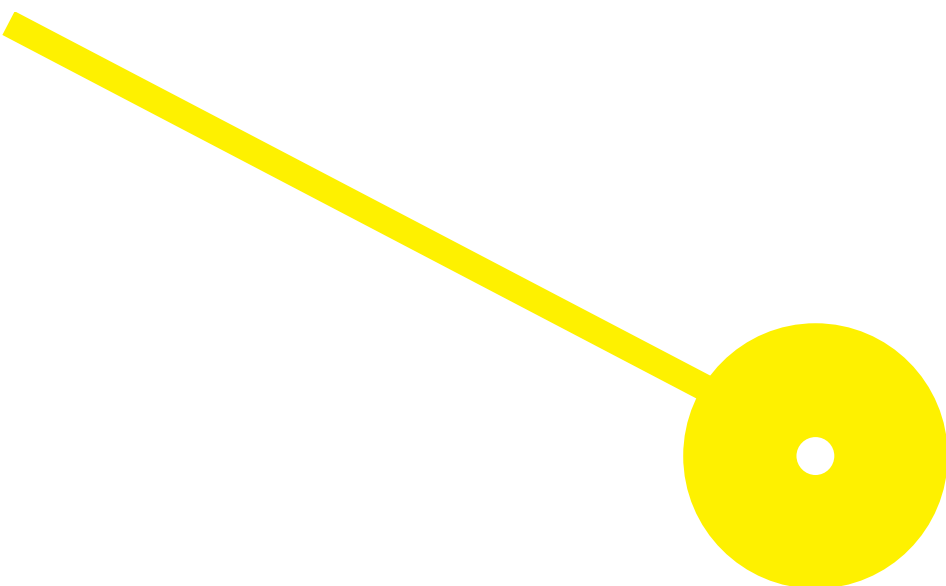




# Perspetiva dos cuidadores face à utilização da Teleprática na Terapia da Fala

Ana Raquel Oliveira Raposo

12/2020





**ESCOLA  
SUPERIOR  
DE SAÚDE**

## **Perspetiva dos Cuidadores face à utilização da Teleprática na Terapia da Fala**

### **Autor**

Ana Raquel Oliveira Raposo

### **Orientadores**

Doutora Paula Cristina Trocado Faria / orientadora / E.S.S. – P. Porto

Mestre Carla Alexandra Marques / co-orientadora

**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.**

## DEDICATÓRIA

*À MINHA FAMÍLIA*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à *Doutora Paula Faria*, minha orientadora, pelo que me ensinou ao longo de todo o meu caminho acadêmico e pela disponibilidade em acompanhar-me no desafio que foi este projeto! Obrigada por toda a ajuda e pela perseverança transmitida ao longo desta caminhada.

Agradeço à *Terapeuta Carla Marques*, minha coorientadora, pelo sentido crítico construtivo, pelo apoio prestado e pela disponibilidade, mesmo tendo uma agenda tão preenchida, Obrigada!

Agradeço às *minhas amigas*, em especial à Teresa e à Rita, que partilham comigo todo o meu percurso, pela sua amizade, pelas palavras de carinho, motivação e força para manter o foco até ao fim, apesar de todas as adversidades. Que sorte é ter-vos a meu lado!

Agradeço à *minha madrinha* de curso, amiga para a vida. Obrigada por estares presente em todos os momentos e por seres mais do que aquilo que posso agradecer. Sempre soube que serias a melhor das escolhas.

As últimas palavras de agradecimento vão para a *minha família*, pelo constante incentivo a ser cada vez melhor e pelo apoio que demonstram sempre em todos os meus passos. Obrigada por me lembrarem sempre de que sou capaz.

## RESUMO

**Introdução:** A Teleprática é um recurso na avaliação e intervenção em várias áreas, nomeadamente na terapia da fala. Os cuidadores são reconhecidos pelos terapeutas como elementos principais da intervenção terapêutica. As sessões de teleprática, a partir do contexto familiar, parecem ser a oportunidade ideal para promover a participação dos cuidadores na terapia.

**Objetivo:** Descrever e caracterizar a perspetiva dos cuidadores de crianças em idade pré-escolar face à utilização da teleprática na terapia da fala e ao seu contributo para o processo terapêutico.

**Métodos:** estudo observacional–descritivo, qualitativo e transversal. Divulgação pela rede de contactos da investigadora e efeito bola de neve, com recolha de dados efetuada por entrevista semiestruturada online. Participaram 18 cuidadores de crianças em idade pré-escolar da região norte. Posteriormente, realizou-se análise de conteúdo com definição de categorias *à posteriori*.

**Resultados:** A perspetiva dos cuidadores apontou vantagens e desvantagens inerentes à teleprática, e também o aumento da sua participação nas etapas do processo terapêutico. Os cuidadores revelaram progressos quanto à sua perspetiva, face aos resultados obtidos com o aumento da sua participação pela teleprática.

**Conclusão:** A perspetiva dos cuidadores relativamente à utilização da teleprática na terapia da fala é positiva e parece advir do aumento da sua participação, mesmo sendo só um mediador.

**Palavras-chave:** Teleprática, Terapia da Fala, Práticas Centradas na Família, Perspetiva dos Cuidadores

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Telepractice is a resource used in the evaluation and intervention of several areas, namely in speech and language therapy. Caregivers are recognized by therapists as the main elements of therapeutic intervention. Telepractice sessions, from the family context, seem to be the ideal opportunity to promote the of caregivers' participation in the therapy.

**Objective:** To describe and characterize the perspective of pre-school children caregivers regarding the use of telepractice in speech and language therapy and its contribution to the therapeutic process.

**Methods:** Observational-descriptive, qualitative, and cross-sectional study. Dissemination through the researcher's contact network and snowball effect, with data collection done by semi-structured online interview. Eighteen caregivers of pre-school children from the northern region participated. Furthermore, content analysis was performed with *a posteriori* categories definition.

**Results:** The caregivers' perspective revealed the advantages and disadvantages of telepractice, and the increase of their participation in each stage of the therapeutic process. Caregivers revealed progress in their perspective, considering the results obtained with the increase of their participation through telepractice.

**Conclusion:** The perspective of caregivers regarding the use of telepractice in speech and language therapy is positive and seems to result from the increase in their participation, although they are only a mediator.

**Keywords:** Telepractice, Speech and Language Therapy, Family-Centered Practices, Caregivers' Perspective

## ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO .....	1
2.	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....	3
2.1.	Teleprática .....	3
2.1.1.	Teleprática na Terapia da Fala .....	5
2.1.2.	Benefícios e Barreiras na Utilização da Teleprática .....	8
2.2.	Os Cuidadores e o Processo Terapêutico .....	11
2.3.	Relação entre Teleprática e Corresponsabilização da Família na Prática Terapêutica ....	16
3.	MÉTODOS .....	20
3.1.	Objetivos .....	20
3.2.	Desenho de Estudo .....	20
3.3.	Participantes .....	21
3.4.	Procedimentos de Recolha e de Tratamento de Dados .....	21
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	24
4.1.	Caracterização sociodemográfica dos participantes .....	24
4.2.	Discussão dos Resultados .....	26
5.	CONCLUSÃO .....	47
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	50
7.	ANEXOS .....	61
	I – Autorização da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde do Porto .....	61
	II – Termo de Consentimento Informado .....	62
8.	APÊNDICES .....	63
	I – Guião da Entrevista para caracterização sociodemográfica dos terapeutas da fala .....	63
	II – Guião da Entrevista para caracterização sociodemográfica dos cuidadores .....	64
	III – Guião de Entrevista para os cuidadores .....	65

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

A.D.L. – Atraso do Desenvolvimento da Linguagem

ASHA – *American Speech-Language-Hearing Association*

CPLOL – Comité Permanente de Ligação dos Terapeutas da Fala da União Europeia

I.P. – Intervenção Precoce

M.O.F. – Motricidade Orofacial

P.F. – Perturbação Fonológica

P.F.F. – Perturbação Fonético-fonológica

P.H.D.A. – Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção

SPTF – Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala

TF – Terapeuta da Fala

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Diferentes Abordagens de Apoio à Família.....	15
Tabela 2. Caracterização Sociodemográfica dos Participantes.....	25
Tabela 3. Categorias e Subcategorias .....	26
Tabela 4. Subcategoria “Pertinência” e Respetivos Indicadores .....	27
Tabela 5. Subcategoria “Resultados” e Respetivos Indicadores.....	29
Tabela 6. Subcategoria “Dificuldades” e Respetivos Indicadores .....	33
Tabela 7. Subcategoria “Materiais, Recursos e estratégias” e Respetivos Indicadores .....	34
Tabela 8. Subcategoria “Responsividade da Criança” e Respetivos Indicadores .....	39
Tabela 9. Subcategoria “Papel do cuidador” e Respetivos Indicadores.....	41
Tabela 10. Subcategoria “Papel do terapeuta da fala” e Respetivos Indicadores.....	42
Tabela 11. Subcategoria “Relação Terapêutica” e Respetivos Indicadores.....	44

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Componentes das Práticas de Ajuda Eficaz..... 13

Figura 2. Padrão de Influência Sobre os Cuidadores e o Desenvolvimento da Criança..... 14

## 1. INTRODUÇÃO

Atualmente, a teleprática está num período de evolução exponencial junto das famílias portuguesas. Esta prática tem vindo a ser cada vez mais um recurso na avaliação e intervenção num vasto leque de perturbações ou doenças, nomeadamente nas perturbações da linguagem [American Speech–Language–Hearing Association (ASHA), 2020; Wales et al., 2017].

A habilidade para comunicar, usando as competências linguísticas e de fala de forma adequada, representa uma grande conquista no desenvolvimento das crianças (Caesar & Ottley, 2020). O desenvolvimento destas competências são marcos esperados pela família, todavia, estas aquisições não decorrem de forma semelhante em todas as crianças (Peixoto, 2007). Apesar de poder variar de criança para criança, a maioria segue os marcos esperados para cada idade e, nos primeiros cinco anos de vida, irá dominar as regras linguísticas, usando-as no seu contexto natural (Owens, 2012; Sim-Sim, 1998).

A identificação precoce de alterações desenvolvimentais, nomeadamente da linguagem, são fundamentais para as encaminhar atempadamente para uma intervenção terapêutica (Peixoto, 2007), realizada pelo profissional responsável pela avaliação e intervenção das perturbações da comunicação humana, o Terapeuta da Fala (TF) (ASHA, 2019; International Association of Logopedics, 2010). Apesar das etiologias nas perturbações da linguagem serem multifatoriais, considera-se que a causa mais comum tem que ver com as características do meio, uma vez que estas podem promover contextos pouco estimulantes, dificultando o desenvolvimento linguístico da criança face ao esperado para a sua faixa etária (Jakubovicz, 2004). Ao considerarmos em particular o período de aquisição do pré-escolar, é de salientar que nesta fase se desenvolvem competências linguísticas e metalinguísticas, essenciais para as aprendizagens futuras no período escolar (Papalia et al., 2001).

A participação dos cuidadores no processo de intervenção terapêutica, as interações e o meio ambiente são fundamentais para o desenvolvimento das capacidades, interesses e linguagem da criança, visto que é no contexto familiar onde permanecem mais tempo (Givigi et al., 2011; Mowder, 1997 citado por Magina, 2011). Neste contexto, o TF deverá assumir uma posição de mediador, e não instrutor, passando a família a ter um papel integrante ao longo do processo terapêutico (Givigi et al., 2011).

Internacionalmente, estudos realizados indicam um bom nível de satisfação dos pais relativamente à utilização da teleprática, apesar de serem mencionadas algumas preocupações (Sutherland et al., 2016). Contudo, o número de investigações decresce quando nos direcionamos para crianças portuguesas.

Considera-se importante referir que o presente estudo foi realizado num período excecional marcado pela pandemia provocada pelo SARS-COV2<sup>1</sup>, pelo que os resultados obtidos espelham as perceções desse momento de adaptação. A teleprática que foi implementada pelos TF portugueses envolvidos neste estudo foi uma iniciação à teleprática, exigida pela necessidade de dar continuidade às sessões presenciais já em curso, após confinamento da população portuguesa, não sendo efetivamente uma teleprática idêntica àquela que é utilizada noutros países há vários anos. Note-se que a bibliografia deste estudo sustenta a teleprática já implementada noutros países, o que não sucedeu com a população portuguesa, em que não existia, à altura, nenhuma documentação nacional que suportasse as práticas dos profissionais, tendo surgido as primeiras considerações gerais em maio de 2020. Ressalva-se os depoimentos recolhidos no lançamento do e-book da SPTF (2020), cujos cuidadores partilharam a sua perspetiva, fundamentada pela sua experiência pessoal. Nenhum profissional estava devidamente preparado, e simultaneamente à implementação, os TF foram adaptando e aprendendo todos os procedimentos, investindo tempo e aumentando o seu conhecimento para ir melhorando, de sessão em sessão, os serviços prestados.

Nesse sentido, com o presente trabalho pretende-se responder à questão de partida: “Qual é a perspetiva dos cuidadores de crianças em idade pré-escolar face à utilização de teleprática na terapia da fala e ao seu contributo neste processo?”, tendo como objetivo primordial descrever e caracterizar a perspetiva destes cuidadores, face ao seu papel e a importância do mesmo no processo de intervenção, apresentando as vantagens e desvantagens da teleprática, de acordo com a sua perceção.

Inicia-se a dissertação com um capítulo referente à revisão de literatura, que procura fundamentar esta investigação com base na bibliografia científica disponível, onde se faz um levantamento teórico acerca da teleprática, do envolvimento dos cuidadores no processo terapêutico, e onde serão abordadas as práticas centradas na família. Segue-se o capítulo relacionado com os métodos de investigação, onde é descrito o desenho da investigação, os participantes, o instrumento utilizado e os procedimentos adotados, entre outros parâmetros metodológicos. No capítulo seguinte, serão expostos e discutidos os dados recolhidos, com base nos resultados das diferentes categorias de análise, correlacionando-os com o enquadramento apresentado no início da investigação. Por fim, a última parte do trabalho constitui a conclusão, onde serão feitas as devidas considerações, identificadas as limitações e sugeridas propostas de investigações futuras.

---

<sup>1</sup> Portugal enfrenta uma pandemia, devido a um novo tipo de coronavírus, o SARS COV2 (OMS, 2020). Dado o seu alto nível de contágio, foi necessário impor um período de quarentena, distanciamento social e o uso obrigatório de proteções individuais, levando ao encerramento de vários serviços, nomeadamente os de reabilitação (Direção Geral da Saúde, 2020; Tohidast et al., 2020).

## 2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

No presente estudo procura-se descrever e analisar a perspectiva que os cuidadores demonstram ter face à utilização da teleprática nas sessões de terapia da fala das suas crianças. Ao longo deste primeiro capítulo, realizar-se-á uma revisão da literatura acerca da temática, abordando-se as principais características da teleprática e os benefícios e barreiras da sua implementação. Será ainda salientado o papel dos cuidadores no processo terapêutico, bem como a sua participação neste processo quando em teleprática, enfatizando-se também a sua corresponsabilização na prática terapêutica.

### 2.1. Teleprática

A “Telessaúde” ou “teleprática” são termos relativos à aplicação de telecomunicações na prestação de serviços clínicos à distância, unindo o TF e o seu cliente<sup>2</sup> e/ou cuidador, para fins de avaliação, intervenção e/ou supervisão (ASHA, 2019; Speech Pathology Australia, 2014).

Dados de estudos americanos revelam que as primeiras utilizações da teleprática pelos TF, aconteceram a veteranos com afasia e disartria, cuja implementação se debruçou no diagnóstico e intervenção de perturbações da comunicação neurogénicas, remontam a 1976 (Vaughn, 1976 citado por Mashima & Doarn, 2008). Já em 1992, médicos da Califórnia implementaram um estudo onde compararam sessões “remotas”<sup>3</sup> com as sessões presenciais, na avaliação e diagnóstico de pessoas com alterações da comunicação adquiridas ou degenerativas. Os resultados demonstraram uma concordância no diagnóstico de 94%, sugerindo que as sessões presenciais poderiam ser substituídas por sessões via televisão ou computador (Wertz et al., 1992 citados por Mashima & Doarn, 2008).

Relativamente à fiabilidade deste modo de intervenção, a revisão de literatura realizada por Taylor, Armfiel, Dodrill e Smith (2014), e o estudo de Sutherland e sua equipa (2017) evidenciaram que a avaliação e intervenção na área da linguagem através da teleprática considerava-se fiável, comparativamente à que é efetuada em modo presencial. De igual modo, Boisvert e Hall (2019) mencionaram vários autores que demonstraram que o uso da teleprática é comparável com a terapia presencial, em termos de avaliação, reavaliação, intervenção direta, supervisão e consultoria (Hall et al., 2013). Contudo, levantaram-se dúvidas relativamente à avaliação em articulação verbal oral, nomeadamente na discriminação de fonemas semelhantes (Taylor et al., 2014), tal como no estudo de Waite et al., (2010).

---

<sup>2</sup> Ao longo da dissertação será utilizado o termo cliente, independentemente da perspectiva que estiver na sua base.

<sup>3</sup> Nota: por “remotas” entenda-se o mesmo que sessões por teleprática.

Nos seus estudos, Freckmann et al., (2017), Yang et al. (2020), Waite et al., (2010), e Grogan-Johnson et al., (2013) fazem referência ao aumento da evidência científica relativamente à viabilidade e à aceitação da teleprática por parte dos clientes e dos seus cuidadores. Saliem ainda que esta modalidade é tão eficaz como a terapia em modo presencial, tanto na avaliação como na intervenção. Porém, e mesmo não sendo conhecida a opinião de todos os clientes, J.P, um cliente português com Parkinson que usufruiu de teleprática (SPTF, 2020a)<sup>4</sup>, indicou que este meio de intervenção “(...) é parecido, mas não é a mesma coisa (...) é quase comparável (...)” com a terapia em meio presencial.

Mashima e Doam em 2008, realizaram uma revisão de literatura onde indicavam outros países, como a Austrália, Canadá, Estados Unidos da América, Grécia, Suécia e até o Japão, que estavam a explorar a possibilidade de usar a teleprática para avaliar, diagnosticar e intervir junto de clientes com alterações de comunicação e deglutição, de forma viável e eficaz.

Existem várias modalidades de teleprática que podem ser adotados para as sessões de avaliação, diagnóstico e intervenção, nomeadamente a síncrona, assíncrona e híbrida [American Speech-Language-Hearing Association, 2020a; Rao & Yashaswini, 2018; Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala (SPTF), 2020b]. Cabe ao TF selecionar a modalidade mais pertinente para cada cliente, de acordo com as capacidades, necessidades e recursos (Pivek et al., 2019):

a) Síncrona: cuja sessão ocorre em tempo real, por videoconferência, com uma intervenção bidirecional entre terapeuta e criança, de forma mais tradicional e semelhante à terapia em modo presencial (Grogan-Johnson et al., 2013);

b) Assíncrona: onde se inclui a partilha de informações, de vídeos, aplicações (“apps”), informação enviada e outro tipo de material, que podem ser consultadas pela criança e/ou pelo cuidador a qualquer altura (Snodgrass et al., 2016; Theodoros, 2011). É uma modalidade que permite maior flexibilidade, devendo sempre garantir-se a eficiência da mesma (Hill & Breslin, 2016);

c) Híbrida: mencionada mais recentemente em alguns estudos, é a modalidade que combina as duas anteriores (Fong et al., 2020; Keck & Doarn, 2014) e o modo presencial (ASHA, 2020; Rao & Yashaswini, 2018).

Esta última opção já começa a ser uma opção futura para alguns clientes em Portugal (SPTF, 2020b). Recentemente, um cliente com gaguez, em fase de manutenção no seu processo de intervenção, referiu que iria futuramente conciliar sessões presenciais com teleterapia (SPTF,

---

<sup>4</sup> Todos os testemunhos de clientes ou cuidadores referidos ao longo desta revisão foram recolhidos no lançamento online público do e-book “Teleprática em Terapia da Fala”, realizado pela Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala em outubro de 2020.

2020a). O mesmo sucedeu com um cliente com Parkinson, que, por motivos económicos, pondera a mesma opção (idem).

Tendo em conta o sucesso da integração do uso das tecnologias no contexto educacional, como as aulas *online*, a teleprática parece ser uma estratégia lógica a introduzir, como forma de facilitar não só o atendimento de uma variedade e quantidade maior de clientes, como também de aproveitar o tempo geralmente gasto pelos clientes nas deslocações (Boisvert & Hall, 2019). Testemunhando isso mesmo, T., um cliente que usufruiu de teleprática, que afirma que “(...) *um ponto positivo* [da teleprática] *é poupar tempo nas deslocações (...)*”, sendo “(...) *mais cómodo e poupa-se* [financeiramente] *nas deslocações (...)*” (SPTF, 2020a).

Apesar da modalidade síncrona ser a mais usada entre os TF, Langkamp et al., (2015) destacam que a teleprática nesta modalidade é mais exigente, no sentido que requer maior cooperação por parte da criança, sendo mais difícil estabelecer essa colaboração quando a criança apresenta alterações no desenvolvimento. As crianças com alterações desenvolvimentais da investigação de Langkamp et al., (2015), cujo comportamento era mais desafiador, demonstraram maior tolerância com a teleprática em modo assíncrono. O mesmo já tinha acontecido com Liptak et al. (2006), cujo estudo revelou uma diminuição do *stress* associado à terapia, tanto das crianças como dos cuidadores, quando a sessão de terapia foi assíncrona (Langkamp et al., 2015).

### **2.1.1. Teleprática na Terapia da Fala**

Tipicamente, os TF estabelecem com os seus clientes uma comunicação cara-a-cara, desde o primeiro contacto até ao momento da alta terapêutica/término da necessidade de intervenção. Perante um período de quarentena e distanciamento social, este tipo de contacto é interrompido (Tohidast et al., 2020). Dada a necessidade da continuação das sessões de terapia da fala e a imposição do distanciamento, a teleprática garante a intervenção do terapeuta junto da criança, diminuindo a probabilidade de transmissão do vírus (Smith et al., 2020). De acordo com as considerações da ASHA, 2020, a avaliação e tratamento de alterações de fala e linguagem podem ser asseguradas através de teleprática (ASHA, 2020).

Atualmente, umas das mais recentes mudanças na vida das famílias portuguesas foi a introdução da teleprática, que se encontra, segundo Freckmann et al. (2017) num período de evolução exponencial, nomeadamente como modelo de prestação de serviços na área da terapia da fala (Freckmann et al., 2017; Keck & Doarn, 2014). A *American Speech-Language-Hearing Association* recomenda a teleprática como um modelo adequado de prestação de serviços de terapia da fala (ASHA, 2020; Mashima & Doarn, 2008). De acordo com a Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala, o mesmo acontece em Portugal, onde o paradigma na saúde tenta cada vez mais

diminuir as barreiras espaço-temporais, apostando mais nesta vertente tecnológica, promovendo sinergias entre cliente-família-profissional de saúde (SPTF, 2020b).

A teleprática é um meio de intervenção que pode ser utilizado num grande espectro de perturbações, como: atraso no desenvolvimento da linguagem e/ou de fala (Grogan-Johnson et al., 2010; Waite et al., 2010), alterações de fluência (Carey et al., 2010); entre outras. Esta prática tem vindo a ser cada vez mais um recurso na avaliação e intervenção num vasto leque de perturbações ou doenças, sendo uma realidade também na área da terapia da fala (ASHA, 2020; Keck & Doarn, 2014; Snodgrass et al., 2016; Theodoros, 2012; Wales et al., 2017).

Tal como designado no DL nº564/99 de 21 de Dezembro de 1999, o TF é o profissional responsável pela prevenção, avaliação, intervenção e estudo científico das perturbações da comunicação humana e outras perturbações associadas, abrangendo áreas como a motricidade orofacial, a fala, linguagem, bem como outras formas de comunicação não-verbal (ASHA, 2019; International Association of Logopedics, 2010; Prates & Silva, 2011). O TF deve apresentar ainda competência de trabalho em equipa, partilhando informação com profissionais de saúde, de educação ou outros, conforme as necessidades de cada cliente (International Association of Logopedics, 2010; Mendes et al., 2004). O mesmo é reforçado pelo Comité Permanente de Ligação dos Terapeutas da Fala da União Europeia (CPLOL) no perfil profissional do TF, com especial ênfase nas perturbações da comunicação humana, onde a intervenção deve ser direta e indireta, cujas "(...) ações têm a dimensão técnica, interpessoal e social genérica (...)" (Comité Permanente de Ligação dos Terapeutas da Fala da União Europeia, 1997, p.1).

Também em Portugal, a Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala aponta que esta modalidade poder-se-á tornar parte integrante da prática dos TF, sendo a modalidade presencial a mais comum no nosso país, os profissionais deverão estar preparados para esta nova realidade (SPTF, 2020b). Aquando do lançamento online do *e-book* português 'Teleprática em Terapia da Fala' (SPTF, 2020a), a TF e presidente da SPTF afirmou que "(...) é uma oportunidade. Não anula a [terapia] presencial, mas complementa-a (...)".

Através de vários testemunhos, constatou-se que os TF, perante a oportunidade criada pelo SARS CoV2, adaptaram as suas práticas e passaram a utilizar a teleprática em diversas áreas, como a alimentação, linguagem, motricidade orofacial e fluência (SPTF, 2020a).

Como em outras modalidades de intervenção, também a teleprática carece de alguns critérios relativamente à seleção de clientes que podem usufruir da sua aplicação, bem como de materiais e recursos necessários.

Rao e Yashaswini (2018), Cole et al., (2019) e a ASHA (2020) referem que, em primeira instância, é importante ter em consideração os aspetos financeiros, culturais e tecnológicos, bem como o material físico crucial à sua implementação, sendo indispensável o acesso à internet e a

equipamentos tecnológicos, quer sejam telemóveis, computadores, webcams, etc., bem como experiência do utilizar no manuseamento destes equipamentos e tecnologias (Cole et al., 2019).

De acordo com Brennan et al., (2004) e Cole et al., (2019) é necessária também qualidade de som e imagem, de forma a permitir uma boa comunicação. Deverá ser dada preferência à utilização da interação auditiva-verbal-visual na maioria das intervenções, do que apenas a vertente áudio, uma vez que aumenta a percepção de que o terapeuta está presente, facilitando o *rapport* e o relacionamento com o cliente (Mashima & Doarn, 2008). Seguidamente, e em concordância com a ASHA (2008), cada TF deverá analisar caso a caso, considerando os seguintes critérios de seleção: - capacidade de permanência em frente ao monitor ou câmara corretamente posicionado, minimizando os comprometimentos da qualidade da imagem; - capacidade de prestar atenção ao clínico e de seguir as diretrizes para utilizar os equipamentos e o material; - destreza no manuseamento no teclado, caso seja necessário; - acuidade auditiva, nível cognitivo adequado e inteligibilidade do discurso. É ainda indicada: - a facilidade na utilização de tecnologia e disponibilidade no acesso a recursos técnicos, caso seja necessário; - a disponibilidade dos pais ou cuidadores para participarem na sessão de teleprática; - a diversidade cultural e linguística e, - o acesso a um tradutor ou intérprete, caso seja necessário (idem).

Pelo facto de tirar proveito da internet e das funcionalidades informáticas, esta modalidade de intervenção é flexível quanto ao local e espaço, e, por consequência, também é viável (Hao et al., 2020; Theodoros, 2011).

Relativamente à relação terapeuta-cliente, esta é referida por vários participantes, contudo as opiniões divergem, dependendo do cliente em questão: "(...) *online* teve a vantagem de não chorar por não estranhar a TF. *Presencial*, como passavam alguns dias, chorava e estranhava (...)", testemunhou C., cuidadora de um criança com 19 meses (SPTF, 2020a); já G., cliente com gaguez, 7 anos, nunca usufruiu de sessões presenciais confessou que "(...) *preferia ir à clínica* (...) *sinto falta de te conhecer* [referindo-se à terapeuta] (...)". Também T., cliente de 35 anos partilhou que "(...) *tinha receio de como seria a relação online, tendo em conta a relação que já tínhamos em presencial*." (STPTF, 2020a)<sup>5</sup>, mas que a relação se manteve intacta.

---

<sup>5</sup> Ressalva-se que:- a bibliografia deste estudo sustenta a teleprática implementada noutros países desde 1992, o que era praticamente inexistente com a população portuguesa; as primeiras considerações gerais surgiram em maio de 2020 (Mendes et al., 2020), não existia, à altura, nenhuma documentação que suportasse as práticas dos profissionais em Portugal; - a investigação teve início em junho de 2020; - a submissão à comissão de ética ocorreu em julho de 2020; e - os profissionais não estavam preparados, e no início desta nova abordagem, alteraram o modo de intervenção, adotando gradualmente os procedimentos já estabelecidos noutros países.

### **2.1.2. Benefícios e Barreiras na Utilização da Teleprática**

Os avanços tecnológicos têm vindo a alterar as nossas vidas de várias maneiras, inclusive na forma como são prestados os serviços de terapia da fala (Snodgrass et al., 2016). Através de programas de videoconferência, a teleprática tem ganho espaço como uma alternativa viável ou complementar às sessões presenciais (Coufal et al., 2018; Snodgrass et al., 2016), existindo benefícios, mas também barreiras à sua utilização como meio de intervenção. Segundo Snodgrass et al., (2016), McCullough (2001) e Cason e Cohn (2014), citados por Weidner e Lowman (2020) esta prática tem enorme potencial para os TF, não só por ultrapassar barreiras, como a distância, mas também por ser uma oportunidade para o terapeuta prestar serviços quando o cliente está no seu contexto natural.

Já em 1997, nas primeiras utilizações da teleprática, foram sentidos alguns desafios, entre eles a incapacidade de avaliar e intervir ao nível da motricidade orofacial, o que resultou em falhas de informação importante no processo da intervenção dos clientes com perturbações motoras da fala. Outra dificuldade prendeu-se na compreensão e manipulação dos equipamentos por parte dos clientes com alterações cognitivas (Duffy, Werven & Aronson, 1997 citados por Mashima & Doarn, 2008).

A *American Speech-Language-Hearing Association*, em 2002, através da realização de um questionário a 1600 terapeutas, pretendeu resumir os desafios e as barreiras que os profissionais apontavam relativamente à sua prática com teleprática. Assim, de uma forma geral, foram mencionadas:

- necessidade de infraestruturas de suporte à teleprática;
- necessidade de recursos financeiros para investir em equipamentos;
- necessidade de suporte administrativo, pessoal e/ou técnico;
- necessidade de pagamento para a prestação de serviços de teleprática;
- necessidade de regulamentação e diretrizes profissionais e técnicas para garantir a adequada aplicação, sem comprometer o padrão de atendimento esperado nas sessões presenciais;
- necessidade de dados relativamente à eficácia e ao custo-benefício da teleprática;
- questões jurídicas, onde se inclui, por exemplo, a garantia da competência clínica e técnica ou a obtenção de consentimento informado;
- questões éticas, onde se incluem a proteção e preservação da privacidade e confidencialidade dos clientes.

De 2002 em diante, outros estudos foram realizados, e outros desafios e barreiras foram sendo enumerados. Logo no ano seguinte, as questões éticas e legais associadas à teleprática na

terapia da fala foram também abordadas na pesquisa de Denton e Gladstone, onde se incluíram novamente a privacidade e confidencialidade, a falta de competência, o consentimento informado, o uso de assistentes e o licenciamento estadual (Denton & Gladstone, 2005).

Um das vantagens mais mencionadas em vários estudos é a possibilidade de a criança usufruir da terapia num contexto natural, neste caso, em casa. Como afirma Theodoros (2011), existe evidência que salienta a eficácia das intervenções realizadas no ambiente natural, em comparação com a intervenção com as mesmas abordagens, mas em contexto clínico (McCue et al., 2010). O mesmo sucedeu no estudo de Coufal et al. (2018) e de Waite et al. (2010), cujos resultados evidenciaram resultados semelhantes, quando comparados entre a teleprática e a terapia presencial.

Langkamp et al. (2015) indicaram que algumas investigações, descreviam o uso de teleprática em crianças com alterações no desenvolvimento, cujas vantagens se centravam no acesso melhorado a esta valência e na redução de despesas associadas às deslocações necessárias quando as sessões são presenciais.

Brennan et al. (2004) indicaram a oportunidade de adaptação do TF em aplicar estratégias e técnicas diferente à sessão online, seguida da oportunidade que emerge da componente online: a necessidade de treino/capacitação para os cuidadores (Brennan et al., 2002; Sutherland et al., 2016), de modo a suportarem as suas crianças

Um das maiores vantagens da teleprática reside no acesso que promove a clientes que moram em áreas mais rurais, com acessos dificultados e onde existem poucos terapeutas (Behl & Kahn, 2015; Cole et al., 2019; Freckmann et al., 2017; Mashima & Doarn, 2008; Rao & Yashaswini, 2018; Snodgrass et al., 2016; Theodoros, 2011) reduzindo o potencial atraso na prestação da terapia (Mashima & Doarn, 2008).

As questões socioculturais diferem entre as famílias, e vários investigadores demonstram a sua influência no acesso à teleprática e à forma como as famílias enfrentam as várias barreiras sistémicas (ex.: acesso limitado a materiais, informação, ...) e, conseqüentemente, na perceção que demonstram com a sua utilização (Harry, 2008). Estudos australianos salientam essencialmente barreiras junto de famílias mais rurais, a nível financeiro, com a falta de equipamentos tecnológicos. Estas dificuldades podem-se traduzir na recusa dessas famílias relativamente ao uso da teleprática (Brennan et al., 2002; Cole et al., 2019; Sutherland et al., 2016), manifestando preferência pelo meio tradicional (Moffatt & Eley, 2011). T., terapeuta da fala portuguesa reforça que a teleprática “(...) viabiliza o acompanhamento noutras zonas geográficas, nacionais e internacionais (...)” (SPTF, 2020a). Destaca-se ainda a possibilidade de realizar intervenção em clientes que estejam noutros países, onde a oferta de profissionais é mais restrita, como é o caso de D., cuidadora a viver em Moçambique cujo filho é acompanhado em Portugal, que define a teleprática como sendo a “(...)

*oportunidade de não prescindir de um serviço com um profissional de qualidade, nacionais e internacionais (...) é a possibilidade de continuar ligados aos melhores profissionais, onde quer que estejamos.”* (SPTF, 2020a).

A teleprática será ainda facilitadora no que concerne ao acesso para os clientes com mobilidade reduzida ou com deslocação impossibilitada (Brennan et al., 2002; Fong et al., 2020; Mashima & Doarn, 2008; Rao & Yashaswini, 2018). Esta afirmação é sustentada pela opinião de J.P., um cliente com Parkinson, que afirma que, com as sessões de teleprática *“(...) é mais cómodo em casa, estou descansadinho (...)”* (SPTF, 2020a).

Por outro lado, existem barreiras que precisam ser ultrapassadas para se implementar adequadamente a teleprática, como é o caso das questões de visibilidade e audibilidade. Como refere a cuidadora D., um dos fatores negativos (da teleprática) é a *“(...) necessidade de qualidade de imagem e som (...)”* (SPTF, 2020a). A fraca visibilidade e audibilidade podem comprometer a observação de aspetos importantes, como por exemplo, o padrão respiratório (Mashima & Doarn, 2008).

Em relação à teleprática com a criança, para que a intervenção direta por videoconferência ocorra, é necessário que a criança permaneça focada e atenta na tarefa durante o período da sessão, através do monitor, apesar de vários investigadores salientarem ser algo difícil de conseguir (Gibson et al., 2010; Grogan-Johnson et al., 2013). Mashima & Doarn (2008) corroboraram esta ideia, destacando ainda que o correto posicionamento do cliente em frente à câmara é fundamental para se observar os movimentos oromotores ou ajudar na discriminação de fonemas semelhantes, através do posicionamento dos órgãos fonoarticulatórios.

Anderson et al. (2014) indicam ainda que, pelo facto do terapeuta e a criança não se encontrarem no mesmo local, não podem partilhar fisicamente o mesmo contexto, o que torna a tarefa de incitar a criança mais difícil (Keck & Doarn, 2014; Snodgrass et al., 2016). Keck e Doarn (2014) mencionaram ainda na sua investigação que algumas crianças podem apresentar aversão a alguns equipamentos eletrónicos, como os auscultadores ou fones. Todavia, e de acordo com D., *“(...) é fundamental a forma como o TF se apresenta à criança e a motiva a estar ao computador durante 45/60 minutos (...)”* (SPTF, 2020a). Por sua vez, outra cuidadora, C., confessa que *“(...) achava que seria difícil fazer, ainda que com as indicações da TF (...) tinha medo de não saber fazer (...)”*, referindo-se às estratégias e tarefas partilhadas pelo TF.

Outras barreiras mencionadas por vários autores indicam a diminuição do tempo para desenvolver *rappor*t entre o terapeuta, a criança e a família, a existência de menos recursos físicos, como brinquedos e outro tipo de material mais específico e a falta de estruturação do espaço, adaptado à criança (Cole et al., 2019; Ashburner et al., 2016). No estudo de Brennan et al. (2004), os TF evidenciaram dificuldades em obter *feedback* tátil na sua prática em teleprática, uma vez que a

ficam impossibilitados da componente prática, porém, sem reduzir a eficácia dos serviços prestados.

## **2.2. Os Cuidadores e o Processo Terapêutico**

O processo terapêutico engloba relações terapêuticas que se estendem ao longo de um *continuum* único e dinâmico que difere entre os indivíduos (Rogers, 1985), relativamente às abordagens de intervenção que o TF pode adotar nas suas intervenções (Pimentel, 2005). No caso deste estudo, destacam-se o modelo centrado na pessoa (uma vez que a intervenção em contexto clínico é ainda maioritariamente centrada na pessoa), e o modelo centrado na família, tendo em conta que a intervenção realizada em teleprática assume um foco mais direcionado para a família (quando o cliente é uma criança).

A abordagem centrada na pessoa considera o cliente em todas as suas vertentes, defendendo que o tratamento deve ter sempre em vista a promoção de competências de autocuidado (Rogers, 1985). O terapeuta deve respeitar e aceitar o cliente tal como ele é e confiar nas suas potencialidades para resolução dos seus problemas, atingindo assim uma relação de empatia (*idem*). Através do cliente o terapeuta conseguirá obter mais dados para além do diagnóstico e outros elementos objetivos, conseguindo identificar melhor os problemas e conseqüentemente, conduzir o processo terapêutico da forma mais apropriada ao caso (Capelo, 2000; Santos, 2005).

A abordagem centrada na família assume como foco principal a família, procurando proporcionar uma melhor qualidade de vida para todos os elementos da mesma. Claro está que a família inclui sempre a criança e a sua individualidade (Almeida et al., 2011; Carvalho et al., 2016). Segundo este modelo, pretende-se que os pais se tornem elementos ativos no processo de tomada de decisão e intervenção, proporcionando uma resposta mais eficaz (Almeida, 2011; Dunst et al., 2002) Realça-se ainda que as famílias dos indivíduos poderão apresentar elas próprias necessidades cuja satisfação das mesmas contribui direta e indiretamente para o desenvolvimento dos seus filhos (Pereira & Serrano, 2010) Assim, torna-se pertinente dar resposta a estas necessidades para que a influência sobre o desenvolvimento das crianças seja positiva (*idem*).

O modelo de intervenção centrado na pessoa assume o reconhecimento do papel ativo do cliente durante todo o processo de intervenção, de forma a permitir uma prestação de cuidados de saúde responsivos e apropriados (Coulter & Ellins, 2006). Por sua vez, o modelo de intervenção centrado na família constitui um modelo fundamental nas práticas atuais de intervenção precoce (Carvalho et al., 2016).

As intervenções terapêuticas geralmente envolvem os pais e/ou cuidadores da criança, especialmente as mais novas. Esta interação promove um contexto comunicacional ideal para a

criança, reforçando ao mesmo tempo o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento linguístico e de fala do seu filho, bem como a forma ideal de promover este mesmo desenvolvimento em casa (Law et al., 2017; McCarthy et al., 2020). As práticas centradas na família não substituem outras abordagens de intervenção, mas dizem respeito à forma como as mesmas são aplicadas, isto é, em qualquer área pode ser implementada a abordagem centrada na família (Carvalho et al., 2016).

Ao longo dos anos, o paradigma de intervenção tem vindo a valorizar a cooperação da família. Nos anos 70, os programas de intervenção tinham como foco o profissional, que fornecia instruções aos pais, na qualidade de coterapeutas ou cotutores dos programas dos seus filhos, possibilitava uma continuidade do trabalho implementado pelos técnicos (Breia et al., 2004). No entanto, apesar deste envolvimento, a atenção era ainda unicamente centrada na criança (Serrano & Correia, 2000). É já na década de 80 que surgem novos modelos de intervenção, de cariz bioecológicos. O foco passa a ser colocado na família, abrangendo as necessidades específicas de cada família, as oportunidades de aprendizagem das crianças, a capacitação dos pais e a ênfase aos recursos da família e da comunidade onde se inserem (Aradas, 2019; Dunst et al., 1988; Simeonsson & Bailey, 1990 citado por Pinto, 2012).

Bailey et al. (1986), Beckman (1996), Dunst (1985), Singer e Powers (1993), citados por Serrano (2007), referem que este tipo de intervenção, aplicados em crianças com necessidades educativas e nas suas famílias, seguem uma perspetiva ecológica e são designados centrados na família (Pinto, 2012).

Dunst e Espe-Sherwindt (2016) indicam que têm sido apresentados resultados positivos associados ao uso das práticas centradas na família, onde se procura apoiar a família, fortalecendo-a e envolvendo-a ativamente no processo de intervenção. Esta mudança de paradigma baseou-se em diversos contributos, nomeadamente na perspetiva de Sameroff e Chandler (1975), através do Modelo de Desenvolvimento Transacional, e de Bronfenbrenner, pelo Modelo Ecológico de Desenvolvimento (1979) (McWilliam, 2003).

Desde o momento em que emerge o conceito de intervenção centrada na família, esta passa a ser encarada como indispensável e o sucesso da intervenção passa a depender do nível de envolvimento e cooperação entre o profissional e a família (Breia et al., 2004); nada influencia mais significativamente uma criança do que a sua família (Mowder, 1997 citado por Magina, 2011).

A participação dos pais, ou cuidadores, no processo de intervenção terapêutico, as interações e o meio ambiente são fundamentais para o desenvolvimento das capacidades, interesses e linguagem da criança, visto que é no contexto familiar onde permanecem mais tempo (Givigi et al., 2011; Jung, 2012). Desta forma, o TF deverá assumir uma posição de mediador, e não instrutor, passando a família a ter um papel integrante ao longo do processo terapêutico (Givigi et al., 2011).

Pesquisas efetuadas mostram que as práticas centradas na família necessitam que os profissionais apresentem determinadas práticas que auxiliem o aumento de competências dos cuidadores, denominadas práticas de ajuda eficaz (Dunst et al., 2002), regidas pelas três componentes:

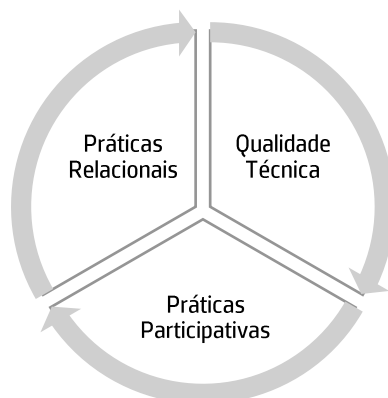


Figura 1. Componentes das Práticas de Ajuda Eficaz

(Fonte: Fonte: Dunst, C. J. (1998). Corresponsabilização e práticas de ajuda que se revelam eficazes no trabalho com famílias. In Carvalho et al., 2016)

- Relacionais – boas práticas clínicas, onde se inclui a escuta ativa, a empatia, entre outras (Dunst et al., 2002);
- Participativas – partilhar a informação, encorajar os cuidadores, responsabilizando-os e encorajando-os a tomar decisões, a utilizarem os seus pontos fortes e a aprenderem novas competências (Dunst et al., 2002);
- Qualidade Técnica – formação, experiência profissional e conhecimentos especializados dos profissionais (Dunst et al., 2000; Dunst et al., 2002).

Este envolvimento participativo possibilita às famílias "(...) oportunidades para analisar opções de intervenção, benefícios e limitações das suas escolhas, a disponibilização de informações para a tomada de decisão, o seu envolvimento ativo na implementação e realização das opções tomadas, bem como na relação de ajuda (...)" (Dunst, 2000 citado por Machado et al., 2017, p.125), reduzindo progressivamente a dependência dos profissionais que os apoiam (McCarthy et al., 2020).

A suportar esta conceção está McWilliam (2002) citado por Almeida et al., (2011), através das etapas do Modelo de Intervenção Precoce em Contextos Naturais, onde refere que a partilha de objetivos estabelecidos para a criança entre cuidadores e terapeutas possibilita um maior envolvimento dos mesmos, o que, naturalmente, acabará por surtir efeitos positivos nas rotinas da criança e no seu desenvolvimento (Carvalho et al., 2016; Cason, 2011; Vismara et al., 2012). Assim, e aliando-se as práticas de ajuda eficaz, é evidente o impacto que a relação estabelecida entre o profissional e os cuidadores acarreta na evolução da criança (Figura 2.).

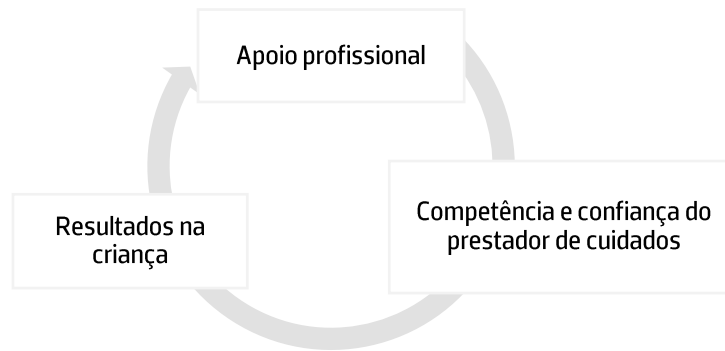


Figura 2. Padrão de Influência Sobre os Cuidadores e o Desenvolvimento da Criança (McWilliam, 2002)

Na literatura, destaca-se o importante papel que o contexto natural desempenha como fonte de oportunidades para a aprendizagem e desenvolvimento da criança (Goncü, 1999; Rogoff, 1990 citado por Pinto, 2012). É neste tipo de contexto onde a criança passa a maior parte do seu tempo, pelo que será este o contexto que maior influência direta exercerá no seu desenvolvimento (Jung, 2012). Também Dust, Raab, Trivette e Swanson (2010) reforçam que os contextos de atividades quotidianas são excelentes contextos de aprendizagem, onde existe uma sinergia entre a interação social e o comportamento da criança. É possível inferir então que um aumento de oportunidades de aprendizagem, através destas atividades, levará ao aumento das oportunidades para a expressão dos interesses, para a exploração de diversas atividades, aumentando a competência da criança e, por conseguinte, será promovido um maior envolvimento e frequência da participação da criança nas atividades da vida diária (Dunst et al., 2010).

Hanson e Lynch (2013) e Lambie (2000), afirmam nos seus estudos que todas as famílias apresentam os seus próprios limites, isto é, diferem no grau de abertura a influências externas, como a necessidade de se ajustarem a novas responsabilidades, mudando os seus horários de trabalho e compromissos ou até o estilo de vida.

Muitas mudanças são consideradas normativas (como a transição da criança do pré-escolar para o ensino primário), já outras mais atípicas acarretam *stress* (Newcomb & Brown, 1996 citado por Hanson & Lynch, 2013). As alterações nos horários de cuidados da criança, ou a necessidade de os pais/cuidadores ficarem até mais tarde no trabalho são pequenas mudanças que podem ser disruptivas para as famílias (Hanson & Lynch, 2013).

A abordagem centrada na família é definida como um conjunto de práticas que reconhece a centralidade da família, cujo objetivo é fornecer apoio e informações de forma a ajudar os familiares a tornarem-se mais capazes e competentes (McWilliam, 2003; Trivette & Dunst, 2014). Ao aprofundar o cerne da abordagem, verificamos que a família é o pilar da intervenção no que toca às decisões relativas à intervenção com a criança (ASHA, 2008), englobando o seu apoio, as oportunidades de aprendizagem e os recursos familiares em geral (Dunst, 2000).

Dunst et al., (1991) apresentam quatro abordagens diferentes de trabalho com as famílias, cuja diferença entre elas se foca no tipo de papel atribuído à família e ao profissional na abordagem centrada na família (Aradas, 2019):

*Tabela 1. Diferentes Abordagens de Apoio à Família*

Tipos de abordagem	Concepções típicas sobre a família	Concepções típicas sobre o profissional e a intervenção
Centrada na Família	A família é considerada como completamente capaz de tomar decisões informadas e concretizar as suas escolhas.	O profissional é o agente/instrumento da família. O seu papel é fornecer à família a informação necessária para esta tomar decisões informadas e criar oportunidades para fortalecer as suas competências. As intervenções centram-se na promoção de competências e na mobilização de recursos e apoios para a família, de uma forma individualizada, flexível e responsável.
Focalizada na Família	A família é considerada como capaz para fazer escolhas, mas as opções são limitadas aos recursos, apoios e serviços que o profissional crê que melhor se adaptam às necessidades da família; a família é vista como consumidora dos serviços.	O profissional apoia e aconselha a família sobre como devem ser conduzidas as intervenções, monitorizando o uso que a família dá aos serviços veiculados pelo profissional.
Aliada à Família	A família é vista como minimamente capaz de efetuar mudanças na sua vida, mas é considerada como um instrumento ou um "agente" do profissional	O profissional estabelece as intervenções que considera importantes e necessárias para a família, devendo ela implementar e desenvolver as intervenções prescritas
Centrada no profissional	A família é vista como incompetente e deficitária. Tem uma participação passiva no processo, havendo pouca ou nenhuma consideração pelas suas opiniões e pontos de vista.	O profissional é considerado o perito que determina as necessidades da família e é ele quem implementa as intervenções. Modelo "paternalista" mais semelhante ao modelo médico.

Fonte: Dunst, Trivette & Hamby, (1991). Family oriented early intervention policies and practices: Family-centered or not? *Exception Children*, Volume. 58, pp. 115-126. In Carvalho et al., 2016

Desta forma, as práticas de intervenção são específicas para cada família, valorizando as suas preocupações, necessidades, e prioridades por ela estabelecidas (McWilliam, 2003). A família

é quem melhor conhece a criança, as suas capacidades, dificuldades e rotinas, pelo que estas práticas se tornam mais individualizadas, com prioridades estabelecidas por cada família e mediante as suas necessidades (idem). Será importante também averiguar os recursos que possuem relativamente às suas prioridades (idem). As fontes de apoio formal têm um papel importante no apoio prestado à família, mas as fontes de apoio informal têm um papel ainda mais relevante na satisfação das suas necessidades (Serrano, 2007).

Odom (2009) referido por Woods et al. (2011) afirmou que os TF devem reconhecer que a abordagem centrada na família exige um planeamento mais cuidado, não só em relação à criança, mas também ao adulto, uma vez que este passa a aprender “como fazer”, enquanto se torna parceiro comunicativo para a criança. Todavia, existem já linhas orientadoras baseadas na evidência científica, através das quais os profissionais se devem reger na sua prática.

### **2.3. Relação entre Teleprática e Corresponsabilização da Família na Prática Terapêutica**

As práticas centradas na família são comuns para os TF, no entanto, e segundo (Guralnick, 2005), de forma recorrente surgem estudos que evidenciam lacunas entre a teoria e a prática, enfatizando que este tipo de implementação parece ser mais fácil de explicar do que implementar. Vários autores corroboram esta afirmação, indicando que as práticas adotadas ainda se baseiam no modelo tradicional, com sessões semanais e em contextos educativos e/ou clínicos, com aconselhamento e passagem de estratégias para a família (Almeida, 2011).

Quando é realizado trabalho com famílias, Kersner & Weight (2013) defendem que o profissional deve apresentar determinadas competências específicas, para além das competências de base (compreensão, escuta ativa, análise de conversação e análise de situações, pensamento crítico, empatia...). Os autores destacam: o domínio dos conteúdos teóricos específicos da profissão, a capacidade para avaliar, planear e implementar um plano de intervenção adequado, bem como oferecer recursos apropriados, justificados pela evidência científica (Kersner & Wright, 2013). Inerentes a estas, encontram-se competências:

- i) **Interpessoais:** como as estratégias de comunicação, recetividade, expressão oral e escrita, colaboração;
- ii) **Recolha de Informação:** como a observação, as técnicas, uso de entrevistas e questionários, a investigação, avaliação, análise e interpretação;
- iii) **Organização:** como a gestão do tempo, do espaço e da carga de trabalho, adaptabilidade, priorização de tarefas, bem como a autorregulação;
- iv) **Terapêuticas:** como trabalhar de forma individual e coletiva, elaborar objetivos de intervenção, monitorizar o progresso, avaliar os resultados e refletir sobre os mesmos;

v) **Resolução de problemas e tomada de decisões:** como a análise da situação, resolução de problemas, avaliação do processo e do resultado e a tomada de decisão.

Várias investigações já comprovaram que os cuidadores podem ser elementos principais de uma intervenção terapêutica, pelo que, centrar inicialmente a intervenção no ensino de estratégias parentais faz todo o sentido (Tomeny et al., 2019). É essencial reconhecer a importância de treinar os pais e/ou cuidadores, partilhando com eles métodos e estratégias para garantir o sucesso da intervenção (Stredler-Brown, 2017). Assim sendo, as sessões de teleprática, a partir do contexto familiar, são uma oportunidade ideal para esse passo fundamental (Brennan et al., 2002; McCullough, 2001). Alguns cuidadores, como D., afirmam mesmo que *"(...) a teleterapia obriga a pensar na relação com a família. Veio fortalecer o papel da família no processo."* (SPTF, 2020a).

Para que os cuidadores possam ser parceiros terapêuticos é necessário que dominem estratégias como modelagem, atenção conjunta, pistas verbais, gestuais ou até reforço positivo. Estas permitem-lhes, em contexto natural, promover a intervenção ao nível da comunicação e da linguagem, através de atividades de rotinas ou nas suas brincadeiras habituais (Akemoglu et al., 2019; Cason, 2011; Vismara et al., 2012). Brown e Carpenedo (2006) afirmaram que exercícios individualizados e propícios ao ambiente familiar podem ser desenvolvidos no sentido de transferir para este ambiente, competências já adquiridas, conferindo-lhes mais funcionalidade.

Na maioria dos estudos, os investigadores indicaram que as estratégias mais ensinadas pelos TF aos cuidadores foram o *turn-taking*, a expansão do vocabulário, modelagem e estruturação do espaço, em detrimento da espera estruturada e da solicitação direta/incitação (idem). Também Akemoglu et al., (2019) citou Meadan e os seus colaboradores (2016) e Brown e Woods (2015), que reforçaram que a intervenção feita pelos cuidadores, utilizando estratégias de modelagem e incitação, mostraram-se eficazes. Mais ainda, no estudo de Desjardin (2005) vários cuidadores afirmaram que quanto mais envolvidos no processo de intervenção, mais propensos estavam a utilizar as estratégias para facilitar o desenvolvimento da linguagem dos seus filhos.

Para além de sugerir modelos e estratégias, é importante que o profissional desenvolva uma boa relação de trabalho com as famílias. Para tal, é necessário que reflita continuamente sobre as suas práticas profissionais, podendo alterá-las quando for necessário (Costa, 2017). Para que a intervenção terapêutica seja bem-sucedida, é necessário que os cuidadores se sintam confiantes com os objetivos estabelecidos para realizar em contexto familiar, e se sintam suportados e recetivos ao apoio e aconselhamento oportuno por parte dos profissionais (McCullough, 2001). O papel do profissional é fundamental na forma como corresponsabiliza as famílias nas aquisições e no uso das competências, pelo que tem de estar consciente da necessidade de criar oportunidades que favoreçam o desenvolvimento das competências necessárias à família (Costa, 2017).

De acordo com Dunst, Boyd, Trivette e Hamby (2002), o profissional deverá partilhar toda a informação e encorajar os pais/cuidadores a: tomar decisões, utilizar como recurso as suas capacidades e ajudá-los a adquirir novas competências. Este é um dos ideais das práticas participativas (Dunst et al., 2002). Relembrando as práticas de ajuda eficaz já explicitadas, consideramos relevante reforçar a importância das práticas participativas, uma vez que é da sua implementação que resultam efeitos significativos ao nível da capacitação e responsabilização das famílias (Dunst & Espe-Sherwindt, 2016; Machado et al., 2017; McCarthy et al., 2020).

Para além de incentivar à participação dos cuidadores, os profissionais devem ainda fornecer-lhes *feedback* acerca do seu desempenho, com o objetivo de promover a sua confiança e competência (Inbar-Furst et al., 2020). Alguns autores defendem que este tipo de *feedback* é crucial para mudar o comportamento dos cuidadores e não só melhora do uso das práticas (Minor et al., 2014) como também ajuda a manter e generalizar as aquisições da criança (Barton et al., 2013).

Na investigação de McCullough (2001), foram prestadas sessões de terapia da fala a crianças do pré-escolar, em diferentes contextos (em casa e no infantário), utilizando para tal uma interface audiovisual e computadores. Estas teleconsultas promoveram uma participação mais alargada dos pais na terapia, pelo que, conseqüentemente, foi obtida uma maior compreensão acerca do desenvolvimento comunicativo e linguístico dos seus filhos. Permitiu ainda aos médicos e terapeutas uma observação direta da interação da criança com os pais em contexto natural e fornecer-lhes orientações (*idem*).

Também no estudo de Langkamp et al. (2015), os cuidadores afirmaram estar satisfeitos com o cuidado que receberam por parte dos terapeutas, para que a intervenção via teleprática fosse igualmente eficaz quando comparada com a terapia presencial. Nas suas investigações Wales et al. (2017) e Sutherland et al. (2016) salientaram que a teleprática poderá ser mais indicada em crianças a partir dos 4 anos e em idade escolar, visto que em idades mais precoces ou em crianças com necessidades mais complexas, a terapia será orientada para os pais/cuidadores. No entanto, é natural que crianças de idades compreendidas entre o pré-escolar e o escolar necessitem do apoio dos pais/cuidadores para utilizar os recursos tecnológicos, exigindo aos mesmos uma presença mais assídua na intervenção (McCullough, 2001), e ao TF uma atenção redobrada para que a participação dos mesmos seja reforçada e uma mais valia no processo terapêutico (Hao et al., 2020), centrando-se cada vez mais nas atividades focadas na participação da família.

Dado os ajustes necessários à implementação da teleprática, quer para ajudar a criança a retomar o foco nas diversas atividades, quer para auxiliar na resolução das adversidades técnicas, de modo a ser minimamente garantida a eficácia, é crucial preparar os pais ou cuidadores da criança (Hall et al., 2014), como intervenientes na terapia e como potenciadores do desenvolvimento dos seus filhos (Snodgrass et al., 2016). Partindo da sua experiência pessoal, Pereira, terapeuta da fala

com experiência em teleprática, referiu que a “(...) *crecente e significativa colaboração dos pais/cuidadores (...)*” no processo de intervenção parece ser a vantagem que mais se destaca (SPTF, 2020a).

Os conceitos de *empowerment* e *enablement* estão intimamente associados às práticas centradas na família, no sentido de dar poder à família, criando-se uma relação colaborativa onde os pais se sentem mais competentes (Dunst et al., 1988). Machado, Santos e Espe-Sherwindt (2017) garantem que uma abordagem inclusiva enfatiza a participação, implicando o *empowerment* dos elementos das famílias, mas tendo sempre em consideração as características pessoais e os fatores contextuais. As mesmas autoras referem ainda que, ao ser estabelecido uma relação entre a família e os profissionais, existe uma partilha de informação e aprendizagens, e, por conseguinte, aumenta o *empowerment* das famílias, uma vez que tornar-se-ão capazes de tomar as suas decisões no processo da criança (Carvalho et al., 2016; Machado et al., 2017).

Partindo do pressuposto de que a família é parte integrante e fundamental no processo de intervenção, é necessário atender às suas necessidades e expectativas, dando-lhes toda a informação e recursos apropriados para tomarem decisões sustentadas (Machado et al., 2017). Desta forma, é igualmente importante dar-lhe oportunidade de se pronunciarem sobre a forma como são envolvidos neste processo (Carvalho et al., 2016).

Internacionalmente, ainda pouco se conhece acerca da perspetiva dos cuidadores, incluindo as suas preocupações antes de usar a teleprática (Yang et al., 2020), ainda assim, alguns estudos já referidos evidenciam um bom nível de satisfação dos pais, apesar de serem mencionadas algumas preocupações, como a dificuldade na atenção das crianças ou questões relacionadas com os seus recursos tecnológicos (Sutherland et al., 2016; Wales et al., 2017). Apesar de existir já um leque de investigações ligadas à teleprática com adultos, o número decresce quando nos dirigimos às crianças, especialmente em Portugal. Mais ainda, são escassos os estudos que visam explorar qual a perspetiva que os pais e/ou cuidadores têm relativamente a esta prática cada vez mais utilizada na atualidade, pelo que urge investigar para conhecer novos dados.

### **3. MÉTODOS**

Um método de investigação engloba as técnicas e práticas selecionadas para recolher, processar e analisar os dados. Definido o desenho de estudo, torna-se fundamental especificar o método de estudo e da recolha de dados (Carmo & Ferreira, 2008; Ribeiro, 2010).

Partindo do acima descrito, com o presente estudo pretende-se responder à seguinte questão de partida: "Qual é a perspetiva que os cuidadores de crianças em idade pré-escolar têm face à utilização da teleprática na terapia da fala e ao seu contributo neste processo?".

#### **3.1. Objetivos**

Atendendo à temática em estudo, e com o propósito estabelecido na questão de partida, delinearam-se como objetivos para a investigação: (1) descrever vantagens e desvantagens da teleprática, na perspetiva dos cuidadores; (2) caracterizar o papel dos cuidadores na terapia, sob a sua perspetiva; (3) caracterizar a forma como os cuidadores podem contribuir na terapia, sob a sua perspetiva; (4) descrever o conhecimento que os cuidadores têm relativamente à importância do seu papel na intervenção e (5) descrever a perceção do cuidador, face ao seu papel como parte integrante no processo.

#### **3.2. Desenho de Estudo**

Optou-se por um estudo observacional, de índole descritivo (Haddad, 2004; Hochman et al., 2005) e cariz exploratório (Barros & Lehfeld, 2007), visto que apenas se procedeu ao levantamento da perceção dos cuidadores face à alteração da modo de implementação das sessões de terapia da fala, sem interferência ou julgamentos por parte da investigadora. O estudo é descritivo (Carmo & Ferreira, 2008; Murteira, 1993), por se observar, analisar e descrever detalhadamente essas mesmas perspetivas, de forma a caracterizá-las (Hochman et al., 2005). Os dados recolhidos são descritivos relativamente às perceções que retratam a experiência pessoal dos cuidadores na transição das sessões de terapia em modo presencial para a nova realidade da teleprática, de forma a perceber como se relacionam com várias componentes inerentes à utilização deste novo modo de implementação terapêutica na terapia da fala (Carmo & Ferreira, 2008; B Hochman et al., 2005).

Por fim, considera-se que a investigação tem um desenho transversal, visto que a recolha de dados foi realizada entre o mês de Agosto e Setembro, num momento único (Haddad, 2004; Ribeiro, 2010).

Deu-se preferência a esta metodologia tendo em conta que, segundo Monsen & Horn (2008): - pretendia-se que o estudo fosse significativo e relevante para o conhecimento científico na área da Terapia da Fala; - esta linha de investigação se encontra atualmente em expansão em Portugal, de maneira que consolide uma base para o desenvolvimento das práticas atuais em teleprática; - estas práticas em crescimento devem considerar desde já as necessidades e considerações das

famílias com que os TF colaboram diretamente, contribuindo assim para a melhoria constante do exercício da profissão.

Para a análise dos dados realizou-se uma análise de conteúdo, na qual o investigador, através de um método objetivo e sistemático, procura descrever e descodificar os fenómenos pela perspectiva dos participantes (Bardin, 2014). Posteriormente, serão sugeridas interpretações e inferências, privilegiando a exploração dos dados sobre as perspectivas que os cuidadores demonstram relativamente ao uso da teleprática, apesar do número reduzido de participantes (Bogdan & Biklen, 2003; Joffe & Yardley, 2004; Moraes, 1999). Para a análise de conteúdo, Bardin (2014) indicou que os itens incluídos nas diferentes categorias deverão ser agrupados segundo os critérios de homogeneidade (em termos de conteúdo), exaustividade (quanto aos dados analisados), exclusividade (um elemento não deverá ser classificado em categorias diferentes), objetividade (codificadores diferentes deverão chegar a resultados iguais) e adequação (conteúdo pertinente e adaptado ao objetivo). As categorias de análise foram definidas à posteriori (Bardin, 2014).

### **3.3. Participantes**

Para esta investigação, entrevistaram-se cuidadores de crianças em idade pré-escolar, a partir de critérios intencionais (Patton, 2002). O acesso aos participantes (Carmo & Ferreira, 2008) foi realizado através da rede de contactos profissionais da investigadora, utilizando-se para tal a técnica de amostragem não probabilística por conveniência (Neto, 2002). Este acesso foi restrito aos cuidadores com que a investigadora e a sua rede efetuam sessões de terapia da fala, sendo a mais acessível à investigadora. Foram aceites no estudo os participantes resultantes do efeito “bola de neve” (Carmo & Ferreira, 2008), tendo em conta que elementos da rede de contactos indicaram outros semelhantes e assim sucessivamente.

Definiram-se como critérios (Carmo & Ferreira, 2008): cuidadores de crianças em idade pré-escolar, com diagnóstico de perturbação da linguagem, independentemente da causa; cuidadores de crianças que estivessem a ser acompanhadas em terapia da fala presencial à mais de três meses; cuidadores de crianças para quem não tenha sido solicitado o adiamento escolar.

### **3.4. Procedimentos de Recolha e de Tratamento de Dados**

A concretização deste estudo compreendeu a elaboração de um instrumento, que serviu de base para a recolha de dados. O instrumento construído foi uma entrevista individual semiestruturada (Galleta, 2013). De acordo com Cervo e Bervian (2002) e Aires (2011), a entrevista é um dos principais instrumentos de recolha de dados, cujos dados são obtidos através de um processo de comunicação entre investigador e participante, seguindo um guião estabelecido para obter as informações sobre determinado assunto, que se podem influenciar mutuamente, de forma

consciente ou inconsciente. Revela ser ainda um instrumento apropriado para, através de uma conversação, captar a diversidade de descrições e interpretações que os participantes têm sobre a realidade, com maior profundidade (Brinkmann & Kvale, 2015; Coutinho, 2015).

Os guiões das entrevistas foram construídos para o estudo (apêndice 8.I, 8.II e 8.III), sendo os dois primeiros compostos por quatro questões cada um, direcionadas à obtenção de dados sociodemográficos dos participantes, e o terceiro é composto por quatro questões sociodemográficas e oito abertas, o que permite recolher informações mais amplas e detalhadas (Bardin, 2014), para obtenção de resposta aos objetivos da investigação. Na sua constituição contém uma breve apresentação, que inclui a identificação da investigadora e das orientadoras do estudo, o nome da instituição que representam, a natureza da informação solicitada e uma declaração formal de Consentimento Informado, garantindo a confidencialidade dos participantes. Para a caracterização sociodemográfica dos participantes, foram contemplados neste questionário dados como o género, a idade, as habilitações literárias e a profissão.

Posteriormente a entrevista foi submetida a painel de peritos (Hill & Hill, 2008), composto por um TF especialista na elaboração de entrevistas e um TF com experiência em teleprática na área da educação. Foi realizada uma auditoria (Coutinho, 2008) com os dois primeiros participantes, sendo estes excluídos dos 18 participantes finais, para se verificar o conteúdo das questões, possíveis alterações na formulação das mesmas e para assegurar a sua coerência face aos objetivos da investigação (Ribeiro, 2010). Não se verificou a necessidade de alterar o conteúdo das questões, mas considerou-se necessário alterar a ordem pela qual as questões eram colocadas, de acordo com as respostas dos participantes e o fluxo da conversação à semelhança do referido por Carmo e Ferreira (Carmo & Ferreira, 2008).

Após submissão e aprovação da investigação pela comissão de Ética da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto, foram contactados e convidados os participantes através da rede de contactos profissionais da investigadora. Os convites foram divulgados nas redes sociais e via *mailing list* com inclusão do contacto da investigadora para que os interessados, quer fossem TFs ou cuidadores, a pudessem contactar e o pedido de divulgação junto de outros cuidadores que cumprissem os critérios. Após entrarem em contacto com a investigadora, reuniram-se os dados sociodemográficos dos TF, que indicaram potenciais participantes. Estes, juntamente com outros cuidadores interessados no estudo, foram selecionados e informados do objetivo da investigação, assinaram um termo de consentimento informado, enviado e devolvido via e-mail antecipadamente. Através deste foram esclarecidos acerca de todo o procedimento do estudo e dos seus objetivos, bem como da possibilidade de desistência e da salvaguarda de confidencialidade. Foi-lhes explicado também que poderiam optar por desligar a câmara do seu computador e alterar a sua identificação para um pseudónimo, sigla, ou outro à sua escolha, de modo a manter o máximo

de anonimato durante a sua entrevista. Todos os participantes foram codificados (por ordem de contacto com a investigadora) e de seguida foi realizada a verificação de cumprimento de critérios. Nenhum participante foi excluído por incumprimento de critérios. Após esta verificação foi agendado um dia e hora para a recolha dos dados de cada participante, mediante a sua disponibilidade. Terminado o mês de setembro, prazo para estes contactos, todos os dados correspondentes aos elementos não selecionados foram imediatamente destruídos.

A entrevista foi realizada a 18 participantes. Cada participante foi entrevistado individualmente à distância, e num único momento, através da plataforma de videoconferência *Zoom*, uma vez que esta permite a realização de reuniões com transmissão em direto (*Zoom Video Communications, 2020*). Para recolha e armazenamento de dados áudio utilizou-se um computador com microfone e a ferramenta de gravação de áudio do próprio computador, um disco externo onde foram gravados os registos áudio e um computador fixo sem ligação à internet, para onde foram descarregados os registos, cujo acesso permaneceu restrito à investigadora, e a partir do qual foi feito o tratamento e análise qualitativa dos dados recolhidos.

Estes dados (registos áudio) foram conservados apenas durante o período estritamente necessário (período máximo de dois meses), para o seguimento das transcrições das entrevistas e o seu tratamento para esta investigação, como prevê a lei de Proteção de Dados, Artigo 5.º alínea e. Findo este período as recolhas foram eliminadas de forma definitiva.

Os dados obtidos foram submetidos a uma análise de conteúdo (*Bardin, 2014*), pelo que a investigadora realizou a transcrição dos dados das entrevistas. Após a transcrição, os dados foram explorados pela investigadora e dois TF, através da recolha de unidades de registo (palavras, frases, partes do diálogo), identificando-se palavras-chave (indicadores), que ajudaram a agrupar os dados por temáticas, que mais tarde originaram as subcategorias e respetivas categorias (*Silva & Fossá, 2015*). Foi elaborada uma tabela de dupla entrada para a sua sistematização. A triangulação permite a combinação de dois ou mais pontos de vista numa mesma pesquisa, para que se obtenha um resultado mais fidedigno da realidade ou uma compreensão mais completa do fenómeno que estamos a investigar (*Coutinho, 2008*), relacionada com a identificação de itens comuns às respostas e à criação de categorias e subcategorias, o que contribuiu para a redução de possíveis enviesamentos e para acrescentar rigor ao estudo (*Denzin & Lincoln, 2000*): quanto mais coincidente for a informação proveniente dessa triangulação, maior evidência será obtida. Após transcrição de dados e no final da análise de conteúdo dos mesmos, as transcrições foram igualmente destruídas.

## **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Neste capítulo serão expostos os resultados da investigação e respetiva discussão. Inicialmente será apresentada a caracterização sociodemográfica dos participantes e, posteriormente, serão descritos e discutidos os resultados referentes às diferentes perspetivas abordadas pelos cuidadores.

### **4.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes**

Os resultados obtidos no que respeita à caracterização dos participantes estão representados na Tabela 2., respetivamente, género, idade, habilitações literárias e profissão dos cuidadores; idade, diagnóstico terapêutico, respetivo terapeuta da fala e tempo de acompanhamento em terapia da fala das crianças que usufruíram da teleprática.

Como se pode verificar, de um total de 18 participantes, quanto ao género, três são do género masculino (P1, P7, P15) e quinze do género feminino (P2, P3, P4, P5, P6, P8, P9, P10, P11, P12, P13, P14, P16, P17 E P18); a idade está compreendida entre os 26 anos e os 46 anos; as habilitações literárias dos participantes são variadas, havendo participantes com o 2º ciclo (P14), com o 3º ciclo (P8, P9, P10, P13, P18), com o ensino secundário (P4, P11, P15, P16, P17), com licenciatura (P1, P3, P5, P7) e os restantes com mestrado (P2, P6, P12). No que diz respeito à sua atual profissão, verifica-se um grande espetro, abrangendo trabalhadores não qualificados (P4, P8, P9, P10, P11, P13, P14, P15, P16, P17, P18) e especialistas de atividades intelectuais e científicas (P1, P2, P3, P5, P6, P7, P12).

Embora os participantes diretos desta investigação sejam os cuidadores, consideramos importante a caracterização das crianças, de acordo com os seguintes critérios: idade atual (à data da entrevista) e diagnóstico indicado pelo respetivo TF. As crianças apresentam idades compreendidas entre os quatro anos e seis meses, e os seis anos e dois meses. Cumprindo o critério, todas apresentam diagnósticos na área da linguagem. As 18 crianças cujos cuidadores participaram neste estudo já eram acompanhadas em terapia da fala, com um tempo mínimo de intervenção em modo presencial de seis meses, antes de usufruírem de teleprática. Acrescenta-se ainda que todas as crianças beneficiaram de teleprática em modo síncrono.

Por fim, no total, foram envolvidas crianças cuja intervenção é realizada por sete terapeutas da fala diferentes (TF1 acompanha P1, P2, P4, P5 e P7; TF2 acompanha P13, P17 e P18; TF3 acompanha P11 e P12; TF4 acompanha P6 e P16; TF5 acompanha P3, P14 e P15; TF6 acompanha P10; TF7 acompanha P8 e P9). Três destas crianças eram acompanhadas pela investigadora. Os TF apresentam entre dois e nove anos de experiência laboral, todos a exercer funções na região Norte de Portugal, cinco em contexto clínico público e dois em contexto privado.

Tabela 2. Caracterização Sociodemográfica dos Participantes

Participante	Género	Idade	Habilitações	Profissão	Idade da criança	Diagnóstico	Terapeuta da Fala	Tempo de acompanhamento (meses)
P1	Masculino	36	Licenciatura	Técnico de multimédia	5A:9M	A.D.L.	TF1	13
P2	Feminino	33	Mestrado	Professora universitária	5A:3M	P.F.F.	TF1	8
P3	Feminino	35	Licenciatura	Gestora financeira	4A:8M	P.F.	TF5	6
P4	Feminino	44	12º ano	Empregada têxtil	5A:9M	A.D.L. + Perturbação Articulatória	TF1	16
P5	Feminino	39	Licenciatura	Educadora do ensino básico	5A:10M	Perturbação da Comunicação	TF1	30
P6	Feminino	34	Mestrado	Professora	5A:6M	A.D.L. + P.H.D.A.	TF4	15
P7	Masculino	43	Licenciatura	Engenheiro	4A:6M	A.D.L. maior défice na expressão	TF1	7
P8	Feminino	46	9º ano	Empregada de limpeza	4A:9M	P.F.F.	TF7	10
P9	Feminino	36	9º ano	Desempregada	5A:11 M	Perturbação Específica da Linguagem	TF7	13
P10	Feminino	27	9º ano	Assistente <i>call center</i>	5A:7M	P.F.F.+ Alterações de M.O.F.	TF6	18
P11	Feminino	44	12º ano	Desempregada	5A:4M	P.F.F.	TF3	9
P12	Feminino	31	Mestrado	Gestora Internacional	5A:2M	A.D.L.+ Perturbação Alimentar	TF3	14
P13	Feminino	29	11ºano	Assistente Operacional	6A:2M	A.D.L.	TF2	23
P14	Feminino	32	7º ano	Empregada de refeitório	6A:1M	A.D.L., maior défice na expressão	TF5	17
P15	Masculino	41	12ºano	Oficial de carnes	5A:2M	A.D.L.	TF5	12
P16	Feminino	26	12ºano	Empregada fabril	5A:5M	A.D.L. e Sigmatismo Lateral	TF4	8
P17	Feminino	33	12ºano	Empregada de mesa	5A:2M	A.D.L.	TF2	9
P18	Feminino	32	9ºano	Empregada fabril	5A:3M	Perturbação da Comunicação e da Linguagem	TF2	25

Legenda: P – participante; TF – terapeuta da fala; A.D.L. – atraso no desenvolvimento da linguagem; P.F.F. – perturbação fonético-fonológica; P.F.- perturbação fonológica; P.H.D.A.- perturbação da hiperatividade e défice de atenção; M.O.F.-motricidade orofacial;

## 4.2. Discussão dos Resultados

A partir das entrevistas aos cuidadores, procurou-se compreender as suas diferentes perspetivas relativamente a vários domínios implícitos à teleprática. Através de uma análise de conteúdo, os dados foram transcritos, inseridos numa tabela de dupla entrada, codificados e organizados. Posteriormente, foram extraídas duas categorias: A.- IMPLEMENTAÇÃO TERAPÊUTICA EM TELEPRÁTICA; e B.- ENVOLVIMENTO DOS INTERVENIENTES, como se verifica na Tabela 3.

As categorias e as suas subcategorias foram definidas, sobretudo, tendo em conta a frequência que foram citadas nos discursos dos participantes, exemplificando-se com as verbalizações dos mesmos nos indicadores das tabelas subsequentes à Tabela 3.

Na primeira categoria “A. IMPLEMENTAÇÃO TERAPÊUTICA EM TELEPRÁTICA” emergiram as subcategorias: A.1. Pertinência; A.2. Resultados, A.3. Dificuldades e A.4. Materiais, Recursos e Estratégias. Já na segunda categoria “B. ENVOLVIMENTO DOS INTERVENIENTES” definiram-se quatro subcategorias: B.1. Responsividade da criança, B.2. Papel do cuidador, B.3. Papel do terapeuta da fala e B.4. Relação terapêutica.

*Tabela 3. Categorias e Subcategorias*

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
A. IMPLEMENTAÇÃO TERAPÊUTICA EM TELEPRÁTICA	A.1. Pertinência
	A.2. Resultados
	A.3. Dificuldades
	A.4. Materiais, Recursos e estratégias
B. ENVOLVIMENTO DOS INTERVENIENTES	B.1. Responsividade da criança
	B.2. Papel do cuidador
	B.3. Papel do terapeuta da fala
	B.4. Relação Terapêutica

### **CATEGORIA A. – IMPLEMENTAÇÃO TERAPÊUTICA EM TELEPRÁTICA:**

Esta categoria compreende as perspetivas dos cuidadores face à pertinência da intervenção através da teleprática, à continuidade da intervenção, aos resultados daí obtidos e às dificuldades sentidas tanto na seleção e utilização dos materiais, recursos e estratégias, como no decorrer do processo terapêutico. Todas as respostas agrupadas nesta categoria fazem alguma referência ao processo de implementação das sessões de teleprática.

### **SUBCATEGORIA A.1. – PERTINÊNCIA**

Começando pela subcategoria Pertinência (Tabela 4.), verifica-se uma divisão em dois grandes indicadores: a pertinência face à utilização atual da teleprática, e a possibilidade da sua utilização futura.

Tabela 4. Subcategoria “Pertinência” e Respetivos Indicadores

Subcategoria	Indicadores	n
Pertinência	<u>Atualmente:</u>	
	É pertinente	9
	É pertinente, em crianças mais velhas	5
	Não é pertinente	3
	É pertinente, dependendo da criança e do apoio familiar	2
	É pertinente, para a criança e para a família	1
	<u>Futuro:</u>	
	É pertinente temporariamente	10
	Não é pertinente	5
É pertinente, de forma complementar à presencial	3	

Verifica-se que metade dos participantes (n=9, P1, P5, P8, P9, P10, P11, P14, P15 e P17) considera que a teleprática foi pertinente, tal como testemunhado pelo P1: “(...) foi pertinente porque permitiu que ela continuasse a trabalhar as dificuldades dela (...) o nosso objetivo era que ela atingisse os objetivos até entrar para a escola e a continuação do acompanhamento permitiu isso (...)”; cinco (n=5, P2, P3, P6, P12, P16) consideram pertinente, para crianças mais velhas e com maior maturidade, como afirmou P2: “(...) talvez em crianças maiores seja mais fácil e mais benéfico (...)”, e um dos participantes (n=1, P13) referiu que a pertinência está dependente das características da criança e do apoio familiar. Outros dois (n=2, P6 e P7) indicam que é pertinente, tanto no apoio à criança como também para a família, opinião salientada por P6: “(...) apesar do meu filho não ter colaborado como pretendíamos, acho que foi até mais importante para a família em si (...)”. Para estes últimos três participantes, este fator parece ter relevância na pertinência da implementação da teleprática, uma vez que poderá ser destinada também à família, pelo que a pertinência está dependente do apoio que a família poderá dar à criança na implementação da terapia. Três participantes não consideraram o uso da teleprática pertinente para os seus filhos, indicando P9: “(...) não, é melhor ela ir mesmo à terapia. A terapeuta controla-a melhor, porque ela sabe que aqui tem de ser portar bem! Isto foi mesmo uma exceção desta época.”.

Quanto ao uso da teleprática no futuro, dez participantes (n=10, P1, P2, P4, P5, P6, P11, P12, P14, P15, P17) consideraram pertinente este meio de intervenção, de forma temporária, como afirmaram P2: *“Temporariamente sim, por um curto período de tempo. Por muito tempo ou permanentemente não [considera pertinente] (...)”* e P5: *“(...) como opção temporária foi bom, mas como substituta não considero como substituta”*. Contrariamente a estes, cinco participantes (n=5, P8, P9, P13, P16 e P18) não o consideraram como tal. Os restantes três (n=3, P3, P7, P10) ponderam a teleprática uma opção substituta, mas de forma complementar ao modo presencial, como indicaram P7: *“(...)pode e deve complementar! É uma opção que vamos ter em conta daqui para a frente”* e P10: *“Do meu ponto de vista, não deve ser considerada uma substituta, mas talvez como complemento.”*

A maioria dos participantes acima mencionados revelaram que este modo de intervenção foi e poderá ser pertinente, tal como já de verificou noutros estudos (Cason et al, 2012; Cole et al, 2019)<sup>6</sup>, cujas famílias apresentam algumas reservas na sua utilização, tanto atual como futura, mas parecem ter em consideração as várias potencialidades da teleprática.

Apesar de considerarem uma opção no futuro, diversos participantes demonstraram preferência pela terapia em meio presencial, suportados em vários fatores, incluindo a relação entre criança e terapeuta, bem como pelo facto do TF ter maior controlo no comportamento e prestação da criança. Esta fragilização da relação terapêutica em teleprática é também abordada e corroborada no estudo de Yang et al, (2020), onde é referida a dificuldade na criação de rapport entre TF e criança em teleprática.

### **SUBCATEGORIA A.2. – RESULTADOS**

São diversos os resultados alcançados identificados pelos participantes, bem como os intervenientes aos quais se associam, nomeadamente para a criança e para o seu cuidador apresentados na Tabela 5.

O primeiro indicador desta subcategoria refere-se à continuidade da intervenção, permitida pela utilização da teleprática. Na sua generalidade os participantes referiram que a teleprática permitiu manter o acompanhamento à criança (n=13, P1, P2, P3, P4, P5, P7, P8, P9, P10, P11, P15, P16, P17), como referiu P11: *“(...) o meu filho se distraía mais facilmente com qualquer coisinha (...) mas [a teleprática permitiu] ele poder continuar as sessões e a evoluir, o que é muito bom para ele (...)”*; e até mesmo atingir objetivos terapêuticos delineados no processo terapêutico já em curso (n= 2, P1 e P2), destacou P2: *“(...) [a teleprática] permitiu continuar o processo, atingir os objetivos nas metas estabelecidas e acho que sendo digitalmente fez com que estivesse mais motivada.”* Os

---

<sup>6</sup> A revisão bibliográfica efetuada à data desta investigação é na sua maioria estrangeira, existindo já diversos estudos de implementação de teleprática corrente. Na mesma data, em Portugal surgiam as primeiras linhas orientadoras relativas a esta prática.

restantes cinco cuidadores preferiram não responder à questão, visto não terem uma opinião formada sobre o assunto.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2006), o trabalho do TF é necessário para melhorar a qualidade de vida dos clientes, por permitir a redução das suas alterações das funções e estruturas do corpo, e por consequência diminuir as limitações na participação e funcionalidade das atividades quotidianas a que estão sujeitos (Dias, 2008). Snodgrass et al., (2016) e McCullough (2001), salientam como potencial da teleprática o facto de promover a prestação de serviços em contexto natural, tal como sucedeu com as crianças desta investigação. Corroborando ainda a percepção sentida pelos cuidadores, os resultados de Coufal et al. (2017) e Wait et al. (2010),

*Tabela 5. Subcategoria "Resultados" e Respetivos Indicadores*

Subcategoria	Indicadores	N
Resultados	<u>Continuidade da intervenção</u>	
	Manteve o acompanhamento	13
	Atingir objetivos terapêuticos	2
	<u>Criança</u>	
	Semelhante ao modo presencial	4
	Aproveitou menos	11
	Aproveitou mais	1
	Estagnou	1
	Retrocedeu	1
	<u>Cuidador:</u>	
	Maior envolvimento que em modo presencial	4
	Perceber melhor o plano terapêutico	3
	Compreender as dificuldades da criança	1
	Perceber as estratégias utilizadas	3
	Competências para reproduzir no quotidiano	3
	Perceber as estratégias utilizadas	3
	Aumento da participação da família	1
	Maior percepção da evolução da criança	2
	<u>Outros</u>	
Conjugar com a rotina familiar (flexibilidade horária)	1	
Poupança financeira pela diminuição das deslocações	1	

evidenciaram resultados semelhantes entre a teleprática e a terapia presencial, demonstrando a eficácia desta intervenção.

O segundo indicador espelha a percepção que os participantes demonstram face à evolução das suas crianças nas sessões por meio de teleprática. A perspectiva recai numa evolução semelhante (n=4, P1, P3, P15, P18) ou mais lenta (Aproveitou menos) (n=11, P2, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P14, P17), assim como afirmam P10 *"(...) considero que a evolução com as terapias por vídeo foi proveitosa apesar de talvez um pouco mais lenta que na do costume (...)"* e P2 *"(...) todos os anteriores [fatores de desvantagem] acabaram por 'atrasar' a evolução do processo ou por lentificá-lo."*, fazendo comparação com a terapia da fala em modo presencial. Este facto contraria os estudos de vários autores, como Boisvert & Hall, (2019) Sutherland et al. (2017) que concluíram que a teleprática e a terapia presencial são similares em termos de eficácia ao longo da intervenção. Dois participantes (n=2, P4, P16) revelaram mesmo uma estagnação e até um retrocesso no processo terapêutico, revelando P4 *"(...) houve muita diferença. Acho que houve pouca evolução e até houve algumas coisas que ela piorou ou perdeu (...)"*. Somente um dos participantes (P13) reportou uma evolução mais positiva, comparativamente com a terapia da fala em meio presencial, indicando que: *"(...) foi benéfico para o meu filho, a grande diferença foi a centralização da atenção dele em mim e não na terapeuta (...) acredito que nem todas as crianças tenham tido uma evolução considerável, mas o meu filho até evoluiu mais do que eu pensava, o que nos trouxe uma grande felicidade!"*.

O terceiro indicador visa a perspectiva que os participantes demonstram face à sua própria participação na implementação da teleprática. Comparativamente à participação que apresentavam em modo presencial (n=4, P3, P5, P16, P17), os cuidadores demonstram maior percepção da sua participação, revelando uma participação mais ativa nas sessões, tal como constatou P3 *"(...) [a sua participação] até foi de grande importância. Foi importante para mantê-lo motivado e puxar por ele para realizar todas as tarefas (...) eu envolvi-me mais do que na presencial, até. Fui vendo como eram as coisas, como a terapeuta fazia (...)"*; demonstraram ainda uma perspectiva alargada em relação ao conhecimento que detêm relativamente ao plano terapêutico (n=3, P9, P10, P12). Este, destacado por P10 *"(...) a minha participação foi mais ativa e isso também me ajudou a perceber um pouco melhor o plano de ação da terapeuta."*, e às dificuldades da criança (n=1, P5), e ao conhecimento face às estratégias usadas pelo TF (n=3, P5, P9, P17), mencionando até o aumento da percepção da sua utilização no quotidiano (n=3, P1, P3, P16), como relatou P3 *"(...) ao estar presente nas consultas, pude utilizar mais tarde as estratégias utilizadas pela terapeuta."*. Por fim, um dos cuidadores (n=1, P13) considera que este ampliação de percepção conduz a um aumento da participação geral da família nas sessões de terapia, e outros dois consideram ter agora uma

maior percepção da evolução da criança (n=2, P12, P15), conforme afirmou P12 *“Acabei por entender melhor o processo que as terapeutas têm de fazer sempre (...)”*.

McCullough (2001) demonstrou que através da teleprática é promovida uma maior participação dos cuidadores e, por conseguinte, é adquirido maior conhecimento face ao desenvolvimento comunicativo e linguístico das crianças. Com o reconhecimento dos resultados acima demonstrados, os cuidadores revelam concordância com o autor e com Machado et al., (2017), tendo em conta que só através do aumento da participação efetiva das famílias nas sessões se poderá promover a sua capacitação para ajudar a criança no seu dia-a-dia.

Importa, porém, destacar as perspetivas opostas dos participantes P4 e P13. O primeiro, para além de ter referido uma evolução mais positiva da criança, descreveu ainda uma participação mais efetiva da família. Já o P13 apresenta uma perspetiva divergente, realçando um retrocesso na evolução da criança. Verifica-se também que este participante não fez qualquer referência à sua perspetiva face à própria participação na teleprática, pelo que a perspetiva da evolução da criança parece se interligar com a participação dos cuidadores. McWilliam, de Kruif e Zulli (2002) referem que o envolvimento dos cuidadores é um dos pilares para a aprendizagem, pelo que o papel dos profissionais junto dos cuidadores deverá ser o de ajudar a pensar e a planear, para que estes saibam aproveitar as oportunidades de aprendizagem da criança nas rotinas e nos diferentes contextos naturais, garantindo dessa forma o seu desenvolvimento.

Outros indicadores gerais (n=2, P10, P14) visam ainda a flexibilidade de conjugar o horário da terapia com as rotinas familiares e o facto de pouparem financeiramente, uma vez que diminuem as deslocações. Relativamente à flexibilidade horária, a literatura demonstra que a vertente assíncrona da teleprática possibilita isso mesmo (Hill & Breslin, 2016; Snodgrass et al., 2016). Apesar do tipo de intervenção implementada com os participantes deste estudo ter sido síncrona, P10 indicou que *“(...) vantagem foi a facilidade em conjugar a hora da terapia com a vida familiar.”*. Verifica-se assim que o acesso à terapia não está dependente da disponibilidade de profissionais de saúde, e, por consequência, evita os custos associados às deslocações (OPP, 2020). Quanto à questão financeira, as investigações de Soares e Langkamp (2012) e de Boisvert e Hall (2019) corroboram a perspetiva dos cuidadores, uma vez que referenciam outros estudos que mencionam a redução de despesas e do tempo despendido, associadas às deslocações necessárias em modo de terapia presencial.

### SUBCATEGORIA A.3. – DIFICULDADES

Ao longo dos seus testemunhos, os participantes referiram diversas dificuldades na implementação da terapia, nomeadamente as dificuldades sentidas pela criança e/ou pelo cuidador, relativamente à criança, pela criança quanto ao uso da tecnologia e pelo cuidador, quanto ao uso da tecnologia.

Os primeiros indicadores apresentados na Tabela 6 incidem na:

- Perceção dos cuidadores face às dificuldades sentidas pela criança na implementação da terapia, nomeadamente as dificuldades na forma como a criança encara com a devida seriedade e formalidade o TF e o momento da teleprática através do computador (n=2, P2, P4). Na opinião de P2 *“(...) a não presença física da terapeuta fazia com que não a visse como figura de autoridade (...)”*.

Segundo a ASHA (2008), um dos critérios de seleção de clientes para teleprática relaciona-se com a capacidade de permanecer em frente ao monitor e focado no clínico. Da mesma maneira, Grogan-Johnson et al. (2013) reforçam a necessidade da criança permanecer focada e atenta durante a sessão, salientando a dificuldade em obter tal comportamento por parte da criança. Hall et al. (2014) e Keck & Doarn (2014) acrescentam a necessidade da colaboração de um cuidador para ajudar a criança a retomar o foco na tarefa. As opiniões dos participantes está maioritariamente de acordo com os autores consultados.

- Perceção das suas dificuldades no auxílio à criança: um dos cuidadores (P6) referiu dificuldades na regulação do filho e na transição entre as atividades, revelando que *“(...) foi um desafio as transições das atividades e a organização do espaço, bem como a regulação do meu filho com tanto estímulo visual (...)”*; três cuidadores (n=3, P9, P12, P13) referiram não ter as mesmas competências que o TF para auxiliar a criança, nomeadamente na aplicação das diversas estratégias (P15) e no cumprimento das tarefas pedidas pelo profissional (n=2, P9, P18) como afirmou P9, que a implementação foi difícil pelo *“(...) facto de eu não ter as mesmas competências que a terapeuta para o ajudar.”* O controlo do comportamento da criança foi relatado por dois cuidadores (n=2, P6, P18) como uma tarefa difícil, como contou P18: *“(...) o que foi mais complicado foi mantê-lo quieto e sossegado para não andar sempre a mexer no computador, (...) ele manter-se atento ao que está a fazer, e concentrado... ele não parava!”*; e, por fim, um dos cuidadores (P13) mencionou ainda dificuldades em acompanhar o desenvolvimento do filho, adaptando-se em função das capacidades da criança. P15, referindo-se às pistas silábicas que a terapeuta indicava para dar à criança referiu *“(...) os principais desafios foram essencialmente a forma como usava algumas sílabas (...)”*.

Tabela 6. Subcategoria “Dificuldades” e Respetivos Indicadores

Subcategoria	Indicadores	n
Dificuldades	<u>da criança:</u>	
	Encarar com seriedade o momento e o TF	2
	Ver o TF como figura de autoridade	1
	<u>do cuidador, relativamente à criança:</u>	
	Não ter as mesmas competências que o TF	3
	Dificuldade em cumprir as tarefas pedidas pelo TF	2
	Controlo do comportamento da criança	2
	Transição entre atividades	1
	Regulação da criança	1
	Uso de estratégias	1
	Gerir e adaptar o acompanhamento da criança	1
	<u>da criança, quanto ao uso da tecnologia:</u>	
	Não sabia utilizar o computador	2
	Já sabia utilizar o computador	1
	<u>do cuidador, quanto ao uso da tecnologia:</u>	
	Auxílio da criança	3
	Gerir e manipular as plataformas digitais usadas	2
Condições de áudio e imagem	1	

As desvantagens relacionadas com as questões comportamentais vão de encontro à literatura, onde consta a necessidade de conseguir que a criança permaneça focada e atenta na tarefa durante a sessão de teleprática (Gibson et al., 2010; Grogan-Johnson et al., 2013), o que se verificou ser difícil de conseguir pelos cuidadores, tal como estes autores afirmaram.

- Perceção dos cuidadores face às dificuldades sentidas pela criança no uso da tecnologia: P2 e P8 (n=2) referiram como barreira na implementação da teleprática o facto da criança não saber manusear o computador, partilhando P8 que o seu filho “(...) nunca tinha tocado antes [no computador], e ele ter de mexer foi complicado.”, barreira que dificultou a implementação das sessões de terapia. Em concordância com os critérios de seleção dos clientes aptos a usufruir da teleprática estabelecidos pelas ASHA, estes devem ser capazes de seguir as diretrizes para utilizar os equipamentos, como um teclado, bem como facilidade na utilização de tecnologia (ASHA, 2008). Considerando que a criança não cumpre estes critérios, prevê-se que estes sejam assegurados

através da colaboração do cuidador (Hall et al., 2014). Em contrapartida, o P1 (n=1) revelou que o seu filho “(...) já sabia mexer no computador (...) sempre achei uma mais valia (...)”, manifestando ter sido um facilitador na implementação da teleprática.

- Perceção dos cuidadores face às suas dificuldades no uso da tecnologia: três cuidadores (n=3, P2, P4, P8) referiram sentir dificuldades em manusear o computador e em auxiliar na parte técnica (ex: ligação à internet), dois dos cuidadores (n=2, P3, P4) expuseram dificuldades em gerir e manipular as plataformas digitais utilizadas na implementação da teleprática, como confessou P4: “(...) para mim foi difícil utilizar e gerir as plataformas (...)” e, por fim, um (P1) revelou também dificuldades no aprovisionar de boas condições de visibilidade e audibilidade. Mashima & Doarn, (2008) e Sutherland et al., (2016) referem também este tipo de barreiras, bem como a necessidade de treinar as famílias para o uso da tecnologia na teleprática, de forma a não se comprometer outros aspetos importantes na intervenção.

#### **SUBCATEGORIA A.4. - MATERIAIS, RECURSOS E ESTRATÉGIAS**

Na subcategoria Materiais, Recursos e Estratégias, os participantes referiram indicadores para as suas próprias dificuldades, mas também referiram indicadores para os TF (Tabela 7).

*Tabela 7. Subcategoria “Materiais, Recursos e estratégias” e Respetivos Indicadores*

Subcategoria	Indicadores	n
Materiais, Recursos e Estratégias	<u>Cuidador:</u>	
	Materiais diferentes dos do terapeuta	3
	Conciliar materiais do seu contexto na sessão	2
	Local apropriado	1
	Organização do espaço	1
	<u>Terapeuta da fala:</u>	
Limitação no uso de materiais e estratégias	2	
	Adaptabilidade dos materiais	1

No que concerne à subcategoria em questão, os cuidadores participantes evidenciam a falta de material ou a existência de material pouco adequado/específico para a sessão em contexto familiar (n=3, P9, P10, P11), conforme afirmou P10 “Uma das dificuldades foi (...) a ausência de material apropriado para as sessões.”, assim como a dificuldade em recorrer e adaptar o material do seu contexto para uso na teleprática (n=2, P11, P12), como partilhou P12 “O maior desafio foi (...) conciliar materiais disponíveis em casa com o que seria expectável ter na sessão presencial.”.

Outros cuidadores indicaram ainda a falta de um local apropriado à terapia em contexto familiar, assim como dificuldade em organizar o espaço que destinaram à mesma (n=2, P6, P10). De igual forma, vários autores fazem referência à existência de menos recursos físicos, como brinquedos e outro tipo de material mais específico e a falta de estruturação do espaço, adaptado à criança (Ashburner et al., 2016; Cole et al., 2019).

Quanto ao material a usar pelo TF, a perspectiva dos cuidadores é de que, se por um lado os TF beneficiam da adaptabilidade de todos os materiais ao formato digital (n=1, P3), por outro ficam mais limitados no material passível de ser utilizado virtualmente, bem como no uso de diferentes estratégias de intervenção (n=2, P3, P13), como se verificou na opinião de P3: *"(...) é que para vocês terapeutas também não fica fácil, ficam mais limitados em termos de estratégias e materiais, o vosso trabalho fica condicionado, porque não é a mesma coisa dizer como aplicar os vossos métodos e poder fazer os mesmos com a criança."* Esta perspectiva é testemunhada por Brennan et al. (2004), que indicou na sua investigação a necessidade dos TF em adaptar ou recorrer a novas estratégias e técnicas, de forma a garantirem igualmente a eficácia da sua intervenção em teleprática.

A análise dos dados obtidos permitiu apurar que dez participantes, mesmo apontando um uso futuro da teleprática apenas de cariz temporário, também indicaram muitos pontos de vantagem, nomeadamente o seu maior envolvimento no processo e consequência positivas que daí se extraíram. Aliás, o P6 reforçou que a teleprática foi até mais dirigida para a família. Nas suas investigações, vários autores demonstraram que a intervenção em teleprática é dirigida a crianças a partir dos 4 anos (faixa etária abrangida nos participantes); em idades mais precoces ou em crianças com alterações mais complexas da comunicação, a teleprática passa a ser orientada para o treino e *coaching* dos cuidadores (Coufal et al, 2018; Wales et al, 2017; Snodgrass et al, 2016; Sutherland et al, 2018). Para além disto, e contrariamente ao que os participantes afirmam em primeiro lugar, quinze dos dezoito participantes indica que só assim foi possível manter o acompanhamento e chegam mesmo a referir que foram atingidos objetivos terapêuticos e que houve desenvolvimento linguístico da criança.

Alguns participantes (P7 e P10) ponderam ainda o uso da teleprática como complementar à terapia presencial, o que demonstra a perceção da vantagem na sua utilização.

O P10 afirma que as sessões em teleprática foram prestadas de forma flexível dentro da sua rotina familiar, no que toca ao horário da sessão. Porém, verifica-se que a alteração reside na sua disponibilidade para acompanhar a criança e não na mudança horária em si, uma vez que foi necessário o apoio técnico à criança. O cuidador esteve presente no decorrer das sessões de teleprática pela troca de horário. Apesar de indicar dificuldades em obter colaboração do filho e em

ajudar nas tarefas, referiu que acabou por entender melhor o plano terapêutico. Desta forma, consideramos ser evidente a necessidade de aumentar a percepção dos cuidadores relativamente à importância da sua participação na implementação da terapia (Freckmann et al., 2017).

Tendo em consideração a referência que este mesmo cuidador fez anteriormente no que concerne à pertinência futura da teleprática, mencionando-a como possibilidade complementar, podemos inferir que o fator flexibilidade horária parece influenciar a sua opinião quanto ao uso futuro da teleprática. Machado et al., (2017) e Dunst et al., (2002) reconhecem que a intervenção centrada na família se caracteriza por práticas que envolvem o fomento de oportunidades de escolha sobre os recursos identificados pela família como necessários. Atendendo às componentes de ajuda eficaz elencadas na literatura (Dunst et al., 2002), nomeadamente as relacionais e participativas, é evidenciado que o TF deverá escutar e encorajar os cuidadores a tomar decisões e a utilizarem os seus pontos fortes. Este envolvimento participativo ativo possibilitará à família, a partir da análise das suas opções e escolhas, uma corresponsabilização no processo terapêutico (Dunst et al., 2002; Machado et al., 2017).

Pelas oportunidades que já lhes tinham sido proporcionadas, os P6 e P13, habitualmente intervenientes ativos nas sessões presenciais, não mencionaram no seu discurso consequências como as que são acima descritas. Segundo Cordeiro (2000), a inclusão dos pais nas sessões de terapia tem como objetivo atingir a sua participação efetiva, não se pretendendo modificar a dinâmica do funcionamento da família, mas trabalhar a partir das questões trazidas pela criança e a família de forma a que a família consiga integrar essa ajuda na sua dinâmica (Cordeiro, 2000). Poder-se-á inferir que os mesmos não tiveram a mesma percepção que P10 uma vez que já participavam ativamente nas sessões em modo presencial, pelo que não foi algo que surgiu pela teleprática. No entanto, ambas acabam por mencionar, tal como os restantes, dificuldades em obter colaboração da criança e em ajudá-la a manter o foco e a permanência na tarefa da sessão. Por sua vez, atentamos que a responsividade da criança às atividades propostas, a sua motivação e predisposição, e até as suas capacidades influenciam a sua atenção e, por consequência, os resultados obtidos na intervenção. Este fator parece ir de encontro aos critérios propostos pela ASHA (2008), cuja indicação recai não só na necessidade dos clientes terem capacidade para permanecer em frente ao monitor de forma concentrada e capaz de seguir as indicações do TF, como também na existência de disponibilidade por parte dos cuidadores para participarem na sessão de teleprática, de forma a promover maior colaboração e motivação da criança (idem).

Pela vantagem da continuidade da intervenção em modo de teleprática, e apesar das dificuldades técnicas e tecnológicas, também referidas pelas famílias do estudo de Behl e Kahn (2015), os cuidadores acabaram por apresentar modificações nas suas percepções, alterações essas

que os TF tentam realçar na vertente presencial, nomeadamente maior perceção das dificuldades da criança, do processo que pode ser definido entre terapeuta e cuidadores, uma vez que ambos deveriam ser intervenientes ativos no mesmo, e da evolução pela qual a criança passa.

Corroborando o estudo de Sutherland, Hodge, Trembath, Drevensek e Roberts, (2016) está a perspetiva que os participantes revelaram relativamente à dificuldade em auxiliar as crianças, isto é, as competências que necessitam ter para implementar as estratégias junto da criança, como acima exposto. Este tipo de fragilidades, bem como a referente à seleção de um local apropriado, é colocada pelos cuidadores no momento em que foram confrontados com a necessidade de realizar as sessões em contexto familiar, através da teleprática. Esta mudança abarcou a necessidade da presença dos cuidadores e, resultou nesta mudança de papel (com participação mais ou menos efetiva). Apesar de não existirem limites inerentes ao local onde se implementa a teleprática, desde que o TF cumpra os regulamentos e políticas aplicáveis a cada situação (ASHA, 2020), os cuidadores acabaram por evidenciar o desconhecimento que os detêm ainda relativamente a todas as etapas de implementação do processo terapêutico e todas as estratégias a ele pertencentes, muito provavelmente pela sua reduzida participação no mesmo, quando efetuado na terapia da fala por meio presencial.

Apesar de não ter sido um parâmetro transversalmente indicado por todos os cuidadores, foram indicadas dificuldades ao nível do acesso e gestão das diversas plataformas usadas em teleprática, bem como do próprio computador. Todavia, é possível verificar que este dado não está relacionado com as habilitações literárias dos participantes, uma vez que os cuidadores em questão apresentam habilitações literárias diferenciadas. Desta forma, poderá se considerar que, como foi indicado por um número limitado de cuidadores, com o aumento da frequência de utilização, o uso da tecnologia será um fator que se desvanecerá, apesar de não se ter encontrado suporte bibliográfico para esta relação.

Relativamente aos materiais a utilizar nas sessões de teleprática, vários cuidadores afirmaram não ter os mesmos que o TF, os que possuem não serem os mais indicados e ainda revelarem a dificuldade em recorrer a material do quotidiano para uso na sessão. Este é também um fator indicado como desvantagens da teleprática em vários estudos, nomeadamente nos de Ashburner et al. (2016), de Fitton et al. (2017), e no de Cole et al. (2019), que mencionam a diminuição dos materiais físicos e a estruturação do espaço como barreiras a ultrapassar nas sessões de teleprática.

Como comprovado pela literatura, é junto dos cuidadores que as crianças passam a maior parte do seu tempo. McWilliam (2010) reforça que é fundamental os profissionais capacitarem os

pais no sentido de aproveitarem as oportunidades da vida diária (aprendizagem natural), desenvolvendo as competências da criança a partir de brinquedos ou materiais que façam parte do seu contexto natural (Yang et al., 2020). Torna-se assim evidente o quão importante é a individualização e adaptação que o TF deverá realizar para cada processo de intervenção, de acordo com as rotinas de cada cliente, considerando-se o seu contexto familiar (ASHA, 2008). Será crucial ainda que a família reconheça estas adaptações e que ela própria, no dia-a-dia, seja capaz de se ajustar e utilizar os recursos que estiverem ao seu alcance para auxiliar o desenvolvimento da criança. Deste modo, este fator deixará de ser uma dificuldade e traduzir-se-á em oportunidades de intervenção diárias para a criança, dando continuidade à intervenção feita pelo TF, e cujos resultados serão bastante favoráveis.

Constatou-se que os cuidadores, nesta primeira utilização temporária da teleprática, sentiram diversas limitações na sua implementação. Porém, acabaram por aproveitar as oportunidades, o que se reflete nos resultados. É notória a necessidade de incitar o aumento da percepção dos cuidadores face a vários fatores do processo terapêutico e a consequente necessidade de os capacitar.

#### **CATEGORIA B. – ENVOLVIMENTO DOS INTERVENIENTES:**

Esta categoria abrange as perspetivas dos cuidadores quanto à responsividade da criança, ao papel do cuidador e do terapeuta da fala e quanto à relação terapêutica existente em teleprática, entre todos os intervenientes. Todos os dados abrangidos nestas subcategorias fazem, de algum modo, alusão ao envolvimento dos mesmos no processo terapêutico que decorreu em teleprática.

#### **SUBCATEGORIA B.1. – RESPONSABILIDADE DA CRIANÇA**

Partindo dos dados relativos à responsividade da criança, como se observa na Tabela 8., verificamos que os participantes descrevem o envolvimento da criança de vários ângulos, tendo em consideração: o ambiente envolvente, neste caso o contexto familiar, a sua motivação, a capacidade do cuidador em obter o envolvimento da criança e a própria dificuldade da criança.

Relativamente ao indicador contexto familiar, a perspetiva dos cuidadores face ao envolvimento das crianças na teleprática é que estas demonstram ser mais extrovertidas e mais seguras em contexto familiar (n=2, P12, P13), comprovado pela partilha de P12: *“(..) ele estava mais à vontade por estar no seu ambiente, no geral ele conseguiu adaptar-se bem.”*, pelo que outros quatro participantes (n=4, P10, P12, P13, P14) afirmaram que o facto da terapia ser realizada em contexto familiar é favorável à criança, tal como destacou P13 *“(..) estar num ambiente familiar, em que a se sente seguro e que conhece, está na sua casa, é diferente de estar na sala (...)”*.

Tabela 8. Subcategoria "Responsividade da Criança" e Respetivos Indicadores

Subcategoria	Indicadores	N
Responsividade da criança	<u>Contexto Familiar</u>	
	Ambiente é familiar (V)	4
	Ambiente é familiar (D)	3
	Retraída pela presença dos pais	2
	Muitos estímulos distratores	2
	Criança mais extrovertida	1
	Sentimento de segurança/à-vontade	1
	<u>Motivado pela vertente digital</u>	4
	<u>Participativo</u>	11
	<u>Desmotivado</u>	3
	<u>Oscilante</u>	2
	<u>Dificuldade do cuidador</u>	
	Ajudar o filho a permanecer no computador durante a tarefa	9
	Obter colaboração da criança	5
	Manter a criança focada na tarefa	2
	<u>Dificuldade da criança</u>	
	Manter a atenção/concentração na tarefa	10
	Em colabora	9
	Permanecer no computador durante a sessão	4
	Focar-se no cuidador	1

Legenda: (V) – vantagem; (D) – desvantagem.

Todavia, outros três acreditam que, por outro lado, este contexto não demonstra ser o melhor, uma vez que a criança está demasiado descontraída (n=3, P2, P4, P11), como na opinião do P4 "(...) a criança está em casa, no seu ambiente, não leva o momento tão a sério, tem mais possibilidades de fuga às tarefas.". Dois participantes indicam haver muitos estímulos distratores neste contexto (n=2, P2, P10), como no caso do P2, que referiu que, pelo facto de "(...) ser no contexto dele e não num contexto controlável, há muitos estímulos distratores, (...) acaba por atrasar a evolução do processo ou por lentificá-lo." e outros dois (n=2, P1, P5) referem ainda que a criança chega a se sentir retraída no seu envolvimento da terapia pela presença dos pais, como no caso do P1, que referiu que, pelo

facto de “(...) *ser em casa, estando nós [pais] por perto acho que ela ficava mais retraída, mas se nós saíssemos da divisão ela já ficava à vontade.*”

Cason e Cohn (2014), citado por Weidner & Lowman, (2020), descreveram que a teleprática pode efetivamente ser uma oportunidade para o TF prestar serviços, estando a criança no seu contexto natural. De acordo com Akemoglu & Meadan (2018), uma vez que usufruem da terapia em contexto natural, mais facilmente a intervenção ao nível da comunicação e da linguagem será feita através de atividades de rotinas ou nas suas brincadeiras habituais (Akemoglu et al., 2019), tal como aconteceu com as crianças em questão no estudo. McCullough (2001) enfatiza que a terapia em contexto natural, por permitir uma observação direta da interação da criança com os pais, irá auxiliar o TF no sentido de fornece as orientações mais indicadas, fomentando o envolvimento dos cuidadores. Mais ainda, o envolvimento e participação dos cuidadores torna-se fundamental para a intervenção, considerando que é neste contexto onde permanecem mais tempo junto das crianças e a troca constante de interações serão cruciais para o desenvolvimento das suas competências linguísticas (Givigi et al., 2011; Mowder, 1997 citado por Magina, 2011). No que tem que ver com a motivação da criança no envolvimento nas várias atividades, os cuidadores indicaram entusiasmo pelo uso de dispositivos digitais e pela interação online estabelecida (n=3, P1, P3, P9), como na opinião de P1 “(...) *ela adorou interagir digitalmente!*” bem como pela realização de atividades apelativas neste formato (n=1, P1), facto referido por P9 “*Ela gostou, ficava entusiasmada por ter a terapia no telemóvel (...)*”. Boisvert et al. (2012) acreditam que muitas crianças preferem a terapia em modo teleprática, não só pela novidade, como também pelo interesse que têm na tecnologia, em detrimento da relação com outros intervenientes (Coufal et al., 2018), culminando numa maior motivação, o que pode suportar esta perspetiva demonstrada pelos participantes.

Assim, onze participantes (n=11, P1, P2, P3, P5, P10, P12, P13, P14, P15, P17, P18) indicaram que as suas crianças se apresentaram sempre motivadas e participativas, conforme referiram P3 “(...) *estava sempre entusiasmado e à espera do dia (...) até porque ele até fazia tudo (...)*” e P10 “*Considero que o desempenho e envolvimento [da criança] foi proveitoso. Ele estava sempre à espera da terapia, apesar da dificuldade em se concentrar (...) porque em casa as distrações são maiores.*”, contrariamente a outros três cuidadores (n=3, P4, P6, P16), que referiram falta de motivação, empenho e colaboração nas tarefas por parte dos seus filhos. Na opinião de P4: “*Foi difícil obter a colaboração dela [da criança] e como não estava muito predisposta, também não acho que estivesse motivada.*” Dois cuidadores (n=2, P2, P7) salientaram que este fator era oscilante, uma vez que dependia da disposição diária da criança e das atividades propostas pelo TF: “*Dependeu de atividade para atividade, e também da sua motivação (...)*” referiu P7. Quando as crianças apresentam alterações desenvolvimentais, Langkamp et al., (2015) indicou na sua investigação que

a teleprática em modo síncrono é mais exigente, requer maior cooperação da criança, e, por consequência, é mais difícil estabelecer essa colaboração entre todos os intervenientes. No caso do P6, esta oscilação comportamental da criança poder-se-á justificar pelo seu quadro clínico de P.H.D.A., caracterizado por alterações comportamentais manifestadas por desatenção, hiperatividade, dificuldade em cumprir regras, imaturidade e impulsividade. Estas alterações acabam por condicionar o desempenho da criança nas várias tarefas (Portal da Hiperatividade/Défice de Atenção, 2020), pressupondo outra necessidade de envolvimento por parte dos intervenientes. Para o cuidador, a falta de motivação, empenho e colaboração nas tarefas parecem traduzir a consequência visível e a explicação para estas dificuldades. Mais uma vez, esta relação poderá evidenciar uma necessidade mais criteriosa em selecionar os clientes e o meio de intervenção que lhe seja mais favorável, mantendo a individualidade e a necessidade de cada um, mesmo em teleprática, ou a necessidade de aumentar as competências do cuidador na utilização de estratégias (Almeida et al., 2011; Brown & Carpenedo, 2006).

#### **SUBCATEGORIA B.2. – PAPEL DO CUIDADOR**

Através do discurso recolhido nas entrevistas, foi possível determinar dois tipos de envolvimento dos cuidadores nas sessões de teleprática: os que assumiram um papel de mediador, e os que foram mais ativos no processo (Tabela 9).

*Tabela 9. Subcategoria “Papel do cuidador” e Respetivos Indicadores*

Subcategoria	Indicadores	N
Papel do cuidador	<u>Mediador</u>	16
	<u>Ativo/Participativo</u>	9

Os primeiros (n=16) apresentaram uma tendência para dar apoio ao TF no estabelecimento de regras junto da criança, no apoio técnico a iniciar e terminar a sessão, ou em auxiliar em pequenas tarefas, a pedido do TF, como demonstrado nos discursos de P4 “(...) o meu papel foi importante no estabelecimento de regras e no apoio ao uso do computador.”, de P9 “(...) eu acabei por ajudar a fazer algumas coisas que a terapeuta pedia.” e no de P14: “(...) ainda era complicado para mim. Foi como pude! Ajudei aqui e ali no que ela [a terapeuta] me ia pedindo”. Os cuidadores podem cooperar com os TF, facilitando a interação com a criança. Esta colaboração pode ser de facilitador, tendo um papel mais ativo, ou de ajudante (McCarthy et al., 2012), considerando-se este último um mediador.

Os segundos (n=9) demonstraram ter mais iniciativa própria para acompanharem a sessão, auxiliar na execução das tarefas, e ainda continuar a estimulação da criança no dia-a-dia, como nos

depoimentos de P2 “ (...) ajudei também na permanência dele nas tarefas, na colaboração, em dar continuidade ao que a terapeuta pedia depois [no cotidiano], em reforçar as ordens e os pedidos dele [da criança] (...)” e de P12 “Estive sempre presente, participei em todas as atividades e tentei preparar o material que seria necessário (...)”. Verificou-se, portanto, que foi estabelecido um trabalho de colaboração efetiva com o TF.

Estes tipos de ajuda facilitam a intervenção via teleprática. Através das informações dos participantes, foi possível aferir que, em diferentes momentos, ambos os papéis foram assumidos pelos vários participantes.

### **SUBCATEGORIA B.3. - PAPEL DO TERAPEUTA DA FALA**

Para além do seu próprio envolvimento, alguns participantes foram fazendo referência também às barreiras e às oportunidades inerentes ao envolvimento do TF nas sessões de teleprática, fazendo referência a vários tópicos, expostos na Tabela 10.

*Tabela 10. Subcategoria “Papel do terapeuta da fala” e Respetivos Indicadores*

<b>Subcategoria</b>	<b>Indicadores</b>	<b>N</b>
Papel do terapeuta da fala	Dificuldade na perceção das produções da criança	1
	Dificuldade em corrigir as produções da criança	2
	Apoio prestado aos pais	1
	Observação da criança em contexto natural	1
	Necessita de um trabalho mais estruturado	1
	Dificuldade em atuar na área da alimentação	1

Deste modo, os P1, P7 e P13 referiram que o TF poderá ter dificuldade em perceber se a criança produz os fonemas de forma correta e em corrigi-la, como verificamos na opinião de P7, que afirma “(...) talvez por vezes, para vocês [terapeutas] fosse difícil perceber se (...) estava a dizer corretamente o som (...)” e de P13, que acrescenta que “(...) o trabalho da terapeuta fica também condicionado. Não é a mesma coisa dizer como aplicar métodos e poder fazer os mesmos com a criança.”. O P7 salientou ainda que através da teleprática sentiu maior apoio do TF em várias questões. O P6 declarou que apesar de este modo de terapia permitir a observação da criança no seu contexto natural, a intervenção acarreta um planeamento mais estruturado. O P12 foi o único que evidenciou limitações na intervenção em áreas de atuação, como no caso da alimentação, que

admitiu que as sessões “(...) *teriam sido melhor[es] em presencial para ajudar na questão da alimentação*”.

A dificuldade que o TF poderá sentir no feedback corretivo das produções articulatórias dado à criança, e tal como percebido pelos participantes, é um fator mencionado também em vários estudos, que indicam a articulação como uma das áreas de intervenção que suscita mais dúvidas na avaliação e intervenção, comparativamente com a terapia em modo presencial (Waite et al., 2010), fundamentalmente pela dificuldade em discriminar fonemas com traços semelhantes.

Relativamente ao apoio prestado pelo TF, os participantes demonstram uma perspetiva concordante com os participantes do estudo de Yang et al., (2020), que referiram que a teleprática não só promoveu um maior envolvimento da família no processo de intervenção, como também propiciou um aumento da comunicação entre terapeutas e as famílias.

Apesar do número reduzido de participantes, o envolvimento participativo das famílias descrito através dos testemunhos da maioria dos cuidadores parece indicar que a abordagem que efetivamente está a ser utilizada pela maioria dos TF se divide entre a aliada à família e a focalizada na família (Dunst, 1991), cujas conceções recaem sobre o papel central do profissional, que estabelece as intervenções que considera importantes e necessárias para a família, em detrimento da família, pois esta ainda não é vista como capaz de tomar decisões informadas e que considera importantes. Constata-se, que as práticas estão ainda longe de se poderem enquadrar num modelo cuja abordagem se centra na família, promovendo-se a sua responsabilização e capacitação. Este facto poderá ser sustentado pela utilização ainda enraizada da abordagem centrada na pessoa, principalmente em contexto clínico, contexto dominante dos TF envolvidos neste estudo. Como justificam Mahoney & MacDonald (2007), os cuidadores têm uma influência crucial no desenvolvimento da criança porque mesmo que o tempo que partilham seja limitado por diversos fatores, têm muito mais oportunidades para interagir e promover o desenvolvimento das crianças do que qualquer outro profissional. Segundo McWilliam (2002) citado por Almeida et al., (2011), a partilha de objetivos estabelecidos para a criança entre cuidadores e terapeutas possibilita um maior envolvimento dos mesmos, invertendo-se a importância atribuída ao papel do TF e do cuidador. Naturalmente, esta alteração acabará por surtir efeitos positivos nas rotinas da criança e no seu desenvolvimento (Cason, 2011; Vismara et al., 2012). Assim, e aliando-se as práticas de ajuda eficaz, tornar-se-á evidente o impacto que a relação estabelecida entre o profissional e os cuidadores gera na evolução da criança.

#### SUBCATEGORIA B.4. – RELAÇÃO TERAPÊUTICA

Atendendo à relação cara-a-cara que o TF estabelece com a criança e com os seus cuidadores, os participantes fizeram menção à alteração percebida nessa relação terapêutica através da teleprática (Tabela 11).

Tabela 11. Subcategoria “Relação Terapêutica” e Respetivos Indicadores

Subcategoria	Indicadores	n
Relação Terapêutica	Diminuição da interação entre terapeuta e criança	5
	Criança mantém o contacto com o terapeuta	1
	Reforço de laços entre terapeuta e pais	1

Na última subcategoria é possível mencionar que cinco participantes (P2, P4, P5, P6, P10) afirmaram que a teleprática acarretou a diminuição da interação entre a criança e o TF. Na perspectiva de P10: “(...) [através da teleprática] a interação da criança com a terapeuta é um pouco mais dificultada (...)”. Apenas um participante (P3) referiu que houve um estreitamento na relação entre o TF e os participantes, salientando que as sessões por teleprática “(...) permitiu criar laços mais fortes entre pais/terapeuta, pois presencialmente não assistimos à consulta e nem sempre temos tempo para conversar sobre ela.” e, por último, também um outro (P4) reforçou que a teleprática permitiu manter a relação terapêutica, tal como era em modo presencial.

Rigolet (2000) indica que o estabelecimento da relação terapêutica e da empatia são fundamentais para o sucesso do processo terapêutico, de maneira que o TF deve apresentar estas competências de interação, comunicação com o outro e de empatia (Carvalho et al., 2016).

Um dos tópicos onde se verificou discordância foi relativamente ao contexto familiar onde é realizada a teleterapia, havendo cuidadores que consideram um contexto favorável e outros que não o indicam como tal. Na bibliografia consultada é possível constatar que este é um contexto do qual se pode retirar mais vantagens. É neste ambiente em que a criança terá mais oportunidades de aprendizagem, dada a sua natural participação diária, pelo que residirá neste contexto o maior potencial de desenvolvimento da criança (Bruder, 2010). Porém, nem sempre o envolvimento e a participação da criança é fácil de obter. As dificuldades ao nível da atenção/foco/concentração parecem ter influência direta na opinião dos cuidadores relativamente à pertinência da intervenção em teleprática, uma vez que muitos cuidadores indicam preferência pelo modo presencial, uma vez que, tal como mencionou P6 “(...) os terapeutas têm mais controlo sobre as crianças (...)”. Atendendo a estes fatores, podemos inferir que a dificuldade dos cuidadores reside no engajamento que

conseguem obter das crianças. Sucede que muitos destes participantes indicaram dificuldades em várias etapas inerentes à terapia, como a obtenção da colaboração das crianças, a execução de tarefas e/ou estratégias indicadas pelo TF, a estruturação do espaço ou seleção de material. Naturalmente, será mais complicado que a criança fique predisposta a colaborar. Desta forma, sobressai a necessidade que os cuidadores têm em aprender como planear e executar todos os passos necessários. Para tal, podemos inferir que uma participação mais efetiva das famílias dará oportunidade ao TF de ensinar/treinar e ao cuidador de aprender e executar, beneficiando da correção e ajuda do terapeuta (Freckmann et al., 2017; Inbar-Furst et al., 2020; Snodgrass et al., 2016; Stredler-Brown, 2017).

Este é um contexto mais exigente, no sentido que conduz os cuidadores a um aumento da sua participação e a outro tipo de planeamento por parte do TF. Odom (2009) afirmou que os TF devem reconhecer que a abordagem centrada na família exige um planeamento mais cuidado, não só em relação à criança, mas também ao seu cuidador, tendo em consideração que, simultaneamente ao seu papel de parceiro comunicativo, o cuidador estará também a aprender a ajudar o TF e a criança. Neste tipo de práticas, o foco da intervenção deixa de ser só o envolvimento da criança nas atividades terapêuticas, mas também o apoiar a família e cuidadores para incorporarem as intervenções dentro das atividades e rotinas do dia a dia (Woods, Wilcox & Friedman, 2011), como se verificou no discurso dos participantes. A reforçar esta conceção estão Hao et al., (2020) ao reiterarem que a assistência parental impulsiona a manutenção e generalização das aquisições da criança.

As perspetivas positivas mencionadas pelos cuidadores parecem advir do seu aumento participativo, através das sessões em teleprática, mesmo que seja ainda reduzida a perceção que têm disso mesmo. Embora se verifique que a maioria dos cuidadores tenha adotado apenas um papel de mediador, o facto de estarem presentes é superior ao papel que adotavam na terapia presencial. Aliás, é possível indicar que, ainda que não estivessem com a intenção de efetivamente adquirirem mais competências para ajudar a criança, verificou-se, em primeira instância, um aumento do conhecimento face às estratégias usadas pelo TF e, em seguida, o aumento do uso mesmas pelos cuidadores. Deste aumento parece resultar o aumento da perceção da sua participação e da relevância do seu papel nas sessões de terapia. Considera-se assim que um papel mais ativo na terapia em modo presencial poderá facilitar posteriormente a adaptação e trabalho em equipa quando em modo online. Qualquer intervenção, que aconteça em contexto clínico, educativo ou outro, quer envolva os pais ou outro interveniente, pode acontecer de acordo com as práticas centradas na família. Esta abordagem irá otimizar as oportunidades de aprendizagem da criança, nos diversos contextos ao longo da semana (Tenforde et al., 2020; Woods et al., 2011).

Paralelamente ao aumento da percepção da sua participação, observa-se também que a perspetiva dos cuidadores é de que houve diminuição da relação terapêutico entre TF e a criança. Independentemente de cinco participantes terem realçado esta questão, isto poderá indicar maior participação e capacitação dos cuidadores, tal como o perceberam. Ao serem mais capazes, o papel do TF passa a ser secundário, sendo apenas um interveniente que apoia todos os outros e que promove o envolvimento (capacitação e corresponsabilização) dos cuidadores no processo terapêutico. A criança passa assim a ter não só o apoio do TF em sessão, mas o apoio dos seus cuidadores em qualquer situação do quotidiano (Almeida et al., 2011; Cason, 2011; Vismara et al., 2012).

Noutra visão dos dados, podemos inferir que um maior envolvimento da família poderá estar dependente da capacidade do TF em adotar uma perspetiva centrada na família, o que pressupõe uma mudança de paradigma, uma vez que a intervenção é ainda muito centrada na criança (Carvalho et al., 2016). Carvalho (2004) sugere que o profissional deve ter a capacidade de focar na família, para além do seu próprio papel enquanto prestador de serviços (*idem*).

A falta de participação regular dos cuidadores leva à diminuição da implementação das estratégias no dia-a-dia da criança, que, por conseguinte, induz a percepção de que é difícil essa utilização (Vismara et al., 2012). Segundo o estudo de Grogan-Johnson et al., (2013), onde se comparou a terapia presencial com a teleprática, descobriram que foram fornecidas mais estratégias por teleprática do que na intervenção presencial (Grogan-Johnson et al., 2013). Assim, a teleprática parece ser um meio favorável à transmissão de estratégias, que levará ao aumento da implementação das mesmas no quotidiano da criança, fomentando o seu desenvolvimento.

Apesar de pouco mencionado, um dos participantes indicou como vantagem o facto da teleprática ser mais económica, comparativamente à terapia presencial. Theodoros (2011) refere com uma das vantagens a forma oportuna, eficiente e económica que a teleprática apresenta. Para além de permitir um maior acesso às famílias a partir do seu contexto, Smith et al., (2003) e Tenforde et al. (2020) corroboram a opinião de Theodoros, afirmando que a teleprática reduz o tempo inerente às deslocações e os custos associados (Taylor et al., 2014). Apesar de não fazer parte dos critérios de seleção de clientes (ASHA, 2008), ter em conta a capacidade económica da família poderá ser também benéfico. Atendendo à abordagem centrada na família, este critério é importante no sentido de permitir o apoio terapêutico à criança, bem como o suporte à família.

Considera-se importante realçar o facto de se verificar que o papel do cuidador parece estar diretamente ligada à perspetiva que o cuidador tem das várias etapas do processo terapêutico e, conseqüentemente, da influência que este tem na evolução da criança. Importa ainda o facto de esta perspetiva ter surgido pela necessidade da alteração do modo como a terapia foi implementada.

Uma vez que todas as crianças cujos cuidadores foram envolvidos no estudo usufruem de terapia em contexto clínico, este parece ser um contexto menos favorável à participação dos cuidadores pela semelhança ao modelo focado na pessoa (Rogers, 1985; Santos, 2005) e uma vez que apenas duas cuidadoras já eram intervenientes na intervenção.

## **5. CONCLUSÃO**

A dissertação realizada enquadra-se no âmbito do Mestrado em Terapia da Fala.

Com a escolha deste tema como objeto do presente estudo exploratório procurou-se aliar o novo meio de intervenção, a teleprática, e descrever qual a perceção que os cuidadores têm relativamente à sua utilização. Pretendeu-se ainda descrever a perceção que têm da sua participação na terapia e das suas repercussões, e como consequência, como as atitudes que advêm desse conhecimento podem contribuir/influenciar a evolução da criança e o aumento da sua qualidade de vida, e da sua família.

Finda a investigação, obteve-se resposta para a questão de partida delineada, contudo não se conseguiu descrever o conhecimento que os cuidadores têm relativamente à importância do seu papel na intervenção (objetivo 4); estes apenas identificaram o seu papel na intervenção, mas não forneceram informação relativamente ao conhecimento que tinham da sua importância na intervenção. Por outro lado, de forma não intencional, foram obtidas outras perceções, nomeadamente sobre o papel do TF, que veio a ser uma das subcategorias do estudo.

Concluiu-se que as perspetivas dos cuidadores apontaram vantagens e desvantagens inerentes à introdução da teleprática, mas também referentes ao aumento da sua participação em si e às várias etapas do processo terapêutico. Os cuidadores revelam uma visão redutora quanto à importância que atribuem à sua participação, pelo que não se verifica estarem muito conscientes acerca dos ganhos obtidos com a sua influência e envolvimento nas sessões de teleprática. Constatou-se que muitos cuidadores demonstram um conhecimento reduzido acerca da influência da sua participação no desenvolvimento da criança, atribuindo a si próprio um papel mediador e não de principal interveniente. Porém, observou-se também que os cuidadores revelaram progressos no que concerne à sua perspetiva face aos resultados obtidos com o aumento da sua participação através da teleprática.

Para além destas conclusões, concluímos que a implementação dos modelos de intervenção junto das famílias é ainda reduzida. Tendo em conta este pressuposto, consideramos que o caminho será fornecer às crianças e suas famílias respostas duradouras para as suas necessidades, mudando-se as conceções de papel típicas atribuídas ao TF e às famílias.

Outra consideração que importa ressaltar diz respeito às questões éticas e deontológicas. Nas entrevistas efetuadas não se abordou este tópico, nem nenhum dos cuidadores o abordou como sendo relevante, pelo que não foi dado destaque na presente investigação. Estando a prestar serviços em modo de teleprática, o TF deve continuar a reger a sua prática profissional pelas condutas do Código Ético e Deontológico da sua profissão (APTF, 1999). As indicações da ASHA (2020b) indicam que o TF deve obter sempre o consentimento informado das famílias, informando-as sobre os possíveis riscos da teleprática, e as questões tecnológicas, de vídeo e áudio envolvidas.

Este estudo apresenta algumas delimitações e limitações que se prendem com diversos fatores. Como primeiro ponto, a seleção dos participantes, que utilizou o critério de conveniência e não o método de amostragem aleatório, pode criar viés aos resultados obtidos; a possibilidade de os participantes serem apoiados por diferentes TF diminuiu o viés, mas não o anulou; a falta de um critério que não permitisse a participação de cuidadores que já estivessem presentes em contexto terapêutico em modo presencial, visto que se verificou que os dois cuidadores que já o faziam apresentaram perspetivas diferentes dos restantes cuidadores; não deveriam ainda fazer parte dos participantes os cuidadores cujas crianças sejam acompanhadas pelo investigador, tal como sucedeu nesta investigação. A sua inclusão poderá aumentar o viés proveniente do possível condicionamento na perspetiva partilhada pelos participantes.

Apresenta igualmente limitações sobre as quais importa refletir.

A primeira prende-se com a falta de experiência na realização de entrevistas da investigadora o que ficou evidente aquando da interpretação de palavras ou frases das transcrições, em algumas situações parecia que a ideia do cuidador não estava completa. Segundo Carmo & Ferreira (2008), uma entrevista requer certas capacidades por parte do participante, na forma como a conduz para obter a informação que pretende, no saber ouvir no saber interrogar. Assim, a qualidade da mesma está, em parte, dependente do participante (Denzin & Lincoln, 1994 citado por Tegethof, 2007). Os tópicos abordados poderiam ter sido aprofundados no momento da entrevista e, por conseguinte, ter-se-ia obtidos resultados que possibilitariam outro tipo de análise.

Em relação à entrevista propriamente dita, sugerem-se algumas alterações: – inclusão no guião da entrevista da definição do conceito de teleprática. Tal permitirá um esclarecimento antecipado do tópico sobre o qual irá decorrer a conversação; – inclusão de uma questão relativa às estratégias que os TF mais ensinaram/partilharam em teleprática, uma vez que se verificou ser um tópico mencionado e para o qual não se antecipou uma questão.

A outra limitação está relacionada com as datas da implementação da entrevista. A mesma foi coincidente com o período de férias de vários profissionais da rede de contactos, bem como de muitas famílias, condicionando o número de participantes bem como a quantidade de entrevistas

realizadas. Uma seleção de datas diferente poderia ter promovido uma colaboração de mais participantes. Da mesma forma, o curto espaço de tempo em que se realizou o estudo foi também uma limitação.

Sugere-se que, futuramente, possam ser realizadas diferentes investigações onde sejam averiguadas quais as patologias mais indicadas para usufruir da teleprática, tentando-se identificar quais as modalidades mais ou menos benéficas, de acordo com as características das crianças; onde se compare a teleprática implementada através de diferentes dispositivos tecnológicos (p. ex.: computador vs. telemóvel) e até através de diferentes plataformas de comunicação online (p. ex.: Skype ou Zoom), tal como ocorreu no estudo de Behl & Kahn (2015). Seria também interessante realizar um estudo no sentido de questionar os TF quanto às exigências da teleprática, como a organização da sessão, a preparação de material, o engajamento dos cuidadores e das crianças à distância, comparando as modalidades presencial e online, bem como comparar a adaptação rápida exigida dada a contingência em que foi iniciada com a utilização da teleprática já sistematizada e organizada. Seria ainda pertinente criar e validar protocolos que facilitem a transição de competências para os cuidador quando em teleprática; elaborar e validar instrumentos que permitam aos cuidadores identificarem as suas limitações (podendo ser para partes do processo ou para todo o processo terapêutico) de modo a que o TF os possa ajudar a ultrapassá-las.

Por fim, sugere-se ainda replicar esta investigação noutras populações, nomeadamente as que estão familiarizadas com modelos de I.P., onde já são um elemento crucial na intervenção, no sentido de se averiguar se a sua perspetiva é ou não distinta da dos cuidadores que, habitualmente, não são elementos-chave na intervenção.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aires, L. (2011). Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional. Universidade Aberta.
- Akemoglu, Y., Muharib, R., & Meadan, H. (2019). A Systematic and Quality Review of Parent-Implemented Language and Communication Interventions Conducted via Telepractice. *Journal of Behavioral Education*, 29(2), 282–316. <https://doi.org/10.1007/s10864-019-09356-3>
- Almeida, I. C. (2011). A intervenção centrada na família e na comunidade: O hiato entre as evidências e as práticas. *Análise Psicológica*, 29(1), 5–25. <https://doi.org/10.14417/ap.36>
- Almeida, I. C., Carvalho, L., Ferreira, V., Lopes, S., Pinto, A. I., Portugal, G., Santos, P., & Serrano, A. M. (2011). Práticas de intervenção precoce baseadas nas rotinas: Um projecto de formação e investigação. *Análise Psicológica*, 29(1), 83–98. <https://doi.org/10.14417/ap.41>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2008). Roles and Responsibility of Speech-language Pathologist in Early Intervention: Technical Report [Technical Report]. [www.asha.org/policy/PS2008-00291/](http://www.asha.org/policy/PS2008-00291/)
- American Speech-Language-Hearing Association. (2019). Who are Speech-Language Pathologists, and What Do They Do? <https://www.asha.org/public/Who-Are-Speech-Language-Pathologists/>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2020a). Telepractice: Overview. <https://www.asha.org/Practice-Portal/Professional-Issues/Telepractice/>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2020b). Top 10 Ethical Considerations in Using Telepractice. <https://leader.pubs.asha.org/doi/10.1044/2020-0513-ethics-telepractice/full/>
- Aradas, A. C. (2019). Abordagem Baseada nas Rotinas - Perceção dos Terapeutas da Fala : Vol. Master Deg. Universidade Fernando Pessoa.
- Ashburner, J., Vickerstaff, S., Beetge, J., & Copley, J. (2016). Remote versus face-to-face delivery of early intervention programs for children with autism spectrum disorders: Perceptions of rural families and service providers. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 23, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2015.11.011>
- Bardin, L. (2014). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, A., & Lehfeld, N. (2007). *Fundamentos de Metodologia Científica (3a Edição)*. Lisboa: Pearson.
- Barton, E. E., Pribble, L., & Chen, C. I. (2013). The Use of E-Mail to Deliver Performance-Based Feedback to Early Childhood Practitioners. *Journal of Early Intervention*, 35(3), 270–297.

- <https://doi.org/10.1177/1053815114544543>
- Behl, D., & Kahn, G. (2015). Provider Perspectives on Telepractice for Serving Families of Children Who Are Deaf or Hard Hearing. *International Journal of Telerehabilitation*, 84(december), 487–492. <http://ir.obihiro.ac.jp/dspace/handle/10322/3933>
- Bogdan, R., & Biklen, S. (2003). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos* (12th ed.).
- Boisvert, M. K., & Hall, N. (2019). Telepractice for School-Based Speech and Language Services: A Workload Management Strategy. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 4(1), 211–216. [https://doi.org/10.1044/2018\\_pers-sig18-2018-0004](https://doi.org/10.1044/2018_pers-sig18-2018-0004)
- Breia, G., Almeida, I., & Colôa, J. (2004). *Conceitos e Práticas em Intervenção Precoce*. Ministério da Educação, Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular.
- Brennan, D., Georgeadis, A., & Baron, C. (2002). Telerehabilitation tools for the provision of remote speech-language treatment. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 8(4), 71–78. <https://doi.org/10.1310/U7KV-DY7U-Q6QP-LVBP>
- Brennan, D. M., Georgeadis, A. C., Baron, C. R., & Barker, L. M. (2004). The effect of videoconference-based telerehabilitation on story retelling performance by brain-injured subjects and its implications for remote speech-language therapy. *Telemedicine and E-Health*, 10(2), 147–154. <https://doi.org/10.1089/tmj.2004.10.147>
- Brinkmann, S. E., & Kvale, S. (2015). *Interviews: learning the craft of qualitative research interviewing* (3a ed.). SAGE Publications, Inc.
- Brown, J. E., & Carpenedo, D. J. (2006). Managing urban speech therapy caseloads successfully by using telehealth. *Caring*, 25(9), 54–56.
- Bruder, M. (2010). Early childhood intervention: A promise to children and families for their future. *Council for Exceptional Children*. Council for Exceptional Children, 76, 339–355.
- Caesar, L., & Ottley, S. (2020). Assessing Communication, Language and Speech in Preschool Children. In Routledge (Ed.), *Psychoeducational Assessment of Preschool Children* (5th ed.).
- Capelo, F. (2000). Aprendizagem Centrada na Pessoa: Contribuição para a compreensão do modelo educativo proposto por Carl Rogers. *Revista de Estudos Rogerianos A Pessoa Como Centro*. 5.
- Carey, B., O'Brian, S., Onslow, M., Block, S., Jones, M., & Packman, A. (2010). Randomized controlled non-inferiority trial of a telehealth treatment for chronic stuttering: The Camperdown Program. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 45(1), 108–120. <https://doi.org/10.3109/13682820902763944>
- Carmo, H., & Ferreira, M. (2008). *Metodologia de Investigação: guia para auto-aprendizagem* (2nd

- ed.). Universidade Aberta.
- Carvalho, L., Pinto, A. I., Serrano, A. M., Grande, C., Almeida, I. C. de, Felgueiras, I., Fernandes, J. B., Serpa Pimentel, J., Castro, L. de M. B. de, Beltrão, L., Santos, P., Brandão, T., & Franco, V. (2016). *Práticas recomendadas em intervenção precoce na infância – um guia para profissionais* (1a edição). ANIP.
- Cason, J. (2011). Telerehabilitation: An Adjunct Service Delivery Model for Early Intervention Services. *International Journal of Telerehabilitation*, 3(1), 19–30. <https://doi.org/10.5195/ijt.2011.6071>
- Cervo, A., & Bervian, P. (2002). *Metodologia Científica* (5th ed.). Prentice Hall.
- Cole, B., Pickard, K., & Stredler-Brown, A. (2019). Report on the use of telehealth in early intervention in colorado: Strengths and challenges with telehealth as a service delivery method. *International Journal of Telerehabilitation*, 11(1), 33–40. <https://doi.org/10.5195/ijt.2019.6273>
- Comité Permanet de Liaison des Orthophonistes–Logopédes (CPLOL). (1997). *Perfil Profissional dos Terapeutas da Fala da União Europeia*. <https://www.cplol.eu/documents/official-documents/professional-profile/147-profil-professionnel-europen/file.html>
- Cordeiro, D. (2000). *Da inclusão dos pais no atendimento fonoaudiológico de crianças com sintomas de linguagem: o que diz a literatura*. Dissertação de mestrado. Sao Paulo, Pontificia Universidade Catolica.
- Costa, C. (2017). *Práticas centradas na Família e os Resultados Familiares: Avaliação de Práticas de Intervenção Precoce na perspetiva da Família: Vol. Mestrado*. Universidade do Minho.
- Coufal, K., Parham, D., Jakubowitz, M., Howell, C., & Reyes, J. (2018). Comparing traditional service delivery and telepractice for speech sound production using a functional outcome measure. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27(1), 82–90. [https://doi.org/10.1044/2017\\_AJSLP-16-0070](https://doi.org/10.1044/2017_AJSLP-16-0070)
- Coulter, A., & Ellins, J. (2006). *Patient-focused interventions – a review of the evidence*. The Health Foundation. Picker Institute Europe.
- Coutinho, C. (2008). A qualidade da investigação educativa de natureza qualitativa: questões relativas à fidelidade e validade. *Educacao Unisinos*, 12(1), 5–15. <https://doi.org/10.4013/5291>
- Coutinho, C. P. (2015). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2a edição). Edições Almedina.
- Denton, D. R., & Gladstone, V. S. (2005). Ethical and legal issues related to telepractice. *Seminars in Hearing*, 26(1), 43–52. <https://doi.org/10.1055/s-2005-863794>

- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2000). *Handbook Qualitative Research* (2nd ed.). Sage Publications.
- Desjardin, J. L. (2005). Maternal perceptions of self-efficacy and involvement in the auditory development of young children with prelingual deafness. *Journal of Early Intervention*, 27(3), 193–209. <https://doi.org/10.1177/105381510502700306>
- Dias, A. (2008). *Ética Profissional em Terapêutica da Fala*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Direção Geral da Saúde. (2020). Novo Coronavírus COVID-19 - Distanciamento Social. <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/04/Distanciamento-social-07-04-2020.pdf>
- Dunst, C., Boyd, K., Trivette, C., & Hamby, D. (2002). Family-oriented program models and professional helpgiving practices. *Family Relations*, 51(3), 221–229. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2002.00221.x>
- Dunst, C., & Espe-Sherwindt, M. (2016). Family-Centered Practices in Early Childhood Intervention. In *Handbook of early childhood special education* (pp. 37–55). Springer International Publishing.
- Dunst, C. J. (2000). Revisiting “Rethinking Early Intervention.” *Early Intervention: The Essential Readings*, 262–283. <https://doi.org/10.1002/9780470755778.ch10>
- Dunst, C. J., Raab, M., Trivette, C. M., & Swanson, J. (2010). Community-Based Everyday Child Learning Opportunities. In R.A. McWilliam, *Working with families of young children’s with special needs*. New York: Guildford Press.
- Dunst, C., Trivette, C., & Deal, A. (1988). *Enabling and empowering families: Principles and guidelines for practice*. Cambridge, MA: Brookline Books.
- Fitton, L., Bustamante, K. N., & Wood, C. (2017). The Social Validity of Telepractice among Spanish-Speaking Caregivers of English Learners: An Examination of Moderators. *International Journal of Telerehabilitation*, 9(2), 13–24. <https://doi.org/10.5195/ijt.2017.6227>
- Fong, R., Tsai, C. F., & Yiu, O. Y. (2020). The Implementation of Telepractice in Speech Language Pathology in Hong Kong During the COVID-19 Pandemic. *Telemedicine Journal and E-Health : The Official Journal of the American Telemedicine Association*, 00(00), 1–9. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0223>
- Freckmann, A., Hines, M., & Lincoln, M. (2017). Clinicians’ perspectives of therapeutic alliance in face-to-face and telepractice speech-language pathology sessions. *Int J Speech Lang Pathol*, 19(3), 287–296. <https://doi.org/10.1080/17549507.2017.1292547>
- Galleta, A. (2013). *Mastering the Semi-Structured Interview and Beyond: From Research Design to ...* – Anne Galletta – Google Books. . New York Univerity Press.

- Gibson, J. L., Pennington, R. C., Stenhoff, D. M., & Hopper, J. S. (2010). Using Desktop Videoconferencing to Deliver Interventions to a Preschool Student With Autism. *Topics in Early Childhood Special Education, 29*(4), 214–225. <https://doi.org/10.1177/0271121409352873>
- Givigi, R., Santos, A., & Ramos, G. (2011). Um novo olhar sobre participação da família no processo terapêutico. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, 22*(3).
- Grogan-Johnson, S., Alvares, R., Rowan, L., & Craghead, N. (2010). A pilot study comparing the effectiveness of speech language therapy provided by telemedicine with conventional on-site therapy. *Journal of Telemedicine and Telecare, 16*(3), 134–139. <https://doi.org/10.1258/jtt.2009.090608>
- Grogan-Johnson, S., Schmidt, A. M., Schenker, J., Alvares, R., Rowan, L. E., & Taylor, J. (2013). A comparison of speech sound intervention delivered by telepractice and side-by-side service delivery models. *Communication Disorders Quarterly, 34*(4), 210–220. <https://doi.org/10.1177/1525740113484965>
- Guralnick, M. J. (2005). Early intervention for children with intellectual disabilities: Current knowledge and future prospects. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 18*(4), 313–324. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2005.00270.x>
- Haddad, N. (2004). *Metodologia de estudos em ciências da saúde: Como planejar, analisar e apresentar um trabalho científico* (1st ed.). ROCA.
- Hall, N., Boisvert, M., Jellison, H., & Andianopoulos, M. (2014). Language intervention via text-based tele-AAC: A case study comparing on-site and telepractice services. *Perspectives on Telepractice, 4*(2), 61–70.
- Hall, Nerissa, Boisvert, M., & Steele, R. (2013). Telepractice in the Assessment and Treatment of Individuals with Aphasia: A Systematic Review. *International Journal of Telerehabilitation, 5*(1). <https://doi.org/10.5195/ijt.2013.6119>
- Hanson, M., & Lynch, E. (2013). *Understanding Families – Supportive Approaches to Diversity, Disability, and Risk* (2nd ed.). Brookes Publishing.
- Hao, Y., Franco, J. H., Sundarajan, M., & Chen, Y. (2020). A Pilot Study Comparing Tele-therapy and In-Person Therapy: Perspectives from Parent-Mediated Intervention for Children with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord.* <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04439-x>
- Harry, B. (2008). Collaboration with culturally and linguistically diverse families: Ideal versus reality. *Exceptional Children, 74*(3), 372–388. <https://doi.org/10.1177/001440290807400306>
- Hill, A. J., & Breslin, H. M. (2016). Refining an asynchronous telerehabilitation platform for speech-language pathology: Engaging end-users in the process. *Frontiers in Human Neuroscience,*

- 10(DEC2016), 1–21. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00640>
- Hill, M. M., & Hill, A. (2008). *Investigação por Questionário* (2nd ed.). Edições Sílabo.
- Hochman, B, Nahas, F., Filho, O., & Ferreira, L. (2005). Research designs. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20(2), 2–9.
- Hochman, Bernardo, Nahas, F. X., Filho, R. S. de O., & Ferreira, L. M. (2005). Desenhos de pesquisa. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20(2). <http://www.scielo.br/acb>
- Inbar-Furst, H., Douglas, S. N., & Meadan, H. (2020). Promoting Caregiver Coaching Practices Within Early Intervention: Reflection and Feedback. *Early Childhood Education Journal*, 48(1), 21–27. <https://doi.org/10.1007/s10643-019-00980-2>
- International Association of Logopedics. (2010). Revised IALP education guidelines (September 1, 2009): IALP Guidelines for initial education in speech–language pathology. *Folia Phoniatria et Logopaedica : Official Organ of the International Association of Logopedics and Phoniatics (IALP)*, 62(5), 210–216. <https://doi.org/10.1159/000314782>
- Jakubovicz, R. (2004). *Avaliação em Voz, fala e linguagem* (Revinter (ed.)).
- Joffe, H., & Yardley, L. (2004). Content and thematic analysis. In S. Publications (Ed.), *Research Methods for Clinical and Health Psychology* (pp. 56–68).
- Jung, L. (2012). Identificar os apoios às famílias e outros recursos. In R. A. MacWilliam (Ed.), *Trabalhar com as famílias de Crianças com Necessidades Especiais* (pp. 19–37). Porto Editora.
- Keck, C. S., & Doarn, C. R. (2014). Telehealth technology applications in speech–language pathology. *Telemed J E Health*, 20(7), 653–659. <https://doi.org/10.1089/tmj.2013.0295>
- Kersner, M., & Wright, J. A. (2013). *Speech and Language Therapy: The decision–making process when working with children* (2nd ed.). London: Routledge.
- Lambie, R. (2000). *Family Systems within educational contexts* (Love Publishing Company (ed.)).
- Langkamp, D. L., McManus, M. D., & Blakemore, S. D. (2015). Telemedicine for children with developmental disabilities: A more effective clinical process than office–based care. *Telemedicine and E–Health*, 21(2), 110–114. <https://doi.org/10.1089/tmj.2013.0379>
- Law, J., Dennis, J. A., & Charlton, J. J. V. (2017). Speech and language therapy interventions for children with primary speech and/or language disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012490>
- Machado, M. A., Santos, P. Â., & Espe-Sherwindt, M. (2017). Envolvimento participativo de famílias no processo de apoio em Intervenção Precoce na Infância Participatory involvement in Early Childhood Intervention. *Saber & Educar*, 23, 122. <https://doi.org/10.17346/se.vol23.280>
- Magina, E. (2011). *Qualidade de Vida e Funcionamento das Famílias de Crianças dos 0 aos 6 anos*. Universidade do Minho.

- Mahoney, G., & MacDonald, J. (2007). *Autism and Developmental Delays in Young Children: The Responsive Teaching Curriculum for Parents and Professionals*. PRO-ED.
- Mashima, P. A., & Doarn, C. R. (2008). Overview of telehealth activities in speech-language pathology. *Telemedicine and E-Health*, 14(10), 1101–1117. <https://doi.org/10.1089/tmj.2008.0080>
- McWilliam, R. A., Kruif, R. E. L. D., & Zulli, R. A. (2002). The observed construction of teaching: Four contexts. *Journal of Research in Childhood Education*, 16(2), 148–161. <https://doi.org/10.1080/02568540209594981>
- McCarthy, M., Duncan, J., & Leigh, G. (2012). Telepractice: The Australian experience in an international context. *Volta Review*, 112(3), 297–312.
- McCarthy, M., Leigh, G., & Arthur-Kelly, M. (2020). 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>
- McCue, M., Fairman, A., & Pramuka, M. (2010). Enhancing Quality of Life through Telerehabilitation. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 21(1), 195–205. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2009.07.005>
- McCullough, A. (2001). Viability and effectiveness of teletherapy for pre-school children with special needs. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 36(SUPPL.), 321–326. <https://doi.org/10.3109/13682820109177905>
- McWilliam, P. (2003). *Práticas de Intervenção Precoce Centradas na Família*. In P. McWilliam, P. Winton, & E. Crais (Eds.), *Estratégias Práticas para a Intervenção Precoce Centrada na Família*. Porto Editora.
- Mendes, A., Guerreiro, D., Rodrigues, I., & Moreira, M. (2020). *Telessaúde e Terapia da Fala – Considerações gerais SPTF*.
- Mendes, A., Santos, M., Oliveira, I., Frey, A., Mogas, S., Cunha, M., ..., & Vital, A. (2004). *Implementação do Processo de Bolonha e a Formação na Área da Terapia da Fala – Implementação do Processo de Bolonha a Nível Nacional por Área do Conhecimento – Tecnologias da Saúde*.
- Minor, L., Dubard, M., & Luiselli, J. K. (2014). Improving intervention integrity of direct-service practitioners through performance feedback and problem solving consultation. *Behavioral Interventions*, 29(2), 145–156. <https://doi.org/10.1002/bin.1382>
- Moffatt, J. J., & Eley, D. S. (2011). Barriers to the up-take of telemedicine in Australia – a view from providers. *Rural and Remote Health*, 11, 1581.
- Monsen, E., & Horn, V. (2008). *Research: Successful Approaches*. American Dietetic Association.
- Moraes, R. (1999). Análise de conteúdo. *Revista Educação*. 37 (22), 7–32.

- Murteira, B. J. (1993). *Análise exploratória de dados: Estatística descritiva*. McGraw-Hill.
- Neto, P. (2002). *Estatística*. Edições Blucher Ltda.
- Odom, S. L. (2009). The Tie That Binds: Evidence-Based Practice, Implementation Science, and Outcomes for Children. *Topics in Early Childhood Special Education*, 29(1), 53–61.
- Ordem dos Psicólogos. (2020). *Prestação de Serviços de Psicologia Mediados Por Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC): Linhas de Orientação para a prática profissional da Ordem dos Psicólogos Portugueses*. [www.ordemdospsicologos.pt](http://www.ordemdospsicologos.pt)
- Owens, R. (2012). *Language Development – An Introduction* (8th ed.). Pearson Education Inc.
- Papalia, D. E., Olds, S., & Feldman, R. (2001). *O Mundo da Criança*. McGraw-HillCompanies, Inc.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3a ed.). SAGE.
- Peixoto, V. (2007). *Perturbações da Comunicação: a importância da detecção precoce*. Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Pereira, A. P., & Serrano, A. M. (2010). Abordagem Centrada na Família em Intervenção Precoce: Perspectivas Histórica, Conceptual e Empírica. *Revista Diversidades*, 27, 4–10. [http://www02.madeira-edu.pt/Portals/5/documentos/PublicacoesDRE/Revista\\_Diversidades/dwn\\_pdf\\_ACrescer\\_27.pdf#page=4](http://www02.madeira-edu.pt/Portals/5/documentos/PublicacoesDRE/Revista_Diversidades/dwn_pdf_ACrescer_27.pdf#page=4)
- Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. (2020). Definição. <https://hiperatividade.com.pt/definicao/>
- Pimentel, J. (2005). *Intervenção focada na família: desejo ou realidade*. In Secretariado Nacional de Reabilitação e Integração .... [http://193.137.135.181/BiblioNET/Upload/Intervenção focada na família.pdf](http://193.137.135.181/BiblioNET/Upload/Intervenção%20focada%20na%20família.pdf)
- Pinto, M. J. de S. (2012). *Utilização de Práticas Contextualmente Mediadas pelos Profissionais das ELI Norte*. 163. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/24499>
- Pivek, E., Harvey-Northrop, J., & Adelman, K. (2019). *ISU ReD : Research and eData Considerations For Implementing a Telerehabilitation Treatment Program For Individuals With Chronic Aphasia* Department of Communication Sciences and Disorders.
- Prates, A., & Silva, E. (2011). *A Terapia da Fala em Portugal*. *Distúrbios Da Comunicação*. ISSN 2176-2724, 23(3), 365–368.
- Rao, P., & Yashaswini, R. (2018). Telepractice in Speech-Language Pathology and Audiology: Prospects and Challenges. *Journal of Indian Speech Language & Hearing Associatio*, 32, 67–72. [https://doi.org/10.4103/jisha.JISHA\\_39\\_17](https://doi.org/10.4103/jisha.JISHA_39_17)
- Ribeiro, J. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde* (2nd ed.).
- Rigolet, S. (2000). *Os Três P – Precoce, Progressivo, Positivo – Comunicação e Linguagem para*


- uma pela Expressa.
- Rogers, C. R. (1985). *Tornar-se pessoa* (7.a ed). Moraes Editores: Lisboa.
- Sameroff, A., & Chandler, M. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In *Review of child development research* (pp. 187–244). University Chicago Press.
- Santos, C. (2005). Abordagem centrada na pessoa: relação terapêutica e processo de mudança. *Revista Do Serviço de Psiquiatria Do Hospital Fernando Fonseca*, 18–23. <http://repositorio.hff.min-saude.pt/handle/10400.10/592>
- Serrano, A. (2007). *Rede Sociais de Apoio e Sua elevância para a Intervenção Precoce* (Porto Editora (ed.)).
- Serrano, A. M., & Correia, L. M. (2000). Intervenção Precoce Centrada na Família: Uma Perspectiva Ecológica de Atendimento. In L. M. Correia & A. M. Serrano (Eds.), *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce, Das Práticas Centradas na Criança às Práticas Centradas na Família*. Porto Editora.
- Silva, A., & Fossá, M. (2015). Análise de Conteúdo: Exemplo de Aplicação da Técnica para Análise de Dados Qualitativos. *Qualit@s Revista Eletrônica*, 17(1).
- Sim-Sim, I. (1998). *Desenvolvimento da Linguagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Smith, A. C., Thomas, E., Snoswell, C. L., Haydon, H., Mehrotra, A., Clemensen, J., & Caffery, L. J. (2020). Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of Telemedicine and Telecare*, 26(5), 309–313. <https://doi.org/10.1177/1357633X20916567>
- Snodgrass, M. R., Chung, M. Y., Biller, M. F., Appel, K. E., Meadan, H., & Halle, J. W. (2016). 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>
- Soares, N. S., & Langkamp, D. L. (2012). Telehealth in Developmental–Behavioral Pediatrics. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 33(8), 656–665. <https://doi.org/doi:10.1097/dbp.0b013e3182690741>
- Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala. (2020a). Lançamento Online do e-book TELEPRÁTICA EM TERAPIA DA FALA. (27 de Outubro de 2020). In Facebook. <https://www.facebook.com/SPTF.org.pt/videos/271593790857182>
- Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala. (2020b). *Teleprática em Terapia da Fala – linhas orientadoras para terapeutas da fala* (1 ed.). Papa-letras.
- Speech Pathology Australia (2014). *Telepractice in Speech Pathology* [Position Statement]. [https://www.speechpathologyaustralia.org.au/SPAweb/Members/Position\\_Statements/](https://www.speechpathologyaustralia.org.au/SPAweb/Members/Position_Statements/)

- Position\_Statements.aspx?hkey=b1a46941-246c-4609-bacc-1c1b5c52d19d#tp
- Stredler-Brown, A. (2017). Examination of coaching behaviors used by providers when delivering early intervention via telehealth to families of children who are deaf or hard of hearing. *Perspectives of the ASHA Special Interest Group SIG 9, 2(Part 1)*, 25–42.
- Sutherland, R., Hodge, A., Trembath, D., Drevensek, S., & Roberts, J. (2016). Overcoming Barriers to Using Telehealth for Standardized Language Assessments. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups, 1(18)*, 41–50. <https://doi.org/10.1044/persp1.sig18.41>
- Sutherland, R., Trembath, D., Hodge, A., Drevensek, S., Lee, S., Silove, N., & Roberts, J. (2017). Telehealth language assessments using consumer grade equipment in rural and urban settings: Feasible, reliable and well tolerated. *J Telemed Telecare, 23(1)*, 106–115. <https://doi.org/10.1177/1357633X15623921>
- Taylor, O. D., Armfield, N. R., Dodrill, P., & Smith, A. C. (2014). A review of the efficacy and effectiveness of using telehealth for paediatric speech and language assessment. *Journal of Telemedicine and Telecare, 20(7)*, 405–412. <https://doi.org/10.1177/1357633X14552388>
- Tegethof, M. I. S. C. de A. (2007). Estudos sobre a Intervenção Precoce em Portugal: Ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias: Vol. I. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Tenforde, A. S., Borgstrom, H., Polich, G., Steere, H., Davis, I. S., Cotton, K., O'Donnell, M., & Silver, J. K. (2020). Outpatient Physical, Occupational, and Speech Therapy Synchronous Telemedicine; A Survey Study of Patient Satisfaction with Virtual Visits during the COVID-19 Pandemic. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 99(11)*, 977–981. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000001571>
- Theodoros, D. (2011). Telepractice in Speech-Language Pathology: The Evidence, the Challenges, and the Future. *Perspectives on Telepractice, 1(1)*, 10–21. <https://doi.org/10.1044/tele1.1.10>
- Theodoros, D. (2012). A new era in speech-language pathology practice: Innovation and diversification. *International Journal of Speech-Language Pathology, 14(3)*, 189–199. <https://doi.org/10.3109/17549507.2011.639390>
- Tohidast, S. A., Mansuri, B., Bagheri, R., & Azimi, H. (2020). Provision of speech-language pathology services for the treatment of speech and language disorders in children during the COVID-19 pandemic: Problems, concerns, and solutions. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 138(May)*, 110262. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2020.110262>
- Tomeny, K. R., McWilliam, R. A., & Tomeny, T. S. (2019). Caregiver-Implemented Intervention for Young Children with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review of Coaching Components. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders, 7(2)*, 168–181.

- <https://doi.org/10.1007/s40489-019-00186-7>
- Trivette, C., & Dunst, C. (2014). Community-Based Parent Support Programs. *Encyclopedia of Early Childhood Development* (3rd ed.).
- Vismara, L. A., Young, G. S., & Rogers, S. J. (2012). Telehealth for Expanding the Reach of Early Autism Training to Parents. *Autism Research and Treatment*, 2012, 1–12. <https://doi.org/10.1155/2012/121878>
- Waite, M. C., Theodoros, D. G., Russell, T. G., & Cahill, L. M. (2010). Internet-based telehealth assessment of language using the CELF-4. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 41(4), 445–458. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2009/08-0131\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2009/08-0131))
- Wales, D., Skinner, L., & Hayman, M. (2017). The Efficacy of Telehealth-Delivered Speech and Language Intervention for Primary School-Age Children: A Systematic Review. *International Journal of Telerehabilitation*, 9(1).
- Weidner, K., & Lowman, J. (2020). Telepractice for Adult Speech-Language Pathology Services: A Systematic Review. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 5(1), 326–338. [https://doi.org/10.1044/2019\\_persp-19-00146](https://doi.org/10.1044/2019_persp-19-00146)
- Woods, J., Wilcox, J., Friedman, M., & Murch, T. (2011). Collaborative Consultation in Natural Family-Centered Supports and Services. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 42(July), 379–393. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2011/10-0016\)b](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2011/10-0016)b)
- Yang, H. W., Burke, M., Isaacs, S., Rios, K., Schraml-Block, K., Aleman-Tovar, J., Tompkins, J., & Swartz, R. (2020). Family Perspectives toward Using Telehealth in Early Intervention. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. <https://doi.org/10.1007/s10882-020-09744-y>
- Zoom Video Communications. (2020). Using Zoom for Telehealth & Virtual Care. <https://blog.zoom.us/using-zoom-for-telehealth-virtual-care/>

## 7. ANEXOS

### I – Autorização da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde do Porto

<b>ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE</b> POLITÉCNICO DO PORTO	<b>P. PORTO</b>
<b>PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA</b>	
<p>Número de Registo da Comissão de Ética: E0034A Data receção do Documento: 21/07/2020 Existência de entradas anteriores: Não</p>	
<p><b>TÍTULO DO TRABALHO:</b> Perspetiva dos cuidadores face à utilização da teleterapia na terapia da fala <b>INVESTIGADOR RESPONSÁVEL:</b> Ana Raquel Oliveira Raposo</p>	
<p><b>DATA PREVISTA PARA A REALIZAÇÃO DO TRABALHO:</b> Início 13/06/2020   Fim 30/10/2020</p>	
<p><b>RESUMO DO ESTUDO</b></p>	
<p><b>OBJETIVOS:</b> Nada a referir.</p> <p><b>AMOSTRA:</b> Cuidadores de crianças em idade pré-escolar com diagnóstico de perturbação da linguagem. O contato e recrutamento será realizado pelas redes sociais e contactos pessoais de investigador.</p> <p><b>FORMULÁRIO DE DADOS A RECOLHER:</b> questionário para recolha variáveis idade, género, habilitações literárias e profissão seguido do guião de entrevista com 8 questões de resposta aberta que procuram dar resposta aos objetivos do trabalho.</p> <p>Questionário para avaliação de boas práticas de gestão da gravidez em profissionais de medicina nuclear. Apresentado e não permite a identificação do participante.</p> <p><b>MATERIAL:</b> Nada a referir.</p> <p><b>MÉTODOS:</b> Refere recolha da informação por entrevista em videoconferência via plataforma zoom, em que previamente os entrevistados autorizam a gravação da entrevista, que podem ter camera desligada e sua identificação anonimizada. Os dados de áudio gravados serão guardados em computador fixo, de acesso restrito investigadora, e serão destruídos após publicação do trabalho.</p> <p><b>RISCOS:</b> Referência a que são inexistentes.</p> <p><b>CONSENTIMENTO INFORMADO:</b> Presente</p> <p><b>AUTORIZAÇÃO PELOS RESPONSÁVEIS LOCAIS:</b> Apresentada ATCTF.</p> <p><b>APRECIÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA:</b> Reforça-se a importância de</p> <p><b>PARECER FINAL DA COMISSÃO DE ÉTICA:</b> De acordo com os dados analisados, o parecer é favorável desde que cumpridas todas as diretrizes submetidas a esta Comissão, recomendando-se que a decisão seja suspensa caso haja algum incumprimento grave.</p>	
26/07/2020	Assinado por : <b>PEDRO MANUEL RIBEIRO DA ROCHA MONTEIRO</b> Num. de identificação: BI091328560
	1/1

## II – Termo de Consentimento Informado

P.PORTO

ESCOLA  
SUPERIOR  
DE SAÚDE  
POLITÉCNICO  
DO PORTO

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

**DESIGNAÇÃO DO ESTUDO:** *Perspetiva dos Cuidadores Face à Utilização da Teleterapia e Terapia da Fala*

#### **Declaração de Consentimento Informado**

(Conforme RGPD, a Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro e a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964, Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong Kong 1989, Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Washington 2002, Tóquio 2004, Seul 2008, Fortaleza 2013) – quando se aplicar

Eu, abaixo-assinado, \_\_\_\_\_:

Fui informado de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a identificar a perspetiva que os cuidadores têm relativamente à utilização da teleterapia nas sessões de terapia fala e a averiguar qual a visão dos mesmos sobre a sua participação no processo terapêutico.

Sei que neste estudo está prevista a realização de uma entrevista, **em formato de videoconferência** tendo-me sido explicado que os dados vão ser recolhidos em formato de áudio e que a confidencialidade dos dados recolhidos será garantida, através do seu armazenamento em computador à guarda da investigadora, sendo os registos áudio destruídos permanentemente após a transcrição.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais, como prevê a lei de Proteção de Dados, Artigo 5.º alínea e).

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo ou durante a videoconferência, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo a confidencialidade e o anonimato dos participantes.

Nome do Investigador e Contacto: **Ana Raquel Oliveira Raposo, anaraposo.tf@gmail.com**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 8. APÊNDICES

### I – Guião da Entrevista para caracterização sociodemográfica dos terapeutas da fala

<b>P.PORTO</b>	ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
<b>Guião de entrevista para Terapeutas da Fala</b>	
A utilizar para a caracterização geral do TF e respetivos clientes:	
<b>Terapeutas da fala</b>	Gostaria de saber alguns informações para a caracterização geral dos intervenientes no estudo. Para tal, necessito de saber algumas informações sobre o sua situação profissional e alguns dados da criança X:  1. Há quanto tempo exerce funções como terapeuta da fala? 2. Em que zona do país, e em que contexto (público ou privado)? 3. Há quanto tempo a criança X é acompanhada em terapia da fala (modo presencial)? 4. Qual o diagnóstico da criança X?

## II – Guião da Entrevista para caracterização sociodemográfica dos cuidadores

**P.PORTO**

**ESCOLA  
SUPERIOR  
DE SAÚDE**

### Guião de entrevista para Cuidadores

A utilizar para a caracterização geral dos cuidadores e respetiva criança:

<b>Cuidadores</b>	Gostava de começar esta entrevista, perguntando alguns dados sobre si e sobre o seu filho:  a) Qual a sua idade? b) e o seu nível de escolaridade? c) qual a sua profissão atualmente? d) qual a idade atual do seu filho?
-------------------	---

### III – Guião de Entrevista para os cuidadores



ESCOLA  
SUPERIOR  
DE SAÚDE

#### Projeto de Investigação – Mestrado em Terapia da Fala

“Perspetiva dos Cuidadores Face à utilização da teleterapia na Terapia da Fala”

No âmbito do Mestrado em Terapia da Fala da Escola Superior de Saúde do Porto, a aluna Ana Raquel Raposo, encontra-se a desenvolver um projeto com o intuito de verificar a perspetiva dos cuidadores face à utilização de teleterapia na terapia da fala, sob orientação da docente Paula Cristina Faria e coorientado pela Mestre Carla Alexandra Marques.

O instrumento utilizado na recolha dos dados deste estudo é uma entrevista, composta por várias questões abertas, solicitando a opinião do participante relativamente às mesmas. É dirigida a cuidadores de crianças em idade pré-escolar, que frequentem e/ou frequentaram sessões de teleterapia, num período de dois meses. A sua realização tem uma duração de aproximadamente 15 minutos. O participante tem o direito de optar por querer ou não participar no projeto.

As informações recolhidas são confidenciais, sendo utilizadas exclusivamente para fins académicos e científicos. Para o esclarecimento de eventuais dúvidas poderá contactar a investigadora por correio eletrónico: [anaraposo.tf@gmail.com](mailto:anaraposo.tf@gmail.com).

#### GUIÃO DA ENTREVISTA

1. Género:            M     F             Idade: \_\_\_\_\_  
Habilitações Literárias: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_
  2. Considera que a teleterapia é/foi pertinente para o seu filho? E numa perspetiva geral?
  3. Qual(ais) foi(ram) o(s) principal(is) desafio(s) que sentiu ao ajudar a criança em teleterapia?
  4. Considera que houve diferença(s) na evolução da criança, comparativamente com a que verifica na sessão presencial?
  5. Como considera ter sido o desempenho/envolvimento da criança na teleterapia?
  6. Qual a importância que atribui à sua participação no processo de intervenção em TF, na teleterapia?
  7. Como considera ter sido o seu envolvimento no processo de intervenção terapêutica através da teleterapia?
  8. Na sua opinião, qual(ais) são a(s) vantagem(s) e a(s) desvantagem(s) da teleterapia?
  9. Considera que a teleterapia pode ser uma substituta e /ou alternativa às sessões presenciais?
-