

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

DELTA REGINA FERNANDES

**A COMPREENSÃO DE PAIS ACERCA DA IMPORTÂNCIA DA  
PARTICIPAÇÃO FAMILIAR NO CUIDADO DE CRIANÇAS COM  
TRANSTORNO FONOLÓGICO**

São Carlos  
2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

DELTA REGINA FERNANDES

**A COMPREENSÃO DE PAIS ACERCA DA IMPORTÂNCIA DA  
PARTICIPAÇÃO FAMILIAR NO CUIDADO DE CRIANÇAS COM  
TRANSTORNO FONOLÓGICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Gestão da Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Bernardino Geraldo Alves Souto.

São Carlos  
2018

Fernandes, Delta Regina

A compreensão de pais acerca da importância da participação familiar no cuidado de crianças com transtorno fonológico / Delta Regina Fernandes. – 2018.

86 f. : 30 cm.

Dissertação (mestrado)-Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador: Prof. Dr. Bernardino Geraldo Alves Souto

Banca examinadora: Prof. Dr. Washington Luiz Abreu de Jesus, Profa. Dra. Tatiane Martins Jorge

Bibliografia

1. Cuidadores familiares. 2. Assistência centrada no paciente. 3. Transtorno fonológico. I. Orientador. II. Universidade Federal de São Carlos. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pelo Programa de Geração Automática da Secretaria Geral de Informática (Sín).

DADOS FORNECIDOS PELO(A) AUTOR(A)

Bibliotecário(a) Responsável: Ronildo Santos Prado – CRB/8 7325



## FOLHA DE APROVAÇÃO

Delta Regina Fernandes

**“A compreensão de pais acerca da importância da participação familiar no cuidado de crianças com transtorno fonológico”**

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à Universidade Federal de São Carlos para obtenção do Título de Mestre junto ao Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 23/11/2018

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

Prof. Dr. Bernardino Geraldo Alves Souto – UFSCar  
Prof. Dr. Washington Luiz Abreu de Jesus. – UFSCar  
Prof.ª. Dr.ª. Tatiane Martins Jorge - USP

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus amados pais Bento Fernandes (*in memoriam*) e Ilda Borges:  
“Os nossos pais amam-nos porque somos seus filhos, é um fato inalterável. Nos momentos de sucesso, isso pode parecer irrelevante, mas nas ocasiões de fracasso, oferecem um consolo e uma segurança que não se encontram em qualquer outro lugar”.

(Bertrand Russell)

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Doutor Bernardino Geraldo Alves Souto pela parceria, dedicação e sabedoria. Sou muito grata por todo o respeito e confiança, por toda atenção e cuidado com minhas dificuldades e pelas importantes contribuições para a realização da pesquisa e elaboração da dissertação.

Ao corpo discente e docente do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos pelas trocas e oportunidades de aprendizagem e de crescimento pessoal e profissional.

À Luciana Francisco Lujan, que de colega de mestrado se tornou grande amiga, pelo estímulo e ajuda nos momentos difíceis. Agradeço pelas discussões e desafios compartilhados no decorrer do curso.

Aos membros das bancas examinadoras de qualificação e de defesa da dissertação, Profa. Dra. Luciana Nogueira Fioroni, Profa. Dra. Francine Tovo Ortigoso Broggio, Prof. Dr. Washington Luiz Abreu de Jesus e Profa. Dra. Tatiane Martins Jorge, que enriqueceram essa pesquisa com suas participações e contribuições.

À Secretária Municipal de Saúde de Araraquara Eliana Mori Honain e ao Coordenador Executivo de Assistência Especializada Edison Rodrigues Filho por compreenderem a importância da pesquisa e proverem as condições operacionais para a sua realização.

À Gerente de Saúde Mental Gislaíne de Cassia de Oliveira Martins e à Gestora do Espaço Crescer Infante-Juvenil Rosana Margarete Felipe pelo incentivo.

Às fonoaudiólogas do Setor Infante-Juvenil do CER Dr. “Eduardo Lauand” pela indicação dos sujeitos da pesquisa.

Aos participantes da pesquisa pela contribuição e confiança em compartilhar suas histórias.

Às crianças que motivaram a realização desse estudo.

À minha família, por torcer e acreditar nos caminhos que tenho percorrido. Em especial, à minha querida mãe, Ilda Borges, pela base, amor e apoio de sempre.

## RESUMO

O transtorno fonológico (TF) tem elevada prevalência na população infantil e caracteriza-se por erros na produção, percepção e organização mental da produção dos sons da fala. O reconhecimento precoce e a intervenção fonoaudiológica adequada reduzem os riscos de agravos, como dificuldades na aquisição e desenvolvimento da leitura e da escrita, déficits emocional, social e cognitivo das crianças. Considerando que a participação ativa da família é imprescindível para a eficácia terapêutica, objetivou-se compreender a percepção de pais ou cuidadores de crianças em tratamento fonoaudiológico acerca da importância do envolvimento familiar no processo de cuidado. Por meio de estudo clínico-qualitativo, foram entrevistados treze pais ou cuidadores, cujas falas foram submetidas à análise do conteúdo temático. Os achados foram interpretados à luz dos referenciais da Humanização do Cuidado em Saúde, do Cuidado Centrado na Pessoa e do Cuidado Centrado na Família. Descobriu-se que os sujeitos tinham percepção do TF e esperavam pela reorganização do aspecto fonológico da linguagem e seus ganhos secundários. A participação dos familiares no cuidado foi possível mediante o comparecimento às sessões clínicas e a realização domiciliar de procedimentos indicados pelas fonoaudiólogas. Alguns dos participantes consideravam importante o envolvimento familiar e participavam ativamente do cuidado. Outros, entretanto, ressaltaram que problemas contextuais e pessoais dificultavam seu envolvimento no projeto terapêutico fora do cenário ambulatorial. Houve, também, quem não compreendia a necessidade de envolvimento familiar e concentrava sua crítica na assistência. Portanto, é importante que o profissional considere a singularidade do TF, com seus significados e repercussões para as crianças, seus cuidadores e familiares no projeto terapêutico, para além da reorganização do aspecto fonológico da linguagem. Os fonoaudiólogos precisam compreender o sofrimento causado pelo TF nas crianças e seus cuidadores bem como a possibilidade do aumento deste sofrimento devido às expectativas ainda não atendidas durante o tratamento.

Palavras-chave: Cuidadores. Assistência centrada no paciente. Transtorno fonológico. Pesquisa qualitativa.

## **ABSTRACT**

The speech sound disorder (SSD) has a high prevalence among children and it is characterized by mistakes in the production, perception and mental organizations of the sound of speech. Early recognition and appropriate speech intervention reduce the risks of harm, such as difficulties in reading and writing acquisition and development, as well as the emotional, social and cognitive shortfalls in children. Considering that active family involvement is indispensable to therapeutic efficiency, this research aim is to understand parents' and caregivers' perceptions of children in speech treatment regarding the importance of family involvement in the process of care. Through a clinical qualitative study, thirteen parents and caregivers were interviewed, and their speech was subjected to the analysis of its thematic content. The findings were interpreted regarding the Humanization in Health Care, Patient-centered Care and Family-centered Care. It was found that the subjects had SSD awareness and waited for the phonological reorganization of the language and its secondary gains. Family participation in the caring process was recorded through its attendance during the clinical sessions and the achievement of procedures assigned by the speech and language therapists to be done at home. Some of the families regarded their involvement as important and participated actively. Others, nonetheless, reinforced that contextual and personal problems made their involvement in the therapeutic project outside of the ambulatory scenario difficult. There were also, families who did not understand the need for their involvement and focused their critics on the assistance. Therefore, it is important that the practitioner regards the singularity of the SSD, with its meanings and repercussions for children, their caregivers, and family in the therapeutic project, to go beyond the reorganization of the phonological aspects of the language. Speech and language therapists need to understand the sufferings the SSD cause both children and their caregivers as well as the possibility of the increase of these sufferings due to expectations not yet fulfilled during treatment.

**Keywords:** Caregivers. Patient-centered care. Speech sound disorder. Qualitative research.



## **LISTA DE SIGLAS**

CCF: Cuidado Centrado na Família

CCP: Cuidado Centrado na Pessoa

CDIP: Centro de Diagnóstico e Intervenção Precoce

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

CER: Centro Especializado em Reabilitação

CISA: Centro Integrado de Saúde Auditiva

DRS: Departamento Regional de Saúde

PCC – R: Percentual de Consoantes Corretas Revisado

SARA: Serviço de Atenção em Reabilitação de Araraquara

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TF: Transtorno Fonológico

UFSCar: Universidade Federal de São Carlos

USP: Universidade de São Paulo

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Organização do CER Dr. “Eduardo Lauand” por modalidades de reabilitação e por faixas etárias.....	29
Quadro 2 – Profissionais do CER Dr. “Eduardo Lauand”.....	31
Quadro 3 – Características das crianças com transtorno fonológico de acordo com sexo, idade, escolaridade e pessoas com quem residiam.....	37
Quadro 4a – Características dos sujeitos da pesquisa de acordo com o grau de parentesco com a criança, sexo e idade.....	39
Quadro 4b – Características dos sujeitos da pesquisa de acordo com a escolaridade, ocupação e renda familiar.....	39
Quadro 5 – Características da terapia fonoaudiológica (frequência da intervenção, duração da sessão e tipo de intervenção) e informações sobre outras intervenções terapêuticas realizadas pelas crianças.....	40

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	13
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
1.1 <b>Saúde Pública e Fonoaudiologia</b> .....	14
1.2 <b>Transtorno Fonológico</b> .....	15
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	23
2.1 <b>Cuidado Centrado na Pessoa</b> .....	23
2.2 <b>Cuidado Centrado na Família</b> .....	25
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	27
3.1 <b>Objetivo Geral</b> .....	27
3.2 <b>Objetivos Específicos</b> .....	27
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	28
4.1 <b>Aspectos Éticos</b> .....	28
4.2 <b>O Local da Pesquisa</b> .....	28
4.3 <b>Os Sujeitos da Pesquisa</b> .....	31
4.4 <b>Abordagem Metodológica</b> .....	32
4.5 <b>Coleta de Dados</b> .....	33
4.6 <b>O Processamento e a Análise dos Dados</b> .....	35
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	37
5.1 <b>A População Estudada</b> .....	37
5.2 <b>Categorias Temáticas</b> .....	40
5.2.1 <b>Percepção dos Pais ou Cuidadores sobre a Criança e o Transtorno Fonológico</b> .....	41
5.2.2 <b>Expectativas dos Pais ou Cuidadores sobre a Criança com Transtorno Fonológico</b> ..	44
5.2.3 <b>Gestão do Cuidado Familiar à Criança com Transtorno Fonológico</b> .....	47

5.2.4 Percepção dos Pais ou Cuidadores sobre a Importância da sua Participação no Tratamento Fonoaudiológico.....	51
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>56</b>
<b>7 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>59</b>
<b>8 ANEXO ÚNICO – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>76</b>
<b>9 APÊNDICE A – CARTA DE AUTORIZAÇÃO.....</b>	<b>79</b>
<b>10 APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>81</b>
<b>11 APÊNDICE C – PLANILHA PARA A INDICAÇÃO DAS CRIANÇAS COM TRANSTORNO FONOLÓGICO.....</b>	<b>84</b>
<b>12 APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS.....</b>	<b>85</b>
<b>13 APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....</b>	<b>86</b>

## APRESENTAÇÃO

Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade de São Paulo (USP), atuo como fonoaudióloga clínica no Sistema Único de Saúde (SUS) desde 2001.

Em 2016, quando ingressei no Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), SP, integrava a equipe multidisciplinar do Espaço Crescer – Ambulatório de Reabilitação e de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara, prestando assistência a crianças de seis meses a doze anos de idade.

Nesse período, o Setor de Fonoaudiologia apresentava elevada demanda reprimida e o transtorno fonológico (TF) era a alteração fonoaudiológica de maior prevalência.

Apesar do bom prognóstico quando tratado precocemente, observava processos lentos de reabilitação em relação ao esperado em crianças cujas famílias participavam menos do plano de cuidados.

Considerando que a participação dos pais e cuidadores era importante para a eficácia terapêutica e que esse envolvimento familiar era limitado em parte considerável dos casos, senti-me instigada a investigar a percepção de familiares de crianças em tratamento fonoaudiológico a respeito da importância de participarem do respectivo plano de cuidados.

Minha expectativa era de que a compreensão da percepção de pais e cuidadores sobre a participação deles na fonoterapia facilitaria a abordagem familiar visando um resultado terapêutico mais eficiente. Esse objetivo ajustava-se às propostas do Mestrado Profissional em Gestão da Clínica.

A Gestão da Clínica se interessa, entre outros aspectos, pela melhoria da qualidade do cuidado em saúde a partir de estudos voltados para a humanização da assistência, dos princípios e diretrizes do SUS e do cuidado ampliado centrado na pessoa.

O respectivo programa de pós-graduação da UFSCar propõe a formação profissional por meio da articulação de novos conhecimentos com a experiência clínica, com foco à melhoria da qualidade da assistência na localidade de atuação do profissional-pesquisador. Assim, os conhecimentos produzidos por meio desta pesquisa produziram respostas às minhas inquietações em meu cenário de trabalho, contribuindo para a melhoria das minhas práticas e para a construção de um conhecimento acadêmico aplicado ao campo do cuidado familiar no âmbito nuclear da fonoaudiologia.

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Saúde Pública e Fonoaudiologia**

No Brasil, ocorreu a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) com a promulgação da Constituição de 1988 e a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; SISTEMA DE CONSELHOS DE FONOAUDIOLOGIA, 2015).

A criação do SUS proporcionou a todos os cidadãos a oportunidade de acesso aos serviços de saúde e atribuiu ao Estado o dever de cumprir o que passou a ser direito de toda população brasileira (BRASIL, 2002; CUNHA, 2016; SANTOS et al., 2013a). A saúde deixou de ser responsabilidade exclusiva do poder executivo federal para ser administrada por estados e municípios (CUNHA, 2016).

O SUS é regido pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade. O princípio da universalidade garante o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, a todos os cidadãos residentes em território nacional. A integralidade da atenção em saúde é entendida como o acesso continuado ao conjunto de ações e serviços de prevenção, promoção e proteção da saúde e reabilitação, destinado aos indivíduos e à coletividade, de acordo com as respectivas demandas. Quanto ao princípio da equidade, trata-se da justiça social que busca distribuir as oportunidades e o acesso proporcionalmente às necessidades (BRASIL, 1990; SISTEMA DE CONSELHOS DE FONOAUDIOLOGIA, 2015).

Dessa forma, a implantação do SUS fundamentou-se em uma concepção mais ampla da saúde (MEDEIROS; BERNARDES; GUARESCHI, 2005), que passou a ser considerada uma dimensão da qualidade de vida com base nos determinantes sociais, incorporando melhores condições de alimentação, habitação, emprego, educação, etc. (SISTEMA DE CONSELHOS DE FONOAUDIOLOGIA, 2015).

Sob essa perspectiva, os usuários dos serviços públicos passaram a ser entendidos como seres sociais e históricos, que devem ser considerados em seus contextos de vida, respeitando-se seus valores, crenças e expectativas (MATTOS, 2008; PENTEADO; SERVILHA, 2012). Portanto, o conceito de saúde deixou de ser pautado apenas na dimensão biológica e a vida de cada pessoa passou a ser entendida em sua singularidade, em todas as suas dimensões e redes de relações (DALMOLIN et al., 2011).

O estabelecimento do SUS, ao qualificar a concepção de saúde, implicou na reorganização dos serviços, na mudança do modelo de atenção e da formação dos profissionais da saúde, e na incorporação de vários profissionais nas equipes assistenciais, dentre os quais o fonoaudiólogo, visando contemplar todas as necessidades de saúde das pessoas por meio de ações com abordagem integral e multidisciplinar (PENTEADO; SERVILHA, 2012).

Assim, a partir dos anos 90, ocorreu significativa inserção de fonoaudiólogos nas redes públicas de assistência à saúde (PENTEADO; SERVILHA, 2012) e, atualmente, esses profissionais atuam em todos os níveis de atenção (SANTOS et al., 2012).

Essa inserção deriva, pois, do reconhecimento da importância da assistência fonoaudiológica para a saúde individual e coletiva, bem como para a integralidade do cuidado (SANTOS et al., 2012).

Sobre o núcleo da fonoaudiologia no âmbito desse cuidado integral, destaca-se que a comunicação humana desempenha função imprescindível para uma vida com qualidade (ZANIN; ALBUQUERQUE; MELO, 2015) e, principalmente, para o desenvolvimento social, emocional, comportamental e cognitivo das crianças (LONGO et al., 2017). Portanto, os distúrbios da comunicação podem prejudicar o desenvolvimento global infantil, conseqüentemente influenciando a vida da criança e a dinâmica familiar, sendo reconhecidos como importantes questões de saúde pública (GOULART; CHIARI, 2007).

## **1.2 Transtorno Fonológico**

Dentre os distúrbios que prejudicam a comunicação humana, com significativo potencial de comprometimento do desenvolvimento da pessoa, o Transtorno Fonológico (TF) apresenta elevada prevalência na população infantil (CALDEIRA et al., 2013; CASARIN, 2006; CAVALHEIRO; BRANCALIONI; KESKE-SOARES, 2012; RABELO et al., 2011; ROSADO et al., 2017; WERTZNER, 2004).

Um estudo, recentemente publicado sobre essa prevalência, avaliou 866 crianças com idade entre três e oito anos e onze meses, matriculadas em escolas públicas e privadas de Santa Maria (RS). Esse estudo evidenciou que 15,26% (n = 132) das crianças avaliadas apresentavam TF (CERON et al., 2017).

Outra pesquisa realizou o levantamento de 524 prontuários de crianças atendidas em um Ambulatório de Atenção Primária à Saúde, entre 2002 e 2011, e concluiu que o TF foi o diagnóstico de maior ocorrência (22,9%) dentre as alterações fonoaudiológicas infantis

diagnosticadas (disfonia, gagueira, distúrbio da linguagem oral, alteração do sistema miofuncional orofacial, deficiência auditiva e alteração de leitura e escrita) na população estudada (LONGO et al., 2017).

O TF é uma alteração de fala e linguagem caracterizada pelo uso inadequado dos sons, que pode englobar erros na produção, percepção e na organização mental da produção (armazenamento) dos sons da fala (HAGE; PINHEIRO, 2016; NAMASIVAYAM, 2013; PAPPAS; MCALLISTER; MCLEOD, 2016; WERTZNER, 2004; WERTZNER; FRANCISCO; PAGAN-NEVES, 2012).

Quando uma criança, sem qualquer etiologia orgânica aparente, mantém os processos fonológicos que deveriam ter sido eliminados conforme a idade e apresenta dificuldades em organizar mentalmente os sons e para adequar o *input* recebido, pode apresentar diagnóstico de TF (CARLINO; PRETTE; ABRAMIDES, 2013; KAMINSKI; MOTA; CIELO, 2011; PAGLIARIN et al., 2011).

Sendo assim, esse distúrbio configura a dificuldade da criança no aprendizado e discriminação do sistema fonológico da linguagem (DODD, 2014; SUGDEN et al., 2016; WARING; KNIGHT, 2013).

A linguagem é uma função cortical que está organizada em subsistemas linguísticos que apresentam relação entre si (GONCALVES; KESKE-SOARES; CHECALIN, 2010; WERTZNER, 2007). Os subsistemas que constituem a linguagem são: fonológico, que se refere aos sons da língua; prosódico, que está relacionado à entonação; sintático, que trata das regras que determinam a organização das palavras em frases; morfológico, relacionado à formação e classificação das palavras; semântico, que diz respeito ao vocabulário, ou seja, correlaciona as palavras aos seus significados; e pragmático, que é o uso social da linguagem (LIMA; FURTADO, 2018; SCHIRMER; FONTOURA; NUNES, 2004).

O aspecto fonológico da linguagem é fundamental para a organização dos aspectos semântico, morfológico, sintático e pragmático. A fonologia é um componente linguístico que gerencia o repertório de fonemas e organiza a maneira como esses são produzidos para a formação das sílabas e das palavras (GONCALVES; KESKE-SOARES; CHECALIN, 2010; SCHIRMER; FONTOURA; NUNES, 2004; WERTZNER, 2007).

O fonema é a menor unidade linguística, som representativo mais simples e singular das línguas (GONCALVES; KESKE-SOARES; CHECALIN, 2010; WERTZNER, 2007).

No processo de aquisição normal do sistema fonológico, o domínio dos fonemas da língua alvo ocorre de maneira espontânea e gradual, em uma sequência e faixa etária comum à maioria das crianças, de acordo com a maturação neurológica e a comunidade na qual estão



inseridas (CAUMO; FERREIRA, 2009; GUBIANI; KESKE-SOARES, 2014; INDRUSIAK; ROCKENBACH, 2012). Esse período de aquisição estende-se desde o nascimento até aproximadamente os cinco anos de idade, quando ocorre a estabilização desse processo (BONINI et al., 2014).

Durante a aquisição da linguagem, naturalmente todas as crianças realizam processos fonológicos, que são simplificações sistemáticas das regras fonológicas, como redução ou substituição de sons de maior complexidade. À medida que as crianças se desenvolvem, deixam de usar tais estratégias e adquirem as regras do padrão adulto (WERTZNER; SCHREIBER; AMARO, 2005; WIETHAN; MOTA, 2011).

Os fatores etiológicos do TF ainda são indefinidos (BROGGIO, 2010; MARCHETTI, 2016). Porém, existem alguns aspectos relacionados à prevalência dessa desordem, tais como: idade, sexo, alterações auditivas, alterações de vias aéreas superiores, histórico familiar e apraxia de desenvolvimento de fala, além da dificuldade com a memória fonológica (QUINTAS et al., 2011; VILELA et al., 2012; WERTZNER et al., 2013a; WERTZNER, SANTOS, PAGAN-NEVES, 2012).

As alterações de fala presentes no TF são verificadas por meio da avaliação fonoaudiológica (WERTZNER et al., 2012). A avaliação clínica para o diagnóstico do TF apoia-se em provas de repetição de palavras, nomeação de figuras e fala espontânea que possibilitam a verificação de alterações fonológicas e o levantamento do inventário fonético (WERTZNER et al., 2013a). O inventário fonético são todos os fonemas presentes em uma determinada língua (LIMA; FURTADO, 2018).

Normalmente, com aproximadamente cinco anos a criança deve fazer uso adequado de todos os sons de sua língua materna nas diferentes posições silábicas (CERON; KESKE-SOARES, 2007). Portanto, alguns estudos referem que, de modo geral, o diagnóstico desse distúrbio de linguagem é feito predominantemente entre quatro e oito anos de idade (BROGGIO, 2010; WERTZNER, 2004).

O TF configura-se como um quadro bastante heterogêneo no que diz respeito à manifestação (DODD, 2014; WERTZNER et al., 2013b; WERTZNER; FRANCISCO; PAGAN-NEVES, 2012; WREN et al., 2016); essa característica refere-se aos erros dos sons da fala apresentados pelas crianças (WERTZNER; FRANCISCO; PAGAN-NEVES, 2012). Podem estar presentes substituições, omissões e distorções dos sons durante as emissões orais em idade inadequada (WERTZNER; SANTOS; PAGAN-NEVES, 2012).

O TF pode ser classificado quantitativa e qualitativamente. A análise quantitativa é o meio de classificação mais utilizado em estudos com crianças com TF (DONICHT; KESKE-

SOARES, 2012). A classificação da gravidade do TF envolve diferentes níveis de comprometimento e indica variações da inteligibilidade de fala (WERTZNER et al., 2012), configurando-se em um quadro bastante heterogêneo no que se refere à essas características (BARROZO et al., 2017; WERTZNER et al., 2013b; WERTZNER; FRANCISCO; PAGAN-NEVES, 2012).

A gravidade do TF equivale ao nível de comprometimento da fala da criança em relação ao padrão adulto (ROSADO et al., 2017). Essa gravidade pode ser analisada quantitativamente por meio do cálculo do Percentual de Consoantes Corretas Revisado (PCC-R) (SHRIBERG et al., 1997b), um dos índices mais utilizados por autores nacionais (DIAS; MOTA; MEZZOMO, 2009; WERTZNER; FRANCISCO; PAGAN-NEVES, 2012; WERTZNER; PAGAN-NEVES, 2012; WERTZNER; SANTOS; PAGAN-NEVES, 2012) e internacionais (SHRIBERG et al., 1997a) que considera como erros somente as substituições e as omissões e avalia as distorções como acertos. O PCC-R é uma medida que expressa a porcentagem de sons consonantais produzidos corretamente numa amostra de fala espontânea. O índice do PCC-R é obtido pela divisão do número de consoantes produzidas corretamente pelo número total de consoantes produzidas na amostra, multiplicado por cem. A partir desse cálculo, o TF pode ser classificado em quatro níveis de gravidade: o leve, que corresponde a mais de 86% de consoantes corretas; o levemente-moderado que varia entre 85 e 66%; o moderadamente-grave que oscila entre 50 e 65% e, abaixo de 50% de consoantes corretas, classifica-se como grave.

A fala de crianças com TF de grau moderadamente-grave a grave pode tornar-se ininteligível (COSTA; ALBIERO; MOTA, 2015; LOUSADA et al., 2014). Por conseguinte, conforme a quantidade de alterações encontradas, maior será o comprometimento do sistema fonológico e menor a inteligibilidade da fala (DONICHT et al., 2009; DONICHT; NAZARI, 2010; GIACCHINI; MOTA, 2015).

Na prática clínica, a classificação da gravidade do TF é fundamental para a escolha da abordagem terapêutica adequada e, conseqüentemente, para o melhor prognóstico do caso (DONICHT; KESKE-SOARES, 2012).

Por sua vez, a inteligibilidade de fala corresponde ao grau de clareza com que cada emissão oral é compreendida pela maioria dos ouvintes (DONICHT et al., 2009). No caso do TF, pode haver um prejuízo nessa compreensão, devido à ocorrência de diversos processos fonológicos que simplificam a produção oral da criança (CARLINO; PRETTE; ABRAMIDES, 2013; CAVALHEIRO; BRANCALIONI; KESKE-SOARES, 2013). Esse é um aspecto de grande relevância para se determinar a necessidade da intervenção e para medir

a efetividade de estratégias terapêuticas (DONICHT; KESKE-SOARES, 2012; WERTZNER; AMARO; TERAMOTO, 2005).

Carlino, Prette e Abramides (2013) referiram quais classificações a serem julgadas qualitativamente quanto à inteligibilidade da fala da criança:

1. Insuficiente (incompreensível ou ininteligível): quando a maior parte das palavras não é compreensível e há dificuldade em compreender o tema principal da mensagem;
2. Regular (pouco compreensível ou pouco inteligível): quando é possível compreender pelo menos metade das palavras e o tema principal da mensagem;
3. Boa (compreensível ou inteligível): quando é possível compreender praticamente todas as palavras e entender o conteúdo da mensagem.

Existem diferentes modelos de intervenção para a adequação do sistema fonológico desviante, são os chamados modelos de terapia com base fonológica (GUBIANI; KESKE-SOARES, 2014; MOTA et al., 2007).

Algumas pesquisas descrevem os principais modelos terapêuticos com base fonológica que, apesar de visarem a um mesmo objetivo, divergem quanto ao princípio de tratamento: Modelo Metaphon (pretende realizar mudanças no sistema fonológico por meio da utilização de consciência metafonológica); Modelo de Ciclos e Modelo de Ciclos Modificado (têm como base de tratamento a eliminação de processos fonológicos presentes na fala da criança a partir da conscientização das características do som-alvo operante naquele processo fonológico); os Modelos com base em Pares Mínimos (buscam melhorar o sistema fonológico desviante por meio da oposição de fonemas, com base nos traços distintivos que os compõem); e o Modelo ABAB-Retirada e Provas Múltiplas, que se baseia no fato de que ensinar um som mais complexo hierarquicamente implica a aquisição de sons menos complexos sem intervenção direta (GUBIANI; KESKE-SOARES, 2014; MELO; WIETHAN; MOTA, 2012).

Além dos modelos tradicionais mencionados acima, foram propostos novos modelos de terapia com base fonológica, como a abordagem PACT (*Parents and children together*), que considera a presença ativa dos pais durante a sessão terapêutica (BOWEN; CUPPLES, 2006) e o Modelo de Oposições Múltiplas (WILLIAMS, 2006), que leva em conta os contrastes de oposições entre os alvos de tratamento.

O TF pode provocar grandes dificuldades em relação aos vínculos sociais (BERTICELLI, 2012; DONICHT et al., 2009; LOUSADA et al., 2014; MCLEOD; BAKER, 2014; MÜÜRSEPP et al., 2012; NAMASIVAYAM, 2013; RABELO et al., 2011;

WERTZNER; PULGA; PAGAN-NEVES, 2014). Quanto mais comprometida a inteligibilidade de fala, maior será o prejuízo nas relações interpessoais da criança (CARLINO; PRETTE; ABRAMIDES, 2013).

Além disso, a desorganização do aspecto fonológico da linguagem pode gerar dificuldades no processo de alfabetização (BRANCALIONI; KESKE-SOARES, 2016; MCLEOD; BAKER, 2014; WERTZNER; PULGA; PAGAN-NEVES, 2014) com prejuízos para a aquisição e o desenvolvimento da leitura e da escrita (MOTA; MELO FILHA, 2009; WERTZNER et al., 2012; WERTZNER; PULGA; PAGAN-NEVES, 2014; WIETHAN; MOTA, 2015).

Algumas pesquisas documentam que crianças com TF apresentam alterações em habilidades que são importantes no processo de alfabetização, tais como consciência fonológica, vocabulário e memória fonológica (BRANCALIONI et al., 2011; KAMINSKI; MOTA; CIELO, 2011; LINASSI; KESKE-SOARES; MOTA, 2005; MARCHETTI; MEZZOMO; CIELO, 2010).

Em termos de saúde coletiva, a elevada prevalência do TF pode repercutir negativamente no progresso da sociedade, uma vez que a infância é a base para o desenvolvimento futuro. Portanto, torna-se importante a aplicação de ações preventivas no ambiente escolar e na atenção primária à saúde (CAMPOS et al., 2014). O envolvimento de diferentes profissionais e da família na prevenção, identificação, diagnóstico, tratamento e acompanhamento das crianças com distúrbios de fala e de linguagem possibilitará um saudável padrão de comunicação bem como adequados desempenhos cognitivo, escolar e social, proporcionando, portanto, melhor desenvolvimento global e qualidade de vida às crianças (LONGO et al., 2017; PRATES; MARTINS, 2011; RABELO et al., 2011; RABELO et al., 2015).

Em geral, a família fornece os principais vínculos, estímulos e cuidados para o desenvolvimento infantil (ANDRADE et al., 2005). Dessa forma, ressalta-se a importância da participação da família da criança em intervenção fonoaudiológica, independentemente do quadro clínico apresentado, para o cuidado integral e sua eficácia, o que é coerente com as concepções de saúde do SUS que contemplam o cuidado ampliado (BARBOSA; BALIEIRO; PETTENGILL, 2012; GERTEL, 2013; MAZZAIA; SOUZA, 2017; PACHECO et al., 2013; PINTO et al., 2010).

Portanto, ao pensar no ambiente familiar como um aspecto ordenador do desenvolvimento, deve-se considerar que cada família tem sua particularidade e isso possibilitará diferentes oportunidades à criança. Cada família sofre influência de seu próprio

meio e de fatores externos, bem como não funciona de forma isolada. Esse ambiente influencia as condições de desenvolvimento e cuidado às quais a criança está exposta (SZYMANSKI, 2004).

Por outro lado, os pais de crianças em fonoterapia necessitam de orientação para participarem ativamente do tratamento. Se essa participação não ocorrer, o progresso da intervenção será mais lento e desmotivador (GONÇALVES, 2012). Dessa forma, a falta da resposta clínica esperada para uma intervenção terapêutica pode indicar a não adesão da família ao tratamento (LOPES, 2012).

Portanto, com base em uma abordagem clínica que considere a pessoa em seu contexto de vida, o fonoaudiólogo deve reconhecer o papel da família em melhorar, agravar ou mesmo causar alterações em seus membros. Sendo assim, deve-se incluir a família para auxiliar no cuidado, principalmente nos casos que envolvem pessoas com reduzida autonomia, como as crianças (LOPES, 2012).

A esse respeito, estudos internacionais indicam que a maioria dos fonoaudiólogos envolvem os pais de crianças com TF no tratamento por meio da participação nas sessões de terapia e com a indicação de atividades para casa (MCLEOD; BAKER, 2014; RUGGERO et al., 2012; SUGDEN et al., 2016). Essas atividades fornecem prática, reforço e generalização das novas habilidades aprendidas pela criança durante a sessão com o terapeuta. O envolvimento dos pais nas tarefas de casa os qualifica e os incorpora como coterapeutas colaborativos, membros da equipe de cuidado (BOWEN; CUPPLES, 2004). Nesse ambiente, segundo McKean, Phillips e Thompson (2012), os pais podem ser capacitados para a realização das tarefas de casa com as crianças com TF.

Entretanto, para favorecer a participação dos pais na terapia fonoaudiológica, é necessário compreender o que os motiva para se envolverem no tratamento da criança (PAPPAS; MCALLISTER; MCLEOD, 2016). Os pais frequentemente têm conhecimento sobre a recuperação do aspecto fonológico da linguagem por meio da abordagem terapêutica. Porém, a possível alteração no desempenho da habilidade de leitura, decorrente do TF, serve como incentivo para muitos pais se informarem sobre a natureza do comprometimento e tornarem-se agentes ativos na terapia de seus filhos (BOWEN; CUPPLES, 2004).

Por outro lado, além de conhecer o que motiva os familiares e cuidadores para uma participação ativa no tratamento da criança, os fonoaudiólogos precisam considerar as complexidades que cada família e criança trazem para o contexto terapêutico, como a cultura, o nível de escolaridade e o relacionamento entre os pais e a criança (SUGDEN et al., 2016).

Os fonoaudiólogos brasileiros consideram imprescindível a participação dos pais ou cuidadores no processo interventivo, uma vez que o prognóstico da criança depende da relação estabelecida entre o terapeuta e a família (GERTEL, 2013; GONÇALVES, 2012). Essa relação pode definir o sucesso ou insucesso das condutas terapêuticas. Portanto, o vínculo e a confiança são reconhecidos como condições fundamentais para o cuidado em saúde. Esses aspectos são determinantes para a qualidade dos cuidados e para a redução dos custos da atenção à saúde (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

Portanto, a eficácia da intervenção fonoaudiológica depende, dentre outros fatores, de uma abordagem terapêutica com essa visão ampliada, da competência do profissional e do envolvimento ativo, voluntário e colaborativo dos pais no cuidado à criança. Essa parceria colaborativa está relacionada com a presença e pontualidade às sessões e com a realização das atividades sugeridas pelo fonoaudiólogo fora do ambiente terapêutico a partir de uma compreensão e pactuação em relação às necessidades da criança e ao projeto terapêutico, mediadas pela informação e pela autonomia em que se articulam seus desejos, possibilidades e necessidades, bem como os da criança (MARQUES; FRICHE; MOTTA, 2010).

Assim, a participação da família na intervenção permite que o fonoaudiólogo assumo o papel de mediador entre a criança e a família, proporcionando um ambiente humano no qual se cria a oportunidade de estabelecer relações interpessoais com os familiares, contribuindo para o desenvolvimento infantil (GERTEL; MAIA, 2010).

Embora muitos fonoaudiólogos privilegiem a inclusão da família no processo terapêutico devido à importância dessa participação para a eficácia da intervenção, as pesquisas que envolvem famílias na área da fonoaudiologia são escassas (GONÇALVES, 2012).

Apesar do grande número de estudos realizados na área do TF, alguns temas demandam investigação, principalmente no que se refere à participação familiar no cuidado das crianças com esse distúrbio da comunicação (MARCHETTI, 2016).

Nesse sentido, o presente estudo se propôs a investigar a percepção de pais ou cuidadores de crianças em tratamento fonoaudiológico a respeito do seu papel nessa intervenção.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Cuidado Centrado na Pessoa**

O Cuidado Centrado na Pessoa (CCP) pode ser definido como uma abordagem clínica colaborativa que se fundamenta na perspectiva ampliada do cuidado à saúde, admitindo a necessidade do reconhecimento e resposta integral às necessidades de saúde da pessoa (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016; VAZ; JUBILINI; QUEIROZ, 2017); promove o compartilhamento de poder e responsabilidade entre profissionais e usuários dos serviços, componente que propõe a participação da pessoa na tomada de decisão sobre seus cuidados; reconhece sua autonomia, sua necessidade de fazer as escolhas adequadas ao seu contexto de vida, sua experiência com a própria condição de saúde e seu potencial para efetiva participação em todo processo de cuidado (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016; LOPES, 2012; VAZ; JUBILINI; QUEIROZ, 2017); e se operacionaliza por meio da relação entre profissional e usuário mediada pela comunicação e interação entre ambos (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

A perspectiva ampliada do cuidado em saúde refere-se às respostas às necessidades dos indivíduos sem reducionismo à dimensão biológica; à atenção à saúde integradora de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, respeitando e contemplando as articulações interprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais na rede de assistência (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016). No cenário nacional observa-se a busca pela ampliação da perspectiva biopsicossocial com base na abordagem histórico-social das práticas de saúde (SCHRAIBER; MOTA, 2015) e o reconhecimento dos determinantes sociais do processo saúde-doença (BRASIL, 2004).

A perspectiva ampliada do cuidado em saúde implica na atenção integral (AYRES et al., 2012; CAMPOS; AMARAL, 2007) e orienta-se a partir das respectivas necessidades de saúde da pessoa (AYRES et al., 2012).

O CCP destaca a necessidade de se estimular a participação do usuário e de seus familiares no cuidado (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016). Nesse aspecto, aplicam-se os conceitos de autonomia (RANGEL et al., 2011), autocuidado (CECILIO; MEHRY, 2003), valorização da experiência com o adoecimento (LOPES, 2012) e a participação da pessoa (AYRES et al., 2012). Para que os indivíduos participem como corresponsáveis pelo seu cuidado, existe a necessidade de informação, reflexão e compromissos para que a tomada de decisão compartilhada se torne uma realidade (FOX; REEVES, 2015).

Uma das formas de se promover a participação da pessoa e de seus familiares em qualquer situação de assistência à saúde é a elaboração de um projeto comum de resposta às necessidades de saúde (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016; LOPES, 2012). Desenvolver um plano efetivo de manejo requer do profissional da saúde e do usuário a busca pelo consenso sobre a natureza dos problemas e o estabelecimento das prioridades, a definição dos objetivos do tratamento e dos papéis de ambos durante o processo terapêutico (LOPES, 2012).

O diagnóstico e as possibilidades de tratamento recomendadas devem ser apresentados considerando as percepções da pessoa, de modo que ela compreenda e domine sua situação a ponto de conseguir participar ativa e autonomamente do projeto terapêutico segundo suas possibilidades, necessidades e desejos. Nesse processo de entendimento e de compartilhamento do problema, o profissional deve usar uma linguagem acessível à pessoa e estimulá-la a se manifestar (LOPES, 2012).

A elaboração de um plano conjunto de intervenção é um aspecto importante para promover a adesão da pessoa e a eficácia do projeto terapêutico, pois o domínio da situação ajuda entender o problema e fazer sua gestão (LOPES, 2012).

O CCP também está associado ao conceito de humanização, sobretudo na dimensão relacional, de interação entre profissionais e usuários dos serviços (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016). Esse aspecto é fundamental para o sucesso da identificação das necessidades de saúde e do projeto terapêutico e, possivelmente, o elemento mais importante para processo de cuidado em saúde (LOPES, 2012).

O cuidado em saúde acontece entre pessoas com expectativas, objetivos e papéis definidos, no qual se estabelece uma relação visando o cuidado à saúde e a qualidade de vida. No contexto da reabilitação, a sessão terapêutica também proporciona o encontro entre duas pessoas, cada qual com suas próprias áreas de *expertise*: o profissional, especialista nos conhecimentos e práticas da sua profissão; e a pessoa, especialista em si mesma. A cada encontro, no contexto da longitudinalidade do cuidado, o profissional deve construir um relacionamento com o indivíduo como base para um trabalho conjunto e para explorar o potencial de cuidado da relação terapeuta-pessoa (LOPES, 2012).

Fazendo uso desse modelo de parceria terapeuta-pessoa, o profissional de saúde muda sua função de *expert* com total poder de decisão diagnóstica e terapêutica para a função de parceiro do indivíduo, permitindo abertura para discussão e colaboração (VAZ; JUBILINI; QUEIROZ, 2017). Portanto, o CCP contempla a participação de todos os sujeitos envolvidos nos processos de decisão acerca do cuidado à saúde e avança na construção de relações mais simétricas (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).



## 2.2 Cuidado Centrado na Família

A elaboração da terminologia Cuidado Centrado na Família (CCF) teve seu início em meados de 1969, visando definir a qualidade do cuidado prestado no hospital, segundo a percepção das pessoas assistidas e suas famílias, e discutir a autonomia dos indivíduos frente às suas necessidades de saúde. Inicialmente, essa abordagem foi denominada Medicina Centrada no Paciente. Porém, considerando a assistência à saúde realizada por diferentes profissionais, a valorização de relações mais simétricas e o compartilhamento de responsabilidades entre as pessoas envolvidas nos processos de cuidado, a terminologia referida foi substituída por Cuidado Centrado na Pessoa. Em 1990, reconhecendo a relevância da família para a eficácia do tratamento de uma pessoa e que os familiares deveriam ser incluídos na melhoria das práticas de cuidados de seus membros, a denominação evoluiu para Cuidado Centrado na Pessoa e Família ou Cuidado Centrado na Família (PINTO et al., 2010).

O CCF é preconizado na assistência à saúde das crianças especialmente pela condição de dependência e de restrição da autonomia que as caracteriza (MCKEAN; PHILLIPS; THOMPSON, 2012).

O principal elemento desse modelo de atenção à saúde é o relacionamento entre as famílias e os profissionais, o qual deve ser alicerçado na parceria, colaboração e negociação. A adoção de uma assistência pautada nos princípios do CCF fundamenta-se na compreensão de que o desenvolvimento da criança, bem como o seu bem-estar e de toda sua família, são alcançados com maior eficácia quando os serviços de saúde ativam a capacidade dos familiares ou cuidadores para atenderem às necessidades da criança por meio do envolvimento familiar no planejamento das ações terapêuticas e no auxílio do cuidado (BARBOSA; BALIEIRO; PETTINGILL, 2012; CRUZ; ANGELO, 2011; PAPPAS; MCALLISTER; MCLEOD, 2016).

Alguns dos princípios do CCF estão enumerados e descritos a seguir (JOHNSON, 2000; JOLLEY; SHIELDS, 2009):

1. Reconhecer a família como uma constante na vida da criança: os profissionais devem reconhecer o papel significativo que os pais e outros familiares exercem na vida das crianças. Essa presença constante deve ser valorizada e incluída no cenário assistencial, desde a avaliação inicial até a alta terapêutica.

2. Facilitar a colaboração entre pais e profissionais em todos os níveis de atenção à saúde. As pessoas envolvidas no processo de cuidado devem trabalhar em conjunto visando atingir o mesmo objetivo. Aliado ao conceito da colaboração está o da negociação, em que

profissionais e familiares ou cuidadores devem expor as expectativas que têm um em relação ao outro. O ato de negociar pode facilitar a colaboração, tornando o processo profícuo para ambas as partes.

3. Respeitar as singularidades de cada família: respeitar e valorizar as diferentes condições, contextos e histórias de cada uma delas.

4. Reconhecer as forças e a individualidade de cada família, respeitando as diferentes maneiras de cuidar: identificar o que ajuda cada família a superar seus problemas e considerar, empaticamente, a maneira como cada uma delas lida com situações diversas.

5. Compartilhar informações completas e imparciais com as famílias regularmente: dividir com os familiares todas as informações das quais se tem conhecimento. Deve-se considerar que os pais ou cuidadores possuem informações importantes para fornecer.

6. Encorajar e facilitar o apoio e as redes entre famílias: significa promover o encontro de famílias que vivenciam situações semelhantes, permitindo que compartilhem experiências e sentimentos.

7. Compreender as necessidades da criança e da sua família como parte das práticas de cuidado em saúde: ou seja, corresponder adequadamente a cada fase de desenvolvimento e do ciclo vital em que a criança e seus familiares se encontram, facilitando o desenvolvimento de um adequado plano de cuidado.

8. Planejar um cuidado em saúde que seja flexível e acessível, culturalmente competente e responsivo às necessidades de cada família: para que o cuidado prestado possa incorporar tais características é preciso incluir famílias de diferentes contextos e situações no planejamento da assistência em saúde.

À luz desses fundamentos, o presente estudo interessou-se pelo entendimento dos familiares sobre sua participação no cuidado prestado à criança com TF e sobre o significado desse cuidado para o desenvolvimento infantil.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Compreender a percepção dos pais acerca da importância da sua participação para a eficácia da intervenção fonoaudiológica.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

1. Compreender a percepção e as expectativas dos pais sobre a criança com transtorno fonológico;
2. Descrever a gestão do cuidado ao TF da criança feita pelos pais, de acordo com sua percepção quanto ao processo desse cuidado;
3. Compreender o entendimento dos pais sobre sua participação no tratamento fonoaudiológico da criança.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Aspectos Éticos**

Esta pesquisa seguiu a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), conforme se descreve a seguir:

Foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFSCar, via Plataforma Brasil e se operacionalizou mediante a aprovação do CEP, segundo o Parecer Consubstanciado nº 2.024.706 (ANEXO ÚNICO), a autorização documentada da Secretaria Municipal da Saúde de Araraquara, onde se realizou a coleta de dados (APÊNDICE A) e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

Os participantes foram informados sobre os objetivos e os procedimentos metodológicos. Ficaram cientes dos possíveis riscos decorrentes da sua participação, bem como dos meios que seriam adotados para evitá-los ou minimizá-los, de forma que pudessem se sentir seguros quanto à confidencialidade das informações coletadas. Foram esclarecidas as dúvidas e quaisquer outros questionamentos. Além disso, foram assegurados o anonimato, a voluntariedade da participação e a divulgação dos resultados apenas em meios científicos.

### **4.2 O Local da Pesquisa**

O estudo foi desenvolvido no Centro Especializado em Reabilitação – CER Dr. “Eduardo Lauand”, o qual, segundo o Gerente da Reabilitação, é um serviço inserido na média complexidade da Rede Municipal de Saúde de Araraquara e conveniado ao SUS. Realiza, em média, 2.500 atendimentos mensais.

Atende usuários de todas as faixas etárias por meio de demanda referenciada da atenção básica, de outros serviços da rede especializada, de hospitais e de maternidades. Não são estabelecidas cotas para o complexo regulador municipal. Todos os encaminhamentos seguem diretamente para o CER e os profissionais realizam a regulação das guias de referência e organizam o agendamento de acordo com as prioridades de cada setor.

É denominado CER de modalidade III, pois oferece atenção ambulatorial especializada em reabilitação para três tipos de deficiências, a saber: auditiva, física e intelectual. Realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de recursos e dispositivos de tecnologia assistiva.

Na reabilitação auditiva, atende a área de abrangência do Departamento Regional de Saúde III (DRS III) – Araraquara, composta pelos 24 municípios situados na Região Administrativa Central do Estado de São Paulo.

Nas reabilitações física e intelectual, atende a Região de Saúde Central do DRS III – Araraquara, composta por oito municípios.

Os serviços de reabilitação física e intelectual estão organizados por faixas etárias para facilitar os fluxos e favorecer o processo de trabalho da equipe. Portanto, o CER está organizado por modalidades de reabilitação e por faixas etárias de acordo com o Quadro 1.

Quadro 1 – Organização do CER Dr. “Eduardo Lauand” por modalidades de reabilitação e por faixas etárias, Araraquara 2017.

<b>Modalidades de reabilitação</b>	<b>Setores</b>	<b>Faixas etárias</b>	<b>Gestor</b>
Auditiva	Reabilitação auditiva	Todas as idades	Agente administrativo
Física e Intelectual	Intervenção precoce	Do nascimento até os três anos incompletos	Enfermeiro
	Infanto-juvenil	Dos três aos 18 anos incompletos	Fisioterapeuta
	Adulto	Dos 18 aos 60 anos incompletos	Fisioterapeuta
	Idoso	Acima dos 60 anos	Fisioterapeuta

Os setores seguem linhas de cuidado em conformidade com as oito diretrizes que derivam da Rede de Cuidado da Pessoa com Deficiência, uma das redes prioritárias do Ministério da Saúde.

Cada um dos setores aplica seu protocolo de avaliação para a admissão do usuário no serviço e também para a classificação das prioridades diante das demandas reprimidas.

Para administrar as demandas reprimidas, foram realizados mutirões para a dispensação de recursos e dispositivos de tecnologia assistiva (aparelhos de amplificação sonora individual, órteses e cadeiras de rodas adaptadas). Esses mutirões são realizados anualmente e dependem de recurso financeiro federal. Mutirões de triagens fonoaudiológicas foram realizados visando priorizar os casos mais graves.

Apesar da priorização dos atendimentos às pessoas portadoras das deficiências referidas, o Ambulatório de Fonoaudiologia do Setor Infanto-Juvenil do CER oferece atendimento nas áreas de linguagem, fluência, voz e motricidade orofacial uma vez que os usuários recebiam intervenção no Espaço Crescer, Unidade de Saúde que integrava a Gerência de Reabilitação da Secretaria Municipal da Saúde de Araraquara e que foi incorporada parcialmente ao CER, assim como outros serviços: Centro de Diagnóstico e Intervenção Precoce (CDIP), Centro Integrado de Saúde Auditiva (CISA) e Serviço de Atenção em Reabilitação de Araraquara (SARA).

São realizadas reuniões gerais trimestralmente com a presença do Gerente para tratar de questões administrativas, avaliar o funcionamento do serviço, favorecer a integração de toda a equipe e revisar as dinâmicas dos processos de trabalho. Cada setor realiza reuniões semanais para discussão de casos, compartilhamento de saberes e responsabilidades, aprimoramento técnico e integração das ações realizadas.

Para munícipes de Araraquara, as intervenções terapêuticas são realizadas regularmente, com maior ou menor frequência, conforme necessidades singulares.

As pessoas com deficiência referenciadas de outras cidades são acolhidas no CER, recebem as intervenções possíveis e, quando necessário, articula-se com a Rede de Saúde da Região a continuidade do cuidado nos serviços de reabilitação das cidades de origem dos usuários. Nesse contexto, o CER realiza acompanhamento compartilhado e complementar dos casos.

Diante da ausência de alguma especialidade no CER, alguns casos são encaminhados para outros serviços da rede especializada de saúde do município visando garantir o cuidado integral à pessoa e à sua família.

A equipe multiprofissional é composta por 60 profissionais, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 - Profissionais do CER Dr. “Eduardo Lauand”, Araraquara 2017.

<b>Profissionais</b>	<b>Quantidade</b>
Gerente ou Coordenador	01
Agentes administrativos	06
Técnicos de enfermagem	04
Agentes operacionais	04
Assistentes sociais	02
Enfermeiros	02
Fisioterapeutas	10
Fonoaudiólogos	14
Médicos	05
Psicólogos	05
Terapeutas ocupacionais	04
Motorista	01
Profissionais de limpeza	02

Os profissionais de limpeza são terceirizados. Os demais são servidores públicos municipais contratados por meio de aprovação em concurso público.

O CER realiza apoio matricial visando compartilhar a responsabilidade com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, com ações de orientação e suporte no território de origem do usuário, para o estabelecimento e manutenção de parcerias de intervenções compartilhadas.

Também é um espaço de formação em serviço por meio de ambientação de estágios de instituições de ensino superior de Araraquara, graduandos do curso de Terapia Ocupacional e residentes em Pediatria.

### **4.3 Os Sujeitos da Pesquisa**

Participaram da pesquisa 13 familiares de crianças com diagnóstico de TF acompanhadas no CER em Araraquara, SP. Os participantes foram indicados por três fonoaudiólogas do serviço referido.

Os critérios de inclusão adotados foram: ser pai, mãe ou cuidador de criança com diagnóstico de transtorno fonológico, com idade entre quatro e oito anos, de ambos os sexos, independente da quantidade de processos fonológicos presentes, da gravidade do transtorno e do tipo de abordagem terapêutica recebida. As crianças estavam em atendimento no mínimo há cinco meses para a certificação de que fizeram parte da pesquisa somente pais ou cuidadores de crianças na etapa terapêutica, e que conviviam regularmente com as crianças e participavam do processo de cuidado.

Foram excluídos os pais ou cuidadores de crianças que apresentavam algum outro distúrbio fonoaudiológico potencialmente influente sobre a percepção desses sujeitos no cuidado especificamente fonológico.

#### **4.4 Abordagem Metodológica**

Foi adotada a estratégia metodológica clínico-qualitativa. Esse método é considerado uma particularização e refinamento das pesquisas qualitativas genéricas e propõe a abordagem dos fenômenos no ambiente real no qual os mesmos acontecem. Na pesquisa clínico-qualitativa, considera-se que um espaço físico-estrutural, cotidiano da prestação de serviços clínicos (constituindo-se nos *settings* da saúde), configura-se o ambiente natural das pessoas, enquanto ali envolvidas em seus processos clínicos, preventivos ou terapêuticos (TURATO, 2013). No caso desta pesquisa, o local em que as crianças recebiam a intervenção fonoaudiológica.

Segundo esta proposta metodológica, os fenômenos são abordados a partir de paradigmas humanísticos e sob referenciais socioculturais. O método clínico-qualitativo situa-se sob os referenciais da sociologia compreensiva e da antropologia cultural, aliados a conceitos da prática clínica histórica e da psicanálise. Esses referenciais fundamentam o desenho da pesquisa, a definição dos pressupostos e objetivos, a construção e aplicação dos instrumentos auxiliares em campo e a interpretação dos resultados (TURATO, 2013).

Em síntese, Turato (2013, p. 240) definiu o método clínico-qualitativo como:

“Um meio científico de conhecer e interpretar as significações – de naturezas psicológicas e psicossociais – que os indivíduos (pacientes ou quaisquer outras pessoas preocupadas ou que se ocupam com problemas de saúde, tais como a equipe de profissionais, os familiares e pessoas da comunidade), dão aos fenômenos do campo da saúde-doença. Ocorre sob o paradigma



fenomenológico, dentro da área das Ciências do Homem, com valorização das angústias e ansiedades existenciais das pessoas envolvidas no estudo e pautando-se num quadro interdisciplinar de referenciais teóricos com destaque às concepções psicanalíticas básicas”.

O método qualitativo aplicado em *settings* da saúde possibilita ao pesquisador uma atitude de sensibilização e empatia que o habilita inclinar-se em direção ao sujeito da pesquisa para acolher os sentimentos gerados por suas experiências. Esse método disponibiliza técnicas e procedimentos que dão condições ao pesquisador para identificar, descrever e compreender os sentidos e as significações que a pessoa entrevistada atribui ao fenômeno estudado (TURATO, 2013).

Nesse contexto, o pesquisador é o principal instrumento da investigação em campo, uma vez que suas percepções apreendem os fenômenos e sua consciência os representa e os elabora, enquanto os roteiros, tais como as entrevistas, servem apenas de instrumentos auxiliares (TURATO, 2013).

#### **4.5 Coleta de Dados**

Inicialmente, foram realizados contatos telefônicos com as seis fonoaudiólogas do Setor Infante-Juvenil do CER visando explicar os objetivos da pesquisa e solicitar a indicação dos sujeitos. Para isso, as profissionais deveriam preencher uma planilha (APÊNDICE C) que continha dados referentes às crianças com diagnóstico de transtorno fonológico (nome completo, data de nascimento, dia e horário do atendimento, data de início da intervenção) em atendimento fonoaudiológico no serviço de saúde referido.

Três fonoaudiólogas devolveram as planilhas preenchidas, totalizando 41 indicações. De posse desses dados, a pesquisadora verificou os critérios de inclusão e identificou 21 indivíduos elegíveis para o estudo.

Apesar de 21 sujeitos atenderem aos critérios de inclusão, foram realizadas 13 entrevistas devido à saturação dos achados.

O método de amostragem por saturação permite ao pesquisador encerrar a coleta de dados quando as entrevistas deixam de acrescentar elementos de interesse dos objetivos do estudo (FONTANELLA et al., 2011; TURATO, 2013).

De acordo com o dia e o horário do atendimento fonoaudiológico de cada criança, a pesquisadora compareceu ao CER e foi apresentada ao candidato a sujeito da pesquisa pelas fonoaudiólogas responsáveis pelas intervenções.

Em seguida, esses pais ou cuidadores foram acompanhados, individualmente, até uma das salas de atendimento, onde foram realizados os convites formais para a participação na pesquisa mediante o TCLE. Os que aceitaram foram entrevistados a interesse do estudo, encerrando-se a coleta de dados na 13ª entrevista devido à saturação dos achados conforme já mencionado.

Essas entrevistas foram realizadas individualmente pela própria pesquisadora, em salas de atendimento do CER, entre julho e setembro de 2017, enquanto as crianças eram atendidas pela fonoaudióloga do serviço. Duraram entre 30 e 40 minutos e foram gravadas para posterior transcrição. Vale ressaltar que a entrevistadora não tinha qualquer envolvimento com a intervenção fonoaudiológica das crianças. Portanto, foram entrevistadas pessoas sobre as quais a pesquisadora não dispunha de informações sociais e culturais, e com as quais não ocorreu qualquer contato prévio.

Assim, foi realizado o levantamento de dados por meio da aplicação dos instrumentos auxiliares em campo (questionário fechado e entrevista semidirigida – APÊNDICES D e E).

Segundo Minayo (2013), a aplicação de um questionário fechado pretende obter dados gerais considerados relevantes de um problema de investigação, visando melhorar a compreensão do objeto e estabelecer relações e generalizações.

O questionário fechado visava o levantamento de características sociodemográficas das crianças com TF de acordo com o sexo, idade, escolaridade, cidade e pessoas com quem residiam; e de seus pais ou cuidadores (sujeitos da pesquisa), quanto ao grau de parentesco com a criança, sexo, idade, escolaridade, ocupação e renda familiar. O questionário incluía, ainda, dados que caracterizavam a terapia fonoaudiológica de acordo com a duração da sessão terapêutica, frequência e tipo de intervenção.

As entrevistas, por sua vez, se apoiaram em um roteiro semidirigido (APÊNDICE E), no formato de um diálogo que permitiu aos entrevistados falarem livremente sobre os temas de interesse dos objetivos específicos.

A entrevista semidirigida de questões abertas é o formato que melhor atende aos fundamentos da pesquisa clínico-qualitativa, pois possibilita que entrevistado e pesquisador tenham momentos para dar alguma direção no processo sem perda da centralidade no sujeito, representando ganho para reunir os dados segundo os objetivos propostos (TURATO, 2013).

Esse modelo oportuniza ao entrevistado externar a compreensão da experiência sob o seu próprio ponto de vista (LOPES, 2012).

A entrevista mediada por questões abertas, ou seja, baseada em um roteiro-diretriz que não delimita a possibilidade de respostas segundo interesses de comunicação exclusivos do pesquisador, é compatível com a própria definição de abordagem qualitativa. Para interpretar os sentidos e os significados percebidos pelos informantes sobre o assunto proposto, o entrevistador não deve sugerir respostas em alternativas, pois estas seriam elaboradas somente a partir da sua visão teórica (TURATO, 2013).

Para estimular a fala dos sujeitos quanto aos tópicos almejados pela pesquisa, iniciou-se a entrevista com a seguinte questão disparadora: “Fale-me sobre seu filho e sobre o tratamento fonoaudiológico que ele faz”. Em seguida, a conversa continuou apoiada no roteiro apresentado no APÊNDICE E.

Na oportunidade, a entrevistadora posicionou-se de maneiras diferentes considerando certas situações de fala dos informantes. Diante de temas relevantes para o estudo, fez uso de expressões faciais para demonstrar seu interesse e para estimular o sujeito a se aprofundar mais a respeito. Ou então, caso tenha julgado a fala incompleta ou confusa perante sua necessidade de maior compreensão dos sentidos e significados expressos, solicitou um melhor detalhamento do assunto em questão ou que o entrevistado explicasse mais claramente o que queria dizer. Por fim, algumas vezes foi necessário introduzir questões adicionais de forma a recompor o contexto da entrevista.

#### **4.6 O Processamento e a Análise dos Dados**

Inicialmente o material coletado foi tratado por meio da escuta e transcrição literal e integral das entrevistas. A análise desse material foi realizada por conteúdo temático, o qual foi organizado por meio de duas etapas: a ideográfica e a nomotética.

A análise de conteúdo temático é um método que permite organizar os achados propiciando a interpretação coletiva dos discursos individuais e se dá, genericamente, por descrição analítica dos temas abordados pelos entrevistados em suas falas, inferência e interpretação dessas falas (BARDIN, 2011).

A técnica da análise de conteúdo temático, mais simples das análises de conteúdo, busca nas expressões verbais ou textuais os temas gerais recorrentes que aparecem em conteúdos mais concretos, favorecendo assim, a categorização e subcategorização constituintes do corpus da pesquisa (TURATO, 2013).

A etapa ideográfica revelou as ideias contidas no discurso de cada sujeito pesquisado. Após várias leituras (leituras flutuantes ou de assimilação) do conteúdo das transcrições de cada entrevista, foram identificadas as unidades de significado, que são recortes relacionados aos objetivos da pesquisa. Nessa fase, foram identificadas as categorias temáticas de análise (GARNICA, 1997).

Turato (2013) propõe que o processo de categorização, organização dos achados segundo categorias temáticas, ocorra considerando dois critérios principais: o de repetição e o de relevância dos pontos constantes na fala dos entrevistados. Segundo o critério de repetição, impõe-se a investigação das falas que cada um tem em comum com os outros, ou seja, deve-se destacar as colocações reincidentes nas entrevistas. Pelo critério de relevância, algumas falas são destacadas sem que necessariamente apresentem certa repetição no conjunto do material coletado, mas que na visão do pesquisador, representam importantes colocações por refutar ou confirmar as hipóteses iniciais de investigação ou por atenderem aos objetivos do estudo.

A fase nomotética compreendeu a etapa de organização dos trechos das entrevistas segundo as categorias a que diziam respeito, de modo a transformar o material que se encontrava na forma de entrevistas individuais em um corpus de falas coletivas por temas tratados pelo conjunto dos entrevistados (GARNICA, 1997).

As falas foram interpretadas à luz dos referenciais teóricos da Humanização do Cuidado em Saúde, do Cuidado Centrado na Pessoa e do Cuidado Centrado na Família.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 A população estudada

Inicialmente, serão apresentados os resultados dos perfis das crianças e dos familiares, conforme levantamento de dados por meio de questionário (APÊNDICE D) aplicado com os entrevistados.

Das famílias entrevistadas, nove crianças eram do sexo masculino e quatro eram do sexo feminino, com idades entre quatro e oito anos.

Três crianças frequentavam Escolas de Educação Infantil (4ª ou 5ª etapa). Dez estavam matriculadas no Ensino Fundamental: quatro cursavam o 1º ano e seis cursavam o 2º ano.

Todas as crianças residiam em Araraquara. As mães estavam presentes em todas as constituições familiares.

O quadro 3 apresenta os dados que caracterizam as crianças com TF cujos pais ou cuidadores compuseram a amostra.

Quadro 3 – Características das crianças com transtorno fonológico de acordo com sexo, idade, escolaridade e pessoas com quem residiam, Araraquara 2017.

Nº de ordem	Sexo	Idade	Escolaridade	Com quem residiam
01	Masculino	4 anos e 9 meses	4ª etapa	Pai e mãe
02	Masculino	5 anos e 4 meses	5ª etapa	Pai, mãe e irmã
03	Masculino	7 anos e 2 meses	2º ano	Pai, mãe e irmão
04	Feminino	5 anos e 7 meses	5ª etapa	Pai, mãe e duas irmãs
05	Masculino	6 anos e 10 meses	1º ano	Mãe e irmão
06	Masculino	7 anos e 7 meses	2º ano	Pai, mãe e duas irmãs
07	Masculino	6 anos e 9 meses	1º ano	Pai, mãe e irmão
08	Masculino	7 anos e 3 meses	2º ano	Pai e mãe
09	Feminino	7 anos e 10 meses	2º ano	Mãe
10	Masculino	6 anos e 6 meses	1º ano	Pai, mãe e irmão
11	Feminino	6 anos e 10 meses	1º ano	Pai, mãe e irmão
12	Masculino	6 anos e 7 meses	1º ano	Pai, mãe e dois irmãos
13	Feminino	6 anos e 7 meses	1º ano	Mãe, tia, irmão e dois primos

Fonte: próprio autor

Quanto ao grau de parentesco, onze mães, um pai e uma tia conduziam as crianças para o tratamento fonoaudiológico no CER. Portanto, as mães foram as principais

acompanhantes. Esses resultados reiteram os achados de outras pesquisas nas quais a grande maioria dos responsáveis por acompanhar as crianças no atendimento fonoaudiológico também foram as mães (MELO; BACKES; MOTA, 2015; SOUZA; LOPES, 2015).

Doze participantes eram do sexo feminino e um era do sexo masculino. Suas idades variaram de 22 a 46 anos.

O grau de escolaridade dos pais ou cuidadores foi categorizado em não alfabetizado, ensino fundamental (completo e incompleto), ensino médio (completo e incompleto), ensino superior (completo e incompleto) e não declarado. Esse aspecto variou da seguinte maneira: uma participante não concluiu o ensino médio, nove cursaram e finalizaram o ensino médio e três declararam formação de nível superior.

Quanto à ocupação, cinco mulheres apresentaram-se como trabalhadoras do lar, as outras sete declararam diferentes ocupações (uma empresária, duas agentes educacionais, uma cabelereira, uma recepcionista, uma vigilante e uma manicure). Por fim, o único homem participante da pesquisa desempenhava a função de vigilante.

A variável renda familiar foi dividida em cinco categorias (A, B, C, D, E), de acordo com a renda mensal que foi mencionada pelo entrevistado: “A” – renda até um salário mínimo; “B” – de um a dois salários mínimos; “C” – de dois a quatro salários mínimos; “D” – acima de quatro salários mínimos e “E” – renda não declarada. Apenas uma participante não declarou a renda familiar.

Nos quadros 4a e 4b serão apresentados dados referentes aos entrevistados de acordo com o grau de parentesco com a criança com TF, sexo, idade, escolaridade, ocupação e renda familiar.

Quadro 4a – Características dos sujeitos da pesquisa de acordo com o grau de parentesco com a criança, sexo e idade, Araraquara 2017.

Nº de ordem	Grau de parentesco com a criança	Sexo	Idade (em anos)
01	Mãe	Feminino	24
02	Mãe	Feminino	39
03	Mãe	Feminino	46
04	Mãe	Feminino	30
05	Mãe	Feminino	38
06	Mãe	Feminino	44
07	Pai	Masculino	38
08	Mãe	Feminino	40
09	Mãe	Feminino	30
10	Mãe	Feminino	38
11	Mãe	Feminino	34
12	Mãe	Feminino	37
13	Tia	Feminino	22

Fonte: próprio autor

Quadro 4b – Características dos sujeitos da pesquisa de acordo com a escolaridade, ocupação e renda familiar, Araraquara 2017.

Nº de ordem	Escolaridade	Ocupação	Renda familiar
01	Ensino médio completo	Dona de casa	D
02	Ensino superior completo	Empresária	D
03	Ensino superior completo	Agente educacional	C
04	Ensino médio completo	Dona de casa	B
05	Ensino médio completo	Agente educacional	B
06	Ensino superior completo	Dona de casa	C
07	Ensino médio completo	Vigilante	B
08	Ensino médio completo	Dona de casa	B
09	Ensino médio completo	Cabelereira	B
10	Ensino médio completo	Recepcionista	C
11	Ensino médio completo	Dona de casa	E
12	Ensino médio completo	Vigilante	C
13	Ensino médio incompleto	Manicure	B

Fonte: próprio autor

Os dados sobre a terapia fonoaudiológica são apresentados no quadro 5, no qual há informações sobre a frequência da intervenção (semanal, quinzenal ou mensal), duração da

sessão de terapia e tipo de intervenção (individual ou grupal). O quadro 5 também apresenta informações sobre outras intervenções terapêuticas realizadas pelas crianças.

Quadro 5 – Características da terapia fonoaudiológica (frequência da intervenção, duração da sessão e tipo de intervenção) e informações sobre outras intervenções terapêuticas realizadas pelas crianças, Araraquara 2017.

Nº de ordem	Frequência	Duração da sessão	Tipo da intervenção	Outras intervenções
01	Semanal	40 minutos	Individual	Psicologia
02	Semanal	40 minutos	Individual	Psicologia
03	Semanal	60 minutos	Grupal	Não
04	Semanal	40 minutos	Individual	Psicologia
05	Semanal	40 minutos	Individual	Não
06	Semanal	40 minutos	Individual	Psicologia
07	Semanal	60 minutos	Grupal	Não
08	Semanal	60 minutos	Grupal	Não
09	Semanal	60 minutos	Grupal	Psicologia
10	Semanal	60 minutos	Grupal	Não
11	Semanal	40 minutos	Individual	Não
12	Semanal	60 minutos	Grupal	Não
13	Semanal	60 minutos	Grupal	Não

Fonte: próprio autor

Em síntese, foram entrevistados cuidadores de crianças com diagnóstico de transtorno fonológico em intervenção fonoaudiológica no CER Dr. “Eduardo Lauand” em Araraquara, majoritariamente do sexo feminino, em faixa etária adulta jovem, residente e familiar da criança (quase todas eram as próprias mães), de famílias com renda variável a partir de um salário mínimo por mês e grau de escolaridade de ensino médio ou superior.

Quanto às crianças, a maioria era do sexo masculino, na faixa etária dos quatro aos oito anos incompletos, em processo de escolarização adequado para a idade, residentes com a família, com frequência semanal ao serviço de fonoaudiologia. Pouco mais da metade não recebia outro tipo de intervenção e os demais realizavam tratamento psicológico.

## 5.2 Categorias temáticas

Com base na análise dos dados, foram constituídas quatro categorias temáticas: “Percepção dos pais ou cuidadores sobre a criança e o transtorno fonológico”, “Expectativas



dos pais ou cuidadores sobre a criança com transtorno fonológico”, “Gestão do cuidado familiar à criança com transtorno fonológico” e “Percepção dos pais ou cuidadores sobre a importância da sua participação no tratamento fonoaudiológico”.

No sentido de descrevê-las em sua forma como surgiram na fala dos entrevistados, serão apresentadas e exemplificadas com trechos significativos das entrevistas, nos quais as crianças serão denominadas de C1 a C13 e os familiares de F1 a F13.

### **5.2.1 – Percepção dos pais ou cuidadores sobre a criança e o transtorno fonológico**

Alguns entrevistados mencionaram apenas o TF, não referiram outras características das crianças e quaisquer dificuldades relacionadas ao distúrbio de comunicação:

“O C12 veio (*para a fonoterapia*) com orientação médica pela fala dele. Ele troca bastante os sons, ele faz uma complicação. Então, acharam necessário ele... fazer o tratamento dele”. F12

Nesse relato, inicialmente a entrevistada não tinha clareza sobre o TF, cuja compreensão foi elucidada por terceiros que, então, indicaram a necessidade da intervenção fonoaudiológica. Essa mãe referiu a dificuldade do filho relacionada apenas aos erros dos sons da fala, sem correlação com outros aspectos da vida da criança.

Em outros relatos, notou-se que, na percepção dos entrevistados, a alteração do aspecto fonológico da linguagem não influenciou negativamente outros aspectos do desenvolvimento infantil:

“O C5... ele é uma criança normal, brinca, espontânea, muito inteligente, pega as coisa muito fácil. Mas o problema de fala... eu comecei a perceber esse problema de fala nele quando ele tava no... no prezinho, [...] que eu vi que ele trocava muito (*os sons da fala*). [...] Mas é muito esperto, peralta, é uma criança saudável, uma criança normal. É um excelente aluno, todo mundo fala que ele é muito inteligente, muito esperto. É uma criança muito, muito cativa, muito alegre, tem vários amigos”. F5

Essa mãe afirmou que seu filho se desenvolvia normalmente, aprendia com facilidade e, conseqüentemente, apresentava bom desempenho escolar. O TF não alterava, em sua percepção, o desenvolvimento e a qualidade de vida da criança. Segundo a entrevistada, não ocorreram prejuízos social, emocional e cognitivo. Portanto, não estavam presentes dificuldades decorrentes da alteração de fala.

Em contrapartida, outros entrevistados reconheceram o impacto do TF sobre o desenvolvimento das crianças:

“Ele é muito falante. Apesar de você ter visto ele calado, ele fala tudo errado, mas ele tá falando! [...] Houve uma época em que ele se recusava conversar porque ele dizia não conseguir falar corretamente e ele saber que ele chamava a atenção por causa da maneira que ele falava. Então ele começou a se retrair. [...] Ele queria interagir e ele achava que não era capaz de interagir. Era isso que acontecia. [...] Eu tinha muito medo dele entrar na escola fundamental, no 1º ano e sofrer muito assédio... por conta dele falar diferente. Porque as pessoas reparam. Às vezes eu tô numa farmácia, tô num supermercado, ele começa conversar comigo, eu vejo que as pessoas olham. Entendeu? Meu Deus do céu! Imagina no primeiro ano o quê que esse menino não vai passar, né”. F2

O relato acima destacou que o TF causou desajustes comportamentais, emocionais e sociais, descrevendo as dificuldades encontradas pela criança em decorrência da sua experiência com a alteração. Além desses impactos influenciando a vida e o desenvolvimento do seu filho, a mãe reconheceu seus efeitos estendidos para além da criança e suas repercussões em outros membros da família. Nesse caso, a entrevistada preocupava-se com a possibilidade do seu filho sofrer assédio moral no ambiente escolar. Esse sentimento negativo da mãe referia-se à sua experiência com a observação da reação de outras pessoas diante do comprometimento de fala da criança.

Alguns entrevistados, ao considerarem o grau de dificuldade de fala de seus filhos, afirmaram observar poucas trocas na fala das crianças em decorrência do processo interventivo fonoaudiológico. Ainda assim, destacaram a prevenção de dificuldades relacionadas ao TF, tais como: estigmatização, prejuízo emocional, dificuldades escolares e de interação social:

“Quantos constrangimentos foram evitados por ele conseguir falar direitinho? Por ele conseguir se expressar? Porque ele é um menino meio tímido, é meio calado, ele fica assim meio que na dele. Então, leva um tempinho pra ele se integrar. Se ele tivesse um problema de fala, eu acho que ele estaria mais fechado ainda. Então, é um bem inexplicável (*a eficácia da fonoterapia*). [...] E assim, mesmo agora que ele tá tendo pouca dificuldade, eu falo pra ele: Não vamos desanimar, nós estamos na reta final. [...] Poderia ter acontecido tanta coisa difícil na vida dele... porque ele poderia ter sido ridicularizado na educação infantil porque não falava direito. Aí ele tava lá, menino na 5ª etapa falando tititi tatatá. Não entendendo o alfabeto. Então, esse ano ele teria sofrido mais ainda porque ele não iria entender o alfabeto. Ele não ia começar a se alfabetizar”. F3

No relato acima, a entrevistada relacionou a personalidade da criança com o potencial estigma derivado da alteração de fala, combinação que, segundo ela, teria efeito aditivo para a ocorrência de prejuízos sociais. Complementou que o TF poderia gerar o sofrimento do seu filho e dificuldades de alfabetização, retroalimentando o estigma que reverbera em acúmulo de perdas sociais. Sua compreensão foi da importância da terapia fonoaudiológica para desenvolver as habilidades de comunicação e, conseqüentemente, evitar que o TF prejudicasse a socialização e outros aspectos do desenvolvimento da criança. Nesse caso, a preocupação da entrevistada esteve muito mais ligada à percepção dela sobre o que poderia representar a interação do TF com a personalidade da criança do que fundamentada em alguma experiência com os agravos decorrentes do transtorno.

A identificação da alteração do aspecto fonológico da linguagem foi abordada no estudo de Melo, Backes e Mota (2015). Essas pesquisadoras realizaram estudo com 23 pais ou responsáveis de crianças com TF e concluíram que todos os entrevistados percebiam a dificuldade linguística de seus filhos.

Em consonância, McCormack (2012) realizou estudo visando descrever a experiência de pais de crianças com histórico de alteração de fala e afirmou que os participantes relataram ciência do comprometimento apresentado pelos seus filhos.

Além da identificação do TF, no presente estudo, parte dos pais ou cuidadores mencionaram as dificuldades apresentadas pelas crianças e as preocupações familiares relacionadas aos possíveis agravos desinentes do transtorno, como: desajustes comportamentais e sociais, prejuízo emocional, estigmatização, assédio moral, dificuldades escolares e de interação social.

Da mesma forma, as conseqüências negativas das alterações de fala e linguagem e as aflições das pessoas que cuidavam dessas crianças foram descritas pelos entrevistados de outros estudos (MCCORMACK, 2012; MELO, BACKES; MOTA, 2015; OSTROSCI; ZANOLLI; CHUN, 2017). Especificamente em uma dessas pesquisas, os pais ou responsáveis ressaltaram os problemas escolares e o assédio moral como as alterações de maior ocorrência e as que causavam maiores preocupações dentre outras decorrentes do TF (MELO; BACKES; MOTA, 2015).

Resumidamente, os sujeitos deste estudo perceberam o TF de duas maneiras diferentes: uma forma na qual o transtorno foi identificado sem quaisquer dificuldades associadas; e outra maneira na qual o TF foi identificado associado com estigmatização, dificuldades escolares, desajustes comportamentais, emocionais e sociais. Esta segunda forma de percepção também foi verificada em outros trabalhos.

Nesse contexto, outros estudos comentam sobre a singularidade da experiência com o TF e com as dificuldades associadas, como um fenômeno exclusivo para cada criança e sua família, dependente dos elementos existenciais mobilizados (MCCORMACK, 2012; MCCORMACK et al., 2009).

Além do caráter individualizado da experiência dos cuidadores e das crianças, as diferentes percepções do TF também envolveram a sua natureza heterogênea quanto à gravidade e à manifestação.

### **5.2.2 – Expectativas dos pais ou cuidadores sobre a criança com transtorno fonológico**

As expectativas dos entrevistados sobre a criança com TF referiram-se à reorganização do aspecto fonológico da linguagem e seu impacto na vida. Essas expectativas envolviam, entre outros aspectos, suas percepções sobre o tratamento fonoaudiológico.

Houve relatos de satisfação com a intervenção fonoaudiológica e de expectativas de melhora das habilidades de comunicação da criança. Além disso, alguns participantes esperavam evolução em outras áreas do desenvolvimento infantil, como exemplificado no excerto abaixo:

“Oh... Eh... O que eu espero é o que está acontecendo, ele amadurecendo a fala e trabalhando isso com naturalidade. E eu percebendo assim que isso melhora na alfabetização. Então, é isso que eu espero da fono, que na verdade esse processo que já está acontecendo, já está em andamento [...], que ele falasse bem, conseguisse se expressar bem e, assim, não ficasse tímido, não ficasse retraído por causa da fala. [...] Que se soltasse, que não tivesse vergonha de falar, conseguisse se expressar direitinho. E eu sei que assim, daqui pra frente cada vez melhor porque ele tá amadurecendo também neurologicamente. Então, ele amadurecendo, as coisas vão caminhando pra gente terminar o atendimento da fono”. F3

Essa entrevistada relatou satisfação com a evolução da criança e, conseqüentemente, com a intervenção fonoaudiológica. Demonstrou compreensão de que a melhora do seu filho acontecia por meio de um processo longitudinal. Portanto, valorizava as evoluções alcançadas gradativamente. Além da melhora na capacidade de comunicação da criança, suas expectativas também envolviam melhora no desempenho escolar e mudanças no seu comportamento, como diminuição da timidez. Previa que o desempenho linguístico do seu filho continuaria evoluindo diante da associação da abordagem terapêutica com a sua maturação neurológica. Em resumo, essa entrevistada manifestou expectativa positiva quanto

à melhora da fala e aos consequentes ganhos subjetivos representados pela evolução escolar e diminuição da timidez, cujos alcances teriam o significado da reabilitação e, dessa maneira, da finalização da intervenção fonoaudiológica.

Em outro estudo realizado com pais de pré-escolares em tratamento fonoaudiológico, os entrevistados esperavam evolução na habilidade de comunicação das crianças e, conseqüentemente, melhora nos relacionamentos de seus filhos com seus pares e na prontidão para a escola. Suas expectativas também incluíam mudanças comportamentais caracterizadas por diminuição da timidez, redução da frustração e aumento da autoconfiança (THOMAS-STONELL et al., 2009).

Alguns participantes afirmaram ter alcançado suas expectativas, mencionando que a eficácia do tratamento fonoaudiológico influenciou positivamente na qualidade de vida das crianças. A esse respeito, uma mãe fez o seguinte comentário:

“Como eu te falei... foi... eu acho que foi muito bom. [...] Fez muito bem. E assim... mudou a vida dele, mudou, né? Então, eu não tenho do que reclamar não. Mudou muito, foi muito bom pra ele, pra ele tanto pra mim”. F5

Da mesma forma que foi observada no relato antecedente, essa mãe estava satisfeita com a intervenção fonoaudiológica. Além das repercussões da eficácia do tratamento na qualidade de vida do seu filho, a entrevistada reconheceu seus efeitos estendidos para além da criança assistida. Ou seja, a mãe sentiu-se beneficiada pelo cuidado, uma vez que a melhora da criança refletiu diretamente no seu bem-estar.

No estudo de Thomas-Stonell et al. (2009), os pais observaram melhorias nas habilidades comunicativas que resultaram positivamente na qualidade de vida de seus filhos. Descreveram melhorias na atenção, no brincar, na socialização, na confiança e no comportamento em casa, na escola e na comunidade. Esses autores ressaltaram que as observações de mudança feitas pelos pais geralmente correspondiam às suas expectativas.

Sob outra perspectiva, um aspecto negativo para alguns entrevistados esteve relacionado à duração do tratamento, considerando-se que a necessidade de recuperação era pressionada pelo ambiente de relações:

“Olha, na verdade eu achei que fosse ser mais rápido. [...] Eu espero que ela venha a falar bem. O quanto antes melhor porque agora ela já tá começando a passar por *bullying* na escola. Então isso já tá ficando complicado também. É isso.” F9

Nesse caso, a mãe estava preocupada com a lenta evolução da criança devido ao impacto negativo do TF no contexto escolar. Sua percepção de lentidão do tratamento não correspondia às suas expectativas. Portanto, a entrevistada estava insatisfeita com o tratamento fonoaudiológico. Contudo, ainda esperava a superação da dificuldade fonológica da sua filha. Acreditava que essa necessidade da criança seria suplantada por meio da intervenção fonoaudiológica. Porém, demonstrava ansiedade pela breve reabilitação da criança.

Em outro estudo, alguns pais ou responsáveis relataram ter dúvida quanto ao tempo de terapia. Todavia, todos os entrevistados manifestaram satisfação com o atendimento fonoaudiológico (MELO; BACKES; MOTA, 2015).

Em síntese, os participantes esperavam e acreditavam que a intervenção fonoaudiológica promoveria a reorganização do aspecto fonológico da linguagem e, como consequência, a melhora de outras áreas do desenvolvimento infantil. Nos relatos de superação das expectativas, ou seja, nos casos de melhora da capacidade de comunicação da criança, houve a percepção de que o benefício não se restringiu à criança, mas estendeu-se à família como um todo, especialmente no que diz respeito ao significado do TF no ambiente de relações, repercutindo potencialmente na autoestima familiar, consequentemente resultando em um estado de satisfação.

Caso o sofrimento psicossocial seja percebido pelos pais ou cuidadores como significativo (talvez o seja mais para eles do que para a própria criança), surge uma ansiedade no ambiente familiar pela urgência da recuperação do TF. Nessa circunstância, é importante que o fonoaudiólogo capte essa ocorrência e reforce a resiliência que a família precisa ter para que reduza a intensidade do sofrimento diante da percepção de lentidão do tratamento em relação à ansiedade de quem cuida da criança, influenciada pela pressão social que sente.

Isso implica na necessidade do envolvimento da família na definição das metas da terapia visando assegurar que os objetivos do tratamento abordem suas preocupações e expectativas (THOMAS-STONELL et al., 2009).

A elaboração de um plano de intervenção em conjunto com os familiares possibilita melhor entendimento do distúrbio da fala e linguagem e provê informações sobre o prognóstico terapêutico, reduzindo a ocorrência de sentimentos negativos e de expectativas maiores que as possibilidades. Para um bom prognóstico, terapeuta e familiares precisam assumir seus papéis no intuito de oferecer o melhor cuidado possível à criança, entendendo que esse cuidado vai além do objeto clínico para alcançar a pessoa e seus familiares no ambiente de relações em que existem (LOPES, 2012).

As sessões de orientação representam outro recurso positivo para esclarecimento de dúvidas, pactuações entre os envolvidos no cuidado e para prevenir possíveis sentimentos e comportamentos negativos à evolução do sistema fonológico da linguagem. Essas orientações necessitam abranger conversas frequentes objetivando ofertar maiores possibilidades de discussões com os cuidadores (MELO; BACKES; MOTA, 2015).

### **5.2.3 – Gestão do cuidado familiar à criança com transtorno fonológico**

Objetivamente, a organização do cuidado familiar à criança com TF referiu-se ao comparecimento às sessões de tratamento e à realização das atividades indicadas pelas fonoaudiólogas para serem feitas no dia-a-dia.

Da mesma forma, McCormack (2012) comentou que o compromisso de levar seus filhos ao fonoaudiólogo e a realização das tarefas de casa estavam incorporadas à percepção do cuidado com as crianças diagnosticadas com alteração de fala.

Sobre esses aspectos, Marques, Friche e Motta (2010) consideram a assiduidade e a realização dos procedimentos indicados pelo fonoaudiólogo como alguns dos comportamentos afirmativos da adesão à fonoterapia.

A adesão ao tratamento constitui um processo complexo e multifatorial, significativo para o sucesso do cuidado e representa um desafio para os profissionais da saúde, para a própria pessoa com necessidade de cuidados e para sua família (SANTOS et al., 2013b; SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Portanto, trata-se de um processo relacionado ao modelo de prática adotado pelo profissional de saúde (comportando ações de saúde centradas na pessoa e na família e não exclusivamente nos procedimentos, que aliam orientação, informação, adequação dos esquemas terapêuticos ao estilo de vida do indivíduo, esclarecimentos, suporte social e emocional), ao engajamento da pessoa assistida e de sua família (envolvendo aspectos ligados ao reconhecimento, resiliência, autonomia, enfrentamento e significação dos problemas de saúde), ao tipo e à gravidade do problema, às práticas assistenciais (custo, efeito colateral, crenças e significados) e ao serviço de saúde (tempo de espera, tipo de atendimento, relacionamento com a equipe de saúde, modelo de cuidado) (LEER; CONNOR, 2010; MIASSO; MONTESCHI; GIACCHERO, 2009; PORTONE; JOHNS; HAPNER, 2008; SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

De todo modo, o comparecimento e a assiduidade às sessões fonoaudiológicas foram valorizados entre as estratégias de cuidado:

“Num deixo ela perder uma consulta (*sessão de fonoterapia*) porque é muito importante isso pra ela”. F13

Essa entrevistada valorizava a intervenção fonoaudiológica e compreendia a importância da assiduidade para a recuperação da criança.

Ainda sobre esse aspecto, alguns entrevistados afirmaram evitar as faltas, expressando o comprometimento dos responsáveis pela continuidade da fonoterapia, pois a falta de assiduidade implicava no cancelamento da intervenção:

“Porque eu não falto. Só quando ele tá doente memo. Que acontece alguma emergência memo. Mas eu nunca deixei de trazer a minha declaração porque eu sempre tive medo de perder a vaga porque foi difícil conseguir. Então, quando a gente consegue a gente tem que dar valor”. F8

Para essa mãe, a assiduidade às sessões terapêuticas com o fonoaudiólogo garantia a continuidade do processo interventivo que ela temia que o filho perdesse. Esse medo do desligamento significava que a entrevistada reconhecia a importância do tratamento e entendia que a sua perda resultaria em prejuízos para a recuperação da criança, motivo pelo qual se esforçava para não faltar sem justificativa.

Não obstante, há que se admitir que a percepção da importância da assiduidade desse conjunto de sujeitos estava, em certa medida, sendo influenciada pelas regras do serviço que frequentavam. Por conseguinte, a percepção da importância do tratamento fonoaudiológico, no contexto de regras do serviço, agregava valor e significado à assiduidade. Dessa forma, os entrevistados temiam o desligamento da terapia fonoaudiológica porque compreendiam sua relevância para a recuperação da criança.

Quanto à tarefa de casa, os familiares mencionaram a sua realização como uma atitude da família voltada para o cuidado da criança com TF. Provavelmente em função das orientações recebidas pelas fonoaudiólogas durante o processo terapêutico.

Alguns entrevistados empenhavam-se para a realização das tarefas de casa:

“Toda segunda-feira vem com uma pastinha de atividades (*material fornecido pela fonoaudióloga*) pra ela estudar. [...] Durante a semana até chegar a segunda-feira de novo, eu tô estudando com ela. Pra não esquecer, pra não se atrapalhar no dia. [...] A gente senta, estuda. A gente lê, repete”. F11

Essa mãe afirmou estudar frequentemente com a criança por meio das atividades fornecidas pela fonoaudióloga. Ressaltou que esses estudos visavam o melhor desempenho da



sua filha durante a sessão terapêutica. A participante, ao descrever a forma de realização da atividade “*A gente senta, estuda. A gente lê, repete*”, demonstrou que havia um tempo dedicado ao estudo fonoaudiológico e que participava ativamente desse momento em conjunto com a criança, ou seja, proporcionava uma “sessão formal de lição de casa”.

A esse respeito, no estudo de Melo, Backes e Mota (2015), realizado com pais ou responsáveis de crianças com TF, os participantes relataram contribuir no ambiente familiar para com a terapia fonoaudiológica. O tipo de apoio fornecido pelos familiares estava geralmente relacionado às orientações e atividades fornecidas pelo fonoaudiólogo, a correção da fala e a importância da leitura e, por fim, citaram o cuidado com a infantilização de seus filhos.

Contudo, nem sempre os familiares conseguiam garantir a realização das atividades indicadas para o domicílio devido a fatores ambientais e pessoais. Alguns relataram dedicarem reduzido tempo para a realização dos trabalhos de casa, pois os aspectos ambientais (trabalho, pouco tempo de convívio com a criança, cuidado com outros filhos e a permanência da criança na escola em período integral) e pessoais (falta de prontidão e cooperação da criança, cansaço e *stress* do cuidador) constituíram-se como barreiras para o processo de cuidado da criança com TF.

No depoimento abaixo, uma mulher de 38 anos, agente educacional, mãe de duas crianças, fez o seguinte comentário sobre a realização das atividades solicitadas pela fonoaudióloga:

“Eu ensinava. Ele falava. No pouco tempo que eu tinha porque é uma correria. [...] Tem hora que é difícil porque ele fica o dia inteiro na escola, que ele é período integral, né? Eu fazia (suspirou). Tinha dia que não dava (suspirou). Vou ser sincera. Tinha dia que não dava. Não dava porque era uma correria, a vida. Tanta coisa pra fazer. Tem hora que ele tava com preguiça e eu já tava estressada também. Pensava assim, hoje não vai dar”.  
F5

Essa entrevistada tentava se organizar ao máximo para atender as demandas do cuidado fonológico. Porém, nem sempre conseguia alcançar o objetivo ideal. Seu envolvimento no projeto terapêutico era potencialmente influenciado pelas condições de vida e questões socioculturais familiares.

Esses resultados são consistentes com pesquisas anteriores que descreveram a influência de uma série de fatores relacionados às questões familiares (por exemplo, doença, tempo e compromissos de trabalho) e às crianças (por exemplo, falta de prontidão para

participar) na habilidade das famílias para acessarem e se envolverem na fonoterapia (MCALLISTER et al., 2011; MCCORMACK, 2012).

A dificuldade para equilibrar os fatores da vida e a responsabilidade de cuidar do filho para a superação de suas dificuldades de comunicação também foi identificada pelos pais de crianças com alteração de fala no estudo de McCormack (2012).

As informações sobre os fatores contextuais (ambientais e pessoais), que podem funcionar como barreiras ou facilitadoras do cuidado em saúde, inclusive nos casos de alterações da fala e linguagem, são fundamentais para a atuação clínica com familiares, por sugerirem quais estratégias de trabalho, individual ou em grupo, poderiam modificar uma atitude ou crença da população estudada (OSTROSCI; ZANOLLI; CHUN, 2017).

Em síntese, os familiares empenhavam-se em garantir as visitas ao fonoaudiólogo segundo a agenda pactuada e em seguir as prescrições para o domicílio conforme suas possibilidades, modo de relações e de funcionamento familiar próprio. Ou seja, comprometiam-se com o cuidado porque percebiam a importância do tratamento fonoaudiológico para o bem-estar da criança.

Na maioria dos casos, esse empenho era desenvolvido pela pessoa que acompanhava a criança às sessões. Como as mães eram a maioria entre os familiares que frequentavam o ambulatório de fonoaudiologia com seus filhos, obviamente foram as pessoas que melhor habilitaram-se para a realização das atividades prescritas para casa. Entretanto, em alguns contextos houve mobilização de outros familiares em apoio a essa tarefa assumida pela mãe:

“O pai também treina (*referindo-se às tarefas*), ajuda. Quando está em casa, sim. [...] Quando não dá pra mim, o pai faz. [...] Mas o pai sempre me ajudou muito em relação a isso, ele é meu braço direito. Na educação do C1 e na formação dele, nós estamos sempre juntos”. F1

Esse excerto ressaltou o papel de toda a família como cuidadora. De acordo com essa mãe, o pai a apoiava e a ajudava em tudo na vida, inclusive no tratamento fonoaudiológico e no cuidado geral do filho. Todas as questões familiares eram compartilhadas entre os pais da criança, caracterizando o modo de vida e de relação desse casal.

Observou-se que as mães tinham uma ligação mais direta com o cuidado dos filhos. Entretanto, em alguns casos encontraram a possibilidade de compartilhamento dessa responsabilidade no ambiente familiar. Apesar de serem as principais cuidadoras, havia mobilização de outros familiares no auxílio do cuidado fonológico. Assim como foi verificado

em outros estudos que descreveram a participação dos pais (OSTROSCHI; ZANOLLI; CHUN, 2017), de uma tia e uma avó (MELO; BACKES; MOTA, 2015).

#### **5.2.4 – Percepção dos pais ou cuidadores sobre a importância da sua participação no tratamento fonoaudiológico**

Alguns entrevistados reconheceram que os familiares eram corresponsáveis pelo cuidado fonológico e que a superação do distúrbio de comunicação seria alcançada somente com o trabalho em conjunto da fonoaudióloga e da família, ou seja, por meio da parceria e colaboração:

“Minha participação eu acho importante, né. Sem eh... essas ajudas que ela (*a fonoaudióloga*) acaba pedindo pra gente fazer, né, do lado de fora, porque é o lado que a gente mais convive. Vir aqui é importante, mas tem que manter lá também em casa. Em casa, com a família, não só eu, como o pai quando está em casa. Uma vez só por semana e menos de uma hora (*referindo-se à frequência e ao tempo da sessão terapêutica*), né? Então é pouco tempo até mesmo pra criança gravar, absorver. É mais difícil, é bem mais difícil se a gente não tá em casa todo dia. Não tem jeito. [...] E a gente sempre tem um tempinho pra eles, né?” F1

Para essa mãe, a assistência ao seu filho não se limitava ao comparecimento às sessões terapêuticas. Sendo assim, compreendia que o fonoaudiólogo era o gestor do cuidado e que os pais deveriam colaborar efetivamente no âmbito familiar para a reabilitação da criança, sentia-se parte integrante do processo interventivo. A entrevistada entendia que o tempo da sessão ambulatorial deveria ser usado para a aquisição da habilidade e que as atividades propostas deveriam ser realizadas em casa para reforçar a habilidade aprendida. Ressaltou que a convivência diária dos familiares com a criança potencializava o trabalho em casa e que toda a família deveria envolver-se nesse processo de cuidado coordenado pelo fonoaudiólogo.

Em um trabalho de assistência à saúde, a equipe deve ser composta pelo profissional, a pessoa sob cuidado e outros que estão no seu ambiente em posição estratégica para ajudar no tratamento.

Achado semelhante foi apresentado no estudo de Santos e Montilha (2016), realizado com pais ou responsáveis de crianças e adolescentes com alterações de linguagem em atendimento em uma clínica escola, no qual um pai afirmou que a melhora do filho dependia da sua prontidão para receber a atenção, da atuação do terapeuta e do apoio dos pais.

O trabalho em conjunto de pais e profissionais deve acontecer em todos os níveis de cuidado em saúde (JOHNSON, 2000; JOLLEY; SHIELDS, 2009). Esse compartilhamento de responsabilidade admite o potencial e a autonomia da família para a sua efetiva participação em todo o processo de cuidado da criança assistida (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016; LOPES, 2012; VAZ; JUBILINI; QUEIROZ, 2017). Para que os familiares participem como corresponsáveis pelo cuidado, existe a necessidade de informação, reflexão e investimentos para que a tomada de decisão compartilhada se torne uma realidade (FOX; REEVES, 2015).

Em um contexto clínico de parceria, o profissional de saúde muda sua função de *expert* com total poder de decisão diagnóstica e terapêutica para a função de parceiro do cuidador, permitindo abertura para discussão e colaboração (VAZ; JUBILINI; QUEIROZ, 2017).

Os fatores ambientais e pessoais funcionando como barreiras ou como facilitadores de atitudes de cuidado da criança e para a participação de algumas famílias foram justificativas recorrentes ao longo dos achados deste estudo.

Em alguns relatos, os entrevistados ressaltaram que os fatores contextuais limitavam o envolvimento familiar na intervenção. Um excerto sobre essas considerações foi apresentado abaixo:

“Eu acho que eu participo pouco. (risos) [...] Seria mais eh... efetivo o trabalho (*tratamento fonoaudiológico*), daria mais certo se eu tivesse... eh... condições e tempo. [...] Mas eu acredito que no passar do tempo, eu vou conseguir fazer melhor. Com duas crianças nessa idade aí que você viu, cinco e seis anos, com tudo pra eu fazer. Não consigo! É que eu não tenho outra pessoa pra fazer comigo. Eu fico sozinha a maior parte do tempo. Então, é difícil. Posso me esforçar mais? Posso! Mas, por enquanto, eu não tô conseguindo não”. (risos) F2

Essa entrevistada relatou que sua participação era estratégica para a recuperação da criança. Contudo, ponderou sua limitação pessoal e assumiu que essa dificuldade, ao obstruir seu envolvimento no cuidado que reconhecia necessário, prejudicava a evolução terapêutica do filho. Ao fazer esse reconhecimento, manifestou interesse por conseguir superar a dificuldade e passar a ter condições de se dedicar o quanto a demanda de cuidado da criança exigia. Existia em sua fala, certo sentimento de esgotamento quando disse que poderia se esforçar mais, mas, não estava conseguindo. Ou seja, havia espaço, possibilidade e oportunidade para fazer mais, porém, faltava energia própria para isso, faltava disposição suficiente ou mesmo prioridade na hierarquia de seus compromissos, o que poderia ser derivado da compreensão que o distúrbio de comunicação da criança era um problema menor

entre todos os outros que tinha para resolver. Atribuiu a si mesma parte do fracasso terapêutico do seu filho por falta de empenho próprio ao tratamento prescrito pela fonoaudióloga. O riso que a participante deu no início do relato, era o típico “sorriso amarelo” de alguém que sabia que deveria ter feito algo de maneira diferente, mas, não fez, reconheceu isso e até certo ponto envergonhava-se por não ter feito. Tratava-se de uma negligência reconhecida pela negligente que ainda não tinha energia suficiente para superar as limitações às quais se via subordinada.

Observou-se que, apesar da percepção da importância da participação da família para além do espaço do consultório, alguns familiares tinham dificuldades em relação a isso. Em alguns casos, havia uma distância entre o que os pais consideravam importante e o que de fato conseguiam fazer no dia-a-dia com a criança para a superação da dificuldade fonológica.

Diante do exposto, os profissionais precisam compreender e adequar as necessidades da criança com as possibilidades da família como parte das práticas do cuidado em saúde. Dessa forma, considerar as fases do desenvolvimento da criança e o ciclo de vida dos familiares (JOHNSON, 2000; JOLLEY; SHIELDS, 2009). Ademais, diante do acúmulo de compromissos sobre um de seus membros, uma abordagem familiar torna-se imprescindível para a identificação de recursos internos à própria família que possam ser mobilizados para o enfrentamento do problema (DITTERICH; GABARDO; MOYSES, 2009). O profissional da saúde deve identificar e apoiar as potencialidades de cada familiar, aplicando-as ao interesse do projeto terapêutico (LOPES, 2012).

Vale ressaltar que a última entrevistada demandava cuidados, situação que precisa ser observada e incorporada ao plano de cuidados.

Santos e Montilha (2016) discutiram a importância da pessoa que exerce o papel de cuidador, cuidar de si próprio e ser cuidado, para que tenha condições de manejar a dificuldade da criança e, assim, desenvolver ações mais resolutivas para o seu desenvolvimento.

Por outro lado, alguns pais ou cuidadores atribuíram à necessidade da participação da família fora do ambiente clínico ao número reduzido de sessões e enfatizaram que eram necessárias mais sessões semanais para a melhora da fala da criança. Nesse caso, supõe-se que haja uma percepção reduzida da importância da participação familiar, vista como uma estratégia destinada apenas a suprir limitada oferta do serviço:

“O duro é que como é... tipo assim... é pelo governo, é uma vez só por semana. [...] Eu só acho isso. Que deveria ter mais dias porque aí seria mais

rápido. Então é como ela (*fonoaudióloga*) falou pra mim. Vai ser um processo bem... pouquinho... então vai precisa muito da ajuda da gente em casa com ele”. F12

Essa entrevistada pensava que o tratamento devia ser realizado apenas pelo fonoaudiólogo. Em seu relato, demonstrou que não tinha percepção da real relevância da participação familiar. Para essa mãe, a necessidade do envolvimento familiar estava relacionada ao tipo de assistência oferecida.

Nessa perspectiva, a família precisa de orientações para compreender qual o seu papel no processo terapêutico e a relevância do trabalho conjunto do terapeuta, família e criança (SANTOS; MONTILHA, 2016).

Para esse entendimento, os profissionais da saúde devem acessar as famílias por meio de tecnologias relacionais, ferramentas leves de cuidado que promovem vínculo, confiança e o conhecimento construído entre os familiares e os terapeutas (SANTOS; MONTILHA, 2016). As orientações feitas de forma clara e sistemática, em sessões individuais ou em grupo, contribuem para que os familiares entendam e, conseqüentemente, assumam a função de parceiros no processo de cuidado (RIBEIRO; FRIEDMAN, 2011).

Ao final de cada sessão, torna-se indispensável avaliar a compreensão das informações recebidas pelos familiares, solicitando uma interpretação com suas próprias palavras, para identificar o que foi apreendido no processo de orientação. Caso o profissional identifique que ainda existam dúvidas ou dificuldades diante de algum tema, é preciso reforçar a etapa em questão, concedendo novamente as informações, ou ajudando na dificuldade (PEREIRA; VANDENBERGHE; TÔRRES, 2017).

Alguns estudos recomendam os grupos de orientação familiar associados à terapia fonoaudiológica da criança mediante um processo de inserção dos pais no tratamento, visando atender as demandas familiares de modo a alcançar as necessidades de cuidado da criança (FERNANDES et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2010; PEREIRA; VANDENBERGHE; TÔRRES, 2017; SANTOS; MONTILHA, 2016). Esses grupos contribuem para a (re)significação das experiências dos participantes, ajudando a estabelecer novos papéis e posições no tratamento (SANTOS; MONTILHA, 2016).

Tamanaha, Chiari e Perissinoto (2015) descreveram que a realização de um grupo de orientações proporcionou aos familiares informações precisas sobre o desenvolvimento da criança, acolheu suas dúvidas, valorizou suas demandas e incentivou a família a participar como agente ativo do processo terapêutico.

Em outro estudo, o grupo mostrou-se um recurso terapêutico de grande valor, para que as orientações consideradas necessárias pelos terapeutas fossem efetivadas e incorporadas pelas famílias. O compartilhamento de vivências e sentimentos entre os participantes do grupo, conduzidos pelos mediadores, auxiliou na incorporação de mudanças de atitudes por parte dos familiares em benefício das crianças (SANTOS; MONTILHA, 2016).

Em síntese, parte dos pais ou cuidadores consideravam importante a participação familiar no tratamento fonoaudiológico e reconheciam-se como corresponsáveis pelo cuidado. Outros, apesar da percepção dessa importância, tinham dificuldades em garantir seu envolvimento no projeto terapêutico. Houve, também, aqueles que não tinham a percepção da relevância do envolvimento da família no cuidado.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O transtorno fonológico caracteriza-se pelo uso inadequado dos sons, que pode englobar erros na produção, percepção e na organização mental da produção dos sons da fala. Este distúrbio da fala e linguagem pode causar desajustes comportamentais, prejuízo emocional, estigmatização, assédio moral, dificuldades escolares e de interação social. O TF apresenta elevada prevalência na população infantil, gerando custos ao sistema público de saúde.

A percepção dos familiares sobre o TF e dos seus possíveis impactos negativos na qualidade de vida das crianças influenciou a procura pelo tratamento fonoaudiológico. Alguns sujeitos o identificaram sem qualquer prejuízo associado. Outros entrevistados o reconheceram relacionado aos seus diferentes agravos e, dessa forma, no ambiente de significados das respectivas repercussões na vida da criança e da própria família.

Dois aspectos devem ser considerados para compreender essas diferentes percepções: um refere-se à singularidade da experiência individual com o distúrbio da fala e linguagem e com suas possíveis dificuldades associadas; o outro envolve a natureza heterogênea do TF quanto à sua gravidade. Provavelmente, os informantes que o reconheceram de maneira isolada eram cuidadores de crianças que apresentavam boa inteligibilidade de fala, casos nos quais os conteúdos de suas mensagens eram compreendidos pela maioria dos interlocutores. De maneira contrária, os pais ou cuidadores que identificaram esse distúrbio da comunicação com dificuldades associadas conviviam com crianças cujas emissões orais eram pouco inteligíveis ou, ainda, ininteligíveis e, por conseguinte, a compreensão das mensagens ficava comprometida. Nesses casos, certamente havia impactos negativos em outras áreas do desenvolvimento infantil.

Assim, as expectativas dos familiares ao buscarem pelo tratamento relacionavam-se à reorganização do aspecto fonológico da linguagem e, como consequência, à melhora de outras áreas do desenvolvimento da criança, reconhecidamente prejudicadas pelo TF.

A dimensão da expectativa mediada pela ansiedade relacionada ao progresso terapêutico da criança influenciou diretamente a satisfação dos cuidadores em relação ao tratamento. Vale ressaltar que essa ansiedade era produto do sofrimento global derivado do TF, em parte proporcional à singularidade da experiência e, em parte, proporcional à gravidade e aos impactos negativos do transtorno.

Desta forma, os entrevistados que manifestaram insatisfação com a intervenção projetaram os respectivos motivos na lentidão do progresso terapêutico da criança. As pessoas



que mais se angustiaram com a lentidão do tratamento foram as que tinham maior dificuldade para a realização das tarefas de casa indicadas pelas fonoaudiólogas, certamente em razão de viverem em um contexto preenchido por outros problemas. Nesse caso, o tratamento fonoaudiológico, ao reivindicar disponibilidade dos familiares para além de acompanhar as crianças nas sessões ambulatoriais, tornava-se mais um problema entre tantos outros que a família precisava resolver. Portanto, é importante que os fonoaudiólogos estejam atentos a esse fenômeno para envolverem os cuidadores e familiares na definição do projeto terapêutico por meio de um movimento que compreenda a experiência singular dos mesmos com o TF da criança, de sorte a equilibrar suas expectativas às possibilidades de cuidado e ajudá-los na lida com o sofrimento subjetivo relacionado ao TF e ao tratamento. Trata-se de um pacto terapêutico que compreende não só o cuidado da criança, mas, também o da família segundo o modo como se organiza e seu mundo de relações. Esse pacto é indispensável, inclusive, para que a família se sinta apoiada e estimulada a fazer as atividades indicadas pelo fonoaudiólogo, tomando este como um parceiro na execução de um projeto e não apenas como um prescritor cuja adesão dá trabalho e agrega dificuldades.

De todo modo, os sujeitos que perceberam como encaminhada a solução de suas angústias derivadas do TF valorizaram o tratamento e reconheceram sua eficácia, enfatizando a influência positiva que o mesmo proporcionou na qualidade de vida e no desenvolvimento da criança, assim como no bem-estar familiar.

Em síntese, os entrevistados perceberam o TF segundo diferentes dimensões de acordo com a própria experiência frente ao significado percebido, o qual foi influenciado pela gravidade do transtorno e suas repercussões na vida da criança e dos familiares. A expectativa no tratamento não se resumiu à reorganização do aspecto fonológico da linguagem, mas, também, enfocou a superação das consequências do TF e a subtração do sofrimento daí derivado.

No que diz respeito ao modo como os cuidadores e familiares conduziam o cuidado da criança, variou na dependência das possibilidades contingenciais de cada um, da estrutura familiar e do modo de organização de cada família frente às necessidades terapêuticas. Entretanto, cuidadores e familiares, em geral, articularam-se para atender tais necessidades dentro do limite de suas possibilidades. Em alguns casos, esses limites foram de uma dimensão tal que despertaram percepções de que o tratamento demandava maior necessidade de intervenção do fonoaudiólogo em relação ao que era ofertado, uma vez que estavam obstruindo significativamente o progresso terapêutico esperado.

Quanto à percepção dos entrevistados sobre a importância da participação familiar no tratamento fonoaudiológico da criança, não houve consenso. Dentre aqueles com percepção da relevância dessa participação, alguns se dedicavam mais e outros menos. Como referido, essa diferença de dedicação foi determinada por fatores contingenciais que nem sempre estavam ao alcance direto dos cuidadores e, portanto, precisam ser contemplados na estruturação do plano terapêutico proposto pelo fonoaudiólogo.

De modo geral, este estudo evidenciou a importância da compreensão que o profissional precisa ter sobre a singularidade do TF, seus significados e repercussões na vida das crianças, dos cuidadores e familiares, no sentido de propor um projeto terapêutico para além da reabilitação da dificuldade fonológica segundo protocolos convencionais. É preciso compreender a dimensão do sofrimento que o TF impõe à criança, ao cuidador e à família, e que o tratamento pode ser um intensificador desse sofrimento durante o período no qual ainda não alcançou a evolução terapêutica esperada. Essa compreensão facilita o trabalho do fonoaudiólogo, bem como conforta e alivia a família diante do enfrentamento do TF da criança, de suas repercussões diretas e indiretas, e do respectivo tratamento.

Nesse sentido, no que tange ao alcance epistemológico desta pesquisa, que teve como fonte cuidadores e familiares de crianças com TF, tornam-se interessantes estudos com foco na percepção de fonoaudiólogos sobre o cuidado dedicado às crianças com TF por tais cuidadores e familiares. Um diálogo entre os achados deste estudo e os dos que se sugerem poderá oportunizar a proposição de estratégias para a qualificação do entendimento entre fonoaudiólogos e famílias de crianças com TF no âmbito do pacto terapêutico.

A expectativa é que essa qualificação favoreça, na prática assistencial, a estruturação de planos de cuidado de abordagem mais ampliada e mais integral no espaço da longitudinalidade que caracteriza o tratamento de crianças com TF.

## 7 REFERÊNCIAS

- AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 905-916, dez. 2016. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0511> >. Acesso em: jan. 2018.
- ANDRADE, S. A. et al. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 606-611, ago. 2005. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000400014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000400014&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: jul. 2017.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na atenção primária à saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 16, n. 40, p. 67-81, jan./mar. 2012. Disponível em: < <https://scielosp.org/pdf/icse/2012.v16n40/67-82/pt> >. Acesso em: Acesso em: jan. 2018.
- BARBOSA, M. A. M.; BALIEIRO, M. M. F. G.; PETTENGILL, M. A. M. Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 194-199, mar. 2012. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000100022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100022&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: ago. 2017.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 280 p. Tradução de: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro.
- BARROZO, T. F. et al. Sensibilidade e especificidade da porcentagem de consoantes corretas revisada na identificação do transtorno fonológico. **CoDAS**, São Paulo, v. 29, n. 3, e20160038, 2017. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2317-17822017000300500&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822017000300500&lng=pt&nrm=iso) >. Acesso em: maio 2018.
- BERTICELLI, A. **Ambientes favoráveis à produção das plosivas no desvio fonológico**. 2012. 103p. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Centro de Ciências da saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2012.
- BONINI J. B. et al. Eficácia de palavras favorecedoras com a fricativa /z/ na terapia fonológica. **Distúrb. Comun.**, São Paulo, v. 26, n.2, p. 395-404, jun. 2014. Disponível em: < <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/viewFile/16466/14653> >. Acesso em: jul. 2018.

BOWEN, C; CUPPLES, L. PACT: parents and children together in phonological therapy. **Adv Speech Lang Pathol**. Philadelphia, Pennsylvania, v. 8, n. 3, p. 282-292, sept. 2006. Disponível em: < <http://web.a-ebscohost-com.ez31.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=126a64e2-b74f-4d54-8090-662027304797%40sessionmgr4010> >. Acesso em: jul. 2017.

BOWEN, C.; CUPPLES, L. The role of families in optimizing phonological therapy outcomes. **Child Language Teaching and Therapy**, v. 20, n. 3, p. 245-260, 2004. Disponível em: < <https://doi-org.ez31.periodicos.capes.gov.br/10.1191/0265659004ct274oa> > Acesso em: mar. 2018.

BRANCALIONI, A. R. et al. Desempenho em prova de vocabulário de crianças com desvio fonológico e com desenvolvimento fonológico normal. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 428-436, jun. 2011. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462011000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462011000300005&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: jun. 2017.

BRANCALIONI, A. R.; KESKE-SOARES, M. Efeito do tratamento do desvio fonológico pelo modelo de estratos por estimulabilidade e complexidade dos segmentos com software de intervenção para fala (SIFALA). **Rev. CEFAC**, v. 18, n. 1, p. 298-308, jan./fev. 2016. Disponível em: < <http://link-galegroup.ez31.periodicos.capes.gov.br/apps/doc/A450904333/AONE?u=capes&sid=AONE&xid=c8d365fd> >. Acesso em: jun. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012**. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html) > Acesso em: out. 2016.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. 498 p.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Documentação e Informação. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Brasília, 2002. 45 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, 2004. 20 p.

BROGGIO, F. T. O. **Desempenho de crianças com transtorno fonológico no Test of Language Development Primary 3 adaptado para o Português Brasileiro**. 2010. 246 p. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

CALDEIRA, H. J. M. et al. Prevalência de alterações de fala em crianças por meio de teste de rastreamento. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 144-152, fev. 2013. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462013000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462013000100017&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: jun. 2017.

CAMPOS, F. R. et al. Alterações da linguagem oral no nível fonológico/fonético em crianças de 4 a 6 anos residentes em Belo Horizonte. **Rev. CEFAC**, v. 16, n. 4, p. 1151-1160, jul./ago. 2014. Disponível em: < <http://link-galegroup.ez31.periodicos.capes.gov.br/apps/doc/A450999771/AONE?u=capes&sid=AONE&xid=adac4631> >. Acesso em: jun. 2017.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, ago. 2007. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007> >. Acesso em: jan. 2018.

CARLINO, F. C.; PRETTE, A. D.; ABRAMIDES, D. V. M. Avaliação do grau de inteligibilidade de fala de crianças com desvio fonológico: implicações nas habilidades sociais. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 10-16, fev. 2013. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462013000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462013000100002&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: jun. 2017.

CASARIN, M. T. **Estudo dos desvios de fala em pré-escolares de escolas públicas estaduais de Santa Maria - RS**. 2006. 113 p. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2006.

CAUMO, D. T. M.; FERREIRA, M. I. D. C. Relação entre desvios fonológicos e processamento auditivo. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 234-240, 2009. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-80342009000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342009000200015&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: jul. 2017.

CAVALHEIRO, L. G.; BRANCALIONI, A. R.; KESKE-SOARES, M. Perfil comunicativo de crianças com desenvolvimento fonológico normal e com desvio fonológico. **Distúrbios da Comunicação**, v. 25, n. 3, p. 356-359, dez. 2013. Disponível em: < <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/17726/13210> >. Acesso em: jul. 2017.

CAVALHEIRO, L. G.; BRANCALIONI, A. R.; KESKE-SOARES, M. Prevalência do desvio fonológico em crianças da cidade de Salvador, Bahia. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 441-446, dez. 2012. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-80342012000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342012000400013&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: jun. 2017.

CECILIO, C.; MEHRY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Organizadores). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 2a ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2003. p. 1-19.

CERON, M. I. et al. Ocorrência do desvio fonológico e de processos fonológicos em aquisição fonológica típica e atípica. **CoDAS**, São Paulo, v. 29, n. 3, e20150306, 2017. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2317-17822017000300300&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822017000300300&lng=pt&nrm=iso) >. Acesso: maio 2018.

CERON, M. I.; KESKE-SOARES, M. Terapia fonológica: a generalização a itens não utilizados no tratamento (outras palavras). **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 453-460, dez. 2007. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462007000400004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462007000400004&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: jun. 2017.

COSTA, V. P.; ALBIERO, J. K.; MOTA, H. B. Aspectos da fluência da fala em crianças com e sem desvio fonológico evolutivo. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 17, supl. 1, p. 9-16, mar. 2015. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462015000700009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462015000700009&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: jun. 2017.

CRUZ, A. C.; ANGELO, M. Cuidado centrado na família em pediatria: redefinindo os relacionamentos. **Cienc Cuid Saude**, v. 10, n. 4, p. 861 – 865. 2011. Disponível em: < <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18333/pdf> >. Acesso em: nov. 2017.

CUNHA, J. T. et al. A percepção dos usuários de um centro de atendimento vinculado ao SUS: enfoque fonoaudiológico baseado na promoção da saúde. **CoDAS**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 417-428, ago. 2016. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2317-17822016000400417&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822016000400417&lng=pt&nrm=iso) >. Acesso em: jan. 2018.

DALMOLIN, B. B. et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 389-394, jun. 2011. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452011000200023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000200023&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: jan. 2018.

DIAS, R. F.; MOTA, H. B.; MEZZOMO, C. L. A consciência fonológica e a consciência do próprio desvio de fala nas diferentes gravidades do desvio fonológico. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 561-570, dez. 2009. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462009000800004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462009000800004&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: jul. 2017.

DITTERICH, R. G.; GABARDO, M. C. L.; MOYSES, S. J. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 515-524, set. 2009. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902009000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000300015&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: set. 2017.

DODD, B. Differential Diagnosis of Pediatric Speech Sound Disorder. **Curr Dev Disord Rep**, v. 1, n. 3, p. 189-196, sep. 2014. Disponível em: < <https://doi-org.ez31.periodicos.capes.gov.br/10.1007/s40474-014-0017-3> > Acesso em: jun. 2017.

DONICHT, G. et al. A inteligibilidade do desvio fonológico julgada por três grupos de julgadores. **Pró-Fono R. Atual. Cient.**, Barueri, v. 21, n. 3, p. 213-218, set. 2009. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-56872009000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-56872009000300006&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: jul. 2017.

DONICHT, G.; KESKE-SOARES, M. Inteligibilidade da fala e gravidade do desvio fonológico evolutivo: correlações e julgamentos realizados por professoras. **Rev. Linguagem & Ensino**, Pelotas, v.15, n.2, p. 313-340, jul./dez. 2012. Disponível em: < <http://www.rle.ucpel.edu.br/index.php/rle/article/viewFile/718/638> >. Acesso em: jul. 2017.

DONICHT, G.; NAZARI, G. T. Relação entre desvios fonológicos e consciência fonológica. **Letrônica**, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 22, jul. 2010. Disponível em: < <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/letronica/article/view/6928/0> >. Acesso em: jun. 2017.

FERNANDES, F. D. M. et al. Orientação a mães de crianças do espectro autístico a respeito da comunicação e linguagem. **J. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 1-7, mar. 2011. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2179-64912011000100004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-64912011000100004&lng=pt&nrm=iso) >. Acesso em: set. 2017.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 388-394, fev. 2011. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=pt&nrm=iso) >. Acesso em: set. 2017.

FOX, A; REEVES, S. Interprofessional collaborative patient-centred care: a critical exploration of two related discourses. **J Interprof Care**. Philadelphia, Pennsylvania, v. 29, n. 2, p. 113-118, mar. 2015. Disponível em: < <http://dx.doi-org.ez31.periodicos.capes.gov.br/10.3109/13561820.2014.954284> >. Acesso em: jan. 2018.

GARNICA, A. V. M. Algumas notas sobre pesquisa qualitativa e fenomenologia. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 1, n. 1, p. 109-122, ago. 1997. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32831997000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831997000200008&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: jun. 2017.

GERTEL, M. C. R. **Família e escola: interfaces do atendimento fonoaudiológico de crianças com transtorno de linguagem**. 2013. 108p. Tese (Doutorado em Fonoaudiologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

GERTEL, M. C. R.; MAIA, S. M. Reflexões acerca do papel do fonoaudiólogo junto à família de uma criança com transtorno global do desenvolvimento: estudo de caso. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 436-441, 2010. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-80342010000300020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342010000300020&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: jun. 2017.

GIACCHINI, V.; MOTA, H. B. Comparação entre a classificação com base em traços e o percentual de consoantes corretas no desvio fonológico. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 17, supl. 1, p. 72-77, mar. 2015. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462015000700072&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462015000700072&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: jul. 2017.

GONÇALVES, B. R. L. **Programa de acompanhamento a pais na intervenção fonoaudiológica em linguagem infantil**. 2012. 203p. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) – Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2012.

GONCALVES, G. F.; KESKE-SOARES, M.; CHECALIN, M. A. Estudo do papel do contexto linguístico no tratamento do desvio fonológico. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 96-102, 2010. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-80342010000100016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342010000100016&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: jul. 2017.

GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Prevalência de desordens de fala em escolares e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 726-731, out. 2007. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000500006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500006&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: jun.2017.



GUBIANI, M. B.; KESKE-SOARES, M. Evolução fonológica de crianças com desvio fonológico submetidas a diferentes abordagens terapêuticas. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 663-671, abr. 2014. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462014000200663&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462014000200663&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: jul. 2017.

HAGE, S. R. V.; PINHEIRO, L. A. C. Desenvolvimento típico de linguagem e a importância para a identificação de suas alterações na infância. In: LAMÔNICA, D. A. C.; BRITTO, D. B. O. (Orgs). **Tratado de linguagem: perspectivas contemporâneas**. São Paulo: Book Toy, 2016. p. 31-37.

INDRUSIAK, C. S.; ROCKENBACH, S. P. Prevalência de desvio fonológico em crianças de 4 a 6 anos de Escolas Municipais de Educação Infantil de Canoas RS. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 14, n. 5, p. 943-951, out. 2012. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462012000500021&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462012000500021&lng=pt&nrm=iso) >. Acesso em: maio de 2018.

JOLLEY, J.; SHIELDS, L. The Evolution of Family-Centered Care. **J Pediatr Nurs.**, n. 24, n.2, p. 164-170, apr. 2009. Disponível em: < <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2008.03.010> >. Acesso em: ago. 2017.

JOHNSON, B. H. Family-centered care: four decades of progress. **Fam Syst Health.**, v. 18, n. 2, p. 137-156, 2000. Disponível em: < <http://psycnet-apa.org.ez31.periodicos.capes.gov.br/fulltext/2000-05119-001.html> >. Acesso em: ago. 2017.

KAMINSKI, T. I.; MOTA, H. B.; CIELO, C. A. Consciência fonológica e vocabulário expressivo em crianças com aquisição típica da linguagem e com desvio fonológico. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 813-824, out. 2011. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462011000500005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462011000500005&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: jun. 2017.

LEER, E. V.; CONNOR, N.P. Patient perceptions of voice therapy adherence. **J Voice**, v. 24, n. 4, p. 458-69, jul. 2010. Disponível em: < <https://www-sciencedirect-com.ez31.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0892199708002130?via%3Dihub> >. Acesso em: maio de 2017.

LIMA, M. B.; FURTADO, V. C. Transtornos da comunicação. In: TISSER, L. **Transtornos psicopatológicos na infância e na adolescência**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2018. p. 249-267.

LINASSI, L. Z.; KESKE-SOARES, M.; MOTA, H. B. Habilidades de memória de trabalho e o grau de severidade do desvio fonológico. **Pró-Fono R. Atual. Cient.**, Barueri, v. 17, n. 3,

p. 383-392, dez. 2005. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-56872005000300012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-56872005000300012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: jun. 2017.

LONGO, I. A. et al. Prevalência de alterações fonoaudiológicas na infância na região oeste de São Paulo. **CoDAS**, São Paulo, v. 29, n. 6, e20160036, 2017. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2317-17822017000600301&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822017000600301&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: maio 2018.

LOPES, J. M. C. Consulta e abordagem centrada na pessoa. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 113-123.

LOUSADA, M. et al. Intelligibility as a clinical outcome measure following intervention with children with phonologically based speech-sound disorders. **Int J Lang Commun Disord.**, v. 49, n. 5, p. 584-601, sep./oct. 2014. Disponível em: <  
<https://doi-org.ez31.periodicos.capes.gov.br/10.1111/1460-6984.12095>>. Acesso em: jun. 2017.

MARCHETTI, P. T. **Processamento auditivo temporal em crianças com desvios fonológicos**. 2016. 171 p. Tese (Doutorado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2016.

MARCHETTI, P. T.; MEZZOMO, C. L.; CIELO, C. A. Desempenho em consciência silábica e fonêmica em crianças com desenvolvimento de fala normal e desviante. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 12-20, fev. 2010. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462010000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462010000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: jun. 2017.

MARQUES, S. R. L.; FRICHE, A. A. L.; MOTTA, A. R. Adesão à terapia em motricidade orofacial no ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 54-62, 2010. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-80342010000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342010000100011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: jun. 2017.

MATTOS, R. A. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p. 313-352. Disponível em: <  
<http://books.scielo.org/id/v4fx5/epub/matta-9788575415054.epub>>. Acesso em: jan. 2018.

MAZZAIA, M. C.; SOUZA, M. A. Adesão ao tratamento no transtorno afetivo bipolar: percepção do usuário e do profissional de saúde. **Revista Portuguesa de Enfermagem de**

**Saúde Mental**, Porto, n. 17, p. 34-42, jun. 2017. Disponível em: < [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602017000100005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602017000100005&lng=pt&nrm=iso) >. Acessos: maio de 2018.

MCALLISTER, L. et al. Expectations and experiences of accessing and participating in services for childhood speech impairment. **Int J Speech Lang Pathol**. Philadelphia, Pennsylvania, v. 13, n. 3, p. 251-267, jun. 2011. Disponível em: < <http://web.b-ebSCOhost-com.ez31.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=87229588-d71c-44c5-8d06-9f9b90f17fd7%40sessionmgr120> >. Acesso em: jul, 2017.

MCCORMACK, J. Knowing, having, doing: The battles of childhood speech impairment. **Child Language Teaching and Therapy**, v. 28, n. 2, p. 141-157, 2012. Disponível em: < <https://doi-org.ez31.periodicos.capes.gov.br/10.1177/0265659011417313> >. Acesso em: jul. 2017.

MCCORMACK, J. et al. A systematic review of the association between childhood speech impairment and participation across the lifespan. **Int J Speech Lang Pathol**. Philadelphia, Pennsylvania, v. 11, n. 2, p. 155-170, apr. 2009. Disponível em: < <http://web.a-ebSCOhost-com.ez31.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=ad48a7e9-276a-4467-982d-ad33d0529c11%40sessionmgr4006> >. Acesso em: jul. 2017.

MCKEAN, K; PHILLIPS, B; THOMPSON, A. A family-centred model of care in paediatric speech-language pathology. **International Journal of Speech-Language Pathology**. Philadelphia, Pennsylvania, v. 14, n. 3, p. 235-246, jun. 2012. Disponível em: < <http://dx.doi-org.ez31.periodicos.capes.gov.br/10.3109/17549507.2011.604792> >. Acesso em: ago. 2017.

MCLEOD, S; BAKER, E. Speech-language pathologists' practices regarding assessment, analysis, target selection, intervention, and service delivery for children with speech sound disorders. **Clin Linguistics Phonetics**., Philadelphia, Pennsylvania, v. 28, n. 7/8, p. 508-531, jul. 2014. Disponível em: < <http://dx.doi-org.ez31.periodicos.capes.gov.br/10.3109/02699206.2014.926994> >. Acesso em: ago. 2017.

MEDEIROS, P. F.; BERNARDES, A. G.; GUARESCHI, N. M. F. O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 263-269, dez. 2005. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722005000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722005000300002&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: jun. 2017.

MELO, R. M.; BACKES, F. T.; MOTA, H. B. Percepções de pais/responsáveis de crianças com desvio fonológico acerca do desvio fonológico e da terapia fonoaudiológica. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 17, n. 6, p. 1802-1813, dez. 2015. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462015000801802&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462015000801802&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: ago. 2017.

MELO, R. M.; WIETHAN, F. M.; MOTA, H. B. Tempo médio para a alta fonoaudiológica a partir de três modelos com base fonológica. **Rev. CEFAC**, v. 14, n. 2, p. 243-248, mar/abr. 2012. Disponível em: < <http://link-galegroup.ez31.periodicos.capes.gov.br/apps/doc/A340806720/AONE?u=capes&sid=AONE&xid=bc78c1c9> >. Acesso em jul. 2017.

MIASSO, A. I.; MONTESCHI, M.; GIACCHERO, K. G. Transtorno afetivo bipolar: adesão ao medicamento e satisfação com o tratamento e orientações da equipe de saúde de um núcleo de saúde mental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 548-556, ago. 2009. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692009000400018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000400018&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: maio de 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2013. 407 p.

MOTA, H. B. et al. Análise comparativa da eficiência de três diferentes modelos de terapia fonológica. **Pró-Fono R. Atual. Cient.**, Barueri, v. 19, n. 1, p. 67-74, abr. 2007. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-56872007000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-56872007000100008&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: jul. 2017.

MOTA, H. B.; MELO FILHA, M. G. C. Habilidades em consciência fonológica de sujeitos após realização de terapia fonológica. **Pró-Fono R. Atual. Cient.**, Barueri, v. 21, n. 2, p. 119-124, jun. 2009. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-56872009000200006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-56872009000200006&lng=pt&nrm=iso) >. Acesso em: jun. 2017.

MÜÜRSEPP, I. et al. Motor skills, haptic perception and social abilities in children with mild speech disorders. **Brain Dev.**, v. 34, n. 2, p. 128-132, feb. 2012. Disponível em: < <https://doi-org.ez31.periodicos.capes.gov.br/10.1016/j.braindev.2011.02.002> >. Acesso em: mar. 2018.

NAMASIVAYAM, A. K. et al. Relationship between speech motor control and speech intelligibility in children with speech sound disorders. **J Commun Dis.**, v. 46, n. 3, p. 264-280, mai./jun. 2013. Disponível em: < <https://doi-org.ez31.periodicos.capes.gov.br/10.1016/j.jcomdis.2013.02.003> >. Acesso em: mar. 2017.

OLIVEIRA, C. M. C. et al. Orientação familiar e seus efeitos na gagueira infantil. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 115-124, 2010. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-80342010000100019&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342010000100019&lng=pt&nrm=iso) >. Acesso em: set. 2017.

OSTROSCHI, D. T.; ZANOLLI, M. L.; CHUN, R. Y. S. Percepção de familiares de crianças e adolescentes com alteração de linguagem utilizando a Classificação Internacional de

Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF-CJ). **CoDAS**, São Paulo, v. 29, n. 3, e20160096, 2017. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2317-17822017000300309&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822017000300309&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: mai. 2018.

PACHECO, S. T. A. et al. Cuidado centrado na família: aplicação pela enfermagem no contexto da criança hospitalizada. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 21, n. 1, p. 106-112, jun. 2013. Disponível em: < <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6443> >. Acesso em: ago. 2017.

PAGLIARIN, K. C. et al. Relação entre gravidade do desvio fonológico e fatores familiares. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 414-427, jun. 2011. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462011000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462011000300004&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: maio de 2017.

PAPPAS, N. W.; MCALLISTER, L.; MCLEOD, S. Parental beliefs and experiences regarding involvement in intervention for their child with speech sound disorder. **Child Language Teaching and Therapy**, v. 32, n. 2, p. 223-239, nov. 2016. Disponível em: < <https://doi-org.ez31.periodicos.capes.gov.br/10.1177/0265659015615925> >. Acesso em: mar. 2018.

PENTEADO, R. Z.; SERVILHA, E. A. M. Fonoaudiologia em saúde pública/coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde. **Distúrbios da Comunicação**, v. 16, n. 1, set. 2012. Disponível em: < <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/11631/8357> >. Acesso em: jan. 2018.

PEREIRA, L. O.; VANDENBERGHE, L.; TÔRRES, L. V. V. Indicadores para uma proposta de orientação a familiares de crianças com alterações de linguagem em atendimento fonoaudiológico. **Distúrb. Comun.**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 97-107, mar. 2017. Disponível em: < <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/27875/22343> >. Acesso em: set. 2018.

PINTO, J. P. et al. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 132-135, fev. 2010. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000100022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100022&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: ago. 2017.

PORTONE, C.; JOHNS, M. M., HAPNER, E. R. A review of patient adherence to the recommendation for voice therapy. **J Voice**, v. 22, n. 2, p. 192-196, mar. 2008. Disponível em: < <https://www-sciencedirect-com.ez31.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0892199706001299?via%3Dihub> >. Acesso em: maio de 2017.

PRATES, L. P. C. S; MARTINS, V. O. Distúrbios da fala e da linguagem na infância. **Rev Med Minas Gerais**, v. 21, n. 4, Supl. 1, p. S54-S60. 2011. Disponível em: < [http://ftp.medicina.ufmg.br/ped/Arquivos/2013/disturbiofalaeimagem8periodo\\_21\\_08\\_2013.pdf](http://ftp.medicina.ufmg.br/ped/Arquivos/2013/disturbiofalaeimagem8periodo_21_08_2013.pdf) >. Acesso em: jun. 2017.

QUINTAS, V. G. et al. O processamento auditivo e a combinação de traços distintivos na aquisição de fala em crianças com desvios fonológicos. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 167-173, jun. 2011. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-80342011000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342011000200010&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: maio 2017.

RABELO, A. T. V. et al. Alterações de fala em escolares na cidade de Belo Horizonte. **J. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 344-350, dez. 2011. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2179-64912011000400009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-64912011000400009&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: jun. 2017.

RABELO, A. T. V. et al. Alterações fonoaudiológicas em crianças de escolas públicas em Belo Horizonte. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 453-459, dez. 2015. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822015000400013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822015000400013&lng=pt&nrm=iso) >. Acesso em: jun. 2017.

RANGEL, R. F. et al. Interação profissional-usuário: apreensão do ser humano como um ser singular e multidimensional. **R. Enferm. UFSM**, v. 1, n. 1, p. 22-30, jan./abr. 2011. Disponível em: < <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/2086/1508> >. Acesso em: jan. 2018.

RIBEIRO, M. G.; FRIEDMAN, S. Proposta de acolhimento diferenciado a pais de crianças com queixas de alterações de linguagem. **Distúrb. Comun.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 269-283, dez. 2011. Disponível em: < <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/viewFile/9104/6729> >. Acesso em: set. 2017.

ROSADO, I. M. et al. Percepção da inteligibilidade e gravidade do desvio fonológico por fonoaudiólogos e leigos. **Rev. CEFAC**, v. 19, n. 2, p. 233-241, mar. 2017. Disponível em: < <http://web.b-ebsohost-com.ez31.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=d669ab66-e5c1-4a83-9663-50c702c4af07%40sessionmgr120> >. Acesso em: jul. 2018.

RUGGERO, L. et al. Paediatric speech-language pathology service delivery: An exploratory survey of Australian parents. **International Journal of Speech-Language Pathology**. Philadelphia, Pennsylvania, v. 14, n. 4, p. 338-350, aug. 2012. Disponível em: < <http://dx.doi-org.ez31.periodicos.capes.gov.br/10.3109/17549507.2011.650213> >. Acesso em: mar. 2018.

SANTOS, J. L. F. D.; MONTILHA, R. C. I. Grupo de familiares de indivíduos com alteração de linguagem: o processo de elaboração e aplicação das atividades terapêuticas. **Rev. CEFAC**, v. 18, n. 1, p. 184-197, jan./fev. 2016. Disponível em: < <http://link-galegroup.ez31.periodicos.capes.gov.br/apps/doc/A450904322/AONE?u=capes&sid=AONE&xid=c841fa8d> >. Acesso em: set. 2017.

SANTOS, J. N. et al. Aspectos da assistência fonoaudiológica segundo a pesquisa por amostra de domicílios de Minas Gerais. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 366-373, abr. 2013a. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462013000200013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462013000200013&lng=pt&nrm=iso) >. Acesso em: jan. 2018.

SANTOS, J. N. et al. Inserção dos fonoaudiólogos no SUS/MG e sua distribuição no território do estado de Minas Gerais. **Rev. CEFAC**, v. 14, n. 2, p. 196-205, mar./abr. 2012. Disponível em: < <http://link-galegroup.ez31.periodicos.capes.gov.br/apps/doc/A340806716/AONE?u=capes&sid=AONE&xid=3f1960cf> >. Acesso em: jan. 2018.

SANTOS, L. R. et al. Adesão das professoras disfônicas ao tratamento fonoterápico. **CoDAS**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 134-139, 2013b. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2317-17822013000200008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822013000200008&lng=pt&nrm=iso) >. Acesso em: maio de 2018.

SCHIRMER, C. R.; FONTOURA, D. R.; NUNES, M. L. Distúrbios da aquisição da linguagem e da aprendizagem. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 2, supl. p. 95-103, abr. 2004. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572004000300012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000300012&lng=pt&nrm=iso) >. Acesso em: jul. 2018.

SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A. O social na saúde: trajetória e contribuições de Maria Cecília Ferro Donnangelo. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 20, n. 5, p. 1467-1473, 2015. Disponível em: < <http://link-galegroup.ez31.periodicos.capes.gov.br/apps/doc/A418226714/AONE?u=capes&sid=AONE&xid=5e74d5d0> >. Acesso em: jan. 2018.

SHRIBERG, L. D. et al. The percentage of consonants correct (PCC) metric: extensions and reliability data. **Journal of Speech, Language, and Hearing Research: JSLHR**. United States, v. 40, n. 4, p. 708-722, aug. 1997b. Disponível em: < <http://web.a-ebSCOhost-com.ez31.periodicos.capes.gov.br/ehost/detail/detail?vid=1&sid=f6a8d33a-c1d3-47d6-8f3d-00766ec7a573%40sessionmgr4009&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=9263938&db=mdc> >. Acesso em: jul. 2017.

SHRIBERG, L. D. et al. The speech disorders classification system (SDCS): extensions and lifespan reference data. **Journal of Speech, Language, and Hearing Research: JSLHR**. United States, v. 40, n. 4, p. 723-740, aug. 1997a. Disponível em: < <http://web.a-ebSCOhost-com.ez31.periodicos.capes.gov.br/ehost/detail/detail?vid=1&sid=f6a8d33a-c1d3-47d6-8f3d-00766ec7a573%40sessionmgr4009&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=9263938&db=mdc> >. Acesso em: jul. 2017.

[com.ez31.periodicos.capes.gov.br/ehost/detail/detail?vid=1&sid=27c12cd9-5949-4d9c-b5b9-594b2c68b47e%40sessionmgr4006&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=9263939&db=mdc](http://com.ez31.periodicos.capes.gov.br/ehost/detail/detail?vid=1&sid=27c12cd9-5949-4d9c-b5b9-594b2c68b47e%40sessionmgr4006&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=9263939&db=mdc) >. Acesso em: jul. 2017.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 91-104, fev. 2005. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100008&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: jan. 2018.

SISTEMA DE CONSELHOS DE FONOAUDIOLOGIA. **Contribuição da Fonoaudiologia para o avanço do SUS**. 27 anos do SUS: a fonoaudiologia na conquista pela integralidade da atenção à saúde. Disponível em: < <http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-content/Cartilha-sus-2016.pdf> >. Acesso em: jan. 2018.

SOUZA, D. M. B.; LOPES, S. M. B. Percepção da família em relação à atuação fonoaudiológica em um ambulatório. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 80-87, fev. 2015. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462015000100080&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462015000100080&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: set. 2017.

SUGDEN, E. et al. Involvement of parents in intervention for childhood speech sound disorders: a review of the evidence. **Int J Lang Commun Disord**, v. 51, n. 6, p. 597–625, nov./dez. 2016. Disponível em: < <https://onlinelibrary-wiley.ez31.periodicos.capes.gov.br/doi/epdf/10.1111/1460-6984.12247> >. Acesso em: mar. 2018.

SZYMANSKI, H. Práticas educativas familiares: a família como foco de atenção psicoeducacional. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 21, n. 2, p. 5-16, ago. 2004. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2004000200001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2004000200001&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: jul. 2017.

TAMANAHAN, A. C.; CHIARI, B. M.; PERISSINOTO, J. A eficácia da intervenção terapêutica fonoaudiológica nos distúrbios do espectro do autismo. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 552-558, abr. 2015. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462015000200552&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462015000200552&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: set. 2017.

THOMAS-STONELL, N. et al. Predicted and observed outcomes in preschool children following speech and language treatment: Parent and clinician perspectives. **Journal of Communication Disorders**, v. 42, n.1, p. 29–42, 2009. Disponível em: < <https://doi-org.ez31.periodicos.capes.gov.br/10.1016/j.jcomdis.2008.08.002> >. Acesso em: set. 2017.



TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2013. 685 p.

VAZ, D. V.; JUBILINI, L. G.; QUEIROZ, L. C. Prática centrada no cliente na reabilitação: definição, instrumentos e desafios. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**, v. 28, n.1, p.122-127, jan./abr. 2017. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v28i1p122-127> >. Acesso em: jan. 2018.

VILELA, N. et al. Processamento temporal de crianças com transtorno fonológico submetidas ao treino auditivo: estudo piloto. **J. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 42-48, 2012. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2179-64912012000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-64912012000100008&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: maio 2017.

WARING, R.; KNIGHT, R. How should children with speech sound disorders be classified? A review and critical evaluation of current classification systems. **Int J Lang Commun Disord.**, v. 48, n. 1, p. 25-40, jan/feb. 2013. Disponível em: < <https://doi-org.ez31.periodicos.capes.gov.br/10.1111/j.1460-6984.2012.00195.x> >. Acesso em: jul. 2017.

WERTZNER, H. F. Fonologia: desenvolvimento e alterações. In: FERREIRA, L. P.; BEFI-LOPES, D. M.; LIMONGI, S. C. O. **Tratado de fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2004. p.772-786.

WERTZNER, H. F.; AMARO, L.; TERAMOTO, S. S. Gravidade do distúrbio fonológico: julgamento perceptivo e porcentagem de consoantes corretas. **Pró-Fono R. Atual. Cient.**, Barueri, v. 17, n. 2, p. 185-194, ago. 2005. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-56872005000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-56872005000200007&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: jul. 2017.

WERTZNER, H. F. et al. Aplicação de medidas de gravidade e de inconsistência de fala em crianças com transtorno fonológico. **Audiol. Commun. Res.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 213-219, 2013a. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2317-64312013000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-64312013000300011&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: maio 2017.

WERTZNER, H. F. et al. Características fonológicas de crianças com transtorno fonológico com e sem histórico de otite média. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 41-47, mar. 2007. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-80342007000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342007000100009&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: jul. 2018.

WERTZNER, H. F. et al. Implicações da diadococinesia oral no transtorno fonológico. **CoDAS**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 52-58, 2013b. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2317-17822013000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822013000100010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: jun. 2017.

WERTZNER, H. F. et al. Medidas fonológicas em crianças com transtorno fonológico. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 189-195, jun. 2012. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-80342012000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342012000200015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: jun. 2017.

WERTZNER, H. F.; FRANCISCO, D. T.; PAGAN-NEVES, L. O. Fatores causais e aplicação de provas complementares relacionadas à gravidade no transtorno fonológico. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 299-303, 2012. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-80342012000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342012000300011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: jun. 2017.

WERTZNER, H. F.; PAGAN-NEVES, L. O. A efetividade dos testes complementares no acompanhamento da intervenção terapêutica no transtorno fonológico. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 469-475, dez. 2012. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-80342012000400018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342012000400018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: jul. 2017.

WERTZNER, H. F.; PULGA, M. J.; PAGAN-NEVES, L. O. Habilidades metafonológicas em crianças com transtorno fonológico: a interferência da idade e da gravidade. **Audiol., Commun. Res.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 243-251, set. 2014. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2317-64312014000300243&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-64312014000300243&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: jun. 2017.

WERTZNER, H. F.; SANTOS, P. I.; PAGAN-NEVES, L. O. Tipos de erros de fala em crianças com transtorno fonológico em função do histórico de otite média. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 422-429, dez. 2012. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-80342012000400010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342012000400010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: jun. 2017.

WERTZNER, H. F.; SCHREIBER, S.; AMARO, L. Análise da frequência fundamental, jitter, shimmer e intensidade vocal em crianças com transtorno fonológico. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 71, n. 5, p. 582-588, out. 2005. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-72992005000500007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992005000500007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: jul. 2017.

WIETHAN, F. M.; MOTA, H. B. A influência da escolha dos sons-alvo e do modelo de terapia em crianças que apresentam dessonorização. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 17, supl. 1, p. 126-134, mar. 2015. Disponível em: <

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462015000700126&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462015000700126&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: jun. 2017.

WIETHAN, F. M.; MOTA, H. B. Propostas terapêuticas para os desvios fonológicos: diferentes soluções para o mesmo problema. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 541-551, jun. 2011. Disponível em: <

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462011000300018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462011000300018&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: jul. 2017.

WILLIAMS, A. A systematic perspective for assessment and intervention: a case study. **Adv Speech Lang Pathol.**, Philadelphia, Pennsylvania, v. 8, n. 3, p. 245-256, sept. 2006.

Disponível em: < <http://web.a-ebscohost-com.ez31.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=57263a1a-851d-4166-bc23-970f472687b4%40sessionmgr4009> >. Acesso em: jul. 2017.

WREN, Y. et al. Prevalence and predictors of persistent speech sound disorder at eight years old: findings from a population cohort study. **J Speech Lang Hear Res.**, vol. 59, n. 4, p. 1-27, aug. 2016. Disponível em: <

<http://link-galegroup.ez31.periodicos.capes.gov.br/apps/doc/A462788554/AONE?u=capes&sid=AONE&xid=d848e790> >. Acesso em: jan. 2018.

ZANIN, L. E.; ALBUQUERQUE, I. M. N.; MELO, D. H. Fonoaudiologia e estratégia de saúde da família: o estado da arte. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 17, n. 5, p. 1674-1688, out. 2015. Disponível em: <

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462015000501674&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462015000501674&lng=pt&nrm=iso) >. Acesso em: jun. 2017.

**8 ANEXO ÚNICO – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**UFSCAR - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO CARLOS**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A compreensão de pais acerca da importância da participação familiar no cuidado de crianças com transtorno fonológico.

**Pesquisador:** DELTA REGINA FERNANDES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 65355917.9.0000.5504

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.024.706

**Apresentação do Projeto:**

Pesquisa qualitativa, exploratória descritiva por meio de entrevistas semiestruturadas que serão analisadas segundo seus conteúdos temáticos, à luz do referencial da Assistência Centrada no Paciente.

**Objetivo da Pesquisa:**

O objetivo principal é compreender a percepção dos pais acerca da importância da participação familiar para a eficácia da intervenção fonoaudiológica. Os objetivos Secundários são: 1. Decodificar a percepção e as expectativas da família sobre a criança com desvio fonológico; 2. Descrever a gestão que a família faz sobre o cuidado à criança com desvio fonológico, à luz de como percebe esse processo de cuidado; 3. Compreender a percepção da família sobre sua participação no tratamento fonoaudiológico.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo a pesquisadora, um dos riscos que poderá ocorrer será o constrangimento diante das perguntas realizadas sobre o processo de reabilitação fonoaudiológica da criança. Outro risco é o vazamento de informações, porém este risco não é maior do que aquele derivado do próprio contexto da assistência recebida pela criança. Para minimizar esses riscos, a pesquisadora acolherá o entrevistado no sentido de apoiá-lo durante a entrevista e de lhe permitir responder

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 2.024.706

livremente o quanto e como quiser, inclusive interromper a entrevista, caso seja este o desejo do entrevistado. Além disso,

nenhum entrevistado será identificado na entrevista ou a partir dela, por nenhum meio direto ou indireto, bem como a própria pesquisadora e seu orientador serão os únicos a manipularem o material da pesquisa, estando ambos comprometidos tanto com a privacidade e a individualidade dos dados da entrevista quanto com o sigilo profissional nos termos da legislação vigente.

Como benefícios a pesquisadora destaca que o resultado deste trabalho permitirá repensar as estratégias de intervenção com a família visando a eficácia do processo interventivo fonoaudiológico da criança. Outro benefício será a possibilidade do preenchimento de lacunas no conhecimento quanto a estudos sobre a influência das relações familiares na constituição de linguagem e quanto a estudos sobre família na área de Saúde Coletiva.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa proposta está clara e concisa, tem relevância social e científica, e respeita os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS 466/2012 e suas complementares.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram anexados os seguintes termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto
- Termo de consentimento livre e esclarecido
- Projeto completo
- Informações básicas do projeto
- Autorização do local de pesquisa

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apresenta linguagem simples e adequada permitindo boa compreensão dos procedimentos e objetivos da pesquisa, assim como o entendimento sobre o caráter voluntário, sigiloso e gratuidade da participação na pesquisa. A participação está condicionada à concordância dos participantes e seus responsáveis em participarem da pesquisa e assinatura do TCLE.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto adequado.

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235**Bairro:** JARDIM GUANABARA**CEP:** 13.565-905**UF:** SP**Município:** SAO CARLOS**Telefone:** (16)3351-9583**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

UFSCAR - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 2.024.706

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_787516.pdf	31/03/2017 17:36:10		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_autor_Delta.pdf	31/03/2017 17:34:38	DELTA REGINA FERNANDES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	22/02/2017 14:00:03	DELTA REGINA FERNANDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/02/2017 13:57:15	DELTA REGINA FERNANDES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	22/02/2017 13:56:17	DELTA REGINA FERNANDES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO CARLOS, 20 de Abril de 2017

Assinado por:  
Priscilla Hortense  
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235  
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905  
 UF: SP Município: SAO CARLOS  
 Telefone: (16)3351-9683 E-mail: cephumanos@ufscar.br

## 9 APÊNDICE A – CARTA DE AUTORIZAÇÃO

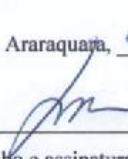
### CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar),

Prezado Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, na função de representante legal da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARARAQUARA, informo que o projeto de pesquisa intitulado “A COMPREENSÃO DE PAIS ACERCA DA IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO FAMILIAR NO CUIDADO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO FONOLÓGICO” apresentado pela pesquisadora DELTA REGINA FERNANDES e que tem como objetivo principal COMPREENDER A PERCEPÇÃO DOS PAIS ACERCA DA IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO FAMILIAR PARA A EFICÁCIA DA INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA, foi analisado e considerando que o mesmo siga os preceitos éticos descritos pela resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, fica autorizada a realização do referido projeto apenas após a apresentação do parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar.

“Declaro ler e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Araraquara, 08 de fevereiro de 2017.

  
Eliana Ap. Mori Honain  
Secretária Municipal de Saúde  
Araraquara-SP

(Carimbo e assinatura do representante legal)

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar / Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos,  
Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil.  
Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)

### CARTA DE AUTORIZAÇÃO

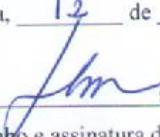
Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar),

Prezado Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, na função de representante legal da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARARAQUARA, informo que o projeto de pesquisa intitulado "A COMPREENSÃO DE PAIS ACERCA DA IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO FAMILIAR NO CUIDADO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO FONOLÓGICO" apresentado pela pesquisadora DELTA REGINA FERNANDES e que tem como objetivo principal COMPREENDER A PERCEPÇÃO DOS PAIS ACERCA DA IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO FAMILIAR PARA A EFICÁCIA DA INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA foi analisado e considerado adequado pois respeita os preceitos éticos descritos pela Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Ressalto que a pesquisadora apresentou o Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar sob o número 2.024.706 e, portanto, fica autorizada a realização do referido projeto.

**"Declaro ler e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar".**

Araraquara, 12 de maio de 2017.

  
 Eliana Ap. Mori Honain  
 Secretária Municipal de Saúde  
 Araraquara-SP

(Carimbo e assinatura do representante legal)

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar / Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos,  
 Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil.  
 Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)



## **10 APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
Rodovia Washington Luís, 310 - km 235 / São Carlos - SP  
CEP 13565 - 905

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pesquisa de campo para Dissertação de Mestrado

Título da pesquisa: A compreensão de pais acerca da importância da participação familiar no cuidado de crianças com transtorno fonológico.

Eu, Delta Regina Fernandes, fonoaudióloga da Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara, estou desenvolvendo uma dissertação para o meu Curso de Pós-graduação em Gestão da Clínica junto à Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. Essa dissertação recebe a orientação do Professor Dr. Bernardino Geraldo Alves Souto, do Departamento de Medicina da universidade referida.

O objetivo desta pesquisa é compreender a percepção dos pais sobre sua participação no tratamento fonoaudiológico do(a) filho(a). O resultado deste trabalho possibilitará o planejamento de estratégias de atuação com a família visando melhor rendimento terapêutico e desenvolvimento da criança.

A pesquisa será realizada por meio de entrevistas gravadas em áudio (somente com gravador, sem filmagem) com os pais ou cuidadores de crianças com diagnóstico de transtorno fonológico que estiverem em atendimento no Setor de Fonoaudiologia Infantil do Centro Especializado em Reabilitação (CER) de Araraquara.

Você foi um dos escolhidos para participar desta pesquisa devido à idade do seu filho e em função do tempo que a criança recebe intervenção fonoaudiológica no serviço referido. Estes dados foram informados pela fonoaudióloga que atende seu filho.

As entrevistas serão realizadas nas dependências do CER em um horário em que normalmente você comparece para trazer a criança para o tratamento fonoaudiológico. A duração da entrevista poderá variar de acordo com a abordagem que você fizer do assunto que lhe for perguntado e será feita em absoluto sigilo e reserva, individualmente, dentro da sala de atendimento.

Os temas abordados durante a entrevista serão a sua opinião sobre o seu filho e o tratamento fonoaudiológico que ele realiza, como a família se organiza para cuidar da criança, como tem sido o acompanhamento fonoaudiológico e o que você espera do progresso da criança com este tratamento.

O roteiro da entrevista que será usado encontra-se em anexo para o seu conhecimento.

Todas as informações prestadas são confidenciais e serão guardadas por força de sigilo profissional. Essas informações serão analisadas e utilizadas somente para fins científicos, sem a identificação dos participantes, ou seja, seus dados pessoais e os da criança serão mantidos em sigilo.

Você tem total e absoluta liberdade de aceitar ou não aceitar participar deste estudo, conforme explicado.

Além disso, poderá retirar seu consentimento a qualquer momento da realização da pesquisa, que deverá ter a duração de dois anos.

Caso você aceite participar, não receberá qualquer favor ou pagamento (benefício ou privilégio adicional no atendimento prestado ao seu filho no CER.). Se você não aceitar

participar respondendo às perguntas ou queira retirar sua participação em algum momento da pesquisa, isso será plenamente compreendido e nenhum tipo de limitação, retaliação, dificuldade ou modificação no atendimento que a criança recebe será imposto (a criança não sofrerá nenhum tipo de perda ou diminuição no atendimento que recebe no CER).

A pesquisa não traz qualquer risco à sua saúde ou da criança, pois envolve somente a realização de uma entrevista sobre o tratamento realizado. Um desconforto que poderá lhe ocorrer será sentir-se constrangido diante de alguma pergunta que lhe for feita durante a entrevista. Caso isso aconteça, você poderá não responder à questão, ou se preferir, poderá encerrar a entrevista sem que isso implique em qualquer problema.

Há risco de vazamento de informações, porém, esse risco não é maior do que aquele derivado do próprio contexto da assistência que seu filho recebe atualmente. Por outro lado, em nenhum documento relativo à pesquisa, você e seu filho serão identificados. O seu nome e o nome do seu filho não existirão na documentação geral da pesquisa. Contudo, adotarei todas as medidas para evitar ou minimizar qualquer problema que houver relativo à sua participação neste estudo como entrevistado(a).

A entrevista, a gravação da sua fala e a respectiva audiência (escuta da entrevista) serão feitas por mim. Somente eu, a pesquisadora, e meu orientador, acima indicado, teremos acesso ao material da pesquisa.

Caso a sua colaboração nesta pesquisa provoque alguma despesa para você, esse custo será ressarcido por mim, não lhe cabendo nenhuma responsabilidade por isso. Sua participação será absolutamente voluntária e nenhum tipo de ganho material ou subjetivo lhe será proporcionado por aceitar participar desta pesquisa.

Ao final do estudo, os resultados serão divulgados sem a revelação dos dados particulares de qualquer participante, mantendo o seu anonimato. Dessa maneira, o trabalho final, contendo citações anônimas, estará disponível para todos os interessados, inclusive para apresentação em eventos e publicações científicas.

Por fim, o desenvolvimento deste trabalho ocorre sob a supervisão e orientação da Universidade Federal de São Carlos e seu Comitê de Ética em Pesquisa, os quais visam proteger a qualidade do estudo e o respeito aos seus direitos e de todos os participantes.

Ao aceitar participar desta pesquisa, rubriche as três folhas e assine no local indicado. As folhas também serão rubricadas e assinadas pela pesquisadora.

Este documento será preenchido em duas vias. Uma via ficará em seu poder e a outra será arquivada pela pesquisadora responsável.

#### CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, entendi os termos deste consentimento, fui esclarecido sobre minhas dúvidas e, portanto, aceito participar da pesquisa proposta.

Araraquara, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora Responsável  
Delta Regina Fernandes

#### IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade/Estado: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO E CONTATO DOS RESPONSÁVEIS PELA PESQUISA E DO COMITÊ DE ÉTICA LOCAL**

Nome do pesquisador responsável: Delta Regina Fernandes

Endereço: Av. Padre Francisco de Salles Colturato, 925/São Geraldo – Araraquara/SP

Telefone: (16) 3331 5255

Nome do orientador: Bernardino Geraldo Alves Souto

Endereço: UFSCar - Rodovia Washington Luís, 310 - km 235 / São Carlos - SP

Telefone: (16) 3351 8979 (Departamento de Medicina)

Nome: Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar

Endereço: UFSCar - Rodovia Washington Luís s/n - km 235 / São Carlos - SP

Telefone: (16) 3351-8028

Horário de Atendimento ao Público - Segunda à Sexta: 8:00 às 12:00 e das 14:00 às 16:30.



## 12 APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS

Identificação numérica da entrevista: \_\_\_\_\_

### Dados sobre a criança

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

DN: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_ anos e \_\_\_ meses

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Com quem reside na casa: \_\_\_\_\_

### Dados sobre a intervenção

Tempo da sessão (em minutos): \_\_\_\_\_

Intervenção: ( ) Semanal ou ( ) Quinzenal ou ( ) Mensal  
( ) Grupo ou ( ) Individual

Tratamentos atuais ou anteriores à intervenção fonoaudiológica: ( ) Sim ( ) Não

Qual(ais)? ( ) psicologia ( ) T.O. ( ) fisioterapia ( ) outros

### Dados sobre os familiares participantes

Grau de parentesco com a criança: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Idade (em anos): \_\_\_\_\_

Escolaridade:

( ) Não alfabetizado

( ) Ensino fundamental

( ) Ensino médio

( ) Ensino superior

( ) Não declarado

( ) Completo

( ) Completo

( ) Completo

( ) Incompleto

( ) Incompleto

( ) Incompleto

Ocupação: \_\_\_\_\_

Renda familiar:

(A) até 1 salário mínimo

(B) de 1 a 2 salários mínimos

(C) de 2 a 4 salários mínimos

(D) acima de 4 salários mínimos

(E) renda não declarada

**13 APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

1. Fale-me sobre seu filho e sobre o tratamento fonoaudiológico que ele faz.
2. Como a família se organiza para cuidar da criança?
3. Como tem sido o acompanhamento fonoaudiológico e o que você espera a respeito do progresso da criança com este tratamento?
4. Como é a sua participação no tratamento fonoaudiológico da criança?