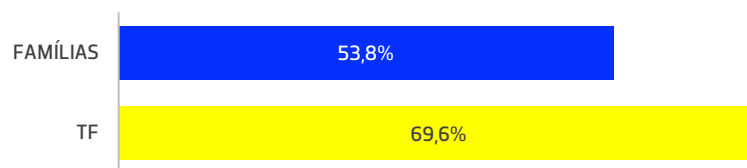
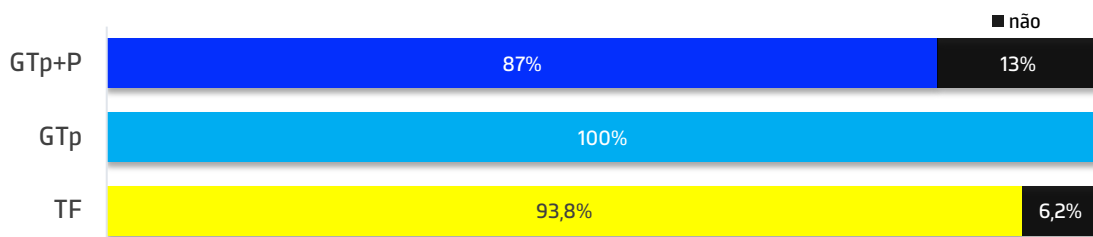


Figura 6: Adesão motivada pela pandemia



A mudança de modalidade revelou-se de especial importância na consciencialização das famílias do GTp relativamente a diversos fatores na intervenção (Figura 7)<sup>21</sup>. Para este grupo, a teleprática foi muito impactante (100%) para a melhor perceção da importância do envolvimento da família e do seu papel como principal modelo de comunicação, no melhor entendimento de como incluir atividades no quotidiano e para a maior implementação de estratégias eficazes durante as rotinas. Os outros fatores em análise também foram assinalados como positivos (66,6%).

Em concordância, a maior parte dos TF considerou que a teleprática é eficaz para o GTp na consciencialização da maioria dos aspetos elencados (Figura 7)<sup>22</sup>. Estas perceções, tanto do GTp como dos TF, enfatizam a importância da participação da família nas sessões de terapia da fala (Moeller, Szarkowski, et al., 2024; Szarkowski, Gale, et al., 2024).

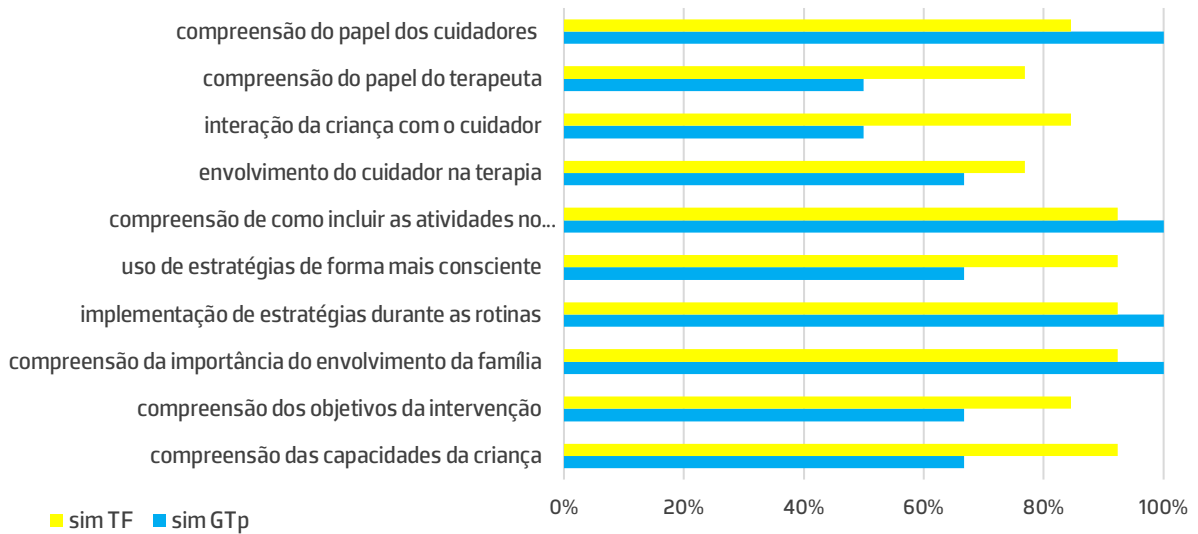
<sup>20</sup> Consultar Figura 14 (vantagens da teleprática identificadas pelos terapeutas da fala).

<sup>21</sup> Para informação mais detalhada, sugere-se a consulta da Tabela D5 no Apêndice D.

<sup>22</sup> Para informação mais detalhada, sugere-se a consulta da Tabela D6 no Apêndice D.

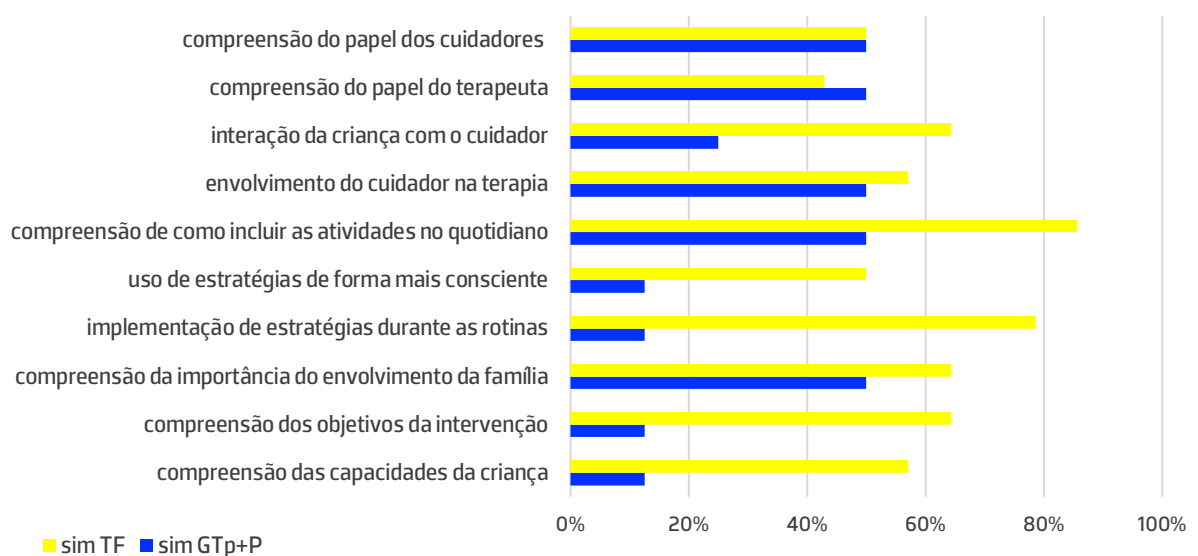


Figura 7: Eficácia das sessões por teleprática na consciencialização dos cuidadores de GTp para diferentes aspetos na intervenção: percepção dos cuidadores do GTp e dos TF



Entre os cuidadores do GTp+P (Figura 8)<sup>23</sup> foi observada uma preferência por sessões presenciais para a consciencialização da maioria dos aspetos elencados (75% ou 87,5%), reconhecendo, contudo, que ambas as modalidades são igualmente eficazes na percepção da importância do envolvimento da família e do seu efetivo envolvimento na intervenção, bem como para uma maior compreensão de como diversas atividades se incluem no dia-a-dia e para o melhor entendimento tanto do papel dos cuidadores como o do TF (50%, cada).

Figura 8: Comparação da eficácia entre as duas modalidades na consciencialização dos cuidadores de GTp+P para diferentes aspetos na intervenção: percepção dos cuidadores do GTp+P e dos TF



<sup>23</sup> Para informação mais detalhada, sugere-se a consulta da Tabela D7 no Apêndice D.



Para grande parte ( $\geq 50\%$ ) dos TF, as duas modalidades são igualmente eficazes na consciencialização do GTP+P para vários aspetos da intervenção (Figura 8)<sup>24</sup>. No entanto, é de realçar que, ainda para este grupo, a teleprática é considerada mais eficaz por 31,3% dos TF para "o maior envolvimento do cuidador na intervenção" e por 25% tanto para "o uso de estratégias de forma mais consciente" como para "a melhor compreensão do papel dos cuidadores como principais modelos de comunicação".

As perceções positivas dos dois grupos de cuidadores em relação à eficácia da teleprática sublinham a importância do seu envolvimento na terapia. Esta constatação mantém-se independentemente de os cuidadores de GTP+P já terem participado em sessões e os de GTP não. Estas perceções são sustentadas por vários estudos que evidenciam o papel facilitador da teleprática no reforço da capacitação familiar e na construção de parcerias terapêuticas, mesmo em situações adversas como o confinamento (Behl & Kahn, 2015; Rosenzweig, 2023).

No âmbito deste estudo, foi igualmente analisada a perceção da importância da participação dos cuidadores nas sessões (Figura 9). A maioria das respostas do GTP+P foi "essencial" ou "muito importante" (37,5% cada) e somente 33,3% das respostas de GTP recaíram para "essencial". Esta diferença parece indicar que a participação dos cuidadores nas sessões (seja qual for a modalidade) aumenta a efetiva importância atribuída ao envolvimento familiar. Famílias com experiência prévia tendem a integrar a teleprática como complemento e não como novidade, ajustando de forma mais crítica a sua perceção sobre o envolvimento familiar e a capacitação das famílias (McGill & Fiddler, 2021; Rosenzweig, 2023). Quando os cuidadores assumem o papel de facilitador (*eHelper*), são eles que garantem a organização do espaço, os aspetos técnicos e a integração das estratégias propostas pelo TF nas rotinas familiares. Esta função reforça que a eficácia da teleprática assenta largamente na participação ativa dos cuidadores enquanto mediadores do processo terapêutico (Chen & Liu, 2017; McCarthy et al., 2018; Rosenzweig, 2023). A participação de um facilitador nas sessões remotas foi, também, valorizada pelos TF, sobretudo em idades mais precoces: 87,5%, entre os 6 meses e os 3 anos; 68,8% e entre os 3 e os 6 anos (Figura 9)<sup>25</sup>. Esta valorização sugere um aumento da eficácia da intervenção por teleprática com o envolvimento dos cuidadores. O envolvimento ativo da família é frequentemente enfatizado na literatura. Quando a família implementa ativamente as estratégias terapêuticas nas sessões,

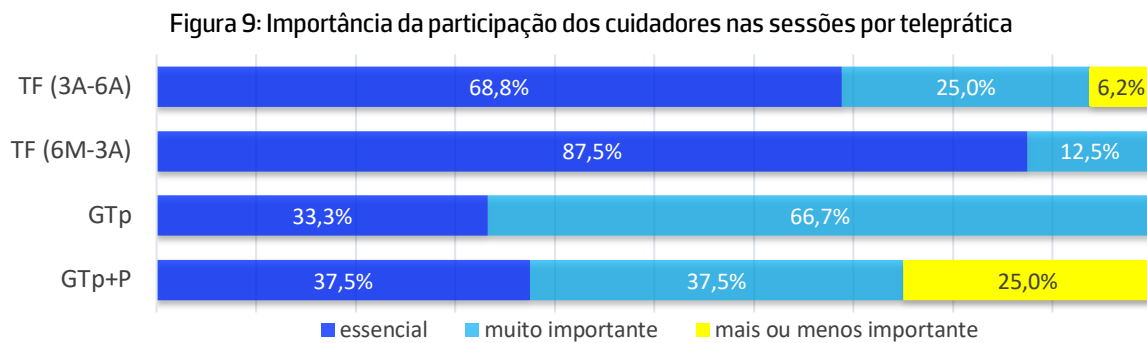
---

<sup>24</sup> Para informação mais detalhada, sugere-se a consulta da Tabela D8 no Apêndice D.

<sup>25</sup> Para informação mais detalhada sobre a importância atribuída pelos TF à participação dos cuidadores nas sessões por teleprática, sugere-se a consulta da Tabela D9 no Apêndice D.



observa-se um uso mais eficaz das mesmas no quotidiano da criança (Houston, 2014; Melo et al., 2025).



As perceções sobre a importância da participação dos cuidadores nas sessões parecem ter influenciado também a forma como avaliaram a modalidade considerada mais benéfica para a criança e/ou família: 50% dos cuidadores do GTp+P responderam que todas as opções – sessões presenciais, sessões por teleprática, e a combinação de ambas – são igualmente vantajosas, refletindo uma visão flexível ao reconhecer os benefícios das diferentes abordagens; 37,5% assinalaram “somente de sessões presenciais” e 12,5% uma combinação de ambas. Os cuidadores do GTp mostraram-se divididos: 33,3% consideraram vantajosa a combinação das duas modalidades, outros 33,3% preferiram exclusivamente sessões presenciais, enquanto os restantes (33,3%) consideram as três opções disponíveis válidas. Em nenhum dos grupos houve resposta para a opção de “realização somente de sessões por teleprática”, o que parece indicar ainda alguma hesitação em adotar a teleprática modalidade exclusiva de intervenção (Figura 10). A participação de um facilitador nas sessões remotas foi, também, valorizada pelos TF, sobretudo em idades mais precoces: 87,5%, entre os 6 meses e os 3 anos; 68,8% e entre os 3 e os 6 anos (Figura 9)<sup>26</sup>. Esta valorização sugere um aumento da eficácia da intervenção por teleprática com o envolvimento dos cuidadores. O envolvimento ativo da família é frequentemente enfatizado na literatura. Quando a família implementa ativamente as estratégias terapêuticas nas sessões, observa-se um uso mais eficaz das mesmas no quotidiano da criança (Houston, 2014; Melo & Brás da Silva, 2025).

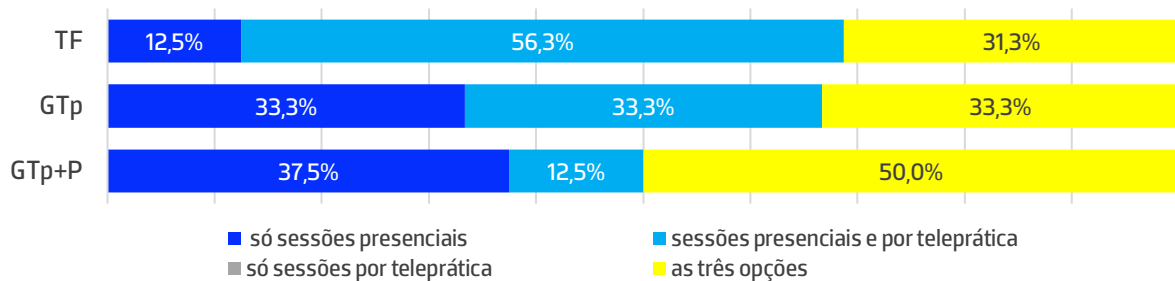
A maioria dos TF (56,3%) considerou mais vantajosa para as famílias das crianças surdas a realização de sessões presenciais em complemento com a teleprática (Figura 10). Para 12,5% dos TF, a modalidade exclusivamente presencial foi considerada a mais benéfica, enquanto 31,3%

<sup>26</sup> Para informação mais detalhada sobre a importância atribuída pelos TF à participação dos cuidadores nas sessões por teleprática, sugere-se a consulta da Tabela D9 no Apêndice D.



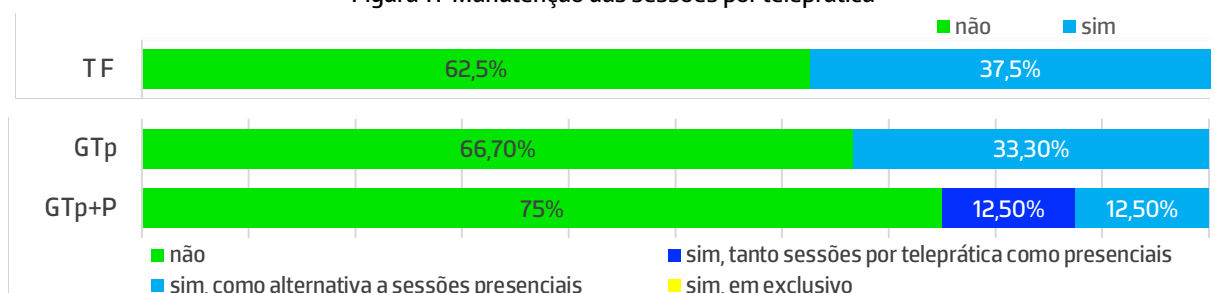
valorizaram as três opções (às anteriores acrescentam a teleprática em exclusivo). Tal como os cuidadores, apesar de reconhecerem benefícios na modalidade remota, nenhum profissional a apontou como única forma de intervenção.

Figura 10: Preferência entre modalidades quanto ao benefício



Relativamente à manutenção da modalidade de teleprática (Figura 11), verificou-se que, embora a teleprática tenha sido amplamente adotada durante a pandemia (GTp, 100% e GTp+P, 87,5%)<sup>27</sup>, a maioria dos cuidadores regressou à modalidade presencial (GTp, 66,7% e GTp+P, 75%), mantendo a teleprática apenas como alternativa válida em situações específicas (GTp, 33,3 % e GTp+P, 12,5%). Nenhum cuidador refere manter sessões só por teleprática. Este equilíbrio entre aceitação e reserva está evidenciado noutros estudos. Famílias com maior familiaridade com tecnologia ou com sessões com maior envolvimento e *coaching* parental relatam maior confiança nesta modalidade (Behl et al., 2017), e conseqüentemente maior adesão. Também grande parte dos TF regressou à modalidade presencial (62,5%), embora a maioria (93,8%)<sup>28</sup> tenha adotado a modalidade remota durante os confinamentos. Tal como os cuidadores, nenhum TF manteve exclusivamente sessões por teleprática (Figura 11).

Figura 11: Manutenção das sessões por teleprática



Este padrão de utilização demonstra uma aceitação cautelosa da modalidade, o que ajuda a explicar a hesitação relatada por famílias e profissionais na adoção da teleprática. Esta hesitação é compreensível, uma vez que a maioria dos participantes deste estudo adotaram a modalidade

<sup>27</sup> Consultar Figura 6 (adesão motivada pela pandemia).

<sup>28</sup> Consultar Figura 6 (adesão motivada pela pandemia).



remota de forma reativa, sem experiência nem preparação prévia, o que pode ter condicionado a sua satisfação e a percepção da eficácia (Rosenzweig, 2023). McGill & Fiddler (2021) destacam a importância da experiência prévia com a teleprática na adaptação e percepção da utilidade do modelo, tanto por parte das famílias como dos profissionais.

Apesar desta hesitação, os dados do presente estudo reforçam que a teleprática é valorizada pelo seu potencial de promover o envolvimento ativo da família e pela eficácia na promoção de um melhor entendimento sobre a inclusão de atividades no quotidiano. Contudo, confirmam igualmente que, para a maioria dos participantes, a modalidade remota ainda não é percebida como equivalente à modalidade presencial. Esta percepção é comum em vários estudos, nos quais as famílias expressam satisfação com a teleprática como solução temporária ou complementar, mas hesitam em aceitá-la como alternativa permanente (McCarthy et al., 2018; Rosenzweig, 2023).

Embora a teleprática seja reconhecida como uma alternativa viável em determinados contextos, subsiste consenso quanto à necessidade de mais estudos que comparem diretamente os resultados obtidos nas duas modalidades, com amostras robustas e maior consistência nos critérios de avaliação (McCarthy et al., 2018; Rosenzweig, 2023).

### **3.3.2. Vantagens e desafios da teleprática identificados pelas famílias**

Os cuidadores participantes neste estudo identificaram várias vantagens na utilização da teleprática (Figura 12)<sup>29</sup>. A totalidade dos cuidadores (100%), tanto os do GTp como os do GTp+P, reconheceu a importância desta modalidade para a continuidade da terapia, independentemente da localização do TF ou da criança. Todos os cuidadores do GTp (100%) assinalaram como vantagens o seu papel complementar ao presencial e a flexibilidade dos horários. Os restantes pontos elencados foram considerados uma vantagem por todos os cuidadores do GTp (66,7% cada). Entre os cuidadores do GTp+P foi também considerada uma vantagem “a redução de tempo e custos em deslocações” (100%); a flexibilidade de horários, o aumento a participação dos cuidadores nas sessões, e o uso de ferramentas e recursos digitais (87,5% cada); “a possibilidade de realizar a terapia em ambiente mais natural”, “o acesso mais facilitado a um terapeuta com experiência na surdez” e a teleprática “poder ser complementar a sessões presenciais” (75%). Assinalaram ainda, embora em menor percentagem (62,5%), o benefício de “aumentar o envolvimento dos cuidadores no processo terapêutico”.

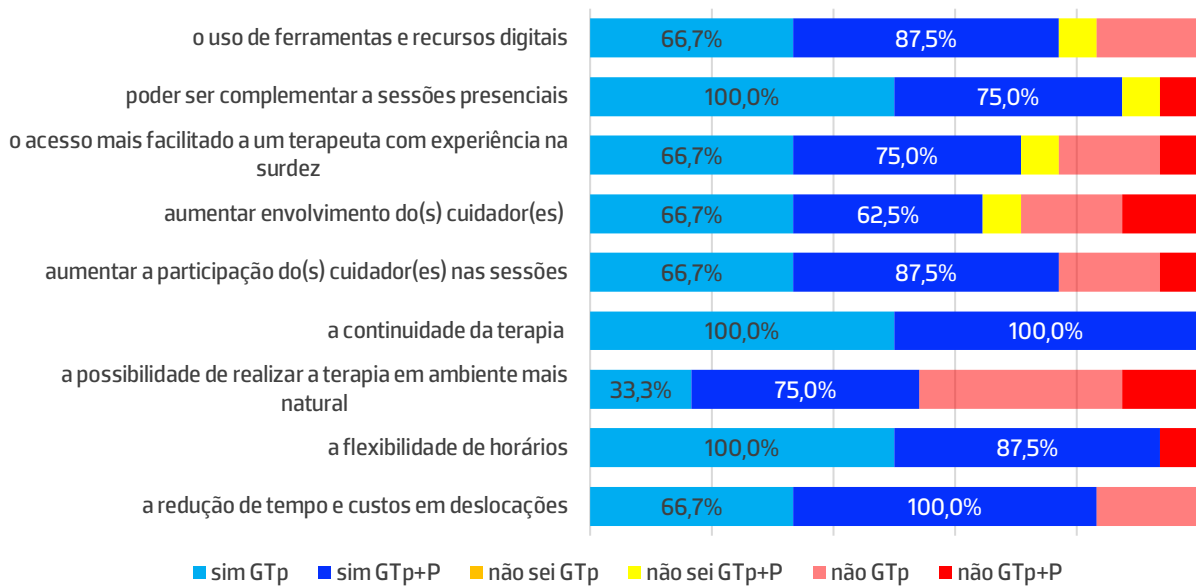
---

<sup>29</sup> Para informação mais detalhada, sugere-se a consulta das Tabelas D10 e D11 no Apêndice D.





Figura 12: Vantagens da teleprática: percepção dos cuidadores (GTp e GTp+P)



Estes dados são consistentes com a literatura recente, que aponta como principais benefícios da teleprática a redução de barreiras geográficas, a flexibilidade de horários, o acesso facilitado a TF com experiência em surdez, a continuidade dos serviços e o reforço do envolvimento familiar (Behl et al., 2017; Behl & Kakn, 2015; McCarthy et al., 2018; Rosenzweig, 2023).

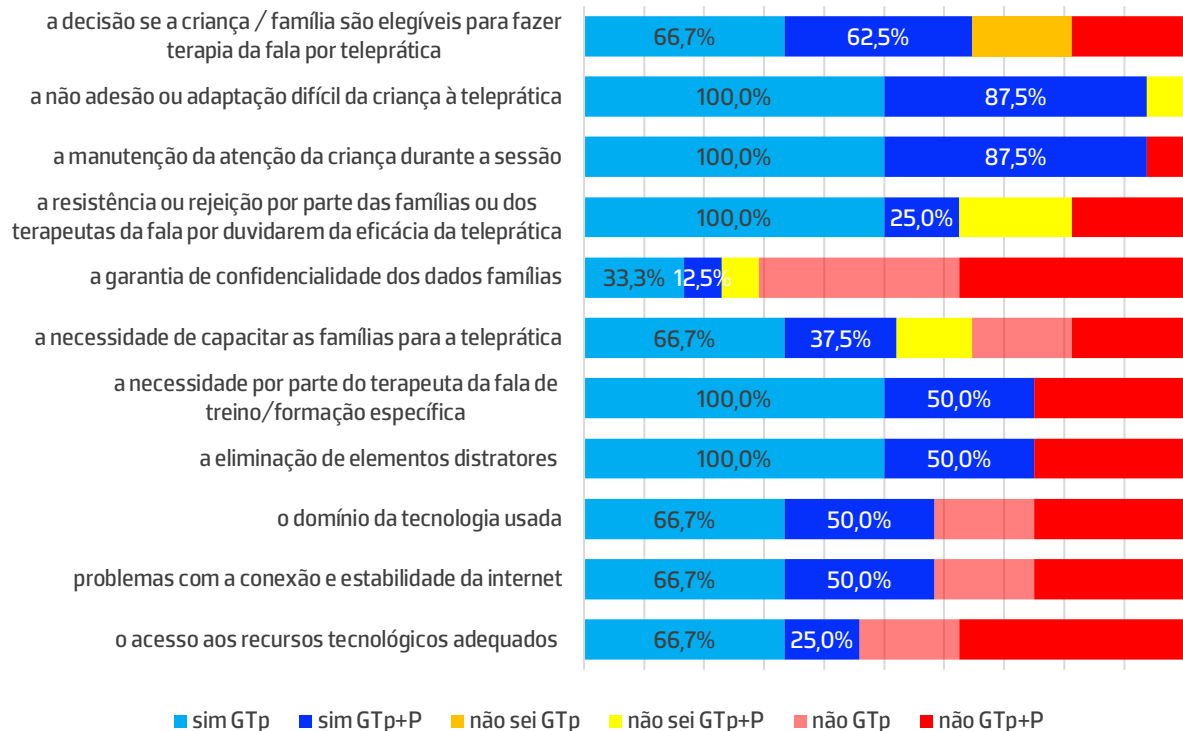
Apesar das vantagens reconhecidas, os cuidadores identificaram diversos desafios (Figura 13)<sup>30</sup>. Tanto os cuidadores do GTp como os do GTp+P identificaram como desafios “a manutenção da atenção da criança durante a sessão” e “a não adesão ou adaptação difícil da criança à teleprática” (GTp, 100% e GTp+P, 87,5%, em ambos). Todos os cuidadores do GTp (100%) e 50% dos do GTp+P consideraram desafios “a eliminação de elementos distratores”, “a necessidade por parte do terapeuta da fala de treino/formação específica”. “A resistência ou rejeição por parte das famílias ou dos terapeutas da fala por duvidarem da eficácia da teleprática” foi valorizada por 100% do GTp e somente por 25% do GTp+P. Os restantes itens foram exigentes para 66,7% dos cuidadores do GTp. 62,5% dos cuidadores do GTp+P assinalaram como desafio “a decisão se a criança/família são elegíveis para fazer terapia da fala por teleprática” e 37,5% (tanto para “sim” como para “não”) “a necessidade de capacitar as famílias para a teleprática”. No entanto, foi pouco valorizado pelo GTp+P “o acesso aos recursos tecnológicos” (25%) e “a garantia de confidencialidade de informação pessoal e clínica das crianças e famílias” (12,5%). 50% dos

<sup>30</sup> Para informação mais detalhada, sugere-se a consulta das Tabelas D12 e D13 no Apêndice D.



participantes do GTp+P relevaram “problemas com a conexão e estabilidade da internet” e “o domínio da tecnologia usada”. Os desafios foram significativos para os participantes de ambos os grupos.

Figura 13: Desafios da teleprática: percepção dos cuidadores (GTp e GTp+P)



De forma geral, os dados sugerem que a aceitação da teleprática pelas famílias está condicionada sobretudo por três fatores: a facilidade de uso e acesso a recursos tecnológicos, a capacidade da criança para se envolver nas sessões sem distrações e a formação de todos os intervenientes (cuidadores e TF). Estes resultados estão em consonância com a literatura, que descreve como desafios frequentes a dificuldade em manter a atenção das crianças e a sua adaptação ao formato remoto (Mcgill & Fiddler, 2021a; Snodgrass et al., 2017a), bem como a necessidade de maior planeamento estruturado das sessões e de formação específica dos profissionais (Rosenzweig, 2023).

Também a resistência inicial de algumas famílias e TF, associada a dúvidas quanto à eficácia da modalidade, tem sido relatada noutros estudos (Madell & Hewitt, 2023; Snodgrass et al., 2017a). Problemas técnicos, como a falta de dispositivos adequados e a instabilidade da internet, são igualmente apontados como obstáculos à qualidade da experiência terapêutica (Crutchley & Campbell, 2010). Vários autores reforçam a importância da capacitação de cuidadores e TF como condição para uma implementação eficaz, sublinhando que a literacia digital e o treino específico são determinantes para o sucesso da intervenção remota (Blaiser & Behl, 2016; McCarthy et al.,



2018; Moeller et al., 2024b). Famílias bem orientadas e que percebem os benefícios da sua participação ativa tendem a relatar maior satisfação, mesmo em contextos tecnologicamente desafiantes (McCarthy et al., 2018; Shivaswamy et al., 2021). Todavia, famílias com menor literacia digital ou experiências menos bem-sucedidas revelam maior resistência à continuidade da modalidade (Rosenzweig, 2023).

A literatura sublinha que a capacitação familiar é um eixo central da intervenção centrada na família (Moeller et al., 2024b), sendo essencial para o sucesso da modalidade remota (McCarthy et al., 2018; Rosenzweig, 2023).

### **3.3.3. Vantagens e desafios da teleprática identificados pelos terapeutas da fala**

A análise dos resultados permitiu constatar que os TF também reconheceram várias vantagens associadas à utilização da teleprática (Figura 14)<sup>31</sup>. A complementaridade em relação ao presencial foi destacada por 93,8% e a continuidade da intervenção, mesmo em contexto de confinamento ou impedimentos físicos, foi valorizada por 81,3%, refletindo a relevância assumida pela modalidade durante a pandemia. 62,5% assinalaram como vantagem o acesso facilitado a TF com experiência em surdez. Estes dados estão em consonância com estudos que indicam que a teleprática promove a continuidade dos cuidados e o acesso à intervenção especializada (Houston, 2014, 2022b; Jakubowitz & Edwards-Gaither, 2022).

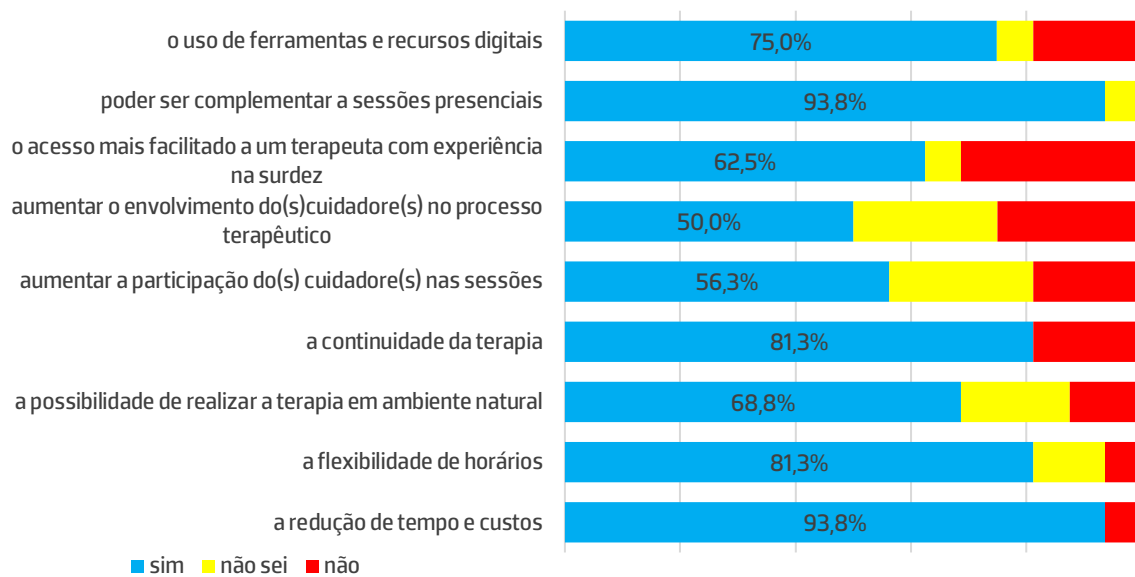
Aumentar o envolvimento e a participação dos cuidadores (56,3% e 50,0%, respetivamente), bem como a possibilidade de realizar a terapia em ambiente natural (68,8%), foram igualmente considerados aspetos benéficos. Tal como referido na literatura, sessões realizadas no ambiente da família são valorizadas por permitirem observar comportamentos mais espontâneos da criança e aumentarem a probabilidade de envolvimento familiar (Houston, 2022b; Jakubowitz & Edwards-Gaither, 2022).

---

<sup>31</sup> Para informação mais detalhada, sugere-se a consulta da Tabela D14 no Apêndice D.



Figura 14: Vantagens da teleprática: percepção dos terapeutas da fala



O uso de ferramentas e recursos digitais foi considerado vantajoso por 75% dos TF, enquanto 93,8% destacaram a redução de deslocamentos e 81,3% a flexibilidade de horários. Estes benefícios são salientados por Rosenzweig (2023) e McCarthy et al. (2018, 2020).

Apesar destas vantagens, emergiram também diversos desafios (Figura 15)<sup>32</sup>. A necessidade de capacitar as famílias foi mencionada por 87,5%. Os problemas de conexão e estabilidade da internet e a eliminação de distratores foram reportados por 81,3%. Este último aspeto foi considerado mais fácil de controlar em sessões presenciais, segundo a maioria dos TF (81,3%)<sup>33</sup> (18,8% consideraram ambas iguais; nenhum selecionou a teleprática). O acesso a equipamentos adequados foi referido como limitador por 68,8% dos profissionais.

A não adesão ou adaptação difícil da criança foi apontada por 68,8%, sendo igualmente referido o desafio da manutenção da atenção (75,0%). Quando questionados sobre a modalidade mais eficiente neste último aspeto, 81,3% indicaram a presencial e apenas 18,8% consideraram ambas iguais<sup>34</sup>. Estes fatores representam obstáculos à implementação eficaz, exigindo maior esforço e adaptação das práticas (McCarthy et al., 2020b, 2020b; Snodgrass et al., 2017a).

Outros desafios assinalados, embora menos frequentes, incluíram a decisão sobre a elegibilidade da criança/família (62,5%) e a garantia de confidencialidade (31,3%).

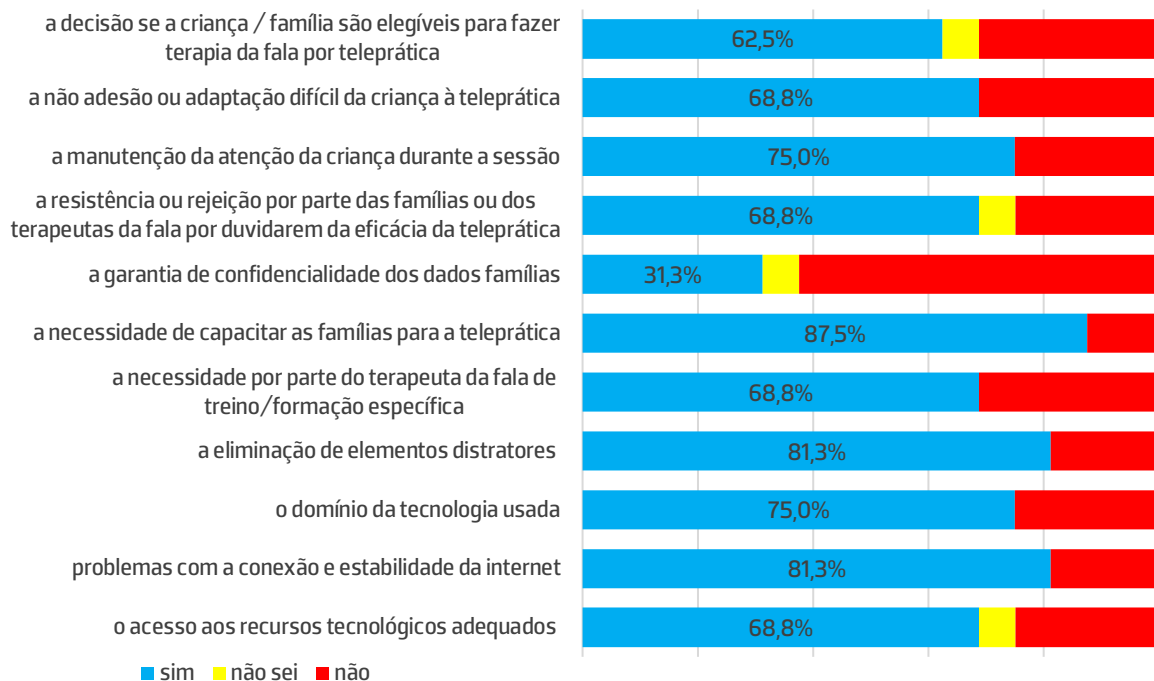
<sup>32</sup> Para informação mais detalhada, sugere-se a consulta da Tabela D15 no Apêndice D.

<sup>33</sup> Para informação mais detalhada sobre a facilidade atribuída pelos TF na implementação de diversos aspetos da intervenção nas duas modalidades, sugere-se a consulta da Tabela D16 no Apêndice D.

<sup>34</sup> Para informação mais detalhada, sugere-se a consulta da Tabela D16 no Apêndice D.



Figura 15: Desafios da teleprática: percepção dos terapeutas da fala



Foram também destacados o domínio da tecnologia (75,0%) e a falta de treino/formação em teleprática (68,8%). É consensual que falta de formação específica, a recorrência de problemas técnicos e a carga cognitiva acrescida da gestão remota impactam negativamente a percepção global da modalidade (Snodgrass et al., 2017; McCarthy et al., 2018).

A maioria dos TF (56,3%)<sup>35</sup> iniciou o uso da teleprática de forma repentina devido à pandemia da COVID-19. Para colmatar a falta de experiência, 68,8% partilharam práticas com colegas, 56,2% pesquisaram artigos científicos e 43,8% recorreram a livros, sites especializados ou formações. Apenas 12,5% afirmaram “não o fiz”, revelando menor investimento em atualização profissional (Figura 16). A literatura destaca o valor do trabalho colaborativo e da partilha de boas práticas para assegurar melhores resultados e maior qualidade na intervenção remota (Rosenzweig, 2023; Moeller et al., 2024b).

<sup>35</sup> Consultar Figura 6 (adesão motivada pela pandemia).

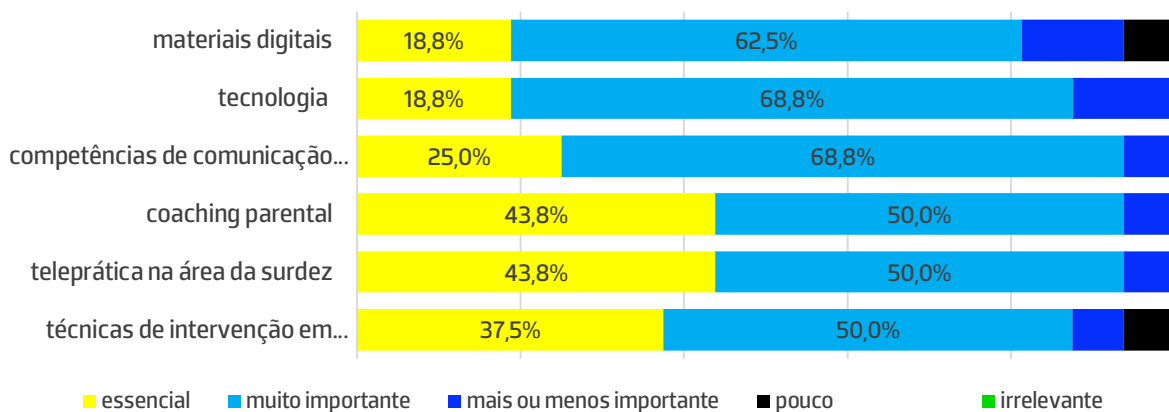


Figura 16: Formas usadas pelos terapeutas da fala para enriquecimento do conhecimento em teleprática



Grande parte dos TF consideraram, para o exercício da teleprática em surdez pediátrica, “muito importante” ou “essencial” a formação e investigação em várias áreas: teleprática na área da surdez, *coaching* parental e competências de comunicação interpessoal *online* (93,8%), técnicas de intervenção em teleprática e tecnologia (87,5%) e materiais digitais (81,3%) Figura 17).

Figura 17: Importância da formação e investigação em áreas relacionadas à teleprática na surdez pediátrica: percepção dos terapeutas da fala

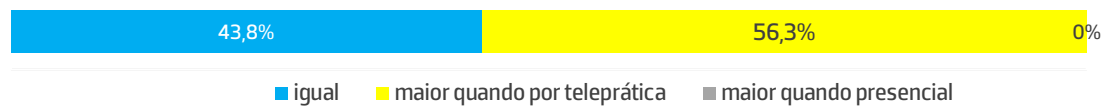


Jakubowitz & Gardner (2022) defendem que desenvolver novas competências para a prática da teleprática é essencial. Rosenzweig (2023) sublinha a importância do domínio das plataformas, da gestão remota, da manutenção do envolvimento da criança/família e da adaptação flexível das estratégias. Snodgrass et al. (2017) recomendam planeamento estruturado, organização clara e atenção ao envolvimento familiar, mas reconhecem que estas exigências podem aumentar a carga cognitiva e dificultar a implementação regular da teleprática (Rosenzweig, 2023). A gestão do tempo é igualmente apontada como um desafio. No presente estudo, 56,3% dos TF referiram



que o tempo de preparação foi superior na teleprática em relação à modalidade presencial (Figura 18)<sup>36</sup>, confirmando outros trabalhos (Snodgrass et al., 2017).

Figura 18: Comparação do tempo de preparação das sessões em cada modalidade: percepção dos terapeutas da fala



Estudos como o de Blaiser e Behl (2016) alertaram para a escassez de formação especializada na teleprática em surdez pediátrica, destacando a necessidade de investir na capacitação dos profissionais. Esta lacuna é frequentemente referida por TF menos experientes nesta abordagem (Daczewitz et al., 2020; McGill & Fiddler, 2021b). A formação em estratégias específicas de teleprática e no uso de recursos digitais (Blaiser & Behl, 2016; Snodgrass et al., 2017) é vista como condição necessária para promover envolvimento ativo e continuidade do processo terapêutico. A SPTF (2020) e a ASHA (2023) sublinham que a prestação de serviços à distância exige treino, conhecimento das particularidades do trabalho remoto e familiaridade com os recursos digitais. Vários autores reforçam que o sucesso da teleprática depende tanto da formação técnica do TF como da sua competência em capacitar e envolver a família (Houston, 2014; McCarthy et al., 2018; Moeller et al., 2024b; Houston, 2022).

Assim, apesar das vantagens identificadas, a teleprática continua a exigir investimento em formação, treino supervisionado, apoio técnico contínuo e envolvimento ativo da família para se consolidar como uma alternativa eficaz e ética à intervenção presencial, nomeadamente no domínio da surdez pediátrica.

### 3.3.4. Satisfação das famílias e dos profissionais com a teleprática

A satisfação com a teleprática apresentou resultados variados entre cuidadores e TF (Figura 19)<sup>37</sup>. A interação com o TF e o acesso ao TF e ao cuidador para discutir questões importantes para a família foram os aspetos mais valorizados: todos os cuidadores (GTp e GTp+P) relataram uma experiência muito positiva (100%, "satisfeitos" e "muito satisfeitos"). 68,8% dos TF avaliaram positivamente estes pontos, sendo que 43,8% dos TF mostraram-se "muito satisfeitos" com o acesso aos cuidadores. Estes dados sugerem que o vínculo e a comunicação entre cuidadores e profissionais constituem pontos fortes da teleprática, em linha com estudos que a apontam como

<sup>36</sup> Para informação mais detalhada sobre a variação de aspetos logísticos e de interação entre as duas modalidades identificados pelos TF, sugere-se a consulta da Tabela D17 no Apêndice D.

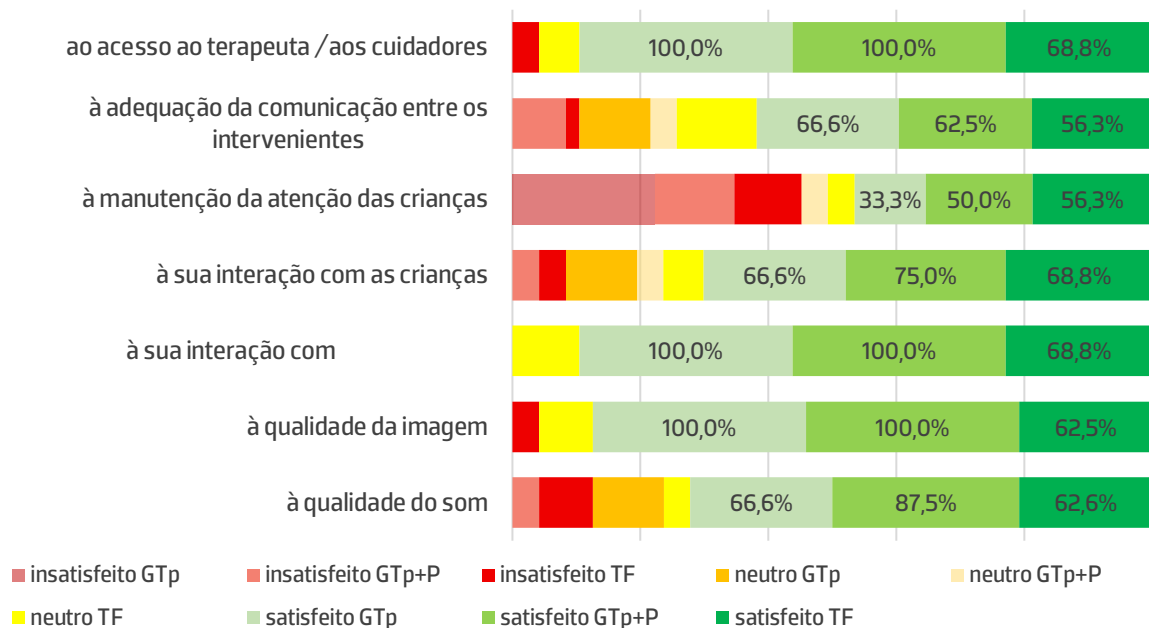
<sup>37</sup> Para informação mais detalhada, sugere-se a consulta das Tabelas D18, D19 e D20 no Apêndice D.



facilitadora do *coaching* parental e da continuidade da intervenção (Behl & Kahn, 2015; McCarthy et al., 2018; Rosenzweig, 2023).

Quanto à interação com a criança, as respostas foram mais heterogéneas. Entre os cuidadores, 33,3% do GTp e 37,5% do GTp+P estavam muito satisfeitos, 33,3% e 37,5% satisfeitos, mas 33,3% do GTp e 12,5% do GTp+P reportaram estar nem satisfeitos nem insatisfeitos, e 12,5% do GTp+P indicaram insatisfação. De forma semelhante, entre os TF, 68,8% avaliaram positivamente a interação com a criança e cuidadores. A adequação da comunicação entre os intervenientes também revelou perceções distintas. Entre os cuidadores, 66,6% do GTp e 12,5% do GTp+P estavam muito satisfeitos; 66,6% e 50% satisfeitos; enquanto 25% do GTp+P reportaram insatisfação e 66,6% do GTp e 12,5% do GTp+P mostraram-se neutros. Já entre os TF, 56,3% avaliaram este ponto positivamente (31,3% satisfeitos; 25,0% muito satisfeitos). A literatura confirma que a perceção de qualidade da interação depende fortemente da aliança terapêutica, da escuta ativa e da adaptação da comunicação ao contexto familiar (Snodgrass et al., 2017; Rosenzweig, 2023).

Figura 19: Nível de satisfação com diversos aspetos das sessões por teleprática: perceção dos cuidadores que participaram exclusivamente em sessões por teleprática, dos que participaram em ambas e dos terapeutas da fala



A manutenção da atenção da criança foi reiteradamente identificada como um desafio. Entre os cuidadores, 33,3% do GTp e 12,5% do GTp+P estavam muito satisfeitos, 37,5% do GTp+P satisfeitos, mas 66,6% do GTp e 25% do GTp+P relataram insatisfação, e 12,5% muito insatisfação (Tabelas 14 e 20). Entre os TF, 56,3% relataram satisfação (43,8% satisfeitos; 12,5%





muito satisfeitos), mas 31,3% reconheceram insatisfação (25,0% insatisfeitos; 6,3% muito insatisfeitos). Os resultados encontrados destacam a necessidade de estratégias específicas para melhorar o foco e o envolvimento da criança nas sessões à distância. Este desafio é frequentemente relatado na literatura como um dos principais limites da teleprática em idade pediátrica (Snodgrass et al., 2017) e é um desafio transversal (McGill & Fiddler, 2021).

Relativamente à qualidade técnica, a imagem foi avaliada de forma positiva por todos os cuidadores (100%), enquanto o som foi valorizado por 66,6% do GTp e 87,5% do GTp+P. Entre os TF, 62,5% também avaliaram favoravelmente a qualidade audiovisual (Tabela 32). Estas perceções estão alinhadas com a literatura, que reconhece que a qualidade técnica é um fator determinante para a experiência global da teleprática (Crutchley & Campbell, 2010; Regina Molini-Avejonas et al., 2015).

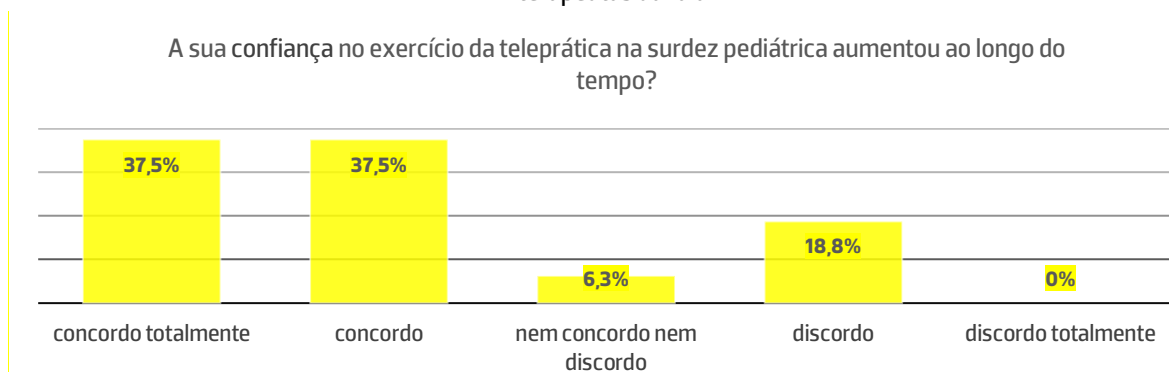
A análise das perceções das famílias e dos TF permite uma reflexão alargada sobre as potencialidades e limitações da modalidade remota, bem como a discussão de questões centrais sobre o papel da teleprática na intervenção com crianças surdas. Tanto os profissionais como as famílias deste estudo reconheceram o valor da teleprática, especialmente no que se refer à continuidade e complementariedade dos serviços e ao reforço do envolvimento parental, com o maior contacto e comunicação entre cuidadores e TF. Estes benefícios valorizados pelos participantes são igualmente descritos na literatura (Houston, 2022). No entanto, a satisfação demonstrada por ambos os grupos parece estar fortemente condicionada pela disponibilidade e uso de recursos tecnológicos, pela manutenção da atenção das crianças durante as sessões, pela eliminação de distratores e pela preparação prévia dos intervenientes para lidar com as exigências desta modalidade. De forma consistente com estes resultados, a literatura indica que a perceção positiva dos profissionais depende sobretudo da experiência prévia e da familiaridade com os modelos remotos (McCarthy et al., 2021; Jeglinsky et al., 2012), enquanto a satisfação das famílias é influenciada pela facilidade de uso dos equipamentos e pela participação ativa da criança (McCarthy et al., 2018; Crutchley & Campbell, 2010).

Diversos estudos reconhecem que a satisfação de famílias e profissionais tende a aumentar quando a teleprática é percebida como uma solução eficaz em cenários de emergência ou de difícil acesso (Behl & Kahn, 2015; Rosenzweig, 2023). Ainda assim, problemas técnicos recorrentes e a falta de formação específica continuam a ser apontados como fatores que afetam negativamente a perceção global da modalidade (Snodgrass et al., 2017; McCarthy et al., 2018; McGill & Fiddler, 2021). Os profissionais mais experientes, por sua vez, revelam maior conforto e



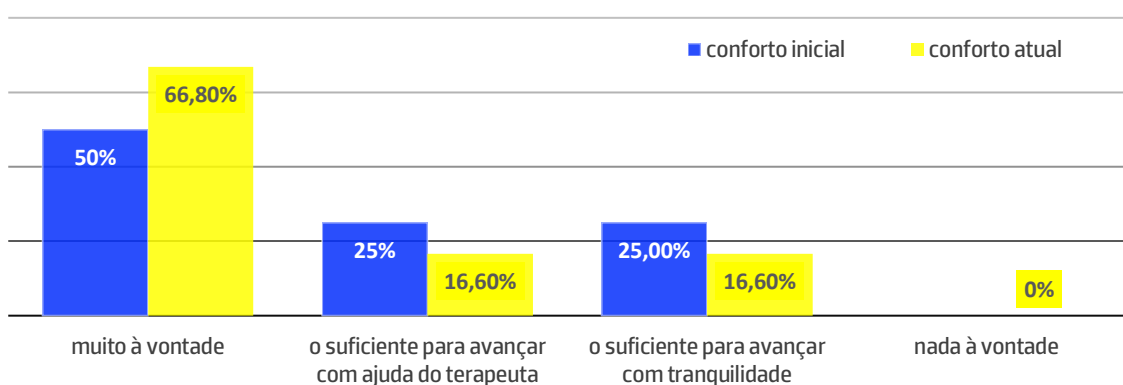
satisfação, sugerindo uma correlação entre experiência clínica, autoconfiança e percepção de eficácia do modelo remoto (Jeglinsky et al., 2012; McCarthy et al., 2021). A maioria dos TF deste estudo assinalou um aumento de confiança na teleprática ao longo do tempo (37,5% concordam; 37,5% concordam totalmente) (Figura 20). Em contraste, 18,8% discordaram, e 6,3% permaneceram neutros, sugerindo que uma pequena parcela ainda enfrenta desafios no uso desta modalidade.

Figura 20: Evolução da confiança no uso da teleprática na surdez pediátrica ao longo do tempo: percepção dos terapeutas da fala



Em consonância, as famílias participantes indicaram um aumento gradual do grau de conforto: 50% “muito à vontade” no início, subindo para 66,8% aquando do preenchimento do questionário (Figura 21). Este padrão de adaptação progressiva confirma o que é descrito por outros estudos, que identificam ganhos de confiança de famílias e profissionais com a experiência acumulada (Madell & Hewitt, 2023).

Figura 21: Comparação do grau de conforto com a tecnologia usada na teleprática: percepção dos cuidadores



Os resultados mostram também que os TF estão atentos à importância da formação contínua e ao apoio às famílias na adaptação à modalidade remota. Esta posição vai ao encontro das orientações éticas descritas na literatura, que defendem a prestação de serviços baseados na competência, responsabilidade e atualização permanente dos conhecimentos. De acordo com o JCIH (2019), é fundamental assegurar a formação inicial e contínua dos profissionais, avaliando as



suas competências em contexto remoto, incluindo a sua capacidade de apoiar a literacia digital das famílias, para que estas utilizem os recursos tecnológicos de forma autónoma e participem ativamente na intervenção, garantindo um serviço ético, eficaz e centrado na família. Esta visão é partilhada por entidades internacionais e nacionais, como a ASHA (2023), que inclui a teleprática no âmbito das práticas éticas e a APTF (1999a), cujo Código Deontológico reforça o dever de atualização profissional contínua e a prestação de serviços dentro das áreas de competência. A literatura também destaca a importância da supervisão e de modelos de formação que incluam práticas supervisionadas, comunidades profissionais de aprendizagem e reflexão conjunta sobre os desafios da modalidade (McCarthy et al., 2018; Rosenzweig, 2023). Esta necessidade é ainda mais evidente quando se trata de populações com necessidades específicas, como as crianças com surdez. Assim, as dificuldades apontadas pelos participantes e descritas na literatura confirmam que a eficácia da teleprática depende da preparação dos intervenientes e da adaptação constante dos modelos de intervenção (Snodgrass et al., 2017; Jakubowitz & Gardner, 2022).

Em Portugal, a teleprática ainda não é vista como substituto da modalidade presencial, mas sim como uma ferramenta complementar que, quando bem implementada, pode promover o acesso, a continuidade dos cuidados e a participação ativa da família. O seu sucesso dependerá da capacidade das instituições e dos profissionais para integrar esta modalidade de forma crítica, adaptada, sustentada e centrada nas necessidades reais das crianças e das suas famílias.

Neste estudo foram identificadas algumas limitações. A primeira a considerar é a amostra ser reduzida, logo não representativa. Esta limitação é frequente quando o instrumento usado é o questionário (Hill & Hill, 2009). Adicionalmente, houve influência do curto tempo para a disseminação e recolha de respostas e a altura do ano (verão).

Por opção, dado que esta população tem uma baixa incidência e grande variabilidade de características (Spencer & Marschark, 2010), foi privilegiada uma exaustiva caracterização da amostra, à luz do que são as recomendações no meio académico nesta área<sup>38</sup>, tornando os

---

<sup>38</sup> A caracterização detalhada das populações estudadas é amplamente reconhecida na literatura como essencial para garantir a comparação e a interpretação rigorosa dos resultados na área da surdez pediátrica. Estudos recentes sublinham que muitas investigações continuam a apresentar limitações metodológicas relevantes, como amostras reduzidas, ausência de grupos de controlo e falta de consistência nos critérios de avaliação, o que dificulta a generalização dos resultados (Madell et al., 2023). Esta realidade reforça a importância de recolher informação exaustiva sobre as populações envolvidas, de forma a contextualizar adequadamente os achados e a permitir maior robustez na comparação entre estudos. De forma convergente, no Simpósio AG Bell 2023 foi igualmente sublinhada



questionários mais longos e podendo ter resultado num maior abandono do seu preenchimento. Sabe-se que questionários curtos apresentam uma taxa de resposta mais elevada (Deutskens et al., 2004). Questionários na área da saúde que são percecionados como longos podem desencorajar a participação. É sugerida uma duração no preenchimento entre 15 a 20 minutos de forma a equilibrar a importância do estudo e o respeito pelo tempo do participante (Booker et al., 2021). Na opinião da maioria dos peritos que colaboraram neste estudo, os questionários “não são muito extensos, estão bem dimensionados”.

É, ainda, possível melhorar os questionários, sem os tornar muito mais extensos. No questionário dirigido às famílias constaram as perguntas “idade cronológica” e “idade de atribuição do diagnóstico de surdez” e, por lapso, a idade de início de uso consistente de tecnologia auditiva não foi incluída. Esta informação permite determinar a “idade auditiva”, uma variável de extrema importância para o prognóstico, a avaliação e a intervenção com esta população (Cole & Flexer, 2020; Melo et al., 2025) e que pode orientar para a adesão ou não de uma família a esta modalidade<sup>39</sup>.

De forma a aumentar o conhecimento da experiência dos TF na área da surdez pediátrica e da teleprática nesta área, no questionário dirigido aos TF teria sido interessante a introdução de mais duas questões: a média anual do número de acompanhamentos em surdez em idade pediátrica realizados na prestação de serviços por teleprática e a média anual do número desses acompanhamentos em sessões presenciais.

É notória a necessidade de aumentar a amostra para retratar com rigor a realidade portuguesa. Seria interessante analisar a perceção de um número maior de participantes e, também, juntar e analisar os dados obtidos neste estudo com os dados de estudos similares realizados noutros outros países.

---

a necessidade de caracterizar detalhadamente as amostras, não só para possibilitar a junção de estudos semelhantes, mas também para sustentar práticas baseadas na evidência.

<sup>39</sup> Em termos de organização e coerência dos questionários, e não de conteúdo, as perguntas referentes ao grau de conforto (nº 59 e nº60), no questionário dirigido às famílias, não deveriam estar na parte de caracterização da criança e da família.



#### 4. Conclusão

Os resultados desta investigação reforçam a importância de refletir criticamente sobre a integração da teleprática na terapia da fala, particularmente na intervenção com crianças surdas. Esta modalidade apresenta diversas vantagens, mas tanto TF como famílias consideraram que a teleprática não substitui totalmente as sessões presenciais. As perceções de eficácia, satisfação e envolvimento variaram, existindo uma clara preferência pelas interações presenciais, em linha com o que descreve a literatura. Persistem desafios, como as barreiras tecnológicas, a formação dos TF, a capacitação das famílias e a adaptação das crianças ao formato remoto.

Para o futuro da teleprática na surdez pediátrica, será essencial mitigar obstáculos e potenciar benefícios. Tal implica investimentos em infraestrutura tecnológica (equipamentos e internet de qualidade), programas de formação contínua para TF e famílias, e a criação de materiais digitais apelativos e adaptados às rotinas, que favoreçam a adesão e a satisfação. A personalização da terapia, aliada a uma comunicação clara entre TF e família quanto aos objetivos e expectativas associadas à teleprática, poderá aumentar a satisfação e o envolvimento das famílias, promovendo uma experiência mais coesa e eficaz.

Avaliar o impacto a longo prazo desta modalidade e identificar os fatores que facilitam ou dificultam a sua aceitação será fundamental para que a teleprática evolua como complemento, ou mesmo como substituto, viável às práticas presenciais. Com a superação dos desafios identificados, tanto neste estudo como nos estudos citados na literatura, a teleprática tem o potencial de se consolidar como uma componente essencial da intervenção em surdez pediátrica, proporcionando soluções acessíveis e eficazes.

Embora ainda haja muito por estudar e operacionalizar, é inegável que os avanços tecnológicos atuais representam uma enorme vantagem para uma criança que nasce ou se torna surda precocemente, em comparação com há 20 ou 30 anos. É consensual que o desenvolvimento ótimo da criança surda requer profissionais especializados e famílias envolvidas e esclarecidas. Neste contexto, a teleprática surge como uma possibilidade real e, provavelmente, cada vez mais utilizada, ao permitir intervenções em contextos naturais e integradas nas rotinas.

Em Portugal, muitas crianças surdas são acompanhadas em contexto escolar, em horários pouco compatíveis com a presença familiar. Contudo, neste estudo, tanto famílias como TF valorizaram a possibilidade de participação familiar nas sessões remotas. Assim, a teleprática pode constituir uma ferramenta de grande valor, ao permitir que as famílias participem sem necessidade de



deslocação à escola, promovendo colaboração entre TF e famílias e favorecendo o desenvolvimento da criança.

Com os recursos tecnológicos atualmente disponíveis, abre-se uma janela de oportunidade para apoiar, integrar e capacitar as famílias, respeitando as suas opções e promovendo o desenvolvimento ótimo de cada criança.

Concluindo, a pandemia da COVID-19 acelerou a transição para os serviços *online* e é expectável que a teleprática se torne parte integrante da prática clínica convencional. Contudo, para que tal se concretize, será necessário investir em investigação robusta, formação contínua e estratégias éticas centradas na família, de modo a consolidar esta modalidade como prática baseada na evidência.

O futuro da teleprática na surdez pediátrica exige um investimento estratégico em investigação, formação e inovação. A ASHA, no ano do seu centenário (2025), identifica a teleprática como uma das suas áreas estratégicas, sublinhando a necessidade de modelos cultural e linguisticamente responsivos e da inclusão de todos os intervenientes – TF, famílias e facilitadores – na investigação sobre fatores que condicionam a sua eficácia (Edwards-Gaither et al., 2023). Todd Houston, referência no desenvolvimento da teleprática, sobretudo na intervenção com crianças surdas, reforça a importância de os TF acompanharem os avanços tecnológicos e integrarem ferramentas digitais que potenciem a qualidade da intervenção à distância, salientando ainda o potencial da inteligência artificial, da realidade aumentada e de plataformas interativas (Houston, 2022; Jakubowitz & Gardner, 2022).

Para consolidar esta modalidade, é fundamental investir na formação contínua dos profissionais, desenvolver estratégias de apoio à literacia digital das famílias que promovam o uso autónomo das tecnologias e a sua participação ativa, e incentivar modelos híbridos que combinem sessões presenciais e remotas. A investigação futura, nomeadamente na surdez pediátrica, deve avaliar os impactos a longo prazo na eficácia terapêutica, na satisfação dos intervenientes e na equidade no acesso aos serviços, assegurando uma prática ética, eficaz e informada, sustentada por conhecimento atualizado.



## Referências Bibliográficas

- Alexander Graham Bell Association.* (2022). *The Ling-Madell-Hewitt (LMH) Test Battery – Alexander Graham Bell Association.* <https://agbell.org/2022/01/29/the-ling-madell-hewitt-lmh-test-battery/>
- Associação Portuguesa de Terapia da Fala. (s.d.). *o terapeuta da fala.* Associação Portuguesa de Terapeutas Da Fala. Retrieved 27 September 2024, from <https://aptf1978.wixsite.com/aptf/o-terapeuta-da-fala>
- Associação Portuguesa de Terapia da Fala. (1999a). *Código Ético e Deontológico.*
- Associação Portuguesa de Terapia da Fala. (1999b). *Regulamento disciplinar.*
- American Speech-Language-Hearing Association.* (s.d.-a). *About the American Speech-Language-Hearing Association (ASHA).* American Speech-Language-Hearing Association. Retrieved 23 September 2024, from <https://www.asha.org/about/>
- American Speech-Language-Hearing Association.* (s.d.-b). *Evidence-Based Practice (EBP).* American Speech-Language-Hearing Association. Retrieved 25 September 2024, from <https://www.asha.org/Research/EBP/>
- American Speech-Language-Hearing Association.* (s.d.-c). *Hearing Loss After Birth (Acquired Hearing Loss).* American Speech-Language-Hearing Association. Retrieved 29 September 2024, from <https://www.asha.org/public/hearing/acquired-hearing-loss/>
- American Speech-Language-Hearing Association.* (s.d.-d). *Hearing Loss at Birth (Congenital Hearing Loss).* American Speech-Language-Hearing Association. Retrieved 29 September 2024, from <https://www.asha.org/public/hearing/congenital-hearing-loss/>
- American Speech-Language-Hearing Association.* (s.d.-e). *Hearing Loss in Children.* American Speech-Language-Hearing Association. Retrieved 26 June 2023, from [https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/hearing-loss-in-children/#collapse\\_1](https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/hearing-loss-in-children/#collapse_1)
- American Speech-Language-Hearing Association.* (s.d.-f). *Language and Communication of Deaf and Hard of Hearing Children.* Retrieved 7 July 2025, from <https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/language-communication-deaf-hard-of-hearing-children/>
- American Speech-Language-Hearing Association.* (s.d.-g). *Speech-Language Pathologists – Job Description and Career Information.* American Speech-Language-Hearing Association. Retrieved 28 September 2024, from <https://www.asha.org/students/speech-language-pathologists/>



- American Speech-Language-Hearing Association.* (s.d.-h). *T<sub>j</sub>\_elepractice.* American Speech-Language-Hearing Association. Retrieved 23 September 2024, from <https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/telepractice/>
- American Speech-Language-Hearing Association.* (s.d.-i). *Who Are Speech-Language Pathologists, and What Do They Do?* American Speech-Language-Hearing Association. Retrieved 28 September 2024, from <https://www.asha.org/public/who-are-speech-language-pathologists/>
- American Speech-Language-Hearing Association.* (2005). *Evidence-based practice in communication disorders: an introduction.* American Speech-Language-Hearing Association. <https://www.asha.org/policy/PS2005-00221/>
- American Speech-Language-Hearing Association.* (2014). *SIG 18 telepractice services survey results.* [www.asha.org](http://www.asha.org).
- American Speech-Language-Hearing Association.* (2016a). Scope of Practice in Speech-Language Pathology [Scope of Practice]. In *American Speech-Language-Hearing Association.* [www.asha.org/policy/](http://www.asha.org/policy/).
- American Speech-Language-Hearing Association.* (2016b). *SIG 18 Telepractice Survey Results.* [www.asha.org](http://www.asha.org)
- American Speech-Language-Hearing Association.* (2023a). *Code of Ethics.* [www.asha.org/policy/](http://www.asha.org/policy/).
- American Speech-Language-Hearing Association.* (2023b). *Type, Degree, and Configuration of Hearing Loss.* [www.asha.org/aud/pei/](http://www.asha.org/aud/pei/).
- Barton, C., & McConkey Robbins, A. (2023). Music, Listening, and All That Jazz. In J. Madell & J. Hewitt (Eds.), *From listening to language: Comprehensive intervention to maximize learning for children and adults with hearing loss* (1st ed., pp. 251–266). Thieme.
- Bassard, S. (2025, June 11). *Preparing Deaf and Hard of Hearing Families for Telepractice.* The ASHA LeaderLive. [https://leader.pubs.asha.org/do/10.1044/2025-0611-telepractice-deaf-hh-slp/full/?fbclid=IwY2xjawLnLxJleHRuA2FlbQlXMQABHiDd4AWpwXuWxLLdNGhQObuTI MhWAekbkWClATqXeIY8-tIVm\\_3AbLW06j-\\_aem\\_kKhErNAIpAyrCHxBGqbOKw&sfnsn=mo](https://leader.pubs.asha.org/do/10.1044/2025-0611-telepractice-deaf-hh-slp/full/?fbclid=IwY2xjawLnLxJleHRuA2FlbQlXMQABHiDd4AWpwXuWxLLdNGhQObuTI MhWAekbkWClATqXeIY8-tIVm_3AbLW06j-_aem_kKhErNAIpAyrCHxBGqbOKw&sfnsn=mo)
- Beck, D., & Flexer, C. (2011, February 2). *Listening Is Where Hearing Meets Brain...in Children and Adults.* The Hearing Review. <https://hearingreview.com/practice-building/practice-management/listening-is-where-hearing-meets-brain-in-children-and-adults>





- Behl, D., Blaiser, K., Cook, G., Barrett, T., Callow-Heusser, C., Brooks, B., Dawson, P., Quigley, S., & White, K. (2017). A multisite study evaluating the benefits of early intervention via telepractice. *Infants and Young Children, 30*(2), 147–161. <https://doi.org/10.1097/IYC.0000000000000090>
- Behl, D., & Kahn, G. (2015). Provider perspectives on telepractice for serving families of children who are deaf or hard of hearing. *International Journal of Telerehabilitation, 7*(1), 1–12.
- Behl, D., & Kahn, G. (2015). Provider perspectives on telepractice for serving families of children who are deaf or hard of hearing. *International Journal of Telerehabilitation, 7*(1), 1–12.
- Behl, D., White, K., Barrett, T., Blaiser, K., Callow-Heusser, C., & Croshaw, T. (s.d.). *Evaluating the Benefits of Early Intervention via Internet-based Two-way Videoconferencing*. Bureau International d'Audiophonologie. (1996). *BIAP Recommendation 02/1: Audiometric Classification of Hearing Impairments*. [www.biap.org](http://www.biap.org).
- Blaiser, K. M., & Behl, D. (2016). Telepractice training for early intervention with children who are Deaf/Hard-of-Hearing. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups, 1*(9), 60–67.
- Booker, Q., Austin, J., & Balasubramanian, B. (2021). Survey strategies to increase participant response rates in primary care research studies. *Family Practice, 38*(5), 699–702. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab070>
- Bradham, T., & Houston, T. (2015). *Assessing listening and spoken language in children with hearing loss* (T. S. Bradham & K. T. Houston, Eds.). Plural Publishing.
- Brazorotto, J., Santos, I., Souza, V., & Moret, A. (2024). Intervenção fonoaudiológica na deficiência auditiva na primeira infância. In I. C. Delgado, K. Andrade, & M. Rosa (Eds.), *Intervencao fonoaudiológica em audição e linguagem* (pp. 1–12). Thieme.
- Busa, J., Harrison, J., Chappell, J., Yoshinaga-Itano, C., Grimes, A., Brookhouser, P. E., Epstein, S., Mehl, A., Vohr, B., Gravel, J., Roush, J., Widen, J., Benedict, B. S., Scoggins, B., King, M., Pippins, L., Savage, D. H., Ackermann, J., Gibson, A., ... Mason, P. (2007). Year 2007 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs. *Pediatrics, 120*(4), 898–921. <https://doi.org/10.1542/PEDS.2007-2333>
- Chen, P. H., & Liu, T. W. (2017). A pilot study of telepractice for teaching listening and spoken language to Mandarin-speaking children with congenital hearing loss. *Deafness and Education International, 19*(3–4), 134–143. <https://doi.org/10.1080/14643154.2017.1402567>



- Clem, B., & Tippet, E. (2023). Babies and Beginners: Starting with Nothing and Building up to Words. In J. Madell & J. Hewitt (Eds.), *From listening to language comprehensive intervention to maximize learning for children and adults* (1st ed., pp. 87–109). Thieme.
- Cole, E., & Flexer, C. (2020). *Children with hearing loss: developing listening and talking, birth to six* (E. B. Cole & C. Flexer, Eds.; 4th ed.). Plural Publishing.
- Convenção Sobre Os Direitos Da Criança e Protocolos Facultativos, Comité Português para a UNICEF 1 (2019).
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (4th ed.). Sage Publications.
- Crutchley, S., & Campbell, M. (2010). TeleSpeech Therapy Pilot Project: Stakeholder Satisfaction. *International Journal of Telerehabilitation*. <https://doi.org/10.5195/ijt.2010.6049>
- Daczewitz, M., Meadan-Kaplansky, H., & Borders, C. (2020). PiCs: Telepractice coaching for a parent of a child who is hard-of-hearing. *Deafness and Education International*, 22(2), 113–138. <https://doi.org/10.1080/14643154.2019.1587235>
- Decreto-Lei n.º 67/98, Diário da República n.º 247 – I Série A 5536 (1998).
- Despacho n.º 9871/2010, Diário da República n.º 112 – II Série 32123 (2010).
- Deutskens, E., De, K. O., Ni, R. K. D. U., Oosterveld, P., & Ni, P. O. (2004). Response Rate and Response Quality of Internet-Based Surveys: An Experimental Study. *Marketing Letters*, 15(1), 21–36.
- Edwards-Gaither, L., Harris, O., & Perry, V. (2023). Viewpoint Telepractice 2025: Exploring Telepractice Service Delivery During COVID-19 and Beyond. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 8(2), 412–417. [https://doi.org/10.1044/2022\\_PERSP-22-00095](https://doi.org/10.1044/2022_PERSP-22-00095)
- Estabrooks, W., Morrison, H., & MacIver-Lux, K. (2020). *Auditory-verbal therapy: science, research and practice* (W. Estabrooks, H. M. Morrison, & K. MacIver-Lux, Eds.). Plural Publishing.
- Estabrooks, Warren., Morrison, H. McCaffrey., & MacIver-Lux, Karen. (2020). *Auditory-verbal therapy: science, research, and practice*. Plural Publishing.
- Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. (2016). Comparison of Convenience Sampling and Purposive Sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 5(1), 1–4.



- Finitzo, T., Sininger, Y., Brookhouser, P., Epstein, S., Erenberg, A., Roizen, N., Diefendorf, A. O., Gravel, J. S., Folsom, R. C., Stone, P., Innes, J. J., Dickman, D. M., Michel, L., Rose, L., Mahoney, T., Cherow, E., Hayes, D., Osterhus, L., & Tonniges, T. (2000). Year 2000 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs. *Pediatrics*, *106*(4), 798–817. <https://doi.org/10.1542/PEDS.106.4.798>
- Flexer, C. (2012). *Auditory Brain Development - The key to developing listening, language and literacy*. <https://hearinghealthmatters.org/hearing-and-kids/2012/auditory-brain-development-the-key-to-developing-listening-language-and-literacy/>
- Flexer, C. (2019). *Auditory Brain Development: The Foundation of Listening, Language and Literacy*. [www.carolflexer.com](http://www.carolflexer.com)
- Flexer, C., & Madell, J. (2008). *Pediatric Audiology: Diagnosis, Technology, and Management*. Thieme Medical Publishers.
- Flexer, C., & Madell, J. (2011). *Pediatric Audiology Casebook*. Thieme Medical Publishers.
- Florida Department of Health. (2002). *Florida Resource Guide for Families of Young Children with Hearing Loss*. Florida Department of Health, Children's Medical Services, Infant Hearing Program. [www.cms-kids.com](http://www.cms-kids.com)
- Foust, T., & Hoffman, J. (2022). Audiology 101 - An Introduction to Audiology for Nonaudiologists. In The National Center for Hearing Assessment and Management (Ed.), *A Resource Guide for Early Hearing Detection and Intervention*. The National Center for Hearing Assessment and Management. <https://www.infantheating.org/ehdi-ebook/index.html>
- Galea, C., Jones, A., Ko, K., Salins, A., Robidoux, S., Noble, C., & McArthur, G. (2025). Home-based shared book reading and developmental outcomes in young children: a systematic review with meta-analyses. *Frontiers in Language Sciences*, *4*. <https://doi.org/10.3389/flang.2025.1540562>
- Gifford, K. A., Holmes, M. G., & Bernstein, H. H. (2009). Hearing loss in children. *Pediatrics in Review*, *30*(6), 207–216. <https://doi.org/10.1542/pir.30-6-207>
- Greene, K. (2022). Dual language development and disorders: A handbook on bilingualism and second language learning, 3rd edition J. Paradis, F. Genesee & M. B. Crago and Language disorders in bilingual children and adults, 3rd edition K. Kohnert, K. D. Ebert & T. Pham. *Journal of Monolingual and Bilingual Speech*, *4*(2). <https://doi.org/10.1558/jmbs.22761>
- Grupo de Rastreio e Intervenção da Surdez Infantil. (2007). Recomendações para o Rastreio Auditivo Neonatal Universal (RANU). *Portuguesa, Acta Pediátrica*, *38*(5), 209–214. [www.audiologyonline.com/articles/](http://www.audiologyonline.com/articles/)



- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, *46*(12), 1417–1432.
- Hao, Y., Zhang, S., Conner, A., & Lee, N. (2021). The evolution of telepractice use during the covid-19 pandemic: Perspectives of pediatric speech-language pathologists. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(22). <https://doi.org/10.3390/ijerph182212197>
- Hill, M. M., & Hill, A. (2009). *Investigação por questionário*. Edições Sílabo.
- House, J., & Dowling, C. (2022). Making the World Accessible for Children Who Are Deaf or Hard of Hearing Through Technology. In The National Center for Hearing Assessment and Management (Ed.), *A Resource Guide for Early Hearing Detection and Intervention*. The National Center for Hearing Assessment and Management. <https://www.infanthearing.org/ehdi-ebook/index.html>
- Houston, T. (2014). *Telepractice in speech-language pathology* (K. T. Houston, Ed.). Plural Publishing.
- Houston, T. (2018, October 15). *Connecting to Communicate: Defining Telepractice*. SpeechPathology.Com. [https://www.speechpathology.com/articles/connecting-to-communicate-defining-telepractice-19765?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.speechpathology.com/articles/connecting-to-communicate-defining-telepractice-19765?utm_source=chatgpt.com)
- Houston, T. (2022a). D\_a\_igital & Social Media: Using New Tools to Support the EHDI System. In The National Center for Hearing Assessment and Management (Ed.), *A Resource Guide for Early Hearing Detection and Intervention*. The National Center for Hearing Assessment and Management. <https://www.infanthearing.org/ehdi-ebook/index.html>
- Houston, T. (2022b). Using Telepractice to Improve Outcomes for Children Who Are Deaf or Hard of Hearing & Their Families. In The National Center for Hearing Assessment and Management (Ed.), *A Resource Guide for Early Hearing Detection and Intervention*. The National Center for Hearing Assessment and Management. <https://www.infanthearing.org/ehdi-ebook/index.html>
- Hudson, M., & DeRuiter, M. (2021). *Professional issues in Speech-Language Pathology and Audiology* (5th ed.). Plural Publishing.
- Hull, R. (2021). *Introduction to aural rehabilitation: serving children and adults with hearing loss* (3rd ed.). Plural Publishing.
- Jakubowitz, M., & Edwards-Gaither, L. (2022). *Telepractice: a clinical guide for speech-language pathologists*. Plural Publishing.



- Joint Committee on Infant Hearing.* (2019). Year 2019 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs. *Journal of Early Hearing Detection and Intervention, 4*(2), 1–44. <https://doi.org/https://doi.org/10.15142/fptk-b748>
- Jeglinsky, I., Autti-Rämö, I., & Brogren Carlberg, E. (2012). Professional background and the comprehension of family-centredness of rehabilitation for children with cerebral palsy. *Child: Care, Health and Development, 38*(1), 70–78. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01211.x>
- Kay-Rivest, E., Roland, J. T., & Friedmann, D. R. (2022). Cochlear Implants for Single-Sided Deafness. In S. DeSaSouza (Ed.), *Cochlear Implants* (pp. 303–313). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-981-19-0452-3\\_14](https://doi.org/10.1007/978-981-19-0452-3_14)
- Kessler, D., & Kübler-Ross, E. (2005). *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. Scribner.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. Macmillan.
- Lo, M., & Chen, P. H. (2017). Working memory capacity as a factor influencing the relationship between language outcome and rehabilitation in mandarin-speaking preschoolers with congenital hearing impairment. *Frontiers in Psychology, 8*(MAR), 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00357>
- Madell, J., Flexer, C., Wolfe, J., & Schafer, E. (2019). *Pediatric Audiology: Diagnosis, Technology, and Management* (J. Madell, C. Flexer, J. Wolfe, & E. C. Schafer, Eds.; 3rd ed.). Thieme Medical Publishers.
- Madell, J., & Hewitt, J. (2023). Audiology: Building the Foundation. In J. Madell & J. Hewitt (Eds.), *From listening to language comprehensive intervention to maximize learning for children and adults with hearing loss* (1st ed., pp. 11–29). Thieme.
- Madell, J., Hewitt, J., & Rotfleisch, S. (2018). *Auditory Perception vs. Speech Production in Children*. <http://journals.lww.com/thehearingjournal>
- Madell, J. R., & Hewitt, J. (2023). *From Listening to Language*. Thieme.
- Madell, J. Reger., & Hewitt, J. G. . (2023). *From listening to language comprehensive intervention to maximize learning for children and adults with hearing loss editors Jane R. Madell, Joan G. Hewitt*. Thieme.
- Mann, C. J. (2003). Observational research methods. Research design II: cohort, cross-sectional, and case-control studies. *Emergency Medicine Journal, 20*(1), 54–60.



- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística - Com utilização do SPSS* (M. Robalo, Ed.; 3rd ed.). Edições Sílabo.
- Martindale, M. (2023). Guiding and supporting parents/caregivers. In S. Rotfleisch & M. Martindale (Eds.), *Listening and spoken language therapy for children with hearing loss: a practical auditory-based guide* (1st ed., pp. 55–66). Plural Publishing.
- McCarthy, M., Leigh, G., & Arthur-Kelly, M. (2018). Telepractice delivery of family-centred early intervention for children who are deaf or hard of hearing: A scoping review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, *25*(4), 249–260. <https://doi.org/10.1177/1357633X18755883>
- McCarthy, M., Leigh, G., & Arthur-Kelly, M. (2020a). Comparison of Caregiver Engagement in Telepractice and In-person Family-Centered Early Intervention. *Journal of Infectious Diseases*, *221*(1), 33–42. <https://doi.org/10.1093/deafed/enz037>
- McCarthy, M., Leigh, G., & Arthur-Kelly, M. (2020b). Practitioners' Self-Assessment of Family-Centered Practice in Telepractice Versus In-Person Early Intervention. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, *26*(1), 46–57. <https://doi.org/10.1093/deafed/ena028>
- McConkey Robbins, A. (2017). 12 guiding premises of pediatric cochlear implant habilitation. In *World Journal of Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery* (Vol. 3, Issue 4, pp. 235–239). KeAi Communications Co. <https://doi.org/10.1016/j.wjorl.2017.12.009>
- Mcgill, M., & Fiddler, K. (2021a). *A User's Guide for Understanding and Addressing Telepractice Technology Challenges via ZOOM*. <https://doi.org/10.23641/asha>
- Mcgill, M., & Fiddler, K. (2021b). *A User's Guide for Understanding and Addressing Telepractice Technology Challenges via ZOOM*. <https://doi.org/10.23641/asha>
- Melo, M. E., & Brás da Silva, P. (2025). Teleatendimento na Terapia Auditiva-Verbal. In H. Campanatti (Ed.), *Semeando a vida com sons: instrumentalizando as famílias de crianças com perdas auditivas pela prática auditiva-verbal* (pp. 321–353). Pró-Fono.
- Melo, M. E., Brás da Silva, P., & Cardoso, M. (2025). *Terapia Auditiva-Verbal*. Thieme.
- Moeller, M. P., Carr, G., Seaver, L., Stredler-Brown, A., & Holzinger, D. (2013). Best practices in family-centered early intervention for children who are deaf or hard of hearing: An international consensus statement. In *Journal of Deaf Studies and Deaf Education* (Vol. 18, Issue 4, pp. 429–445). <https://doi.org/10.1093/deafed/ent034>



- Moeller, M. P., Gale, E., Szarkowski, A., Smith, T., Birdsey, B. C., Moodie, S. T. F., Carr, G., Stredler-Brown, A., Yoshinaga-Itano, C., & Holzinger, D. (2024a). Family-Centered Early Intervention Deaf/Hard of Hearing (FCEI-DHH): Foundation Principles. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 29(SI), S153–S163. <https://doi.org/10.1093/deafed/enad037>
- Moeller, M. P., Gale, E., Szarkowski, A., Smith, T., Birdsey, B. C., Moodie, S. T. F., Carr, G., Stredler-Brown, A., Yoshinaga-Itano, C., & Holzinger, D. (2024b). Family-Centered Early Intervention Deaf/Hard of Hearing (FCEI-DHH): Introduction. In *Journal of Deaf Studies and Deaf Education* (Vol. 29, Issue SI, pp. S13–S17). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/deafed/enad035>
- Moeller, M. P., Szarkowski, A., Gale, E., Smith, T., Birdsey, B. C., Moodie, S. T. F., Carr, G., Stredler-Brown, A., Yoshinaga-Itano, C., & Holzinger, D. (2024). Family-Centered Early Intervention Deaf/Hard of Hearing (FCEI-DHH): Guiding Values. In *Journal of Deaf Studies and Deaf Education* (Vol. 29, Issue SI, pp. S18–S126). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/deafed/enad038>
- Muse, C., Harrison, J., Yoshinaga-Itano, C., Grimes, A., Brookhouser, P., Epstein, S., Buchman, C., Mehl, A., Vohr, B., Moeller, M. P., Martin, P., Benedict, B., Scoggins, B., Crace, J., King, M., Sette, A., & Martin, B. (2013). Supplement to the JCIH 2007 position statement: Principles and guidelines for early intervention after confirmation that a child is deaf or hard of hearing. *American Academy of Pediatrics*, 131(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2013-0008>
- Nelson, C., & Bruce, S. M. (2019). Children who are deaf/hard of hearing with disabilities: Paths to language and literacy. In *Education Sciences* (Vol. 9, Issue 2). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/educsci9020134>
- Nora, E. P., Goloborodko, A., Valton, A. L., Gibcus, J. H., Uebersohn, A., Abdennur, N., Dekker, J., Mirny, L. A., & Bruneau, B. G. (2017). Targeted Degradation of CTCF Decouples Local Insulation of Chromosome Domains from Genomic Compartmentalization. *Cell*, 169(5), 930–944.e22. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2017.05.004>
- Norma Nº018/2015, 1 (2015).
- Northern, J. L., & Downs, M. P. (2002). *Hearing in children* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Northern, J. L., & Downs, M. P. (2014). *Hearing in children* (6th ed.). Plural Publishing.
- Royal College of Speech and Language Therapists. (s.d.). *Telehealth guidance: Service delivery*. Retrieved 20 July 2025, from <https://www.rcslt.org/members/delivering-quality-services/telehealth-guidance/#section-2>



- Royal College of Speech and Language Therapists. (2022, December). *Telehealth guidance*. Royal College of Speech and Language Therapists. <https://www.rcslt.org/members/delivering-quality-services/telehealth-guidance/#section-1>
- Regina Molini-Avejonas, D., Rondon-Melo, S., de La Higuera Amato, C. A., & Samelli, A. G. (2015). A systematic review of the use of telehealth in speech, language and hearing sciences. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 21(7), 367–376. <https://doi.org/10.1177/1357633X15583215>
- Richmond, T., Peterson, C., Cason, J., Billings, M., Terrell, E. A., Lee, A. C. W., Towey, M., Parmanto, B., Saptano, A., Cohn, E. R., & Brennan, D. (2017a). American Telemedicine Association's Principles for Delivering Telerehabilitation Services. *International Journal of Telerehabilitation*, 9(2), 63–68. <https://doi.org/10.5195/ijt.2017.6232>
- Richmond, T., Peterson, C., Cason, J., Billings, M., Terrell, E. A., Lee, A. C. W., Towey, M., Parmanto, B., Saptano, A., Cohn, E. R., & Brennan, D. (2017b). American Telemedicine Association's Principles for Delivering Telerehabilitation Services. *International Journal of Telerehabilitation*, 9(2), 63–68. <https://doi.org/10.5195/ijt.2017.6232>
- Robertson, S. (2017). There's a book for that!: Here are five reasons to use books to work on practically any speech or language skill. *ASHA Leader*, 22(12), 34–35. <https://doi.org/10.1044/LEADER.SCM.22122017.34;PAGE:STRING:ARTICLE/CHAPTER>
- Rocca, C. (2015). Developing the musical brain to boost early pre-verbal, communication and listening skills: The implications for musicality development pre- and post-cochlear implantation. It is not just about nursery rhymes! *Cochlear Implants International*, 16(S3), S32–S38. <https://doi.org/10.1179/1467010015Z.000000000277>
- Rosenzweig, E. (2023). Telepractice for children with hearing loss. In J. Madell & J. Hewitt (Eds.), *From listening to language: Comprehensive intervention to maximize learning for children and adults with hearing loss* (1st ed., pp. 267–276). Thieme.
- Rosslund, A., Kartushina, N., & Mayor, J. (2024). Associations between shared book reading, daily screen time and infants' vocabulary size. *Journal of Child Language*. <https://doi.org/10.1017/S0305000924000291>
- Rotfleisch, S. (2023). Speech acoustics: the gold at the end of the rainbow audiogram. In S. Rotfleisch & M. Martindale (Eds.), *Listening and spoken language therapy for children with hearing loss: a practical auditory-based guide* (1st ed., pp. 1–52). Plural Publishing.





- Rotfleisch, S., & Martindale, M. (2023). Speech Acoustics: The Gold at the End of the Rainbow Audiogram. In S. Rotfleisch & M. Martindale (Eds.), *Listening and Spoken Language Therapy for Children With Hearing Loss - A Practical Auditory-Based Guide* (pp. 1–13). Plural Publishing.
- Santopietro, G., Fancello, V., Fancello, G., Bianchini, C., Pelucchi, S., & Ciorba, A. (2024). Cochlear Implantation in Children Affected by Single-Sided Deafness: A Comprehensive Review. In *Audiology Research* (Vol. 14, Issue 1, pp. 77–85). Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI). <https://doi.org/10.3390/audiolres14010007>
- Shivaswamy, J., Jose, D. M., Devi, N., & Jain, C. (2021). Parent's satisfaction on tele-listening training for children with hearing impairment during COVID-19. *Auditory and Vestibular Research*, *30*(4), 264–272. <https://doi.org/10.18502/avr.v30i4.7474>
- Snodgrass, M. R., Chung, M. Y., Biller, M. F., Appel, K. E., Meadan, H., & Halle, J. W. (2017a). Telepractice in Speech-Language Therapy: The Use of Online Technologies for Parent Training and Coaching. *Communication Disorders Quarterly*, *38*(4), 242–254. <https://doi.org/10.1177/1525740116680424>
- Snodgrass, M. R., Chung, M. Y., Biller, M. F., Appel, K. E., Meadan, H., & Halle, J. W. (2017b). Telepractice in Speech-Language Therapy: The Use of Online Technologies for Parent Training and Coaching. *Communication Disorders Quarterly*, *38*(4), 242–254. <https://doi.org/10.1177/1525740116680424>
- Spencer, P., & Marschark, M. (2010). *Evidence-Based Practice in Educating Deaf and Hard-of-Hearing Students* (P. E. Spencer & M. Marschark, Eds.). Oxford University Press, Inc.
- Sociedade de Terapia da Fala. (s.d.). *Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala*. Sociedade Portuguesa de Terapia Da Fala. Retrieved 28 September 2024, from <https://sptf.org.pt/>
- Sociedade de Terapia da Fala. (2020). *Teleprática em Terapia da Fala* (Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala, Ed.). Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala. [www.sptf.org.pt](http://www.sptf.org.pt)
- Szarkowski, A., Birdsey, B. C., Smith, T., Moeller, M. P., Gale, E., Moodie, S. T. F., Carr, G., Stredler-Brown, A., Yoshinaga-Itano, C., & Holzinger, D. (2024). Family-Centered Early Intervention Deaf/Hard of Hearing (FCEI-DHH): Call to Action. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, *29*(S1), S1105–S1111. <https://doi.org/10.1093/deafed/enad041>
- Szarkowski, A., Gale, E., Moeller, M. P., Smith, T., Birdsey, B. C., Moodie, S. T. F., Carr, G., Stredler-Brown, A., Yoshinaga-Itano, C., & Holzinger, D. (2024). F\_c\_amily-Centered Early Intervention Deaf/Hard of Hearing (FCEI-DHH): Structure Principles. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, *29*(S1), S186–S1104. <https://doi.org/10.1093/deafed/enad040>



- Szarkowski, A., Moeller, M. P., Gale, E., Smith, T., Birdsey, B. C., Moodie, S. T. F., Carr, G., Stredler-Brown, A., Yoshinaga-Itano, C., & Holzinger, D. (2024). Family-Centered Early Intervention Deaf/Hard of Hearing (FCEI-DHH): Support Principles. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 29*(S1), S164–S185. <https://doi.org/10.1093/deafed/enad039>
- Torppa, R., & Huotilainen, M. (2019). Why and how music can be used to rehabilitate and develop speech and language skills in hearing-impaired children. In *Hearing Research* (Vol. 380, pp. 108–122). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.heares.2019.06.003>
- Trochim, W. M., & Donnelly, J. P. (2008). *The Research Methods Knowledge Base* (3rd ed.). Atomic Dog/Cengage Learning.
- Tye-Murray, Nancy. (2024). *Foundations of aural rehabilitation : children, adults, and their family members* (6th ed.). Plural Publishing.
- White, K. (2022). The Evolution of EHDI: From Concept to Standard of Care. In The National Center for Hearing Assessment and Management (Ed.), *A Resource Guide for Early Hearing Detection and Intervention*. The National Center for Hearing Assessment and Management. <https://www.infanthearing.org/ehdi-ebook/index.html>
- World Health Organization. (2010). *Newborn and infant hearing screening: current issues and guiding principles for action*.
- World Health Organization. (2018). *Nurturing care for early childhood development - a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*.
- World Health Organization. (2021). *World Report on Hearing*. <https://youtu.be/EmXwAnP9puQ>
- Winsler, A., Kim, Y. K. yong, & Richard, E. R. (2014). Socio-emotional skills, behavior problems, and Spanish competence predict the acquisition of English among English language learners in poverty. *Developmental Psychology, 50*(9), 2242–2254. <https://doi.org/10.1037/a0037161>
- Yoshinaga-Itano, C. (2023). *Fast Facts: Early Hearing Detection and Intervention* (C. Yoshinaga-Itano, Ed.). S. Karger.
- Young, N. M., & Kirk, K. I. (2016). *Pediatric Cochlear Implantation Learning and the Brain* (N. M. Young & K. I. Kirk, Eds.). Springer.
- Zero to Three. (2024, January 5). *Buzzwords explained: Equity in early childhood*. <https://www.zerotothree.org/resource/buzzwords-explained-equity-in-early-childhood/>



## Apêndice A: Tele – a origem do prefixo e palavras ao longo dos tempos

### Origem do prefixo "tele"

O prefixo "tele" vem do grego antigo "tēle" (τῆλε), que significa "à distância" ou "longe". Desde o século XVIII, este prefixo começou a ser utilizado em várias línguas europeias com o surgimento das tecnologias de comunicação e transporte. Desde então tem sido amplamente usado para formar palavras que indicam ações ou processos realizados à distância.

Abaixo está uma lista que dá uma perspetiva sobre a evolução de palavras com o prefixo "tele", refletindo o impacto da tecnologia na capacidade de comunicar e interagir à distância ao longo dos séculos:

#### 1. Telescópio – 1608

Inventado por Hans Lippershey, o telescópio é um instrumento ótico que permite a observação de objetos distantes, como astros. Foi utilizado pela primeira vez para observações astronómicas por Galileu Galilei em 1609, revolucionando o estudo do espaço.

#### 2. Telegrafia – 1794

Inventada por Claude Chappe, a telegrafia começou com o telégrafo ótico, que usava sinais visuais para comunicação a longas distâncias. Em 1837, Samuel Morse criou o telégrafo elétrico, permitindo a transmissão de mensagens codificadas através de sinais elétricos.

#### 3. Telefone – 1876

Criado por Alexander Graham Bell, durante a pesquisa de formas para aperfeiçoar os seus estudos com surdos. O telefone revolucionou a comunicação ao permitir que duas pessoas falassem em tempo real, longe uma da outra, utilizando a transmissão da voz por cabos.

A palavra deriva do grego, onde "tele" significa "à distância" e "phōné" significa "som" ou "voz". Existem outros nomes a reclamar a criação do aparelho: Antonio Meucci (1808-1889) e Elisha Gray (1835-1901).

#### 4. Teletransporte – 1895

Conceito usado na ficção científica e que representa o transporte instantâneo de matéria (objetos ou pessoas) de um local para outro, sem a necessidade de atravessar o espaço físico entre os dois pontos. Utilizado pela primeira vez por H.G. Wells no seu conto "The Wonderful Visit". O conceito tornou-se mais popular através de obras como "Star Trek", nos anos 1960,



apesar de o filme “A Mosca”, já ter explorado essa ideia de construir um equipamento que permitisse teletransporte de matéria, em 1958, baseado num conto de George Langelaan. É importante ressaltar que o teletransporte não tem relação com teletransporte quântico, um termo técnico-científico utilizado na Física Quântica para denotar transporte de informação.

### **5. Televisão – 1927**

Apesar da televisão ter sido resultado de uma série de descobertas sucessivas, aquele que é conhecido como o pai do aparelho é o norte-americano Philo Farnsworth (1906-1971). Iniciadas as primeiras transmissões experimentais de imagens e sons, a televisão transformou-se num dos principais meios de comunicação de massas.

### **6. Telex – durante a década de 1930**

O Telex tem origem no anterior serviço de telegrafia desenvolvido por Samuel Morse e que ajudou a desenvolver a expansão e colonização dos Estados Unidos. De forma similar ao telégrafo, as mensagens escritas em Telex são compostas por sequências de codificação binária dos caracteres escritos e um conjunto adicional de caracteres e mensagens de controle destinadas a encaminhar automaticamente a ligação dos circuitos a estabelecer a ligação até ao terminal destino, verificar o estado do mesmo e garantir a entrega correta da mensagem.

### **7. Telecomunicação – durante a década de 1930**

Refere-se à transmissão de informação à distância por meios eletrónicos como rádio, telegrafia, telefone e, posteriormente, televisão e internet.

### **8. Telejornal – 1941**

O primeiro telejornal foi transmitido pela *Columbia Broadcasting System* (CBS) nos Estados Unidos da América (EUA), marcando o início das transmissões de notícias diárias por televisão.

### **9. Teleférico – 1907**

Sistema de transporte por cabo, geralmente utilizado em zonas montanhosas, para transportar pessoas ou mercadorias entre locais de difícil acesso.

O primeiro modelo funcional que se tem notícia entrou em funcionamento em 1907 em Monte Ulía, em San Sebastián, em Espanha. O sucesso foi imediato e a ideia foi, rapidamente, exportada para outros países.

Por exemplo, o teleférico das Cataratas do Niágara, na fronteira entre os Estados Unidos e o Canadá, foi um dos primeiros a se apropriar do projeto e o próprio Quevedo acompanhou de perto a sua implementação.



## 10. Teleponto – durante a década de 1950

Dispositivo utilizado em estúdios de televisão para exibir o texto a ler, permitindo que se olhe diretamente para a câmara enquanto seguem o guião.

Hubert Schlafly foi o principal responsável do grupo de engenheiros que inventou o teleponto. Detentor de 16 patentes relacionadas com a televisão, Schlafly foi também responsável pela invenção do primeiro sistema de televisão por cabo que permitia aos assinantes ver programas a pedido.

Herbert Hoover foi o primeiro político a usar o teleponto em 1952, quando discursou na convenção nacional do Partido Republicano, em Chicago.

## 11. Teleconferência – início da década de 1960

Permite reuniões à distância entre várias pessoas através de áudio e, posteriormente, vídeo, facilitando a comunicação entre diferentes pontos geográficos.

## 12. Telemarketing – durante a década de 1950

Técnica de promoção de produtos ou serviços realizada por telefone, que ganhou força nos EUA e rapidamente se espalhou pelo mundo. Os primórdios do telemarketing remontam à década de 1950, quando as empresas começaram a usar o telefone como ferramenta de vendas diretas, divulgando os seus números para que os clientes entrassem em contato quando necessário.

## 13. Teletexto – 1974

Introduzido pela *British Broadcasting Corporation* (BBC) no Reino Unido sob o nome de *Ceefax*, o teletexto permitia o acesso direto a notícias, previsões meteorológicas e outras informações na televisão. Com navegação por controlo remoto, foi um serviço pioneiro antes da internet. Na década de 1980, espalhou-se para outros países e tornou-se crucial para a informação pública. Foi particularmente útil para pessoas surdas, oferecendo legendas para acompanhar os programas televisivos com diálogos sincronizados, aumentando a sua acessibilidade a conteúdos televisivos.

## 14. Telemóvel – durante a década de 1980

Dispositivo portátil de comunicação que permitiu a realização de chamadas à distância sem a necessidade de estar ligado a uma linha fixa.



Foi a 3 de abril de 1973 que Martin Cooper, diretor de pesquisa e desenvolvimento da Motorola, apresentou um dispositivo que iria revolucionar a forma como o ser humano comunicava: o Motorola DynaTAC.

### **15. Telemetria – conceito de 1912**

Sistema utilizado para medir e transmitir dados à distância, importante em áreas como a aviação, automobilismo e redes de energia, permitindo monitorizar remotamente informações de sensores.

De forma técnica, o conceito de telemetria explica-se como uma tecnologia via equipamento instalado no objeto que será controlado e que tem como objetivo medir dados – distância, espaço, tempo, localização – e repassá-los para uma central de monitoramento, de forma remota, por internet, rádio ou móvel.

O conceito de telemetria surgiu em 1912 e, na época, era uma tecnologia que servia para monitorizar as redes de telefonia e a transmissão de dados.

Essa mesma tecnologia ganhou proporções maiores, chegando na década de 50 ao setor aeroespacial, monitorizando satélites e sondas.

### **16. Telesaúde – durante a década de 1990**

Prestação de cuidados de saúde à distância, utilizando tecnologias de comunicação para conectar profissionais de saúde entre si e a utentes, especialmente útil em áreas remotas.

### **17. Teleconsulta – durante a década de 1990**

Consultas médicas realizadas remotamente, utilizando videoconferências ou outras plataformas digitais para permitir o contacto entre médico e utente.

### **18. Teleprática – durante a década de 2000**

Modalidade de prestação de serviços utilizada por terapeutas da fala e audiologistas para acompanhar utentes à distância.

### **19. Televisita – durante a década de 2000**

Visitas realizadas virtualmente através de videoconferência, particularmente usadas em hospitais e prisões para conectar utentes ou detidos com os seus familiares e amigos.

### **20. Teleparty – 2020**

Aplicação (anteriormente conhecida como *Netflix Party*) que permite ver filmes e séries em conjunto, à distância, e conversar, em simultâneo, através de um chat de grupo. Foi lançada durante o início da pandemia da COVID-19. Com as medidas de distanciamento social e



confinamento, as pessoas procuraram novas formas de se relacionar remotamente, o que levou a um aumento exponencial da sua utilização durante a pandemia.

*Telepalavras* (palavras futuras, distantes no tempo), com nomes e conceitos inventados, especulando sobre futuros avanços na tecnologia:

### **21. Teleconsciência**

Conceito emergente no qual pensamentos e emoções podem ser transmitidos remotamente, utilizando interfaces cérebro-computador para facilitar a comunicação entre humanos ou entre humanos e máquinas.

### **22. Telepartilha**

Sistema que permite a partilha instantânea de bens e serviços à distância, através de tecnologias avançadas como o teletransporte, aplicável desde a partilha de alimentos até à de objetos.

### **23. Telefusão mental**

Fusão de consciências à distância, permitindo a partilha de pensamentos, sentimentos e memórias entre indivíduos, criando uma nova forma de comunicação profunda e imediata através de interfaces neurológicas.



## Apêndice B: Questionário dirigido às famílias

Secção 1

### Teleprática em idade pediátrica na surdez - perspetiva das famílias

\* Obrigatória

A investigadora Filipa Teixeira Lopes encontra-se a realizar um estudo intitulado "Teleprática em idade pediátrica na surdez - perspetiva das famílias e dos terapeutas da fala" que se enquadra no âmbito de um trabalho de investigação do Mestrado em Terapia da Fala, da Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto, orientado pela Professora Doutora Susana Capitão. Para este estudo serão usados dois questionários, um dirigido às famílias e outro aos terapeutas da fala.

Em Portugal até há pouco tempo a teleprática (terapia da fala na modalidade à distância com o uso de tecnologias de informação e comunicação) não tinha grande expressão. Condicionantes adversas e inesperadas obrigaram a uma adaptação, nomeadamente, do tipo de contacto entre profissionais e famílias, impulsionando esta modalidade. Este estudo pretende caracterizar as perceções de famílias e de terapeutas da fala sobre a terapia da fala na modalidade à distância (por videochamada) em comparação com a terapia da fala na modalidade presencial.

Este questionário é destinado a famílias que tenham crianças ou adolescentes com surdez (dos 0 aos 18 anos incompletos) com intervenção em terapia da fala.

Se tem mais do que uma criança ou adolescente com surdez com intervenção em terapia da fala, responda ao número de questionários correspondente ao número de crianças ou adolescentes.

O questionário é de resposta múltipla e todas as respostas são confidenciais. É garantido o anonimato dos dados de todos os participantes.

Todas as suas respostas são importantes para este estudo. Não existem respostas certas, nem respostas erradas. Estima-se que o preenchimento tenha uma duração entre **10 e 15 minutos**.

A sua colaboração é muito importante e só é considerada quando terminar o questionário e carregar no ícone *SUBMITER*.

Para qualquer esclarecimento ou informação adicional, por favor entre em contacto com a investigadora através do correio eletrónico [filipateixeiralopes.estudo@gmail.com](mailto:filipateixeiralopes.estudo@gmail.com)





## Secção 2

## 1. Consentimento \*

Selecione 2 opções.

- Declaro que fui devidamente informado e esclarecido sobre os objetivos da investigação e procedimentos envolvidos. Aceito de livre vontade participar no estudo, autorizo que os dados fornecidos sejam tratados de forma estatística e que os resultados sejam apresentados em contexto académico e científico, congressos científicos e publicações de carácter científico, confiando que serão apenas utilizados para os fins enunciados e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.
- Na minha família há uma criança ou um adolescente (dos 0 aos 17 anos e 364 dias) com surdez com intervenção em terapia da fala.



## Secção 3

## Informações para facilitar o preenchimento

Para simplificar a leitura será sempre usada a palavra **criança** em vez de **criança ou adolescente** e **teleprática** em vez de **terapia da fala por videochamada**.

Quando durante o questionário são referidas sessões de terapia da fala (presenciais ou por teleprática) são solicitadas respostas relativas a sessões de agora ou que já tenham ocorrido.



## Seção 4

## Terapia da fala e adesão à teleprática

2. Houve adesão a sessões de terapia da fala por teleprática? \*

Considere adesão da criança, do cuidador ou de ambos.

- sim
- não



## Secção 5

## 3. Motivo(s) da não realização \*

Assinale todas as opções que se aplicam.

- sem acesso a internet / internet instável / internet de baixa velocidade
- sem acesso a computador ou tablet
- pouco à vontade com a tecnologia
- falta de conhecimento/confiança na teleprática
- não consegue garantir a participação de um cuidador ou pessoa familiar
- criança não adere à teleprática
- não lhe foi sugerido sessões por teleprática
- outro

## 4. Se selecionou "outro", indique qual o motivo.

## 5. Frequência com que o cuidador participa nas sessões presenciais \*

- nunca
- raramente (cerca de 25% das sessões)
- ocasionalmente (cerca de 50% das sessões)
- frequentemente (cerca de 75% das sessões)
- sempre



6. Periodicidade com que mantém contacto com o terapeuta para \*

	semanalmente	mensalmente	trimestralmente	anualmente	sem contacto
partilhar informação (ex. surdez, desenvolvimento)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
definir/discutir objetivos de intervenção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
apresentar/discutir estratégias promotoras do desenvolvimento da criança no dia-a-dia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
combinar/partilhar materiais e atividades benéficas ao desenvolvimento da criança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ajustar o que esperar em cada etapa do desenvolvimento da criança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
discutir o que fazer para promover um melhor/ótimo desempenho em cada fase	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ir para secção 11 Caracterização da criança e da família



## Secção 6

7. O cuidador participa/participou nas sessões de terapia da fala? \*

- não participei nem nas sessões por teleprática nem nas presenciais ir para secção 7.
- não participei nas sessões por teleprática, mas participei nas sessões presenciais ir para secção 8.
- participei nas sessões por teleprática, mas não nas presenciais ir para secção 9. Perceção da intervenção através da teleprática
- participei nas sessões por teleprática e nas presenciais ir para secção 10. Perceção da intervenção através da teleprática



Secção 7

8. Motivo(s) da não realização \*

Assinale todas as opções que se aplicam.

- pouco à vontade com a tecnologia
- não consegue garantir a participação de um cuidador ou pessoa familiar
- sem necessidade de participar dada a idade da criança
- preferência da criança
- não participo nas sessões presenciais
- não lhe foi sugerido sessões por teleprática
- outro

9. Se seleccionou "outro", indique qual o motivo.

10. Periodicidade com que mantém contacto com o terapeuta para \*

	semanalmente	mensalmente	trimestralmente	anualmente	sem contacto
partilhar informação (ex. surdez, desenvolvimento)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
definir/discutir objetivos de intervenção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
apresentar/discutir estratégias promotoras do desenvolvimento da criança no dia-a-dia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
combinar/partilhar materiais e atividades benéficas ao desenvolvimento da criança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ajustar o que esperar em cada etapa do desenvolvimento da criança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
discutir o que fazer para promover um melhor/ótimo desempenho em cada fase	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ir para secção 11 Caracterização da criança e da família



## Seção 8

## 11. Motivo(s) da não realização \*

Assinale todas as opções que se aplicam.

- pouco à vontade com a tecnologia
- não consegue garantir a participação de um cuidador ou pessoa familiar
- sem necessidade de participar dada a idade da criança
- preferência da criança
- não lhe foi sugerido sessões por teleprática
- outro

## 12. Se selecionou "outro", indique qual o motivo.

## 13. Participação do cuidador nas sessões presenciais \*

- participo nas atividades
- estou perto da criança a observar/ a ouvir e/ou dar apoio, se necessário





14. Periodicidade com que mantém contacto com o terapeuta para \*

	semanalmente	mensalmente	trimestralmente	anualmente	sem contacto
partilhar informação (ex. surdez, desenvolvimento)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
definir/discutir objetivos de intervenção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
apresentar/discutir estratégias promotoras do desenvolvimento da criança no dia-a-dia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
combinar/partilhar materiais e atividades benéficas ao desenvolvimento da criança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ajustar o que esperar em cada etapa do desenvolvimento da criança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
discutir o que fazer para promover um melhor/ótimo desempenho em cada fase	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ir para secção 11 Caracterização da criança e da família



Secção 9

Perceção da intervenção através da teleprática

15. Participação do cuidador nas sessões por teleprática \*

- participo nas atividades
- estou perto da criança a observar/ a ouvir e/ou dar apoio, se necessário



16. Considera as sessões por teleprática eficazes para \*

	sim	não	não sei responder	não aplicável
a melhor compreensão dos pontos fortes, das necessidades e das capacidades da criança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o melhor entendimento dos objetivos da intervenção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a melhor perceção da importância do envolvimento da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a maior implementação de estratégias promotoras do desenvolvimento da criança durante as rotinas que ocorrem naturalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o uso de estratégias de forma mais consciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o maior entendimento da forma como várias atividades se podem incluir no quotidiano da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o maior envolvimento do cuidador na terapia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a melhor interação da criança com o cuidador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a melhor compreensão do papel do terapeuta como orientador e guia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a melhor compreensão do papel dos cuidadores como principais modelos de comunicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



17. Que importância atribui à sua participação nas sessões por teleprática (atendendo à idade da sua criança quando do uso desta modalidade)? \*

- irrelevante
- pouco importante
- mais ou menos importante
- muito importante
- essencial

18. Tempo de intervenção por teleprática \*

- até 1 mês
- mais de 1 mês até aos 3 meses
- mais de 3 meses até aos 6 meses
- mais de 6 meses até a 1 ano
- mais de 1 ano até aos 3 anos
- mais de 3 anos até aos 5 anos
- mais de 5 anos

19. Nível de satisfação com a teleprática em relação \*

	muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito, nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
à qualidade do som	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
à qualidade da imagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
à sua interação com o terapeuta da fala na sessão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
à sua interação com a criança durante a sessão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
à manutenção da atenção da criança na sessão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
à adequação da comunicação entre os intervenientes na sessão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ao acesso ao terapeuta da fala para discutir questões importantes para a família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



20. O que considera mais vantajoso para a sua criança/família? \*

Considere somente a sua opinião/experiência (independentemente de possíveis imposições de ordem burocrática, de gestão de horários, de chefias,...).

- realização somente de sessões presenciais
- realização somente de sessões por teletrática
- realização de sessões presenciais e por teletrática
- considero as três opções anteriores igualmente vantajosas
- não sei responder

21. Na teletrática, considera uma vantagem? \*

	sim	não	não sei
a redução de tempo e custos em deslocações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a flexibilidade de horários (ex.: mais compatíveis com as rotinas da família)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a possibilidade de realizar a terapia em ambiente mais natural	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a continuidade da terapia (independentemente da localização do terapeuta ou da criança)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aumentar a participação do(s) cuidador(es) nas sessões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aumentar envolvimento do(s) cuidador(es) no processo terapêutico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o acesso mais facilitado a um terapeuta com experiência na surdez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
poder ser complementar a sessões presenciais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o uso de ferramentas e recursos digitais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



22. Na teleprática, considera um desafio? \*

	sim	não	não sei
o acesso aos recursos tecnológicos adequados (ter computador, tablet)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
problemas com a conexão e estabilidade da internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o domínio da tecnologia usada (tanto do terapeuta da fala como da família)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a eliminação de elementos distratores (tanto do terapeuta da fala como da família)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a necessidade por parte do terapeuta da fala de treino/formação específica tanto para garantir a eficácia do serviço como para a resolução de problemas técnicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a necessidade de capacitar as famílias para a teleprática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a garantia de confidencialidade de de informação pessoal e clínica das crianças e famílias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a resistência ou rejeição por parte das famílias ou dos terapeutas da fala por duvidarem da eficácia da teleprática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a manutenção da atenção da criança durante a sessão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a não adesão ou adaptação difícil da criança à teleprática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a decisão se a criança/família são elegíveis para fazer terapia da fala por teleprática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



23. Atualmente mantém terapia da fala por teleprática? \*

- sim, só sessões por teleprática
- sim, tanto sessões presenciais como por teleprática (ex.: uma vez presencial e uma vez por teleprática)
- sim, como alternativa a sessões que, por algum motivo, não podem ser realizadas presencialmente (ex.: doença, imprevisto, alteração da localização do terapeuta ou da criança...)
- não, só sessões presenciais

24. Quem participa? \*

Assinale todas as opções que se aplicam.

- um cuidador e a criança
- só a criança
- a criança e, ocasionalmente, um cuidador
- só o(s) cuidador(es)

25. A adesão à teleprática foi motivada pelos confinamentos fruto da pandemia (COVID-19)? \*

- sim
- não

ir para secção 11 Caracterização da criança e da família



## Secção 10

## Perceção da intervenção através da teleprática

## 26. Participação do cuidador nas sessões presenciais e por teleprática \*

Assinale as opções que se aplicam.

- participo nas atividades nas sessões presenciais
- observo as sessões presenciais
- participo nas atividades nas sessões por teleprática
- nas sessões por teleprática estou perto da criança a observar/ a ouvir e/ou dar apoio, se necessário





27. Comparando as sessões presenciais com as por teleprática, indique qual considera mais eficaz para \*

	presencial	igual	teleprática	não sei responder	não aplicável
a melhor compreensão dos pontos fortes, das necessidades e das capacidades da criança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o melhor entendimento dos objetivos da intervenção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a melhor percepção da importância do envolvimento da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a maior implementação de estratégias promotoras do desenvolvimento da criança durante as rotinas que ocorrem naturalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o uso de estratégias de forma mais consciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o maior entendimento da forma como várias atividades se podem incluir no quotidiano da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o maior envolvimento do cuidador na intervenção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a melhor interação da criança com o cuidador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a melhor compreensão do papel do terapeuta como orientador e guia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a melhor compreensão do papel dos cuidadores como principais modelos de comunicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



28. Que importância atribui à sua participação nas sessões por teleprática (atendendo à idade da sua criança quando do uso desta modalidade)? \*

- irrelevante
- pouco importante
- mais ou menos importante
- muito importante
- essencial

29. Tempo de intervenção por teleprática \*

- até 1 mês
- mais de 1 mês até aos 3 meses
- mais de 3 meses até aos 6 meses
- mais de 6 meses até a 1 ano
- mais de 1 ano até aos 3 anos
- mais de 3 anos até aos 5 anos
- mais de 5 anos

30. Nível de satisfação com a teleprática em relação \*

	muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito, nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
à qualidade do som	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
à qualidade da imagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
à sua interação com o terapeuta da fala na sessão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
à sua interação com a criança durante a sessão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
à manutenção da atenção da criança na sessão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
à adequação da comunicação entre os intervenientes na sessão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ao acesso ao terapeuta da fala para discutir questões importantes para a família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



31. O que considera mais vantajoso para a sua criança/família? \*

Considere somente a sua opinião/experiência (independentemente de possíveis imposições de ordem burocrática, de gestão de horários, de chefias,...).

- realização somente de sessões presenciais
- realização somente de sessões por teletrática
- realização de sessões presenciais e por teletrática
- considero as três igualmente vantajosas
- não sei responder

32. Na teletrática, considera uma vantagem? \*

	sim	não	não sei
a redução de tempo e custos em deslocações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a flexibilidade de horários (ex.: mais compatíveis com as rotinas da família)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a possibilidade de realizar a terapia em ambiente mais natural	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a continuidade da terapia (independentemente da localização do terapeuta ou da criança)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aumentar a participação do(s) cuidador(es) nas sessões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aumentar envolvimento do(s) cuidador(es) no processo terapêutico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o acesso mais facilitado a um terapeuta com experiência na surdez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
poder ser complementar a sessões presenciais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o uso de ferramentas e recursos digitais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



33. Na teleprática, considera um desafio? \*

	sim	não	não sei
o acesso aos recursos tecnológicos adequados (ter computador, tablet)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
problemas com a conexão e estabilidade da internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o domínio da tecnologia usada (tanto do terapeuta da fala como da família)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a eliminação de elementos distratores (tanto do terapeuta da fala como da família)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a necessidade por parte do terapeuta da fala de treino/formação específica tanto para garantir a eficácia do serviço como para a resolução de problemas técnicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a necessidade de capacitar as famílias para a teleprática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a garantia de confidencialidade de informação pessoal e clínica das crianças e famílias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a resistência ou rejeição por parte das famílias ou dos terapeutas da fala por duvidarem da eficácia da teleprática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a manutenção da atenção da criança durante a sessão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a não adesão ou adaptação difícil da criança à teleprática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a decisão se a criança/família são elegíveis para fazer terapia da fala por teleprática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



34. Atualmente mantém terapia da fala por teleprática? \*

- sim, só sessões por teleprática
- sim, tanto sessões presenciais como por teleprática (ex.: uma vez presencial e uma vez por teleprática)
- sim, como alternativa a sessões que, por algum motivo, não podem ser realizadas presencialmente (ex.: doença, imprevisto, alteração da localização do terapeuta ou da criança...)
- não, só sessões presenciais

35. Quem participa? \*

Assinale todas as opções que se aplicam.

- um cuidador e a criança
- só a criança
- a criança e, ocasionalmente, um cuidador
- só o(s) cuidador(es)

36. A adesão à teleprática foi motivada pelos confinamentos fruto da pandemia (COVID-19)? \*

- sim
- não

ir para secção 11 Caracterização da criança e da família



## Secção 11

## Caracterização da criança e da família

37. Área de residência e, se aplicável, outro local onde realiza sessões de terapia da fala (ex.: outra localização em períodos de interrupções escolares e/ou férias) \*

Assinale as opções que se aplicam.

- Açores
- Aveiro
- Beja
- Braga
- Bragança
- Castelo Branco
- Coimbra
- Évora
- Faro
- Guarda
- Leiria
- Lisboa
- Madeira
- Portalegre
- Porto
- Santarém
- Setúbal
- Viana do Castelo
- Vila Real
- Viseu
- outro

38. Se selecionou "outro", indique o local



39. Sexo da criança \*

- feminino
- masculino

40. Idade atual sua criança \*

Escolha a faixa etária em que se encontra

- até aos 6 meses
- a partir dos 6 meses até aos 3 anos
- a partir dos 3 anos até aos 6 anos
- a partir dos 6 anos até aos 10 anos
- a partir dos 10 anos até aos 15 anos
- a partir dos 15 anos até aos 18 anos incompletos

41. Grau de surdez \*

	audição normal	surdez ligeira	surdez moderada	surdez severa	surdez profunda	surdez total	não sei responder
ouvido direito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ouvido esquerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

42. Tecnologia auditiva \*

	não usa	prótese auditiva	implante coclear	implante osteointegrado (ex: BAHA)	não sei responder
ouvido direito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ouvido esquerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



43. Idade da criança quando foi atribuído o diagnóstico de surdez \*

Escolha a faixa etária que se adequa.

- até aos 3 meses
- a partir dos 3 meses até aos 6 meses
- a partir dos 6 meses até ao ano
- a partir de 1 ano até aos 2 anos
- a partir de 2 anos até aos 3 anos
- a partir de 3 anos até aos 6 anos
- mais de 6 anos
- não sei responder

44. Há outras pessoas com surdez na família da criança (do lado materno e/ou paterno)? \*

- sim
- não





## Secção 12

## 45. Indique quem \*

Assinale todas as opções que se aplicam.

- mãe
- pai
- irmã/irmão
- irmãs/irmãos
- tia/tio materno
- avó/avô materno
- tia/tio paterno
- avó/avô paterno
- prima/primo materno
- prima/primo paterno
- outra

## 46. Se selecionou "outra", indique quem

ir para secção 13.



## Secção 13

## 47. Outra(s) problemática(s) para além da surdez \*

Assinale todas as opções que se aplicam.

- não tem
- patologia visual
- défice cognitivo
- perturbação de hiperatividade e défice de atenção
- perturbação da motricidade
- perturbação do espetro do autismo
- paralisia cerebral
- atraso global de desenvolvimento
- dificuldades de aprendizagem
- outra
- não sei responder

## 48. Se selecionou "outra", indique qual.



Indique a(s) faixa(s) etária(s) que em a criança está/esteve durante o dia nos vários contextos (pode selecionar vários):

Se o contexto nomeado não foi utilizado, assinale "não aplicável"

Se a criança ainda não tem a idade mencionada, assinale, também, "não aplicável"

49. numa ama \*

- não aplicável
- até aos 6 meses
- a partir dos 6 meses até aos 3 anos
- a partir dos 3 anos até aos 6 anos

50. em casa de um cuidador/familiar \*

- não aplicável
- até aos 6 meses
- a partir dos 6 meses até aos 3 anos
- a partir dos 3 anos até aos 6 anos
- a partir dos 6 anos até aos 10 anos
- a partir dos 10 anos até aos 15 anos
- a partir dos 15 anos até aos 18 anos incompletos

51. numa escola de ensino regular \*

- não aplicável
- até aos 6 meses
- a partir dos 6 meses até aos 3 anos
- a partir dos 3 anos até aos 6 anos
- a partir dos 6 anos até aos 10 anos
- a partir dos 10 anos até aos 15 anos
- a partir dos 15 anos até aos 18 anos incompletos



52. numa escola especializada em ensino de surdos \*

- não aplicável
- até aos 6 meses
- a partir dos 6 meses até aos 3 anos
- a partir dos 3 anos até aos 6 anos
- a partir dos 6 anos até aos 10 anos
- a partir dos 10 anos até aos 15 anos
- a partir dos 15 anos até aos 18 anos incompletos

53. Idade da criança quando iniciaram /beneficiaram de sessões de terapia da fala em cada uma das modalidades \*

Se não usufruíram de terapia da fala (a criança, o cuidador ou ambos) na idade mencionada, assinale "não aplicável".  
Se a criança ainda não tem a idade mencionada, assinale, também, "não aplicável".

	ambas	presencial	teleprática	não aplicável
até aos 6 meses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a partir dos 6 meses até aos 3 anos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a partir dos 3 anos até aos 6 anos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a partir dos 6 anos até aos 10 anos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a partir dos 10 anos até aos 15 anos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a partir dos 15 anos até aos 18 anos incompletos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

54. Cuidadores principais \*

Pode indicar um ou dois cuidadores principais. Considera-se cuidador principal a(s) pessoa(s) com maior envolvimento na terapia (participação nas sessões, troca de informação com o terapeuta e/ou outros profissionais, realização de atividades fora da sessão terapêutica, ...). Cuidador 1 ou 2 não pretende refletir maior ou menor grau de envolvimento na terapia.

Clique em "não aplicável" se só quiser assinalar uma pessoa.

	mãe	pai	irmã/irmão	tia/tio	avó/avô	outra	não aplicável
cuidador 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuidador 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

55. Se selecionou "outra", indique quem.



## 56. Idade dos cuidadores principais quando iniciaram sessões de terapia da fala por teleprática \*

Faça correspondência com quem indicou como cuidador 1 e como cuidador 2 (se for o caso).

	menos de 30 anos	entre 30 e 40 anos	entre 40 e 50 anos	entre 50 e 60 anos	entre 60 e 70 anos	mais de 70 anos	não aplicável
cuidador 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuidador 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 57. Habilitações dos cuidadores \*

Faça correspondência com quem indicou como cuidador 1 e como cuidador 2 (se for o caso).

	menos do 9º ano de escolaridade	9º ano de escolaridade	12º ano de escolaridade	licenciatura	mestrado	outra	não aplicável
cuidador 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuidador 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 58. Se selecionou "outra", indique qual.

## 59. Grau de conforto com a tecnologia quando iniciou sessões por teleprática \*

- nada à vontade
- o suficiente para avançar com ajuda do terapeuta
- o suficiente para avançar com ajuda de familiares, amigos ou pessoas próximas
- o suficiente para avançar com tranquilidade
- muito à vontade
- não aplicável (não aderiu à teleprática)

## 60. Grau de conforto com a tecnologia nas sessões por teleprática atualmente ou quando deixou de realizar esta modalidade \*

- nada à vontade
- o suficiente para avançar com ajuda do terapeuta
- o suficiente para avançar com ajuda de familiares, amigos ou pessoas próximas
- o suficiente para avançar com tranquilidade
- muito à vontade
- não aplicável (não aderiu à teleprática)

[ir para Fim do formulário](#)

Este conteúdo não foi criado nem é aprovado pela Microsoft. Os dados que submeter serão enviados para o proprietário do formulário.





## Apêndice C: Questionário dirigido aos terapeutas da fala

### Secção 1

### Teleprática em idade pediátrica na surdez - perspetiva dos terapeutas da fala

\* Obrigatória

A investigadora Filipa Teixeira Lopes encontra-se a realizar um estudo intitulado "Teleprática em idade pediátrica na surdez - perspetiva das famílias e dos terapeutas da fala" que se enquadra no âmbito de um trabalho de investigação do Mestrado em Terapia da Fala, da Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto, orientado pela Professora Doutora Susana Capitão. Para este estudo serão usados dois questionários, um dirigido às famílias e outro aos terapeutas da fala.

Em Portugal até há pouco tempo a teleprática (terapia da fala na modalidade à distância com o uso de tecnologias de informação e comunicação) não tinha grande expressão. Condicionantes adversas e inesperadas obrigaram a uma adaptação, nomeadamente, do tipo de contacto entre profissionais e famílias, impulsionando esta modalidade. Este estudo pretende caracterizar as perceções de famílias e de terapeutas da fala sobre a terapia da fala na modalidade à distância (por videochamada) em comparação com a terapia da fala na modalidade presencial.

Este questionário é destinado a terapeutas da fala de nacionalidade portuguesa que desenvolvam a sua atividade com população pediátrica com surdez (dos 0 aos 18 anos incompletos) e suas famílias.

O questionário é de resposta múltipla e todas as respostas são confidenciais. É garantido o anonimato dos dados de todos os participantes.

Todas as suas respostas são importantes para este estudo. Não existem respostas certas, nem respostas erradas.

Estima-se que o preenchimento tenha uma duração entre **10 e 15 minutos**.

A sua colaboração é muito importante e só é considerada quando terminar o questionário e carregar no ícone *SUBMITER*.

Para qualquer esclarecimento ou informação adicional, por favor entre em contacto com a investigadora através do correio eletrónico [filipateixeiralopes.estudo@gmail.com](mailto:filipateixeiralopes.estudo@gmail.com)



## Secção 2

## 1. Consentimento \*

Selecione 2 opções.

- Declaro que fui devidamente informado e esclarecido sobre os objetivos da investigação e procedimentos envolvidos. Aceito de livre vontade participar no estudo, autorizo que os dados fornecidos sejam tratados de forma estatística e que os resultados sejam apresentados em contexto académico e científico, congressos científicos e publicações de carácter científico, confiando que serão apenas utilizados para os fins enunciados e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.
- Sou terapeuta da fala de nacionalidade portuguesa a exercer com população pediátrica com surdez (dos 0 aos 17 anos e 364 dias) e suas famílias.





## Secção 3

## Informações para facilitar o preenchimento

Para simplificar a leitura será sempre usada a palavra **criança** em vez de **criança ou adolescente** e **teleprática** em vez de **terapia da fala por videochamada**.

Quando durante o questionário são referidas sessões de terapia da fala (presenciais ou por teleprática) são solicitadas respostas relativas a sessões de agora ou que já tenham ocorrido.



Secção 4

Terapia da fala e adesão à teleprática

2. Realiza/realizou sessões de terapia da fala por teleprática?

- sim [ir para secção 6. Terapia da fala e adesão à teleprática](#)
- não [ir para secção 5. SEGUINTE](#)



## Secção 5

## 3. Motivo(s) da não realização \*

Assinale todas as opções que se aplicam.

- sem acesso a internet / internet instável / internet de baixa velocidade
- sem acesso a computador ou tablet no local onde exerce
- pouco à vontade com a tecnologia
- falta de conhecimento/confiança na teleprática
- nenhuma família a quem foi proposto quis aderir
- o local onde exerce não disponibiliza essa opção
- outro

## 4. Se seleccionou "outro", indique qual o motivo.

## 5. Frequência com que os cuidadores participam nas sessões presenciais \*

Responda tendo em conta todas as famílias com crianças surdas que acompanha/acompanhou desde iniciou esta modalidade

- nunca
- raramente
- ocasionalmente
- frequentemente
- sempre

ir para secção 8 .Caracterização do terapeuta da fala



## Secção 6

## Terapia da fala e adesão à teleprática

Considere a maioria das famílias.

## 6. Frequência com que os cuidadores participam nas sessões presenciais \*

Responda tendo em conta todas as famílias com crianças surdas que acompanha/acompanhou desde um ano antes de iniciar sessões por teleprática.

- nunca
- raramente
- ocasionalmente
- frequentemente
- sempre

## 7. Frequência com que os cuidadores participam nas sessões por teleprática \*

Responda tendo em conta todas as famílias com crianças surdas que acompanha/acompanhou desde que iniciou esta modalidade.

- nunca
- raramente
- ocasionalmente
- frequentemente
- sempre

## 8. Indique os fatores que considera contribuir para que as crianças acompanhadas por si não adiram à teleprática \*

Assinale as opções que considera válidas.

- família sem recursos tecnológicos necessários
- família pouco à vontade com a tecnologia
- falta de disponibilidade da família para assegurar a sessão
- idade da criança
- criança não adere à teleprática
- a fragilidade na garantia do sigilo da informação pessoal e de saúde da criança.
- aspetos culturais
- não foi sugerido à família sessões por teleprática
- outro



9. Se selecionou "outro", indique qual.

ir para secção 7 Perceção da intervenção através da teleprática



Secção 7

Perceção da intervenção através da teleprática

Para responder às questões seguintes considere, de forma genérica, a maioria das famílias.

10. Considerando os cuidadores que participam nas sessões presenciais e nas por teleprática, indique qual considera mais eficaz na consciencialização das famílias para \*

Se não tem/teve famílias nestas condições, assinale "não aplicável"

	presencial	igual	teleprática	não sei responder	não aplicável
a melhor compreensão dos pontos fortes, das necessidades e das capacidades da criança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o melhor entendimento dos objetivos da intervenção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a melhor perceção da importância do envolvimento da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a maior implementação de estratégias promotoras do desenvolvimento da criança durante as rotinas que ocorrem naturalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o uso de estratégias de forma mais consciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o maior entendimento da forma como várias atividades se podem incluir no quotidiano da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o maior envolvimento do cuidador na intervenção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a melhor interação da criança com o cuidador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a melhor compreensão do papel do terapeuta como orientador e guia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a melhor compreensão do papel dos cuidadores como principais modelos de comunicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



11. Considerando os cuidadores que participam somente nas sessões por teleprática (i.e., não tendo participado em sessões presenciais), indique se considera a teleprática eficaz no aumento da consciencialização das famílias para \*

	sim	não	não sei responder	não aplicável
a melhor compreensão dos pontos fortes, das necessidades e das capacidades da criança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o melhor entendimento dos objetivos da intervenção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a melhor perceção da importância do envolvimento da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a maior implementação de estratégias promotoras do desenvolvimento da linguagem e da audição no quotidiano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o uso de estratégias de forma mais consciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o maior entendimento da forma como determinadas atividades se podem incluir no quotidiano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o maior envolvimento do cuidador na intervenção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a melhor interação da criança com o cuidador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a melhor compreensão do papel do terapeuta como orientador e guia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a melhor compreensão do papel dos cuidadores como principais modelos de comunicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



12. Que importância atribui à participação de um facilitador (um cuidador ou outro adulto familiarizado com a criança, por exemplo um professor) nas sessões por teleprática com crianças surdas nas seguintes faixas etárias? \*

	irrelevante	pouco importante	mais ou menos importante	muito importante	essencial
até aos 6 meses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a partir dos 6 meses até aos 3 anos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a partir dos 3 anos até aos 6 anos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a partir dos 6 anos até aos 10 anos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a partir dos 10 anos até aos 15 anos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a partir dos 15 anos até aos 18 anos incompletos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Nível de satisfação com a teleprática em relação \*

	muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito, nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
à qualidade do som	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
à qualidade da imagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
à sua interação com os cuidadores na sessão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
à sua interação com as crianças na sessão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
à manutenção da atenção das crianças na sessão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
à adequação da comunicação entre os intervenientes na sessão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ao acesso aos cuidadores para discutir questões importantes para a família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





14. Comparando as duas modalidades, indique em qual sente mais facilidade em \*

	presencial	igual	teleprática
manter a atenção da criança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
manter a criança na atividade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
anular agentes distratores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
adequar a comunicação com a criança e o cuidador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
envolver a família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ajustar o que a família espera em cada etapa do desenvolvimento da criança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
discutir o que fazer para promover um melhor/ótimo desempenho em cada fase	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
avaliar as diversas áreas de desenvolvimento da criança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Considerando as duas modalidades, indique como varia \*

	maior quando presencial	igual	maior quando por teleprática	não aplicável
o tempo de preparação das sessões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a duração das sessões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a frequência das sessões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o número de faltas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a partilha de informação (ex: surdez, desenvolvimento) entre o terapeuta da fala e a família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a participação da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



16. Considera que a sua confiança no exercício da teleprática na surdez pediátrica aumentou ao longo do tempo? \*

- discordo totalmente
- discordo
- nem discordo nem concordo
- concordo
- concordo totalmente

17. Na teleprática, considera uma vantagem? \*

	sim	não	não sei
a redução de tempo e custos em deslocações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a flexibilidade de horários (ex.: mais compatíveis com as rotinas da família)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a possibilidade de realizar a terapia em ambiente mais natural	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a continuidade da terapia (independentemente da localização do terapeuta ou da criança)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aumentar a participação do(s) cuidador(es) nas sessões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aumentar envolvimento do(s) cuidador(es) no processo terapêutico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o acesso mais facilitado a um terapeuta com experiência na surdez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
poder ser complementar a sessões presenciais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o uso de ferramentas e recursos digitais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



18. Na teleprática, considera um desafio? \*

	sim	não	não sei
o acesso aos recursos tecnológicos adequados (ter computador, tablet)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
problemas com a conexão e estabilidade da internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o domínio da tecnologia usada (tanto do terapeuta da fala como da família)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a eliminação de elementos distratores (tanto do terapeuta da fala como da família)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a necessidade por parte do terapeuta da fala de treino/formação específica tanto para garantir a eficácia do serviço como para a resolução de problemas técnicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a necessidade de capacitar as famílias para a teleprática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a garantia de confidencialidade de informação pessoal e clínica das crianças e famílias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a possibilidade de resistência ou rejeição por parte das famílias ou dos terapeutas da fala por duvidarem da eficácia da teleprática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a manutenção da atenção da criança durante a sessão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a não adesão ou adaptação difícil da criança à teleprática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a decisão se a criança/família são elegíveis para fazer terapia da fala por teleprática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



19. Para o exercício da teleprática na surdez pediátrica, como classifica a formação e investigação nas seguintes áreas \*

	irrelevante	pouco importante	mais ou menos importante	muito importante	essencial
técnicas de intervenção em teleprática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
teleprática na área da surdez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
coaching parental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
competências de comunicação interpessoal online	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tecnologia (equipamentos e resolução de problemas; conectividade)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
materiais digitais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. De que forma enriqueceu o seu conhecimento na teleprática desde que iniciou a prática desta modalidade?

\*

Assinale todas as opções que se aplicam.

- não o fiz
- procurei em livros
- pesquisei artigos científicos
- realizei curso(s) (presencial ou online)
- consulte sites da área
- partilhei e discuti práticas com colegas
- outro(s)

21. Se selecionou "outro(s)", indique qual (quais).



22. Para a maioria das famílias com crianças surdas que acompanha, o que considera mais vantajoso \*

Considere somente a sua opinião/experiência (independentemente de possíveis imposições de ordem burocrática, de gestão de horários, de chefias,...).

- a realização somente de sessões presenciais
- a realização somente de sessões por teleprática
- a realização de sessões presenciais e por teleprática
- considero as três opções anteriores igualmente vantajosas
- não sei responder

23. Atualmente mantém a teleprática como uma modalidade de serviços disponível para as famílias na área da surdez pediátrica? \*

- sim
- não

24. A adesão à teleprática foi motivada pelos confinamentos fruto da pandemia (COVID-19)? \*

- sim
- não

ir para secção 8 Caracterização do terapeuta da fala



## Secção 8

## Caracterização do terapeuta da fala

25. Local onde / de onde exerce a sua atividade profissional com população surda pediátrica, tanto presencial como por teleprática \*

Assinale as opções que se aplicam.

- Açores
- Aveiro
- Beja
- Braga
- Bragança
- Castelo Branco
- Coimbra
- Évora
- Faro
- Guarda
- Leiria
- Lisboa
- Madeira
- Portalegre
- Porto
- Santarém
- Setúbal
- Viana do Castelo
- Vila Real
- Viseu
- outro

26. Se selecionou "outro", indique o local de onde exerce



27. Presta serviço em distritos ou países diferentes do local que assinalou na resposta anterior? \*

- sim [ir para pergunta 28. SEGUINTE](#)
- não [ir para pergunta 29. Sexo](#)

28. Se selecionou "sim", indique o distrito ou país e a modalidade utilizada.

29. Sexo \*

- feminino
- masculino
- prefiro não responder

30. Idade \*

- entre 20 e 30 anos
- entre 30 e 40 anos
- entre 40 e 50 anos
- entre 50 e 60 anos
- entre 60 e 70 anos
- mais de 70 anos

31. Habilitações académicas \*

- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Pós-doutoramento



32. Experiência profissional na terapia da fala \*

- menos de 3 anos
- entre 3 e 5 anos
- entre 5 e 10 anos
- entre 10 e 20 anos
- entre 20 e 30 anos
- entre 30 e 40 anos
- mais de 40 anos

33. Experiência profissional com a população surda pediátrica \*

- menos de 3 anos
- entre 3 e 5 anos
- entre 5 e 10 anos
- entre 10 e 20 anos
- entre 20 e 30 anos
- entre 30 e 40 anos
- mais de 40 anos

34. Experiência em teleprática com a população surda pediátrica \*

- sem experiência
- menos de 1 ano
- entre 1 e 3 anos
- entre 3 e 5 anos
- entre 5 e 10 anos
- mais de 10 anos





## 35. Experiência em teleprática noutra área da terapia da fala \*

- sem experiência ir para pergunta 38. Contexto onde exerce ou já exerceu a atividade profissional com população surda pediátrica
- menos de 1 ano ir para pergunta 36. SEGUINTE
- entre 1 e 3 anos ir para pergunta 36. SEGUINTE
- entre 3 e 5 anos ir para pergunta 36. SEGUINTE
- entre 5 e 10 anos ir para pergunta 36. SEGUINTE
- mais de 10 anos ir para pergunta 36. SEGUINTE

## 36. Outra área da terapia da fala na qual tem experiência em teleprática \*

Assinale as opções que se aplicam.

- audição no adulto
- processamento auditivo central
- linguagem na criança
- linguagem no adulto
- fala
- fluência
- motricidade orofacial
- voz
- deglutição
- leitura e escrita
- comunicação aumentativa
- estética facial
- outra

## 37. Se selecionou "outra", indique qual.



38. Contexto onde exerce ou já exerceu a atividade profissional com população surda pediátrica \*  
Assinale todas as opções que se aplicam.

- domicílio da criança (presencial)
- espaço seu (teleprática)
- escola de ensino regular (presencial)
- escola de ensino regular (teleprática)
- escola especializada na educação de alunos surdos (presencial)
- escola especializada na educação de alunos surdos (teleprática)
- clínica/hospital/centro de saúde (presencial)
- clínica/hospital/centro de saúde (teleprática)
- outro

39. Se selecionou "outro", indique qual.

40. Indique, atendendo somente aos últimos cinco anos, a frequência com que acompanha crianças surdas nas seguintes faixas etárias \*

	nunca	raramente	ocasionalmente	frequentemente	muito frequente
até aos 6 meses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a partir dos 6 meses até aos 3 anos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a partir dos 3 anos até aos 6 anos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a partir dos 6 anos até aos 10 anos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a partir dos 10 anos até aos 15 anos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a partir dos 15 anos até aos 18 anos incompletos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ir para secção 9. SEGUINTE



## Secção 9

## Recursos tecnológicos do terapeuta da fala

Assinale todas as opções que se aplicam.

## 41. Recursos tecnológicos disponíveis para a terapia da fala \*

- não tenho
- internet
- telemóvel (smartphone)
- tablet
- computador/portátil
- auriculares
- colunas
- câmara externa
- microfone externo
- outro

## 42. Se selecionou "outro", indique qual.

## 43. Software usado na teleprática \*

- não realizei teleprática
- Cisco Webex
- FaceTime 2
- Google Classroom
- Google Hangouts
- Google Meet
- Messenger
- Microsoft Teams
- Skype
- WhatsApp
- Zoom
- outro



44. Se seleccionou "outro", indique qual.

[ir para Fim do formulário](#)

Este conteúdo não foi criado nem é aprovado pela Microsoft. Os dados que submeter serão enviados para o proprietário do formulário.

 Microsoft Forms



## Apêndice D: Tabelas e Figuras complementares dos resultados

### Caracterização das famílias e dos terapeutas da fala

Tabela D 1: Caracterização sócio demográfica e clínica das crianças

		frequência	%
sexo da criança	feminino	16	61,5%
	masculino	10	38,5%
idade atual sua criança	a partir dos 6 meses até aos 3 anos	4	15,4%
	a partir dos 3 anos até aos 6 anos	8	30,8%
	a partir dos 6 anos até aos 10 anos	9	34,6%
	a partir dos 10 anos até aos 15 anos	4	15,4%
	a partir dos 15 anos até aos 18 anos incompletos	1	3,8%
ouvido direito	surdez moderada	3	11,5%
	surdez severa	5	19,2%
	surdez profunda	10	38,5%
	surdez total	8	30,8%
ouvido esquerdo	audição normal	1	3,8%
	surdez moderada	2	7,7%
	surdez severa	5	19,2%
	surdez profunda	10	38,5%
	surdez total	8	30,8%
tecnologia auditiva no ouvido direito	implante coclear	17	65,4%
	prótese auditiva	9	34,6%
tecnologia auditiva no ouvido esquerdo	implante coclear	19	73,1%
	não usa	1	3,8%
	prótese auditiva	6	23,1%
idade da criança quando foi atribuído o diagnóstico de surdez	até aos 3 meses	7	26,9%
	a partir dos 3 meses até aos 6 meses	10	38,5%
	a partir dos 6 meses até ao ano	3	11,5%
	a partir de 1 ano até aos 2 anos	2	7,7%
	a partir de 2 anos até aos 3 anos	4	15,4%
outra(s) problemática(s) para além da surdez	não sei responder;	1	3,8%
	não tem;	15	57,7%
	outra;	2	7,7%
	défice cognitivo;	1	3,8%
	patologia visual;	1	3,8%
	perturbação da motricidade;	1	3,8%
	perturbação de hiperatividade e défice de atenção;	1	3,8%
	dificuldades de aprendizagem;	1	3,8%
	perturbação de hiperatividade e défice de atenção; outra;	1	3,8%
	perturbação de hiperatividade e défice de atenção;	1	3,8%
perturbação do espectro do autismo; outra;	1	3,8%	
perturbação do espectro do autismo;	2	7,7%	
se selecionou "outra", indique qual.	dispraxia - sem oralidade	1	3,8%
	gastro intestinal	1	3,8%
	síndrome de Bartter IV	1	3,8%



Tabela D 2: Presença de surdez em membros da família e a relação com a criança

		frequência	%
Há outras pessoas com surdez na família da criança (do lado materno e/ou paterno)?	sim	8	30,8%
	não	18	69,2%
Indique quem	mãe; pai;	2	25,0%
	prima/primo materno	1	12,5%
	prima/primo paterno	1	12,5%
	prima/primo paterno; outra	2	25,0%
	tia/tio materno	1	12,5%
	tia/tio paterno; avó/avô paterno;	1	12,5%
	prima/primo paterno		
	se selecionou "outra", indique quem	tio avô materno	2

Figura D 1: Distribuição das áreas de residência e locais onde são realizadas sessões de terapia da fala

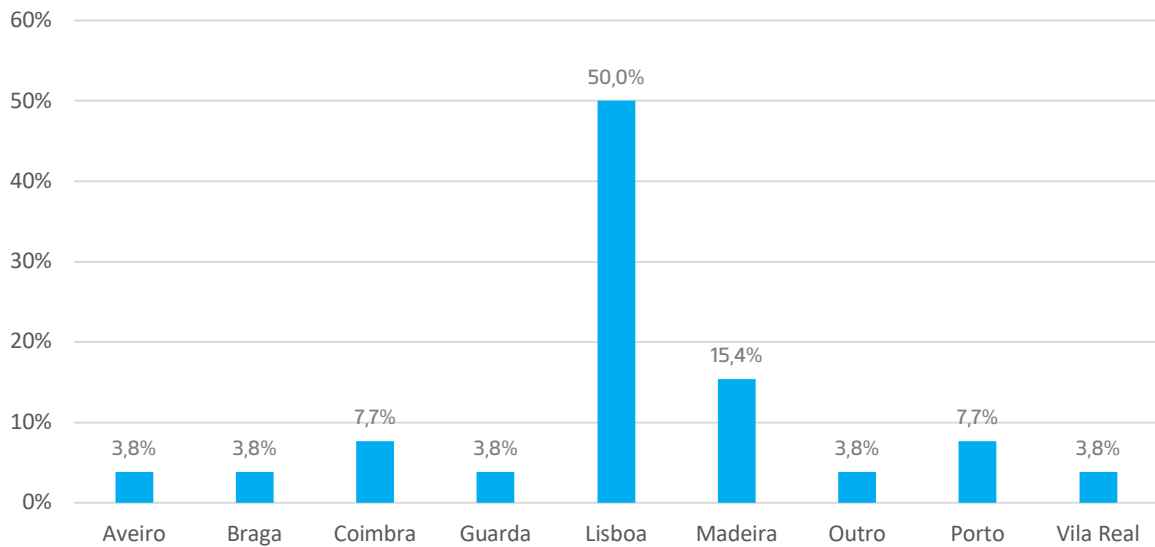




Tabela D 3: Caracterização dos cuidadores com maior envolvimento nas sessões de terapia da fala: relação com a criança, idade e escolaridade

		frequência	%
relação com a criança - cuidador 1	mãe	24	92,3%
	pai	1	3,8%
	outra	1	3,8%
relação com a criança - cuidador 2	pai	20	76,9%
	avó/avô	2	7,7%
	mãe	1	3,8%
	outra	1	3,8%
	não aplicável	2	7,7%
idade do cuidador 1	entre 30 e 40 anos	16	61,5%
	entre 40 e 50 anos	6	23,1%
	não aplicável	4	15,4%
idade do cuidador 2	entre 30 e 40 anos	7	26,9%
	entre 40 e 50 anos	10	38,5%
	entre 50 e 60 anos	2	7,7%
	entre 60 e 70 anos	1	3,8%
	não aplicável	6	23,1%
escolaridade do cuidador 1	menos do 9º ano de escolaridade	1	3,8%
	9º ano de escolaridade	1	3,8%
	12º ano de escolaridade	10	38,5%
	licenciatura	6	23,1%
	mestrado	6	23,1%
	outra (licenciatura pré Bolonha)	1	3,8%
	não aplicável	1	3,8%
escolaridade do cuidador 2	menos do 9º ano de escolaridade	4	15,4%
	9º ano de escolaridade	3	11,5%
	12º ano de escolaridade	6	23,1%
	licenciatura	3	11,5%
	mestrado	7	26,9%
	não aplicável	3	11,5%

Figura D 2: Distribuição geográfica da prestação de serviços de terapeutas da fala com população com surdez pediátrica: modalidades presencial e por teleprática

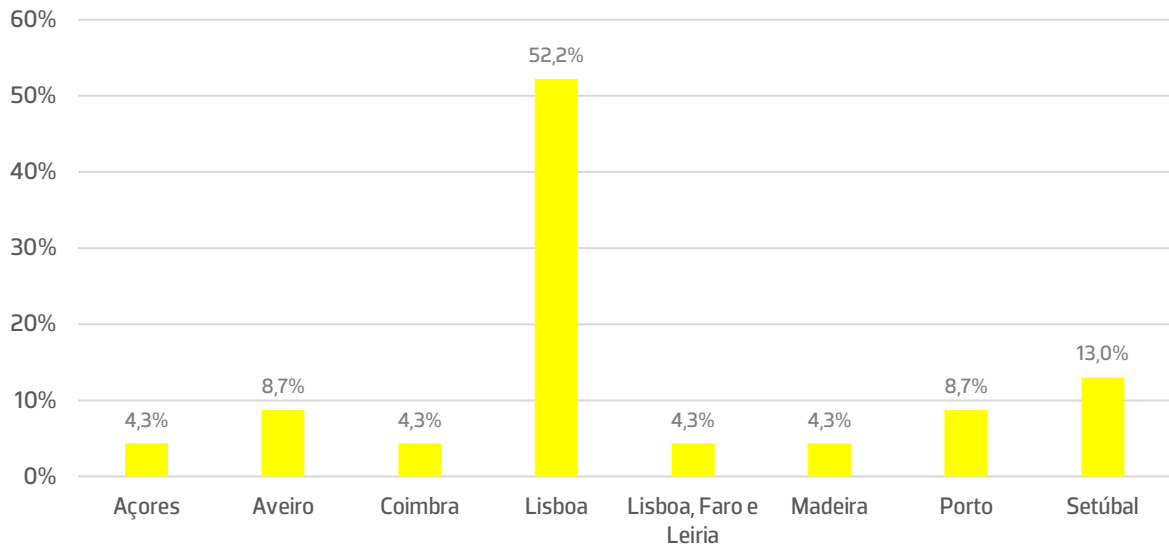


Figura D 3: Outros locais onde os terapeutas da fala prestam serviços com população com surdez pediátrica: modalidades presencial e por teleprática

■ Angola ■ Fora da área de residência ■ Porto ■ Portugal continental

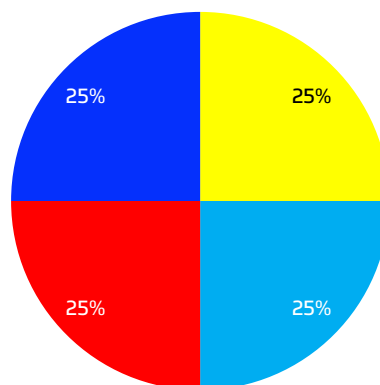






Tabela D 4: Caracterização demográfica e académica e experiência profissional dos terapeutas da fala

		frequência	%
Sexo	feminino	22	95,7%
	masculino	1	4,3%
Idade	entre 20 e 30 anos	1	4,3%
	entre 30 e 40 anos	8	34,8%
	entre 40 e 50 anos	10	43,5%
	entre 50 e 60 anos	2	8,7%
	entre 60 e 70 anos	2	8,7%
Habilitações académicas	licenciatura	13	56,5%
	mestrado	8	34,8%
	doutoramento	2	8,7%
Experiência profissional na terapia da fala	entre 3 e 5 anos	1	4,3%
	entre 5 e 10 anos	1	4,3%
	entre 10 e 20 anos	11	47,8%
	entre 20 e 30 anos	5	21,7%
	entre 30 e 40 anos	3	13,0%
	mais de 40 anos	2	8,7%
Experiência profissional com população com surdez pediátrica	menos de 3 anos	2	8,7%
	entre 3 e 5 anos	3	13,0%
	entre 5 e 10 anos	5	21,7%
	entre 10 e 20 anos	9	39,1%
	entre 20 e 30 anos	1	4,3%
	entre 30 e 40 anos	2	8,7%
	mais de 40 anos	1	4,3%
Experiência em teleprática com população com surdez pediátrica	sem experiência	7	30,4%
	menos de 1 ano	2	8,7%
	entre 1 e 3 anos	6	26,1%
	entre 3 e 5 anos	8	34,8%
Experiência em teleprática noutra área da terapia da fala	sem experiência	5	21,7%
	menos de 1 ano	2	8,7%
	entre 1 e 3 anos	9	39,1%
	entre 3 e 5 anos	4	17,4%
	entre 5 e 10 anos	2	8,7%
	mais de 10 anos	1	4,3%
	outro	1	4,3%



## Influência da mudança de modalidade de intervenção (presencial vs. teleprática)

Tabela D 5: Eficácia da teleprática na consciencialização para diferentes aspetos da intervenção: perceção dos cuidadores que participam exclusivamente em sessões por teleprática

		frequência	%	
a	a melhor compreensão dos pontos fortes, das necessidades e das capacidades da criança	sim não	2 1 66,7% 33,3%	
	o melhor entendimento dos objetivos da intervenção	sim não	2 1 66,7% 33,3%	
	a melhor perceção da importância do envolvimento da família	sim	3 100,0%	
	a maior implementação de estratégias promotoras do desenvolvimento da criança durante as rotinas que ocorrem naturalmente	sim	3 100,0%	
	o uso de estratégias de forma mais consciente	sim não	2 1 66,7% 33,3%	
		o maior entendimento da forma como várias atividades se podem incluir no quotidiano da família	sim	3 100,0%
	o maior envolvimento do cuidador na terapia	sim não	2 1 66,7% 33,3%	
		a melhor interação da criança com o cuidador	sim não não aplicável	1 1 1 50,0% 50,0% 0,0%
	a melhor compreensão do papel do terapeuta como orientador e guia	sim não não aplicável	1 1 1 50,0% 50,0% 0,0%	
		a melhor compreensão do papel dos cuidadores como principais modelos de comunicação	sim	3 100,0%
		a. o cuidador participa/participou nas sessões de terapia da fala? = participei nas sessões por teleprática, mas não nas presenciais		



Tabela D 6: Eficácia da teleprática na consciencialização dos cuidadores que participam exclusivamente em sessões por teleprática para diversos aspetos da intervenção: perceção dos terapeutas da fala

	sim		não sei		não		não aplicável	
	frequência	%	frequência	%	frequência	%	frequência	%
a melhor compreensão dos pontos fortes, das necessidades e das capacidades da criança	12	92,3%	1	7,7%	2	15,4%	1	0,0%
o melhor entendimento dos objetivos da intervenção	11	84,6%	2	15,4%	2	15,4%	1	0,0%
a melhor perceção da importância do envolvimento da família	12	92,3%	1	7,7%	2	15,4%	1	0,0%
a maior implementação de estratégias promotoras do desenvolvimento da linguagem e da audição no quotidiano	12	92,3%	1	7,7%	2	15,4%	1	0,0%
o uso de estratégias de forma mais consciente	12	92,3%	1	7,7%	2	15,4%	1	0,0%
o maior entendimento da forma como determinadas atividades se podem incluir no quotidiano	12	92,3%	1	7,7%	2	15,4%	1	0,0%
o maior envolvimento do cuidador na intervenção	10	76,9%	2	15,4%	3	23,1%	1	0,0%
a melhor interação da criança com o cuidador	11	84,6%	1	7,7%	3	23,1%	1	0,0%
a melhor compreensão do papel do terapeuta como orientador e guia	10	76,9%	2	15,4%	3	23,1%	1	0,0%
a melhor compreensão do papel dos cuidadores como principais modelos de comunicação	11	84,6%	1	7,7%	3	23,1%	1	0,0%



Tabela D 7: Comparação da eficácia entre sessões presenciais e por teleprática na consciencialização para diferentes aspetos da intervenção: perceção dos cuidadores que participaram em sessões em ambas as modalidades

a	igual		presencial		teleprática	
	frequência	%	frequência	%	frequência	%
a melhor compreensão dos pontos fortes, das necessidades e das capacidades da criança	1	12,5%	7	87,5%	0	0,0%
o melhor entendimento dos objetivos da intervenção	1	12,5%	7	87,5%	0	0,0%
a melhor perceção da importância do envolvimento da família	4	50,0%	3	37,5%	1	12,5%
a maior implementação de estratégias promotoras do desenvolvimento da criança durante as rotinas que ocorrem naturalmente	1	12,5%	6	75,0%	1	12,5%
o uso de estratégias de forma mais consciente	1	12,5%	6	75,0%	1	12,5%
o maior entendimento da forma como várias atividades se podem incluir no quotidiano da família	4	50,0%	3	37,5%	1	12,5%
o maior envolvimento do cuidador na intervenção	4	50,0%	4	50,0%	0	0,0%
a melhor interação da criança com o cuidador	2	25,0%	6	75,0%	0	0,0%
a melhor compreensão do papel do terapeuta como orientador e guia	4	50,0%	4	50,0%	0	0,0%
a melhor compreensão do papel dos cuidadores como principais modelos de comunicação	4	50,0%	4	50,0%	0	0,0%

a. o cuidador participa/participou nas sessões de terapia da fala? = participei nas sessões por teleprática e nas presenciais



Tabela D 8: Comparação da eficácia entre sessões presenciais e por teleprática na consciencialização dos cuidadores que participam em sessões de ambas as modalidades para diferentes aspetos da intervenção: percepção dos terapeutas da fala

	igual		presencial		teleprática		não sei		não aplicável	
	frequência	%	frequência	%	frequência	%	frequência	%	frequência	%
a melhor compreensão dos pontos fortes, das necessidades e das capacidades da criança	8	57,1%	3	21,4%	2	14,3%	1	7,1%	2	0,0%
o melhor entendimento dos objetivos da intervenção	9	64,3%	4	28,6%	1	7,1%	0	0,0%	2	0,0%
a melhor percepção da importância do envolvimento da família	9	64,3%	3	21,4%	2	14,3%	0	0,0%	2	0,0%
a maior implementação de estratégias promotoras do desenvolvimento da criança durante as rotinas que ocorrem naturalmente	11	78,6%	1	7,1%	2	14,3%	0	0,0%	2	0,0%
o uso de estratégias de forma mais consciente	7	50,0%	3	21,4%	4	28,6%	0	0,0%	2	0,0%
o maior entendimento da forma como várias atividades se podem incluir no quotidiano da família	12	85,7%	0	0,0%	2	14,3%	0	0,0%	2	0,0%
o maior envolvimento do cuidador na intervenção	8	57,1%	1	7,1%	5	35,7%	0	0,0%	2	0,0%
a melhor interação da criança com o cuidador	9	64,3%	4	28,6%	1	7,1%	0	0,0%	2	0,0%
a melhor compreensão do papel do terapeuta como orientador e guia	6	42,9%	5	35,7%	2	14,3%	1	7,1%	2	0,0%
a melhor compreensão do papel dos cuidadores como principais modelos de comunicação	7	50,0%	3	21,4%	4	28,6%	0	0,0%	2	0,0%



Tabela D 9: Importância atribuída à participação de um facilitador nas sessões de teleprática com crianças surdas em diferentes faixas etárias: percepção dos terapeutas da fala

	irrelevante		pouco importante		mais ou menos importante		muito importante		essencial	
	frequência	%	frequência	%	frequência	%	frequência	%	frequência	%
a partir dos 6 meses até aos 3 anos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	12,5%	14	87,5%
a partir dos 3 anos até aos 6 anos	0	0,0%	0	0,0%	1	6,2%	4	25,0%	11	68,8%
a partir dos 6 anos até aos 10 anos	0	0,0%	1	6,3%	4	25,0%	6	37,5%	5	31,3%
a partir dos 10 anos até aos 15 anos	1	6,3%	3	18,8%	8	50,0%	3	18,8%	1	6,3%
a partir dos 15 anos até aos 18 anos incompletos	3	18,8%	3	18,8%	7	43,8%	2	12,5%	1	6,3%

## Vantagens e desafios dos cuidadores

Tabela D 10: Vantagens da teleprática: percepção dos cuidadores que participam exclusivamente em sessões por teleprática

		frequência	%
a redução de tempo e custos em deslocações	sim	2	66,7%
	não	1	33,3%
a flexibilidade de horários (p. ex.: mais compatíveis com as rotinas da família)	sim	3	100,0%
a possibilidade de realizar a terapia em ambiente mais natural	sim	1	33,3%
	não	2	66,7%
a continuidade da terapia (independentemente da localização do terapeuta ou da criança)	sim	3	100,0%
aumentar a participação do(s) cuidador(es) nas sessões	sim	2	66,7%
	não	1	33,3%
aumentar o envolvimento do(s) cuidador(es) no processo terapêutico	sim	2	66,7%
	não	1	33,3%
o acesso mais facilitado a um terapeuta com experiência na surdez	sim	2	66,7%
	não	1	33,3%
poder ser complementar a sessões presenciais	sim	3	100,0%
o uso de ferramentas e recursos digitais	sim	2	66,7%
	não	1	33,3%

a. o cuidador participa/participou nas sessões de terapia da fala? = participei nas sessões por teleprática, mas não nas presenciais



Tabela D 11: Vantagens da teleprática: percepção dos cuidadores que participaram em ambas as modalidades

	sim		não sei		não	
	frequência	%	frequência	%	frequência	%
a redução de tempo e custos em deslocações	8	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
a flexibilidade de horários (p. ex.: mais compatíveis com as rotinas da família)	7	87,5%	0	0,0%	1	12,5%
a possibilidade de realizar a terapia em ambiente mais natural	6	75,0%	0	0,0%	2	25,0%
a continuidade da terapia (independentemente da localização do terapeuta ou da criança)	8	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
aumentar a participação do(s) cuidador(es) nas sessões	7	87,5%	0	0,0%	1	12,5%
aumentar o envolvimento do(s) cuidador(es) no processo terapêutico	5	62,5%	1	12,5%	2	25,0%
o acesso mais facilitado a um terapeuta com experiência na surdez	6	75,0%	1	12,5%	1	12,5%
poder ser complementar a sessões presenciais	6	75,0%	1	12,5%	1	12,5%
o uso de ferramentas e recursos digitais	7	87,5%	1	12,5%	0	0,0%

a. o cuidador participa/participou nas sessões de terapia da fala? = participei nas sessões por teleprática e nas presenciais

Tabela D 12: Desafios da teleprática: percepção dos cuidadores que participam exclusivamente em sessões por teleprática

a		frequência	%
o acesso aos recursos tecnológicos adequados (ter computador, tablet)	sim	2	66,7%
	não	1	33,3%
problemas com a conexão e estabilidade da internet	sim	2	66,7%
	não	1	33,3%
o domínio da tecnologia usada (tanto do terapeuta da fala como da família)	sim	2	66,7%
	não	1	33,3%
a eliminação de elementos distratores (tanto do terapeuta da fala como da família)	sim	3	100,0%
a necessidade por parte do terapeuta da fala de treino/formação específica tanto para garantir a eficácia do serviço como para a resolução de problemas técnicos	sim	3	100,0%
a necessidade de capacitar as famílias para a teleprática	sim	2	66,7%
	não	1	33,3%
a garantia de confidencialidade de informação pessoal e clínica das crianças e famílias	sim	1	33,3%
	não	2	66,7%
a resistência ou rejeição por parte das famílias ou dos terapeutas da fala por duvidarem da eficácia da teleprática	sim	3	100,0%
a manutenção da atenção da criança durante a sessão	sim	3	100,0%
a não adesão ou adaptação difícil da criança à teleprática	sim	3	100,0%
a decisão se a criança / família são elegíveis para fazer terapia da fala por teleprática	sim	2	66,7%
	não sei	1	33,3%

a. o cuidador participa/participou nas sessões de terapia da fala? = participei nas sessões por teleprática, mas não nas presenciais



Tabela D 13: Desafios da teleprática: percepção dos cuidadores que participaram em ambas as modalidades

	sim		não sei		não	
	frequência	%	frequência	%	frequência	%
o acesso aos recursos tecnológicos adequados (ter computador, tablet)	2	25,0%	0	0,0%	6	75,0%
problemas com a conexão e estabilidade da internet	4	50,0%	0	0,0%	4	50,0%
o domínio da tecnologia usada (tanto do terapeuta da fala como da família)	4	50,0%	0	0,0%	4	50,0%
a eliminação de elementos distratores (tanto do terapeuta da fala como da família)	4	50,0%	0	0,0%	4	50,0%
a necessidade por parte do terapeuta da fala de treino/formação específica tanto para garantir a eficácia do serviço como para a resolução de problemas técnicos	4	50,0%	0	0,0%	4	50,0%
a necessidade de capacitar as famílias para a teleprática	3	37,5%	2	25,0%	3	37,5%
a garantia de confidencialidade de informação pessoal e clínica das crianças e famílias	1	12,5%	1	12,5%	6	75,0%
a resistência ou rejeição por parte das famílias ou dos terapeutas da fala por duvidarem da eficácia da teleprática	2	25,0%	3	37,5%	3	37,5%
a manutenção da atenção da criança durante a sessão	7	87,5%	0	0,0%	1	12,5%
a não adesão ou adaptação difícil da criança à teleprática	7	87,5%	1	12,5%	0	0,0%
a decisão se a criança / família são elegíveis para fazer terapia da fala por teleprática	5	62,5%	0	0,0%	3	37,5%

a. o cuidador participa/participou nas sessões de terapia da fala? = participei nas sessões por teleprática e nas presenciais





## Vantagens e desafios dos terapeutas da fala

Tabela D 14: Vantagens da teleprática: percepção dos terapeutas de fala

	sim		não sei		não	
	frequência	%	frequência	%	frequência	%
a redução de tempo e custos em deslocações	15	93,8%	0	0,0%	1	6,3%
a flexibilidade de horários (p. ex.: mais compatíveis com as rotinas da família)	13	81,3%	2	12,5%	1	6,3%
a possibilidade de realizar a terapia em ambiente mais natural	11	68,8%	3	18,8%	2	12,5%
a continuidade da terapia (independentemente da localização do terapeuta ou da criança)	13	81,3%	0	0,0%	3	18,8%
aumentar a participação do(s) cuidador(es) nas sessões	9	56,3%	4	25,0%	3	18,8%
aumentar o envolvimento do(s) cuidador(es) no processo terapêutico	8	50,0%	4	25,0%	4	25,0%
o acesso mais facilitado a um terapeuta com experiência na surdez	10	62,5%	1	6,3%	5	31,3%
poder ser complementar a sessões presenciais	15	93,8%	1	6,3%	0	0,0%
o uso de ferramentas e recursos digitais	12	75,0%	1	6,3%	3	18,8%



Tabela D 15: Desafios da teleprática: percepção dos terapeutas de fala

	sim		não sei		não	
	frequência	%	frequência	%	frequência	%
o acesso aos recursos tecnológicos adequados (ter computador, tablet)	11	68,8%	1	6,3%	4	25,0%
problemas com a conexão e estabilidade da internet	13	81,3%	0	0,0%	3	18,8%
o domínio da tecnologia usada (tanto do terapeuta da fala como da família)	12	75,0%	0	0,0%	4	25,0%
a eliminação de elementos distratores (tanto do terapeuta da fala como da família)	13	81,3%	0	0,0%	3	18,8%
a necessidade por parte do terapeuta da fala de treino/formação específica tanto para garantir a eficácia do serviço como para a resolução de problemas técnicos	11	68,8%	0	0,0%	5	31,3%
a necessidade de capacitar as famílias para a teleprática	14	87,5%	0	0,0%	2	12,5%
a garantia de confidencialidade de informação pessoal e clínica das crianças e famílias	5	31,3%	1	6,3%	10	62,5%
a possibilidade de resistência ou rejeição por parte das famílias ou dos terapeutas da fala por duvidarem da eficácia da teleprática	11	68,8%	1	6,3%	4	25,0%
a manutenção da atenção da criança durante a sessão	12	75,0%	0	0,0%	4	25,0%
a não adesão ou adaptação difícil da criança à teleprática	11	68,8%	0	0,0%	5	31,3%
a decisão se a criança/família são elegíveis para fazer terapia da fala por teleprática	10	62,5%	1	6,3%	5	31,3%



Tabela D 16: Facilidade na implementação de diversos aspetos da intervenção na modalidade presencial e por teleprática: perceção dos terapeutas da fala

	igual		presencial		teleprática	
	frequência	%	frequência	%	frequência	%
manter a atenção da criança	3	18,8%	13	81,3%	0	0,0%
manter a criança na atividade	7	43,8%	9	56,3%	0	0,0%
anular agentes distratores	3	18,8%	13	81,3%	0	0,0%
adequar a comunicação com a criança e o cuidador	10	62,5%	6	37,5%	0	0,0%
envolver a família	11	68,8%	3	18,8%	2	12,5%
ajustar o que a família espera em cada etapa do desenvolvimento da criança	14	87,5%	2	12,5%	0	0,0%
discutir o que fazer para promover um melhor/ótimo desempenho em cada fase	13	81,3%	3	18,8%	0	0,0%
avaliar as diversas áreas de desenvolvimento da criança	6	37,5%	10	62,5%	0	0,0%

Tabela D 17: Variação de aspetos logísticos e de interação entre as modalidades presencial e por teleprática: perceção dos terapeutas da fala

	igual		maior quando presencial		maior quando por teleprática		não aplicável	
	frequência	%	frequência	%	frequência	%	frequência	%
o tempo de preparação das sessões	7	43,8%	0	0,0%	9	56,3%	0	0,0%
a duração das sessões	8	50,0%	7	43,8%	1	6,3%	0	0,0%
a frequência das sessões	10	62,5%	4	25,0%	2	12,5%	0	0,0%
o número de faltas	10	62,5%	3	18,8%	3	18,8%	0	0,0%
a partilha de informação (ex: surdez, desenvolvimento) entre o terapeuta da fala e a família	12	75,0%	1	6,3%	3	18,8%	0	0,0%
a participação da família	8	50,0%	3	18,8%	3	18,8%	0	0,0%



## Nível de satisfação dos cuidadores e dos terapeutas com a teleprática

Tabela D 18: Nível de satisfação com diversos aspetos das sessões por teleprática :perceção dos cuidadores que participam exclusivamente em sessões por teleprática

		frequência	%
à qualidade do som	muito satisfeito	1	33,3%
	nem satisfeito, nem insatisfeito	1	33,3%
	satisfeito	1	33,3%
à qualidade da imagem	muito satisfeito	1	33,3%
	satisfeito	2	66,7%
à sua interação com o terapeuta da fala na sessão	muito satisfeito	2	66,7%
	satisfeito	1	33,3%
à sua interação com a criança durante a sessão	muito satisfeito	1	33,3%
	nem satisfeito, nem insatisfeito	1	33,3%
	satisfeito	1	33,3%
à manutenção da atenção da criança na sessão	muito satisfeito	1	33,3%
	insatisfeito	2	66,7%
à adequação da comunicação entre os intervenientes na sessão	muito satisfeito	1	33,3%
	nem satisfeito, nem insatisfeito	1	33,3%
	satisfeito	1	33,3%
ao acesso ao terapeuta da fala para discutir questões importantes para a família	muito satisfeito	3	100,0%

a. o cuidador participa/participou nas sessões de terapia da fala? = participei nas sessões por teleprática, mas não nas presenciais



Tabela D 19: Nível de satisfação com diversos aspetos das sessões por teleprática: percepção dos cuidadores que participaram em ambas as modalidades

	muito insatisfeito		insatisfeito		nem satisfeito, nem insatisfeito		satisfeito		muito satisfeito	
	frequência	%	frequência	%	frequência	%	frequência	%	frequência	%
à qualidade do som	0	0,0%	1	12,5%	0	0,0%	6	75,0%	1	12,5%
à qualidade da imagem	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	7	87,5%	1	12,5%
à sua interação com o terapeuta da fala na sessão	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	37,5%	5	62,5%
à sua interação com a criança durante a sessão	0	0,0%	1	12,5%	1	12,5%	3	37,5%	3	37,5%
à manutenção da atenção da criança na sessão	1	12,5%	2	25,0%	1	12,5%	3	37,5%	1	12,5%
à adequação da comunicação entre os intervenientes na sessão	0	0,0%	2	25,0%	1	12,5%	4	50,0%	1	12,5%
ao acesso ao terapeuta da fala para discutir questões importantes para a família	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	37,5%	5	62,5%

a. o cuidador participa/participou nas sessões de terapia da fala? = participei nas sessões por teleprática e nas presenciais

Tabela D 20: Nível de satisfação com diversos aspetos das sessões por teleprática: percepção dos terapeutas da fala

	muito insatisfeito		insatisfeito		nem satisfeito, nem insatisfeito		satisfeito		muito satisfeito	
	frequência	%	frequência	%	frequência	%	frequência	%	frequência	%
à qualidade do som	1	6,3%	3	18,8%	2	12,5%	9	56,3%	1	6,3%
à qualidade da imagem	1	6,3%	1	6,3%	4	25,0%	8	50,0%	2	12,5%
à sua interação com os cuidadores na sessão	0	0,0%	0	0,0%	5	31,3%	6	37,5%	5	31,3%
à sua interação com as crianças na sessão	0	0,0%	2	12,5%	3	18,8%	6	37,5%	5	31,3%
à manutenção da atenção das crianças na sessão	1	6,3%	4	25,0%	2	12,5%	7	43,8%	2	12,5%
à adequação da comunicação entre os intervenientes na sessão	0	0,0%	1	6,3%	6	37,5%	5	31,3%	4	25,0%
ao acesso aos cuidadores para discutir questões importantes para a família	0	0,0%	2	12,5%	3	18,8%	4	25,0%	7	43,8%



## Anexo – Parecer favorável da Comissão de Ética

P.PORTO

ESCOLA  
SUPERIOR  
DE SAÚDE  
POLITÉCNICO  
DO PORTO

### PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Número de Registo da Comissão de Ética: CE0067A/2020  
Data receção do Documento: 25/11/2020  
Existência de entradas anteriores: Não

**TÍTULO DO TRABALHO:** Teleprática em idade pediátrica na surdez – perspetiva das famílias e dos terapeutas da fala

**INVESTIGADOR RESPONSÁVEL:** Filipa Silva Dias Teixeira Lopes

**DATA PREVISTA PARA A REALIZAÇÃO DO TRABALHO:** Trabalho iniciado em Junho de 2020 | Fim Dezembro de 2020  
Há que garantir que não se inicia a recolha de dados sem o parecer favorável da Comissão de Ética.

#### RESUMO DO ESTUDO

**OBJETIVOS:** Nada a referir.

**AMOSTRA:** Definida, assim como a forma de contacto para recrutamento e os critérios de inclusão e exclusão.

**FORMULÁRIO DE DADOS A RECOLHER:** são enviados os dois questionários a aplicar (para a família e para o terapeuta da fala).

**MATERIAL:** nada a referir.

**MÉTODOS:** nada a referir.

**RISCOS:** não aplicável.

**CONSENTIMENTO INFORMADO:** presente.

**AUTORIZAÇÃO PELOS RESPONSÁVEIS LOCAIS:** Apresentado o pedido de autorização à Presidente da ESS, Termo de responsabilidade da Orientadora, Declaração de compromisso de honra do investigador e o Termo de autorização Local.

**APRECIÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA:** Apesar de enviar o processo para apreciação após o início do estudo, parece não haver incompatibilidade com a recolha dos dados. A confidencialidade e o anonimato são ressalvados.

**PARECER FINAL DA COMISSÃO DE ÉTICA:** De acordo com os dados analisados e mantendo-se o descrito no ponto supra, nomeadamente em relação à recolha e tratamento dos dados, o parecer é favorável. Neste sentido, o investigador deverá cumprir todas as diretrizes submetidas a esta Comissão, com prejuízo de a decisão ser suspensa caso haja algum incumprimento grave.

16/01/2021 \_\_\_\_\_



SGS ESS.004.M0.318.02

**P.PORTO**

ESCOLA  
SUPERIOR  
DE SAÚDE



**M** ———  
MESTRADO  
TERAPIA DA FALA