



**Diana Sofia
Correia Gomes**

**REGISTO CLÍNICO ELETRÓNICO DA INTERVENÇÃO EM
CRIANÇAS COM PERTURBAÇÕES DA LINGUAGEM -
CONTEXTO CLÍNICO**



Diana Sofia
Correia Gomes

REGISTO CLÍNICO ELETRÓNICO DA INTERVENÇÃO EM
CRIANÇAS COM PERTURBAÇÕES DA LINGUAGEM -
CONTEXTO CLÍNICO

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Fala e da Audição, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Alexandra Queirós, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

o júri

presidente

Prof. Dr. Nelson Pacheco da Rocha

Professor Catedrático da Secção Autónoma das Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro

arguente

Prof. Dr. João Agostinho Batista de Lacerda Pavão

Professor Auxiliar da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

orientador

Prof. Dra. Alexandra Isabel Cardador de Queirós

Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

agradecimentos

À minha orientadora, Professora Dra. Alexandra Queirós, pela paciência, colaboração e disponibilidade na concretização deste trabalho.

Aos meus colegas terapeutas da fala que participaram na sistematização de informação e validação do protótipo, partilhando as suas experiências profissionais.

Aos amigos mais próximos pelo apoio incondicional, em especial à Rafaela pela ajuda e paciência.

palavras-chave

Registo de Saúde Eletrónico, Intervenção em perturbações da Linguagem, Terapia da Fala.

resumo

Introdução: O desenvolvimento das tecnologias de informação reflete-se a nível da evolução em saúde. Consequentemente existe um aperfeiçoamento nos meios de diagnóstico e tratamento na prestação de cuidados de saúde. Para que se evite a falta de informação, a redundância das questões e disseminando um cuidado holístico centrado no utente existe a necessidade da realização de um registo eletrónico para potenciar os cuidados de saúde prestados. A eficácia da prática profissional do terapeuta da fala pode ser facilitada através da criação de um registo de saúde eletrónico na área da terapia da fala, e assim aprimorar a prestação de cuidados de saúde.

Objetivos: O estudo tem como objetivos a sistematização dos procedimentos na intervenção em crianças com perturbações da linguagem em contexto clínico, a conceptualização de um modelo de informação, que permita registar os procedimentos utilizados pelo terapeuta da fala e a validação do modelo de informação.

Método: A conceptualização do modelo de informação implicou a pesquisa e revisão bibliográfica e a realização de um questionário inicial (n=45), cujo objetivo era auxiliar o desenvolvimento do modelo de informação, em linguagem UML, para o registo da intervenção realizada em perturbações da linguagem. Posteriormente foi desenvolvido um protótipo do modelo realizado. Protótipo, esse que é referente ao registo de intervenção. Através da realização do questionário de validação (n=37), cujo objetivo era explorar os interfaces do protótipo apresentado, foi possível aferir a adequação de conteúdos para o registo de informação e a necessidade de inserir ou retirar algum item do mesmo.

Resultados/Discussão: Os resultados do estudo revelam que o protótipo do modelo apresentado é funcional verificando-se assim a pertinência e utilidade do mesmo.

Conclusão: Com dados recolhidos constatou-se que para o grupo de terapeutas inquiridos, o modelo é funcional e uma mais-valia para o processo terapêutico.

keywords

Electronic health record, Intervention in language disorders, Speech and language therapy.

abstract

Introduction: The development of information technology is also reflected on the evolution in health. Consequently, there is an improvement in the means of diagnosis and treatment in the provision of health care. Order to avoid the lack of information, redundancy issues and disseminating a holistic user centered care there is a need of conducting an electronic registry to enhance the care provided. The effectiveness of the professional practice of the speech therapist can be facilitated through the creation of an electronic health record in the field of speech therapy, and thus enhance the delivery of health care.

Objectives: The study aims to systematize the procedures in intervention for children with language disorders in a clinical context, the conceptualization of an information model, to record the procedures used by speech therapist and validation of the information model.

Method: The conceptualization of the information model implied the research and literature review and conducting an initial questionnaire (n = 45), whose aim was to assist the development of the information model in UML, for recording the intervention performed in language disorders. Subsequently it was developed a prototype model. This prototype is related to the registration of intervention. Through the completion of the validation questionnaire (n = 37), whose objective was to explore the interfaces of the prototype, it was possible to assess the suitability of content for the registration information and the need to insert or remove an item from it.

Results / Discussion: The study results reveal that the prototype of the model presented is functional checking the relevance and usefulness of it.

Conclusion: For the group of therapists surveyed, it was found from the data that the model is functional and an added value to the therapeutic process.

Índice

Capítulo 1 – Introdução.....	1
Capítulo 2 – Revisão da Literatura	3
1. Linguagem na Criança	3
1.1. Etapas de Desenvolvimento da Linguagem	3
1.2. As Perturbações da Linguagem.....	4
1.3. Processo Terapêutico na Área da Linguagem em Crianças.....	6
1.4. A Necessidade de Registo em Terapia da Fala.....	10
2. As Tecnologias de Informação na Saúde.....	11
2.1. O Registo de Saúde Eletrónico.....	13
2.2. <i>Personal Health Record</i> – o envolvimento do utente no seu registo de saúde.....	15
3. Plataforma de Dados de Saúde	17
4. O Registo de Saúde Eletrónico e a Terapia da Fala.....	18
Capítulo 3 – Metodologia.....	19
1. Objetivos do Estudo.....	19
2. Considerações Éticas	19
3. Amostra	19
4. Procedimentos.....	19
Capítulo 4 – Resultados.....	21
1. Conceptualização do modelo de informação	21
2. Resultados do questionário	22
3. Identificação de atores e outros interessados.....	24
4. Definição dos pacotes de funcionalidade	24
4.1. Avaliação	25
4.2. Intervenção	28
4.3. Relatórios	30
4.4. Recomendações	33
5. Especificação do módulo de intervenção	35
5.1. Registo do plano de intervenção	35
5.2. Registo do plano de sessão terapêutica.....	38
5.3. Registo do registo da sessão terapêutica.....	40
6. Propostas de interfaces do protótipo do modelo de informação	42
6.1. Plano de intervenção.....	43
6.2. Plano de sessão terapêutica	44

6.3. Registo de sessão terapêutica.....	45
7. Resultados do questionário de validação.....	46
Capítulo 5 – Discussão dos Resultados	49
1. Conceptualização do modelo de informação	49
2. Validação do modelo de informação	49
3. Sistematização dos procedimentos de intervenção.....	50
4. Limitações do estudo.....	51
Capítulo 6 – Conclusão.....	53
Referências Bibliográficas.....	55
Anexos	59
Anexo I - Etapas de aquisição e desenvolvimento da linguagem até aos 6 anos	60
Anexo II - Questionário Inicial.....	63
Anexo III - Questionário de validação do protótipo.....	68

Índice de Figuras

Figura 1 - Distribuição do número de inquiridos segundo a instituição de formação no questionário para a conceptualização do modelo.....	21
Figura 2 - Distribuição do número de inquiridos segundo o ano de formação no questionário para a conceptualização do modelo.....	22
Figura 3 - Diagrama de pacotes de funcionalidade.....	25
Figura 4 - Diagrama 1 do módulo da avaliação dos atores pais/enc. de educação, docente e outros profissionais.....	27
Figura 5 - Diagrama 2 do módulo da avaliação do ator terapeuta da fala para registo do prognóstico e diagnóstico.....	27
Figura 6 - Diagrama 3 do módulo da avaliação do ator terapeuta da fala para registar a anamnese, avaliação inicial, avaliação do final do período e do final do ano.....	28
Figura 7 - Diagrama 1 do módulo de intervenção dos atores pais/enc. de educação, docente e outros profissionais.....	29
Figura 8 - Diagrama 2 do módulo de intervenção do ator terapeuta da fala.....	30
Figura 9 - Diagrama 1 do módulo de relatórios dos atores pais/enc. de educação, docente e outros profissionais.....	32
Figura 10 - Diagrama 2 do módulo de relatórios do ator terapeuta da fala.....	32
Figura 11 - Diagrama 1 do módulo de recomendações dos atores pais/enc. de educação, docente e outros profissionais.....	34
Figura 12 - Diagrama 2 do módulo de recomendações do ator terapeuta da fala.....	34
Figura 13 - Diagrama 1 do registo do plano de intervenção para registar os objetivos gerais e específicos.....	36
Figura 14 - Diagrama 2 do registo do plano de intervenção para registar áreas fortes e fracas.....	37
Figura 15 - Diagrama 3 do registo do plano de intervenção para registar os procedimentos e reforços.....	38
Figura 16 - Diagrama 1 do registo do plano de sessão terapêutica para registar os objetivos gerais e específicos.....	39
Figura 17 - Diagrama 2 do registo do plano de sessão terapêutica para registar os reforços, procedimentos.....	40
Figura 18 - Registo do registo de sessão terapêutica.....	41
Figura 19 - Interface <i>login</i>	42
Figura 20 - Interface processos.....	43

Figura 21- Subinterface plano de intervenção	43
Figura 22 - Subinterface do plano de sessão	44
Figura 23 - Subinterface do registo de um novo plano de sessão.....	45
Figura 24 - Subinterface de seleção de consulta de um plano de sessão.....	45
Figura 25 - Subinterface do registo de sessão terapêutica.....	46
Figura 26 - Subinterface do novo registo de sessão terapêutica.....	46
Figura 27 - Distribuição do número de inquiridos segundo a instituição de formação no questionário de validação	47
Figura 28 - Distribuição do número de inquiridos segundo o ano de formação no questionário de validação.....	47

Lista de abreviaturas

AA	Terapia articulatória tradicional
ADL	Atraso de Desenvolvimento da Linguagem
AHIMA	<i>American Health Information Management Association</i>
ASHA	<i>American Speech Language Hearing Association</i>
CIC	Comissão para a Informatização Clínica
UE	União Europeia
GOL-E	Grelha de Avaliação da Linguagem – Nível Escolar
HIMSS	<i>Health Information Management System Society</i>
PACT	<i>Parents and Children Together</i>
PDL	Problemas de Desenvolvimento da Linguagem
PDS	Plataforma de Dados da Saúde
PDS-PU	Plataforma de Dados da Saúde - Portal do Utente
PE	Português Europeu
PEDL	Perturbação Específica do Desenvolvimento da Linguagem
PHR	<i>Personal Health Record</i>
PL	Perturbações da Linguagem
PLA	Problemas de Linguagem Adquiridos
RSE	Registo de Saúde Eletrónico
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
TALC	Teste de Avaliação da Linguagem na Criança
TALO	Teste de Avaliação da Linguagem Oral
TFF-ALPE	Teste Fonético-Fonológico – Avaliação de Linguagem Pré-Escolar
TICL	Teste de Identificação de Competências Linguísticas
TL-ALPE	Teste de Linguagem – Avaliação de Linguagem Pré-Escolar
TOPA	<i>Test of the Phonological Awareness</i>
UML	<i>Unified Modelling Language</i>

Capítulo 1 – Introdução

Com o crescente desenvolvimento e transformação das tecnologias de informação, é irrefutável a evolução a nível da saúde. Consequentemente existe um aperfeiçoamento nos meios de diagnóstico e tratamento na prestação de cuidados de saúde (Communities, 2007).

Para que se evite a falta de informação, a redundância das questões e considerando a necessidade de um cuidado holístico centrado no utente existe a necessidade da realização de um registo eletrónico para potenciar os cuidados de saúde prestados. Esse registo contém informações clínicas do utente e pode ser consultado e utilizado pelos diferentes profissionais de saúde envolvidos (RSE, 2009b).

A eficácia da prática profissional do terapeuta da fala pode ser facilitada através da criação de um registo de saúde eletrónico na área da terapia da fala e assim aprimorar a prestação de cuidados de saúde. Nesta área existem diferentes contextos de intervenção, como por exemplo, em creches, jardins-de-infância, escolas, centros de recursos para a inclusão, hospitais, centros de medicina e de reabilitação, entre outros (Franco, Reis, & Gil, 2003) e o registo eletrónico poderá facilitar a partilha de informação, para que assim todos os profissionais que trabalham com o utente tenham acesso à sua informação.

Face ao exposto, este estudo tem como objetivos a sistematização dos procedimentos na intervenção em crianças com perturbações da linguagem em contexto clínico, a conceptualização de um modelo de informação, que permita registar os procedimentos utilizados pelo terapeuta da fala nessa área e a validação do modelo de informação através da realização de um protótipo.

O conteúdo da presente dissertação encontra-se dividido em seis capítulos. O primeiro capítulo corresponde à introdução do trabalho, onde é apresentada a motivação e o enquadramento para a sua realização, os objetivos de estudo e a respetiva organização da dissertação. No segundo capítulo apresenta-se a revisão da literatura, onde se abordam temas acerca da linguagem na criança, descreve-se ainda o processo terapêutico de intervenção das perturbações da linguagem em crianças. É também abordada a necessidade de registos em terapia da fala. O terceiro capítulo consiste na apresentação da metodologia do estudo. No quarto capítulo são apresentados os principais resultados obtidos, através dos questionários realizados para a conceptualização do modelo de informação e para a validação do protótipo, seguindo-se a análise e discussão destes no quinto capítulo. No sexto e último capítulo, encontra-se a conclusão, constituída pelas principais conclusões do estudo e onde são apresentadas ainda as limitações de estudo, bem como os trabalhos futuros a serem realizados.

Capítulo 2 – Revisão da Literatura

1. Linguagem na Criança

A *American Speech Language Hearing Association* (ASHA) em 1982 define a linguagem como “*um sistema complexo e dinâmico de símbolos convencionais que é usado em vários modos de pensamento e de comunicação*” (p. 1). É utilizada através de um código partilhado socialmente, a língua (Franco et al., 2003).

Se a noção de língua abrange um conjunto de sinais, utilizados para comunicar numa determinada comunidade linguística, a linguagem é definida pela capacidade de empregar esses símbolos para comunicar (Riper & Emerick, 1997) . Sendo assim, a linguagem é considerada o meio de expressão humana principal e o mais poderoso instrumento de comunicação (Castro & Gomes, 2000).

A linguagem, no ser humano, pode ser verbal oral (fala), verbal escrita e não-verbal (Buckley, 2003; Castro & Gomes, 2000). Através dela podem desenvolver-se aptidões linguísticas de receber, modificar e transmitir informação, sendo que para a primeira implica compreender a linguagem, é designada por linguagem compreensiva/recetiva, e a última aptidão implica produzir a linguagem, é designada por linguagem expressiva (ASHA, 1997; Sim-Sim, 1998).

Pode então considerar-se que a linguagem abrange três dimensões: a forma, o conteúdo e o uso. A forma engloba a fonologia, regras que governam os sons e as combinações dos sons; a morfologia, sistema de formação e estrutura interna das palavras; e a sintaxe, disposição das palavras em frases. O conteúdo refere-se à semântica, ou seja, ao sistema de regras referentes ao significado das palavras e da combinação das mesmas. Relativamente ao uso da linguagem, entende-se pela pragmática, sendo esta relativa à adequação da linguagem num determinado contexto social (ASHA, 1993; Bernstein & Tiergerman-Faber, 2002; Buckley, 2003; Sim-Sim, Silva, & Nunes, 2008; Sim-Sim, 1998).

Apesar de existir uma grande panóplia de perturbações relacionadas com a comunicação, a linguagem na criança e patologias associadas às perturbações da linguagem na criança, são os tópicos a serem abordados nesta revisão da literatura, uma vez que o objetivo desta dissertação visa especificamente essa temática.

1.1. Etapas de Desenvolvimento da Linguagem

O desenvolvimento da criança tem que ser visto como um processo global, portanto, a linguagem é somente um dos aspetos de uma interação complexa onde se entrelaçam as dimensões do desenvolvimento físico, sensorial, cognitivo, intelectual, de memória e psicossocial (Barros, Pereira, & Goes, 2007; Tavares, Pereira, Gomes, & Monteiro, 2007).

Apesar da aquisição da linguagem ser um processo subconsciente, o seu desenvolvimento parece não ser possível se a criança não estiver envolta num ambiente linguístico propício, ou seja, o seu desenvolvimento pode ser afetado pelo contexto em que a criança se insere. Essa capacidade de desenvolvimento inicia-se no contexto familiar, passando, posteriormente, para contextos mais alargados como a escola, os pares e os outros adultos (Sim-Sim, 1998).

É possível reconhecer no desenvolvimento da linguagem uma ordem sequencial de aquisições e etapas de desenvolvimento que sucedem aproximadamente na mesma idade em todas as crianças (Sim-Sim, 1998), contudo podem ocorrer alterações/atrasos da linguagem mesmo que haja estímulos suficientes para o desenvolvimento dessa competência (Castro & Gomes, 2000).

As principais etapas do desenvolvimento da linguagem e as características correspondentes, ao nível da compreensão e expressão estão bem definidas e são consideradas para identificar eventuais alterações/atrasos da linguagem (Anexo I).

É necessário, assim, conhecer o processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem para se perceberem as perturbações da linguagem, ou seja, conhecer os processos e resultados esperados, nas respetivas fases de desenvolvimento, para identificar os desempenhos aquém do esperado.

1.2. As Perturbações da Linguagem

As Perturbações da Linguagem (PL) definem-se como a anormal aquisição, quer a nível da expressão quer da compreensão, da linguagem falada ou escrita. Essas perturbações podem abranger todos ou apenas um dos componentes do conhecimento linguístico, sendo eles, a fonologia, a morfologia, a semântica, a sintaxe ou a pragmática (ASHA, 1980, citado por Bernstein & Tiergerman-Faber, 2002).

Diversos autores sintetizam as diversas terminologias das PL (Castro & Gomes, 2000; Pedrosa & Temudo, 2004; Puyuelo & Rondal, 2007). Podem assim distinguir-se dois tipos de dificuldades, as dificuldades de etiologia primária e as dificuldades de etiologia secundária. As primeiras estão associadas a dificuldades que não se explicam por alterações físicas das estruturas anatómicas, designando-se perturbações específicas da linguagem. As segundas associam-se a perturbações associadas a alterações físicas das estruturas anatómicas e/ou neurológicas envolvidas na produção de fala. Os mesmos autores distinguem ainda as PL em perturbações adquiridas, ou Problemas de Linguagem Adquiridos (PLA) e de perturbações de desenvolvimento, ou Problemas de Desenvolvimento da Linguagem (PDL).

Os PLA são perturbações que ocorrem quando se verifica a perda de uma capacidade de linguagem anteriormente adquirida, como é o exemplo da Afasia. Quando existe uma lesão

cerebral, podem ocorrer alterações na compreensão e/ou expressão, quer escrita quer falada, da linguagem. Esta alteração diagnostica-se como afasia adquirida. No caso específico das crianças, pode dizer-se que o desenvolvimento linguístico e psicomotor normal foi interrompido no seguimento de uma lesão no sistema nervoso central (Figueiredo, 2010). O traumatismo crânio-encefálico, o acidente vascular cerebral, as doenças infecciosas, os tumores cerebrais, a anoxia cerebral aguda e a síndrome de Landau e Kleffner são algumas etiologias responsáveis pela afasia adquirida na infância, contudo importa referir que esta condição é considerada excecional uma vez que a sua taxa de prevalência é mínima (Oliveira, Ribeiro, & Ciasca, 2005).

Os PDL consideram-se quando a criança tem dificuldades em adquirir capacidades linguísticas desde o início do seu desenvolvimento e são diagnosticados como um Atraso de Desenvolvimento da Linguagem (ADL) ou uma Perturbação Específica do Desenvolvimento da Linguagem (PEDL).

Quando as aquisições linguísticas se processam pela sequência correta, mas a um ritmo mais lento, onde todos os componentes linguísticos estão afetados e consegue comparar-se a linguagem da criança à de uma criança mais nova, está-se na presença de um ADL (Andrade, 2008; Buckley, 2003; Castro & Gomes, 2000; Puyuelo & Rondal, 2007). Os principais fatores de risco desta alteração estão relacionados com dois tipos de fatores, os socio-ambientais, como situações de abandono, maus tratos, falta de estimulação, pais ausentes ou pais super-protetores; e com fatores orgânicos, designadamente as alterações sensoriais (cegueira e surdez), défices intelectuais (deficiência mental), autismo e outras patologias ou síndromes com dificuldades linguísticas inerentes (Aguado & Alonso, 1999; Andrade, 2008).

A PEDL é caracterizada por um desvio no desenvolvimento da linguagem e não como um atraso. Esta manifesta-se através de comportamentos linguísticos atípicos, ou seja, não segue as etapas de desenvolvimento normais (Puyuelo & Rondal, 2007). Para se estabelecer o diagnóstico de PEDL é necessário ter como base diversos critérios de exclusão e de inclusão. Como critérios de exclusão consideram-se as perdas auditivas, alterações da estrutura oral, problemas emocionais, lesões neurológicas graves e alterações cognitivas. Relativamente aos critérios de inclusão são considerados a discrepância entre o nível de linguagem e o quociente de inteligência não-verbal, a história familiar de dificuldades de desenvolvimento da linguagem ou aprendizagem da leitura e da escrita e a existência de sinais ligeiros de disfunção cerebral (Aguado & Alonso, 1999; Puyuelo & Rondal, 2007).

As PL podem assim ser trabalhadas pelo terapeuta da fala, de forma a melhorar a condição de saúde da criança. Esse trabalho é realizado através do processo terapêutico.

1.3. Processo Terapêutico na Área da Linguagem em Crianças

Entende-se por processo terapêutico o conjunto de ações desenvolvido pelo terapeuta da fala. Este abrange diferentes etapas, como a avaliação, o diagnóstico, o prognóstico, a intervenção e a reavaliação.

O primeiro passo desse processo envolve a recolha de informação reunida numa entrevista/avaliação inicial, a anamnese. A anamnese é fundamental para o diagnóstico e envolve um conjunto de informações essenciais acerca da criança e do seu problema de linguagem. Estas informações devem ser recolhidas através de uma entrevista efetuada pelo terapeuta da fala à criança e aos pais e/ou encarregados de educação e deve ser complementada através de dados do processo da criança ou facultados por outros profissionais que intervenham com a criança (Shipley & McAfee, 2009).

Importa referir que é com base na anamnese que se dá continuidade ao processo de avaliação da criança.

Após a recolha dos dados da anamnese realiza-se a avaliação das competências linguísticas da criança. Este procedimento deve ser contínuo e pode envolver a cooperação de outros profissionais. Esta avaliação possibilita compreender as capacidades e as necessidades da criança e perceber qual a sua interação nos diferentes contextos. A partir desse ponto consegue definir-se um plano terapêutico adequado à criança, que, sempre que for necessário, pode ser reavaliado e reajustado.

Os testes de avaliação da linguagem disponíveis para avaliar a linguagem pré-escolar na língua portuguesa são o Teste de Identificação de Competências Linguísticas (TICL) de Leopoldina Viana (1998) dirigido a crianças dos 4 aos 6 anos; o Teste de Avaliação da Linguagem na Criança (TALC) de Sua-Kay e Tavares (2006) dirigido a crianças dos 2 anos e 6 meses aos 6 anos; o Teste de Avaliação da Linguagem Oral (TALO) de Inês Sim-Sim (1997) dirigido a crianças dos 3 anos e 10 meses aos 9 anos e 11 meses; o Teste de Linguagem – Avaliação de Linguagem Pré-Escolar (TL-ALPE) de Ana Mendes, Elisabete Afonso, Marisa Lousada e Fátima Andrade (2014) para crianças dos 3 aos 6 anos; e o Teste Fonético-Fonológico – Avaliação de Linguagem Pré-Escolar (TFF-ALPE), de Ana Mendes, Elisabete Afonso, Marisa Lousada e Fátima Andrade (2009) dirigido a crianças dos 3 anos e 0 meses aos 6 anos e 12 meses.

Relativamente aos testes de avaliação da linguagem de crianças em idade escolar estão disponíveis: o TFF-ALPE, o TICL, o TALO e a Grelha de Avaliação da Linguagem – Nível Escolar (GOL-E), de E. Sua-Kay e M. Santos (2003) dirigida a crianças dos 5 anos e 11 meses aos 9 anos e 11 meses.

Frequentemente os terapeutas da fala recorrem a outros instrumentos, nomeadamente a testes não aferidos para o português europeu, são eles a Bateria de Provas Fonológicas, de Ana Silva (2002) dirigida a crianças dos 5 aos 6 anos; o *Reynell Developmental Language Scales*, de S. Edwards, CA. Letts, I. Sinka (2011) dirigido a crianças dos 3 anos aos 7 anos e 6 meses; o *Bankson Language Screening Test*, de N. Bankson (1990) dirigido a crianças dos 3 anos aos 6 anos e 11 meses; as Provas de Avaliação da Linguagem e da Afasia em Português, adaptado para português por Castro, Caló e Gomes (2006) dirigida a crianças a partir dos 5 anos; o *Test for the Reception of Grammar*, de D. Bishop (2003) dirigido a crianças a partir dos 4 anos; o Peabody III – Teste de vocabulário por imagens, de Lloyd Dunn e Leota Dunn (1997) dirigido a crianças a partir dos 2 anos; o *The Pragmatics Profile of Everyday Communication Skills in Childrens*, de Hazel Dewart e Susie Summers (1995) dirigido a crianças dos 5 aos 10 anos; e o *Test of the Phonological Awareness (TOPA)*, de Torgesen e Bryant (2004) dirigido a crianças dos 5 aos 8 anos.

Com o objetivo de contornar alguma especificidade da criança, ou certas dúvidas que possam surgir acerca de algum tópico que não é avaliado formalmente, pode ser fundamental recorrer a uma avaliação informal. Entende-se por avaliação informal, uma avaliação baseada na observação natural ou recorrendo a testes não padronizados, sendo considerada uma avaliação mais descritiva (ASHA, 2004).

Concluída a observação inicial e estando devidamente assinaladas as principais dificuldades e necessidades da criança é estabelecido um diagnóstico terapêutico. Este é determinado através da análise dos resultados da avaliação objetiva e da observação clínica realizada previamente. Em termos linguísticos o diagnóstico divide-se em dois grupos: os PDL e os PLA. É também possível estabelecer um prognóstico após a avaliação da linguagem, ou seja, é dado um parecer, baseado no diagnóstico, acerca da evolução e das consequências da patologia. Para traçar um prognóstico é necessário ter em conta alguns fatores que influenciam o diagnóstico, como por exemplo a idade da criança, o tempo de evolução e etiologia da perturbação a existência de outros problemas associados e motivação da criança e dos pais. Todavia é necessário ter algum cuidado na maneira como se explica a situação à criança, aos pais ou outros familiares e aos profissionais envolvidos no processo, visto que o prognóstico é dinâmico e pode sofrer sempre alterações.

O objetivo principal em terapia da fala é conseguir que as crianças e jovens alcancem o mais alto nível de comunicação e de funcionalidade de maneira a manter ou aumentar um estilo de vida independente, para que isso seja possível, os terapeutas adotam um conjunto de atividades, com determinados objetivos e procedimentos. A esse conjunto de atividades dá-se o nome de intervenção terapêutica.

A intervenção terapêutica pode ser direta ou indireta, e envolve reabilitação no meio social, terapia, intervenção precoce, orientação e aconselhamento.

O terapeuta da fala, após a avaliação da linguagem, traça o perfil linguístico da criança baseando-se nas áreas fortes e áreas fracas, contendo assim os dados essenciais para a elaboração do plano de intervenção. Esse plano normalmente é elaborado tendo por base objetivos gerais, objetivos específicos, frequência e duração do plano, procedimentos e materiais a utilizar, e os reforços. Para além do plano de intervenção, em cada sessão o terapeuta deve efetuar o registo da sessão, no sentido de indicar se os objetivos delineados foram ou não alcançados.

Os objetivos do plano terapêutico são individualizados e as sessões são efetuadas diretamente com o utente, apesar de muitas vezes ser importante a presença de um familiar/educador para conhecer as estratégias utilizadas, de maneira a que as possa reproduzir fora das sessões.

Um aspeto fundamental na intervenção reside na avaliação da eficácia do plano de intervenção.

A abordagem eclética é a que habitualmente se utiliza, ou seja, uma combinação de diferentes abordagens, onde se tira o proveito dos melhores procedimentos e/ou reforços utilizados para uma determinada perturbação (Baker & McLeod, 2004). Contudo, os profissionais têm a possibilidade de utilizar diferentes abordagens e/ou terapias, como por exemplo a teoria dos pares mínimos (Weiner, 1981), a abordagem dos ciclos (Hodson & Paden, 1991), o *Parents and Children Together* (PACT) (Bowen & Cupples, 1999), a terapia da consciência fonológica (Gillon & McNeill, 2007) e a terapia articulatória tradicional - AA (Van Riper & Emerick, 1984). Uma vez que estes procedimentos e/ou reforços não se encontram disponíveis para o Português Europeu (PE), os profissionais traduzem e adaptam abordagens de intervenção disponíveis em outras línguas, como é exemplo o inglês.

Na teoria dos pares mínimos, o terapeuta da fala utiliza pares de palavras que têm significado distinto mas que apresentam apenas um som diferente, ou seja, palavras com oposições mínimas. O objetivo é sensibilizar a criança para a produção incorreta de certa palavra o que irá provocar um problema na comunicação, fazendo com que a criança sinta necessidade de produzir corretamente o som alvo (Weiner, 1981). No estudo realizado por Weiner (1981) conclui-se que esta é eficaz na redução da ocorrência de alguns processos fonológicos, assim como se verificou que ocorreu generalização dos modelos alvo de intervenção para outras palavras não utilizadas.

A abordagem dos ciclos combina processos tradicionais e linguísticos, tendo sido criada para os terapeutas da fala que trabalham com crianças ininteligíveis (Hodson & Paden, 1991). Com

este tipo de intervenção são trabalhados padrões fonológicos em ciclos, ou seja, durante um determinado período de tempo. Importa referir que numa sessão apenas é trabalhado um padrão de erro. O bombardeamento auditivo (lista de 20 palavras que contêm o som alvo de intervenção, durante cerca de 30 segundos), o treino de produção (jogos terapêuticos que estimulam produção do padrão alvo em palavras selecionadas cuidadosamente), as atividades metafonológicas (segmentação e aglutinação) e o programa de trabalho em casa (onde os cuidadores leem uma lista de palavras à criança e posteriormente a criança nomeia palavras praticadas ao longo da semana), são alguns procedimentos utilizados nesta intervenção (Hodson, 2006).

O PACT é uma abordagem de intervenção de base fonológica centrada na família (Bowen & Cupples, 1999). A implementação desta conta com a participação ativa dos pais ou de outras pessoas significativas para a criança e exige que os membros da família conheçam técnicas e as pratiquem em casa, com orientação profissional (Bowen & Cupples, 2004). Para que este tipo de intervenção seja implementada é necessário seguir alguns procedimentos, portanto, as sessões têm de decorrer uma vez por semana com uma duração máxima de 50 minutos e o terapeuta e a criança estão sozinhos nos primeiros 30/40 minutos da sessão e o cuidador participa no final da sessão de modo a que o terapeuta lhe dê indicações para trabalhar em casa (Bowen & Cupples, 1999, 2004).

Como resultado de estudos que demonstraram que as crianças com perturbações fonológicas e com PL têm maior probabilidade em apresentar dificuldades de leitura, surgiu a terapia de consciência fonológica (Catts, Fey, Zhang e Tomblin, 2001 citado por Lousada, 2012). Assim, é essencial que os terapeutas intervenham no sentido de melhorar as capacidades de linguagem oral das crianças, melhorando assim as capacidades que servem de base à aprendizagem da leitura e escrita (Lousada, 2012). Esta intervenção tem como objetivo desenvolver as capacidades de consciência intrassilábica e de consciência fonémica da criança, através de atividades onde o terapeuta fornece o modelo e são criadas oportunidades para a criança praticar a produção dos sons. São exemplos dessas atividades as tarefas de correspondência grafema-fonema, de identificação, segmentação e manipulação fonémica (Gillon & McNeill, 2007).

A abordagem articulatória tradicional (AA) é considerada uma intervenção de base motora, ou seja, centra-se na postura e movimento dos articuladores em conjunto com a estimulação auditiva (Van Riper & Emerick, 1984). Este tipo de intervenção abrange atividades de treino perceptivo (identificação do som alvo e discriminação entre o som e o erro), de correção de produções do som até à produção correta, da estabilização da produção correta e da transposição da nova capacidade para comunicações do quotidiano. Tal como outras

intervenções, também esta apresenta diversos procedimentos, assim, é possível trabalhar um ou dois sons alvo de cada vez; realizam-se atividades de identificação e discriminação do som alvo; o terapeuta incentiva a criança a produzir corretamente o som e a repeti-lo diversas vezes; e trabalha-se primeiro o som isolado, seguindo as sílabas, palavras e por último as frases.

No sentido de avaliar a eficácia do plano de intervenção a criança pode ser reavaliada no final do ano letivo ou, se necessário, periodicamente, ou seja, é necessário verificar se os objetivos foram alcançados, quais os que não foram ou quais não foram trabalhos. Essa reavaliação permite elaborar um relatório, no qual se indica ou não a necessidade de continuar o acompanhamento de terapia da fala. Podem também ser realizados relatórios de final de período, onde indicam quais os progressos alcançados e quais os objetivos ainda a serem trabalhados. Estas informações são deliberadas com a equipa que acompanha a criança e conduzidas ao encarregado de educação da mesma.

Os relatórios podem ainda ser realizados em outros momentos considerados pertinentes, como é o caso da necessidade que existe na elaboração de relatórios de acompanhamento. Estes são realizados no sentido de se fazer uma breve compilação de informações relevantes acerca do caso.

Ao longo de todo o processo terapêutico é essencial que haja um registo de todas as informações recolhidas, na medida em que estas vão auxiliar o terapeuta a tomar uma decisão assim como monitorizar a evolução da criança. Para além disso, é fundamental que essa informação seja partilha com os outros profissionais da saúde ou com os pais/encarregados de educação para maximizar a intervenção. Assim, consegue prestar-se um cuidado à criança de uma maneira segura e eficaz.

1.4. A Necessidade de Registo em Terapia da Fala

De acordo com o código de ética da ASHA (2003), os terapeutas da fala devem manter os registos clínicos devidamente seguros e apenas permitir o seu acesso a profissionais envolvidos diretamente no processo do utente. Esses registos, são regularmente efetuados em suporte papel, em todas as fases do processo de intervenção.

Em terapia da fala, o registo representa para os profissionais uma das tarefas mais importantes do processo clínico, uma vez que é através desse registo que descrevemos a história do que podemos concretizar para ajudar as pessoas a comunicar efetivamente ou executar outras funções fundamentais, como por exemplo, como não se engasgar. Portanto, é essencial para prestar um cuidado ao utente de uma maneira segura e eficaz que a informação seja precisa, completa e segura (Cornett, 2006).

É também útil pensar no registo clínico como uma ferramenta de comunicação que vai ser partilhada com a equipa multidisciplinar que pode estar envolvida no processo e como tal, ele serve de base para o planeamento e continuidade multidisciplinar do cuidado com o utente. Para além das razões supracitadas, o registo serve também para justificar a iniciação e finalização do tratamento, assim como facilita a monitorização do utente no decorrer da intervenção (Cornett, 2006).

Sendo assim, uma vez que os registos efetuados são essencialmente em suporte papel, dever-se-ia apostar nos registos eletrónicos uma vez que facilitaria a partilha de informação e com isso aumentaria a eficácia da intervenção.

2. As Tecnologias de Informação na Saúde

Hoje em dia, é difícil imaginar os cuidados de saúde sem as tecnologias de informação. É consensual que a prestação de cuidados de saúde pode ser potencializada pela utilização dessas tecnologias (Espanha, 2008; Pędziński et al., 2013; PNS, 2011).

As tecnologias de informação têm a capacidade de modificar a maneira como as pessoas utilizam os serviços de saúde, pois estas conseguem potencializar o acesso à informação e à prestação de apoio à distância. A nível mundial, nos países em desenvolvimento, as expectativas estão a mudar, pois os cidadãos recorrem cada vez mais à informação virtual acessível na internet para encontrar respostas e conselhos acerca de necessidades de saúde, bem como informações sobre os prestadores de cuidados de saúde (While & Dewsbury, 2011). De facto, podemos estar a observar uma mudança de “a era de cara a cara na prestação de cuidados de saúde” para “a era da informação dos cuidados de saúde” (While & Dewsbury, 2011, p. 1303).

Devido aos desafios inerentes do envelhecimento da população, ao aumento das expectativas dos cidadãos, à migração e mobilidade dos utentes e dos profissionais de saúde, os sistemas de saúde da União Europeia (UE) estão sob pressão crescente. Como tal, as tecnologias de informação têm a capacidade de revolucionar os sistemas de saúde e de contribuir para a sustentabilidade futura (Communities, 2007).

A inserção das tecnologias de informação nos sistemas de saúde concebem cada vez mais benefícios para os utentes e para os profissionais de saúde envolvidos. A aplicação destas tecnologias é então, um elemento fundamental para a difusão de cuidados de saúde cada vez mais seguros, acessíveis e eficientes (Fonseca & Espanha, 2010). Segundo Ammenwerth, Iller e Mahler (2006) afeta também a organização, os resultados e o funcionamento dos cuidados de saúde. A utilização das tecnologias de informação oferece imensas oportunidades de apoio

aos profissionais de saúde, levando ao aumento da eficiência, efetividade e adequação dos cuidados de saúde.

Contudo a utilização das tecnologias de informação na saúde deve ser avaliada cuidadosamente, devido ao custo-eficácia, à equidade e à necessidade de formação dos profissionais de saúde. As novas tecnologias podem proporcionar alteração na prestação de cuidados, gerando preocupações éticas, questões de confiança com o cidadão e infoexclusão (Communities, 2007).

A introdução das tecnologias de informação na saúde é uma realidade mundial. Também, em Portugal, há uma crescente utilização das tecnologias de informação na área da saúde, como o demonstra o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Segundo o gabinete técnico do PNS (2011, p. 22), este conceito deve ser *“consolidado e expandido, enquanto veículo privilegiado da promoção da saúde e prevenção da doença, da capacitação dos cidadãos e do exercício da cidadania em saúde”*.

As tecnologias de informação têm o potencial de facilitar a inovação da prestação dos cuidados de saúde. Novas formas de prestação de cuidados vão exigir novas funcionalidades desenvolvidas em parcerias entre os diferentes profissionais de saúde e os profissionais das tecnologias de informação (Bakker, 2002).

Os Sistemas de Informação em Saúde são utilizados em contextos na área da saúde e tem como finalidade a prestação de cuidados de saúde, ou para fins administrativos ou de gestão, nos diferentes níveis de cuidados, seja no setor público ou privado. Podem definir-se como instrumentos para as autoridades e profissionais de saúde e utentes (Fonseca & Espanha, 2010).

Segundo o Plano Nacional de Saúde, estes sistemas de informação visam contribuir para o *“desenvolvimento, racionalização, eficiência e qualidade da prestação de cuidados de saúde e da melhoria da sua gestão”* e tencionam ser providos de *“ interoperabilidade, qualidade, segurança e de fiabilidade e atualidade ao nível dos seus dados e processamento”* (PNS, 2011, p. 5).

De acordo com Simões (2005), a utilização destes sistemas no campo da saúde, são um elemento fundamental na promoção de cuidados prestados de forma eficiente, mais segura e acessível. O autor acredita também que desempenham um papel decisivo ao nível da eficiência económica e do controlo da despesa pública.

Da conjugação de todos os fatores supracitados, existe efetivamente a necessidade de criação de um registo de saúde eletrónico, contudo é necessário gerar um sistema de saúde centrado no utente assegurando dessa forma a continuidade de cuidados desde a prevenção à reabilitação.

2.1. O Registo de Saúde Eletrónico

A necessidade de informação em saúde de qualidade disponibilizada de forma fidedigna, simples, uniforme e segura, conduziu à necessidade de conceber e implementar o Registo de Saúde Eletrónico (RSE) que permita o acesso da informação de saúde relevante de qualquer utente (RSE, 2009a). Torna-se, então, necessário definir de forma clara o conceito de RSE.

No Documento de Estado de Arte do RSE elaborado pelo Grupo de Trabalho para o RSE (2009) referem que *“um bom sistema de RSE será um instrumento de suporte a uma prestação de serviços de qualidade, contribuindo para a certificação de procedimentos, de serviços e das próprias instituições de saúde”* (p. 22) . Um sistema de RSE disponibiliza informação de saúde relevante acerca de um indivíduo, de maneira integrada, de confiança e segura; A partilha dessa informação integrada permite um atendimento mais ágil e eficaz, pois é sustentado por informação fidedigna, atual e segura, melhorando assim a prestação dos serviços; A disponibilização da informação em diversos pontos do país consegue arcar com a mobilidade do cidadão, estando então disponível no ponto e momento que é necessária. Com isto, este sistema assume grande importância para o *“sucesso e a qualidade da prestação dos serviços de saúde”* (p.21).

Para Gunter e Terry (2005) um RSE é a recolha de informações de saúde acerca de um utente ou da população. É um registo digital, que pode ser partilhado em diferentes contextos de cuidados de saúde. Já Campos (2010) define o RSE como um serviço informático que abrange a informação clínica de saúde do utente durante todo o ciclo vital. Essa informação é armazenada, utilizada e consultada, ou seja, está acessível de forma segura a todos os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados do utente. A *Health Information Management System Society - HIMSS* (2014) considera-o como um registo eletrónico longitudinal de informações de saúde do utente: dados demográficos, medicação, sinais vitais, historial médico, dados laboratoriais, relatórios de imagiologia, entre outras informações de saúde relevantes para a prestação de cuidados em saúde. É um repositório seguro e acessível em tempo real, centrado no utente e orientado para os diferentes profissionais de saúde que intervenham com ele. O RSE pode facilitar a tomada de decisão clínica através do acesso a registos de informação sobre a saúde do utente, onde e quando se torna necessário.

Pode então dizer-se que a documentação clínica, que define o utente, é o núcleo do registo eletrónico de saúde, sendo então a base da maioria das outras funções, como o acesso à informação, o apoio à decisão e ao registo de funções.

É necessário salientar que o RSE é mantido e gerido pelos profissionais de saúde, assim como pertence a estes a inserção dos dados clínicos do utente. Esses registos podem ser acedidos utilizando uma grande variedade de dispositivos e meios de comunicação, tais como,

computadores pessoais, interfaces web, *smartphones*, *tablets*, entre outros (Hawley, Janamian, Jackson, & Wilkinson, 2014). Os registos eletrónicos podem levar a um aumento considerável na qualidade e fiabilidade das informações de saúde, melhorando os cuidados de saúde através da partilha dessa informação clínica (Hawley et al., 2014).

O estudo de Hripcsak, Vawdrey, Fred e Bostwick (2011) mostra que os registos eletrónicos servem diferentes propósitos e que através deles consegue-se criar registos longitudinais que garantem a continuidade do tratamento, proporcionam a comunicação efetiva entre os diferentes membros da equipa de saúde, asseguram a qualidade do apoio e permitem um acesso mais rápido e completo do processo do utente. Outro estudo realizado por King, Patel, Jamoom e Furukawa (2014) corrobora a ideia de que a utilização de um RSE melhora efetivamente o atendimento do utente, ou seja, existem benefícios e melhoria da qualidade dos cuidados, da segurança do utente assim como a eficiência dos cuidados de saúde prestados.

Outro fator de sucesso da utilização dos RSE, para além da melhoria da qualidade na prestação de cuidados de saúde, é a transformação da investigação biomédica. Atualmente a maioria dos dados de pesquisa clínica estão armazenados em sistemas distintos e separados e muitas vezes é difícil para os investigadores terem acesso a esses dados, criando obstáculos à investigação (Coorevits et al., 2013). As plataformas de RSE facultam soluções inovadoras que garantem a partilha de dados para que assim se consiga avançar nos cuidados clínicos, trazendo benefícios para muitas partes interessadas (Coorevits et al., 2013).

Em Portugal, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) tem sofrido reestruturações relativamente aos sistemas de informação de saúde, contudo, estes revelaram-se desajustados do ponto de vista funcional e tecnológico, mostrando diversas debilidades, principalmente no que concerne à implementação efetiva de sistemas operacionais e eficazes (Fonseca & Espanha, 2010).

Por outro lado tem-se vindo a assistir a um conjunto de iniciativas de reflexão e de identificação de orientações e especificações que têm como objetivo a implementação de sistemas de registo eletrónicos de informação de saúde em Portugal (RSE, 2009a).

A ausência de infraestruturas adaptadas às necessidades de saúde pode ter sido uma das razões do atraso dos projetos de e-saúde. Tendo então a consciência deste problema, o Governo Português identificou medidas que permitem a implementação de novas redes (RSE, 2010) em que o objetivo principal é seguir as orientações da Comunidade Europeia, tentando acompanhar a evolução tecnológica dos restantes países envolvidos (RSE, 2009a).

Segundo o Grupo de Trabalho para o RSE (2009), o sistema de RSE português deve cumprir diversos pressupostos, tais como a partilha de informação de saúde, orientada para o apoio

dos profissionais de saúde e o acompanhamento virtual do utente, na mobilidade espaço-temporal. Se cumprir esses pressupostos, o RSE faculta a melhoria do acesso dos cidadãos aos serviços de saúde, elevando os níveis de qualidade e eficácia dos serviços prestados; a redução de erros de diagnóstico e tratamento; a redução do tempo cedido à elaboração de relatórios clínicos, devido à agregação dos sistemas; a fomentação à investigação clínica, promovendo estatísticas e indicadores de saúde.

O processo de implementação do RSE é complexo e exigiu um empenho de todos os intervenientes: entidades governamentais, entidades prestadoras de serviços de saúde (dos setores público, privado e social), os profissionais de saúde, os fornecedores das tecnologias de informação, assim como foi necessário considerar não só as necessidades nacionais como também o alinhamento com as diretivas europeias e internacionais (RSE, 2009b). De entre outros desafios, destacam-se a garantia da interoperabilidade entre sistemas e aplicações; a garantia da atualidade, integridade e confidencialidade da informação do RSE; e acima de tudo as mudanças culturais, ou seja, estimular a adoção do RSE por parte dos cidadãos (RSE, 2009a).

Neste sentido, o RSE traz diversos benefícios tanto para o cidadão, pois fomenta a melhoria de acesso aos serviços de saúde, elevando assim os níveis de qualidade e eficácia dos serviços/cuidados recebidos, como para os profissionais de saúde, que têm acesso à informação necessária à decisão clínica e à prestação de serviços de saúde de qualidade, diminuindo o risco de erro de diagnósticos e nas intervenções, e para os serviços de gestão do sistema de saúde, diminuindo os custos, esforços e recursos (RSE, 2010).

Sendo que a implantação do RSE não pode ser realizada sem uma visão e participação ativa dos principais interessados, a centralização dos cuidados no cidadão, deve possibilitar a interação do utente com o sistema, não só absorvendo, mas também concebendo informação. Neste sentido surge a questão dos *personal health records* como um conjunto de ferramentas que permite que as pessoas acedam e façam a gestão da sua informação de saúde a tornem disponível, de forma autorizada, privada, segura e confidencial.

2.2. *Personal Health Record* – o envolvimento do utente no seu registo de saúde

Nas últimas décadas o interesse dos cidadãos tem aumentado no que concerne a questões de saúde, uma vez que exigem cada vez mais ter um papel ativo na sua própria saúde, estando dispostos a contribuir na atualização da informação dos seus registos (Groen, Goldstein, & Nasuti, 2007). Portanto, satisfazer as necessidades de saúde dos indivíduos de uma forma eficaz e eficiente é uma proposição cada vez mais desafiadora para os profissionais.

Como resposta a essas exigências surgiu um novo registo de informação, o *Personal Health Record* (PHR), em português, Registo de Saúde Pessoal.

A HIMSS (2014) define um PHR como uma ferramenta percebida e acessível universalmente, na qual existe uma gestão da informação de saúde pelo próprio utente. A informação do PHR pode ser partilhada quando o utente achar pertinente. Esta informação deve incluir os dados de saúde referentes ao utente, deve ser universal, podendo ser acedida através da internet. O controlo destas informações de saúde pessoais é realizado pelo próprio cidadão. Para a *American Health Information Management Association* (AHIMA, 2005) o PHR é um recurso universal eletrónico que contém informações necessárias sobre os utentes e que podem ser decisivos acerca da sua saúde. O PHR é mantido seguro num ambiente privado e é separado do registo legal dos profissionais de saúde.

Wiljer e Urowitz (2008) defendem que este tipo de sistemas trazem benefícios para os utentes uma vez que facilitam o acesso a informações de saúde e facilitam a comunicação entre profissionais e utentes. Assim, os próprios utentes tornam-se mais interessados e envolvidos na sua própria saúde e começam a aumentar o seu interesse em questões relacionadas com a mesma.

Portanto, enquanto o RSE é mantido e gerido por uma organização profissional de saúde, ou seja, pelos próprios profissionais, o PHR é mantido pelos cidadãos, sendo eles os responsáveis pela gerência e manutenção das informações de saúde contidas nele. Com essa possibilidade crescem os benefícios para ambas as partes interessadas (Groen et al., 2007).

Para além da possibilidade de gestão da informação pessoal de saúde, o melhor e vasto acesso a informações fiáveis de saúde, que possibilitam a promoção de melhoria da saúde; a possibilidade de utentes com doenças crónicas serem capazes de controlar a sua doença em conjunto com os profissionais, promovendo intervenções mais rapidamente; a facilidade de realizar questões e relatar problemas, existindo uma melhoria na comunicação; e a ligação permanente entre o utente e o profissional, permitindo que se diminua o tempo de resolução de problemas que possam surgir, são algum dos benefícios que os utentes usufruem com o PHR.

Os profissionais de saúde também beneficiam de diversas maneiras com o PHR, pois os dados introduzidos pelo utente podem ser partilhados com o profissional, podendo ajudar na tomada de decisão. Para além disso o sistema pode tornar-se um canal de partilha de registos e relatórios médicos com o utente. Com a possibilidade de comunicação eletrónica o profissional consegue monitorizar mais utentes em menos tempo, melhorando e aumentando a eficácia da prestação de cuidados (Groen et al., 2007; SPMS, 2013; Tang, Ash, Bates, Overhage, & Sands, 2006).

3. Plataforma de Dados de Saúde

Em Portugal, no âmbito das estratégias de melhoria da qualidade dos serviços prestados e facilitação da vida dos profissionais e utentes, o Ministério da Saúde disponibilizou a Plataforma de Dados da Saúde (PDS): uma plataforma *web*, desenvolvida pela Comissão para a Informatização Clínica (CIC) e pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS).

A PDS é um sistema de partilha de dados de saúde e possibilita que a informação seja acedida pelos diferentes agentes prestadores de cuidados, sendo eles, utentes, profissionais do SNS e fora do SNS (SPMS, 2013).

Atualmente estão disponíveis dois portais, sendo eles o Portal do Profissional e o Portal do Utente, no entanto está previsto existirem mais dois portais, sendo eles o Portal Institucional e o Portal Internacional.

O PDS - Portal do Profissional, disponível desde Junho de 2012, permite a intercomunicação entre os sistemas de informação das diferentes instituições de saúde que pertençam ao SNS, como centros de saúde e hospitais, tornando possível a agregação e visualização da informação de saúde do utente (SPMS, 2013).

O Portal do Utente (PDS-PU) foi o primeiro portal ligado à PDS a ser disponibilizado ao público (desde Maio de 2012), este disponibiliza um sistema central de registo e partilha de informação clínica de acordo com os requisitos da Comissão Nacional de Proteção de Dados. Este acesso pode ser gerido pelo próprio utente através do portal (SPMS, 2013).

Com o Portal Internacional é possível que um profissional de saúde de outro país da UE consulte um resumo dos dados de saúde de um utente português, assim como se um utente estrangeiro estiver em Portugal o profissional pode aceder aos seus dados. Em Portugal decorreu até junho de 2014 um estudo piloto de implementação do serviço *epSOS – Smart Open Services for European Patients*. Este serviço possibilita que um profissional de saúde (médico ou enfermeiro) de um país aderente, da UE, aceda ao resumo clínico do utente (acessível, quando autorizado pelo utente no PDS-PU) no momento que presta cuidados de saúde e assim conheça as suas alergias, os diagnósticos, intervenções cirúrgicas e medicação. O objetivo será implementar o serviço *epSOS* em todas as instituições de saúde do SNS. Assim, se um utente português que esteja num país europeu com serviço *epSOS* necessitar de cuidados de saúde, os profissionais podem aceder à sua informação que esta acessível a partir de Portugal e vice-versa, ou seja, se for um cidadão estrangeiro que esteja em Portugal a necessitar de cuidados de saúde e que no seu país exista o serviço *epSOS*, o profissional de saúde pode aceder aos seus dados.

4. O Registo de Saúde Eletrónico e a Terapia da Fala

A existência de registos clínicos tanto ao nível de avaliação como ao nível da intervenção, ainda que sejam efetuados em formato de papel, ajudam a organizar a avaliação e a estabelecer uma linha base para a intervenção, para além disso são necessários para justificar a necessidade do tratamento, para monitorizar a eficácia desse e para existir um registo legal do processo terapêutico (ASHA, 2003).

Atualmente, em Portugal, existem protocolos de avaliação para algumas áreas de intervenção de terapia da fala, designadamente para a linguagem, a fala e a voz. Contudo os registos são efetuados em formato de papel não se integrando no processo clínico do utente. Uma das maiores dificuldades encontradas aquando da intervenção de um utente que seja seguido por uma equipa constituída por diversos profissionais é a monitorização da evolução deste, pois, como não existe partilha de informação suficiente e não há sistematização de conceitos entre os profissionais podendo de alguma maneira afetar o trabalho efetivo da equipa multidisciplinar. No sentido de alcançar uma partilha de dados de forma clara, organizada, estruturada e sistematizada, é essencial criar um registo eletrónico que permita a partilha dessa informação com o utente e com outros profissionais facilitando assim a comunicação entre eles, uma vez que os registos eletrónicos devem ser consistentes no seu formato e devem utilizar a terminologia apropriada de diagnósticos e procedimentos corretos (Cornett, 2006).

Nesse sentido, para que os cuidados em terapia da fala sejam cada vez mais centrados no utente, de melhor qualidade, para que todos os profissionais envolvidos tenham informações relevantes e principalmente para que o próprio utente possa ter uma voz ativa na sua intervenção, é essencial a implementação de sistemas de informação em terapia da fala que acompanhem as normativas de registo das instituições de saúde.

Capítulo 3 – Metodologia

Neste capítulo são descritos de forma detalhada os objetivos do estudo, a amostra, os instrumentos utilizados na recolha de dados e os procedimentos efetuados.

1. Objetivos do Estudo

O estudo tem como objetivos a sistematização dos procedimentos na área da linguagem das crianças em contexto clínico e a conceptualização de um modelo de informação, que permita registar os procedimentos utilizados pelo terapeuta da fala na área da linguagem das crianças em contexto clínico e a validação do modelo de informação através da realização de um protótipo.

2. Considerações Éticas

Todos os participantes do estudo foram voluntários e foram explicados os objetivos do estudo. As informações sobre o estudo para a conceptualização do modelo e para a validação foram fornecidas através da página inicial dos questionários *online*. Foi garantido o anonimato a todos os participantes, assim como a confidencialidade.

3. Amostra

A amostra é de conveniência e inclui apenas terapeutas da fala que exerçam funções com crianças com perturbações da linguagem em contexto clínico. O questionário para a sistematização de informação e conceptualização do modelo (Anexo II) foi colocado *online* do dia 1 a 15 de Maio de 2014. Para a validação do modelo de informação, foi novamente colocado *online* um questionário de validação (Anexo III) no qual após exploração do protótipo do modelo, responderam às questões pretendidas. Esse esteve disponível do dia 1 a 15 de Outubro de 2014.

4. Procedimentos

A sistematização e a conceptualização do modelo de informação de um sistema para a intervenção em crianças com perturbações da linguagem implicou uma pesquisa e revisão bibliográfica e a realização de um questionário inicial a terapeutas da fala, doravante designados como terapeutas, com experiência na área de linguagem em crianças, que exerçam funções em contexto clínico.

Antes de proceder ao envio do questionário, realizou-se um pré-teste, recorrendo a duas terapeutas com experiência em contexto clínico, uma com a conclusão do bacharelato em

1999 e a licenciatura em 2009 e desde 2000 trabalha em contexto clínico e outra com formação concluída em 2012, que trabalha em contexto clínico desde 2012, para que assim se percebesse se realmente o questionário respondia às dúvidas em questão. Após esse pré-teste foram realizadas as alterações sugeridas. No final, o questionário foi colocado *online*.

A sistematização de informação foi realizada com base na revisão da literatura e a análise qualitativa dos resultados do questionário inicial, tendo servido como suporte para a conceptualização do modelo de informação.

Após a análise dos resultados desenvolveu-se o modelo de informação para o registo da intervenção em linguagem em crianças com base na *Unified Modelling Language* (UML). A UML é uma linguagem para especificação, documentação, visualização e desenvolvimento de sistemas orientados a objetos. Esta tem como objetivo o auxílio de profissionais que criam aplicações e definem as funcionalidades dos sistemas (Guedes, 2005).

A linguagem UML admite a existência de distintos atores, sendo um ator uma entidade externa que poderá interagir com o sistema. O sistema é o que se vai projetar ou construir. Para além dos atores podem ainda estar presentes outros interessados, estes são indivíduos ou entidades com interesse no desenvolvimento do sistema de informação (Nunes & O'Neill, 2004). O sistema pode ser organizado em pacotes de funcionalidade representados graficamente através de diagramas de pacotes, que permitem agrupar a informação por áreas de funcionalidade. Esses pacotes incluem diversos diagramas de casos de utilização que representam as ações que os atores podem exercer sobre o sistema e ainda descrevem a relação ator-sistema (Nunes & O'Neill, 2004).

A organização do modelo implica diversas etapas. Inicialmente identificam-se os atores intervenientes e os interessados no processo de terapia da fala. Mediante essa definição desenhar-se-á o diagrama de pacotes, indicando as principais áreas de funcionalidade: Avaliação, intervenção, Relatórios e Recomendações. Cada um desses pacotes apresentar-se-á de forma mais pormenorizada, referindo os atores intervenientes e os casos de utilização. No final será detalhado o módulo de intervenção, especificando os casos de utilização para a intervenção em crianças com perturbações da linguagem.

Após a conceptualização do modelo de informação foi criado um protótipo (*mock-up*) desse modelo, referente ao registo da intervenção em crianças com perturbações da linguagem.

Através da realização de um questionário de validação a um conjunto de terapeutas da fala foi possível aferir a adequação de conteúdos para o registo de informação e a necessidade de inserir ou retirar algum dado do mesmo. Essa validação permitiu verificar se existe alguma funcionalidade prática na intervenção da linguagem em crianças.

Capítulo 4 – Resultados

O presente capítulo apresenta-se dividido em duas fases metodológicas, sendo elas a conceptualização e a validação do modelo de informação. Para a conceptualização do modelo é efetuada a caracterização da amostra e são expostos os resultados obtidos através do questionário inicial. São ainda definidos os pacotes de funcionalidade do modelo, especificados os parâmetros do módulo de intervenção e propostos os interfaces do protótipo do modelo de informação.

Na segunda parte, da validação, é caracterizada a amostra assim como os resultados obtidos através do questionário de validação realizado.

1. Conceptualização do modelo de informação

Do questionário para a sistematização de informação e conceptualização do modelo colocado *online*, obtivemos um total de 70 respostas. Dessas, 45 correspondiam a respostas de terapeutas que se enquadravam nos critérios de inclusão com formação académica e anos de formação diferenciados. Os gráficos das figuras 1 e 2 apresentam a distribuição dos participantes por instituição de formação e ano de formação.



Figura 1 - Distribuição do número de inquiridos segundo a instituição de formação no questionário para a conceptualização do modelo

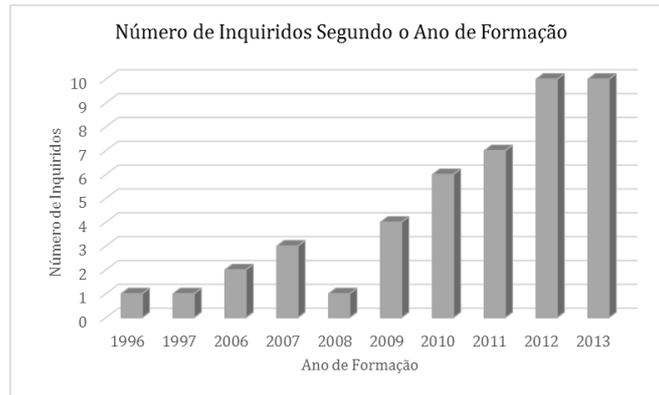


Figura 2 - Distribuição do número de inquiridos segundo o ano de formação no questionário para a conceptualização do modelo

2. Resultados do questionário

Da análise dos resultados do questionário realizado aos terapeutas, verificou-se que:

- A totalidade, 100%, dos terapeutas recorre a testes aferidos para o Português Europeu (PE) aquando da avaliação da linguagem em crianças, no entanto apenas uma percentagem mínima, de 5,3%, recorre ao suporte digital, sendo a maioria realizado em suporte de papel;
- Dos terapeutas que recorrem também a testes não aferidos para o PE 26,7% dos inquiridos, todos utilizam apenas o suporte de papel para o registo da informação;
- A maioria dos terapeutas, 62,2%, complementa a sua avaliação com testes informais, principalmente nas áreas de consciência fonológica, leitura e escrita e pragmática. É de salientar que esses registos são efetuados em suporte de papel;
- A avaliação do terapeuta pode ser complementada por relatórios médicos, do psicólogo, do docente, de outro terapeuta da fala e também de relatórios de enfermagem;
- Os diagnósticos terapêuticos mais recorrentes são o Atraso de Desenvolvimento da Linguagem (91,1%) a Perturbação fonológica (86,7%) a Perturbação Específica do Desenvolvimento da Linguagem (77,8%) a Perturbação da Comunicação (71,1%), o Défice Semântico Pragmático (4,4%) e a Perturbação Específica da Leitura e Escrita (2,2%);
- A totalidade dos terapeutas realiza uma intervenção direta, apenas 53,3% dos terapeutas inquiridos realiza também uma intervenção indireta;
- Na realização do plano de intervenção, são definidas as áreas fortes e fracas, os objetivos gerais e os objetivos específicos por 41,4% dos terapeutas; cerca de 47,2%

dos terapeutas utiliza o suporte digital, no entanto alguns ainda utilizam o suporte papel (35,6%);

- Nos planos de sessão 34,2% dos registos são efetuados em suporte digital e 20,5% são efetuados em suporte de papel. Estes seguem os mesmos parâmetros para 26,7% dos inquiridos, sendo eles, a definição dos objetivos gerais, específicos, os procedimentos, o material utilizado e os reforços;
- Os procedimentos e os reforços são utilizados pela maioria dos terapeutas, ou seja, todos os tópicos selecionados têm uma percentagem superior a 50%. Importa referir que nenhum dos inquiridos adicionou qualquer item.
- Os registos dos planos de sessão são registados em suporte digital por 28,2 % dos terapeutas, contudo cerca de 19,7% dos terapeutas ainda registam em suporte papel;
- Na maioria dos casos, quem tem acesso aos registos da avaliação são os terapeutas (100%), os pais ou familiares (66,7%), o docente (51,1%), o médico (46,7%) e os outros profissionais (40%);
- Quem tem acesso aos registos dos planos de sessão são os terapeutas (71,1%), os docentes (13,3%), os outros profissionais (13,3%), o médico (4,4%) e os pais ou familiares (6,7%);
- Quem assiste e/ou participa nas sessões de avaliação são apenas criança e terapeuta (91,1%), existindo ainda uma percentagem significativa em que assistem os pais (62,2%). É referido também que podem assistir estagiários e outros profissionais envolvidos na equipa (4,4 %);
- Quem assiste e/ou participa nas sessões de intervenção na sua maioria são apenas criança e terapeuta (68,9%), existindo ainda uma percentagem significativa em que assistem os pais (40%). É referido também que podem assistir estagiários e outros profissionais envolvidos na equipa (4,4%);
- Existe partilha de informação por pedido de outra clínica, por parte dos cuidadores, de outros profissionais de saúde e para os docentes. Em 26,4% das vezes apenas é cedida mediante o pedido recebido. Essa partilha é realizada em suporte de papel por 30,7% dos inquiridos e em suporte digital em 12,7%.

Mediante a análise dos dados obtidos, selecionaram-se os itens comuns, excluíram-se os não comuns e adicionaram-se alguns considerados relevantes, considerando também a revisão bibliográfica efetuada no tema e a experiência pessoal da autora. Essas modificações são essenciais para a conceptualização do modelo de informação a realizar.

3. Identificação de atores e outros interessados

3.1. Atores

Consideraram-se como atores, todos aqueles que podem interagir com o sistema ou mesmo outros sistemas com o qual seja necessário partilhar informação. Assim, de acordo com o levantamento de necessidades, consideraram-se os seguintes atores:

- Terapeuta da fala – responsável pela avaliação e intervenção da linguagem e pela introdução desta informação no sistema, assim como gestor da informação a partilhar com outros atores;
- Pais/Encarregados de educação – consulta o processo da criança e introduz dados da anamnese, avaliação e recomendações;
- Docente – enquanto responsável pelo apoio da criança nas aquisições básicas e em áreas académicas funcionais, pode consultar alguma informação sobre o processo da criança e partilhar outra que considere relevante para a intervenção;
- Outros Profissionais que trabalhem com a criança - enquanto responsáveis pela avaliação e intervenção da sua área, podem consultar alguma informação sobre o processo da criança e partilhar outra que considerem relevantes para a intervenção, servem de exemplo o terapeuta ocupacional, o fisioterapeuta, o técnico de psicomotricidade, o psicólogo, o enfermeiro e o médico.

3.2. Outros interessados

Após a análise dos dados recolhidos, consideraram-se como outros interessados a direção da instituição de apoio e a criança.

- Direção da instituição de apoio – interessada em que o sistema de informação siga os procedimentos definidos pela instituição;
- Criança – interessada no registo de informações das diversas valências e consulta das mesmas por parte dos profissionais, promovendo assim a eficácia do plano de intervenção delineado.

4. Definição dos pacotes de funcionalidade

O destaque dado à análise será direcionado para a intervenção terapêutica de crianças com perturbações da linguagem. Sendo assim, a prática profissional em terapia da fala encontra-se representada de uma forma geral no diagrama de pacotes (Figura 3). Este diagrama oferece uma visão geral das grandes áreas funcionais do modelo em questão e encontra-se disposto em quatro áreas de funcionalidade:

- Avaliação - área funcional responsável pelos registos e consulta dos dados referentes à anamnese, à avaliação da linguagem;
- Intervenção - área funcional responsável pela definição do plano de intervenção, registo e consulta das sessões de intervenção;
- Relatórios - área funcional responsável pela definição dos relatórios resultantes da prática profissional do terapeuta da fala;
- Recomendações - área funcional responsável pelo registo de recomendações/orientações do terapeuta da fala aos outros profissionais envolvidos na intervenção da criança e pais/encarregados de educação.

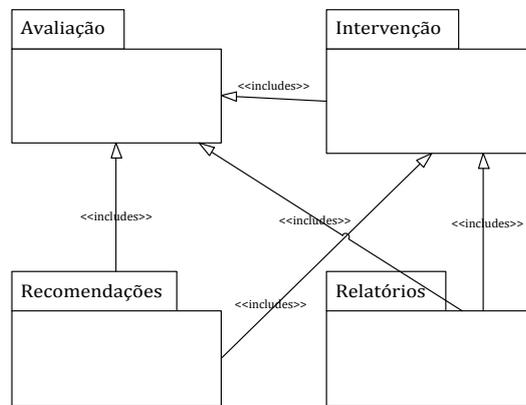


Figura 3 - Diagrama de pacotes de funcionalidade

De seguida serão apresentados os diagramas de *use cases*, numa perspetiva mais abstrata, sem entrar em grande detalhe dos quatro pacotes de funcionalidade identificados.

4.1. Avaliação

No módulo da avaliação (Figuras 4, 5 e 6), faz parte o processo de recolha de dados da anamnese e a avaliação das competências linguísticas da criança. Na anamnese intervêm para além do terapeuta da fala, os pais/encarregados de educação, o docente e os outros profissionais envolvidos.

Os Pais/Encarregados de Educação e os docentes e outros profissionais podem:

- Iniciar sessão - permite o acesso ao sistema;
- Terminar sessão - permite terminar a sessão;
- Procurar utente - permite selecionar o utente (criança) que se pretende;
- Registrar anamnese - permite registar os dados da anamnese;
- Consultar dados da anamnese - permite consultar e alterar os dados da anamnese;

- Consultar prognóstico – permite consultar o prognóstico realizado pelo terapeuta da fala;
- Consultar diagnóstico – permite consultar o diagnóstico realizado pelo terapeuta da fala;
- Consultar avaliação inicial – permite consultar a avaliação da linguagem do terapeuta da fala;
- Consultar avaliação do final do período - permite consultar a reavaliação da linguagem realizada pelo terapeuta da fala no final de cada período escolar;
- Consultar avaliação do final do ano letivo - permite consultar a reavaliação da linguagem realizada pelo terapeuta da fala no final do ano letivo.

As funcionalidades do terapeuta da fala incluem:

- Iniciar sessão – permite o acesso ao sistema;
- Terminar sessão – permite terminar a sessão;
- Procurar utente – permite seleccionar o utente (criança) que se pretende;
- Registar a anamnese – permite registar os dados da anamnese;
- Consultar dados da anamnese – permite consultar e alterar os dados da anamnese;
- Registar avaliação inicial – permite registar os dados da avaliação inicial da linguagem;
- Consultar avaliação inicial – permite consultar e alterar os dados da avaliação inicial da linguagem;
- Registar avaliação do final do período - permite registar os dados da reavaliação da linguagem realizada no final de cada período escolar;
- Consultar avaliação do final do período – permite consultar e alterar os dados da reavaliação da linguagem realizada no final de cada período escolar;
- Registar avaliação do final do ano letivo – permite registar dados da reavaliação da linguagem realizada no final do ano letivo;
- Consultar avaliação do final do ano letivo – permite consultar e alterar os dados da reavaliação da linguagem realizada no final do ano letivo;
- Registar diagnóstico – permite registar o diagnóstico da criança;
- Consultar diagnóstico – permite consultar e alterar o diagnóstico da criança;
- Registar prognóstico - permite registar o prognóstico da criança;
- Consultar prognóstico – permite consultar e alterar o prognóstico da criança.

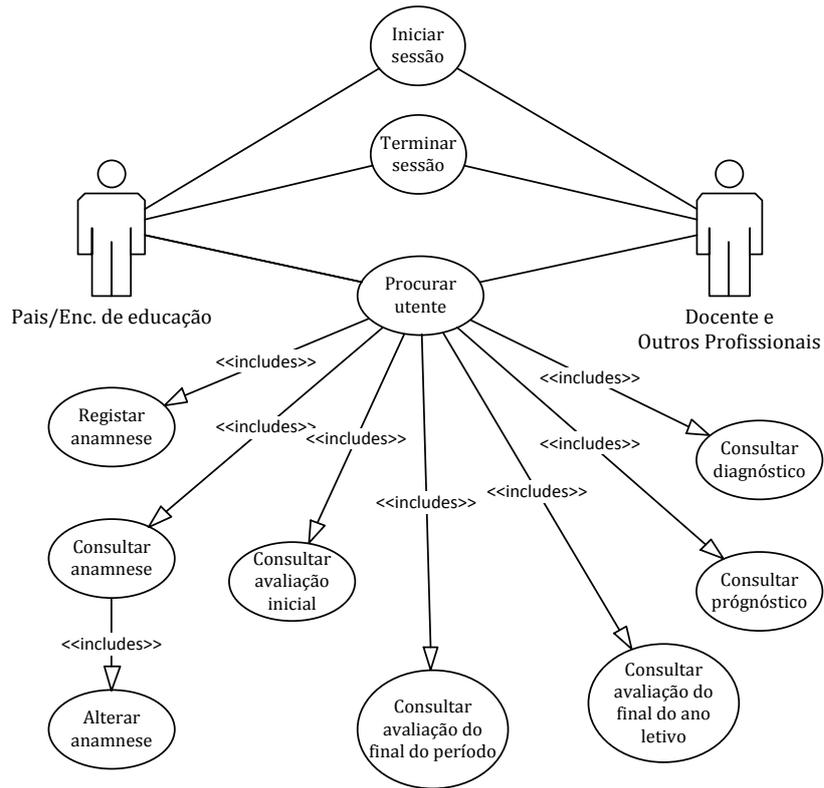


Figura 4 - Diagrama 1 do módulo da avaliação dos atores pais/enc. de educação, docente e outros profissionais

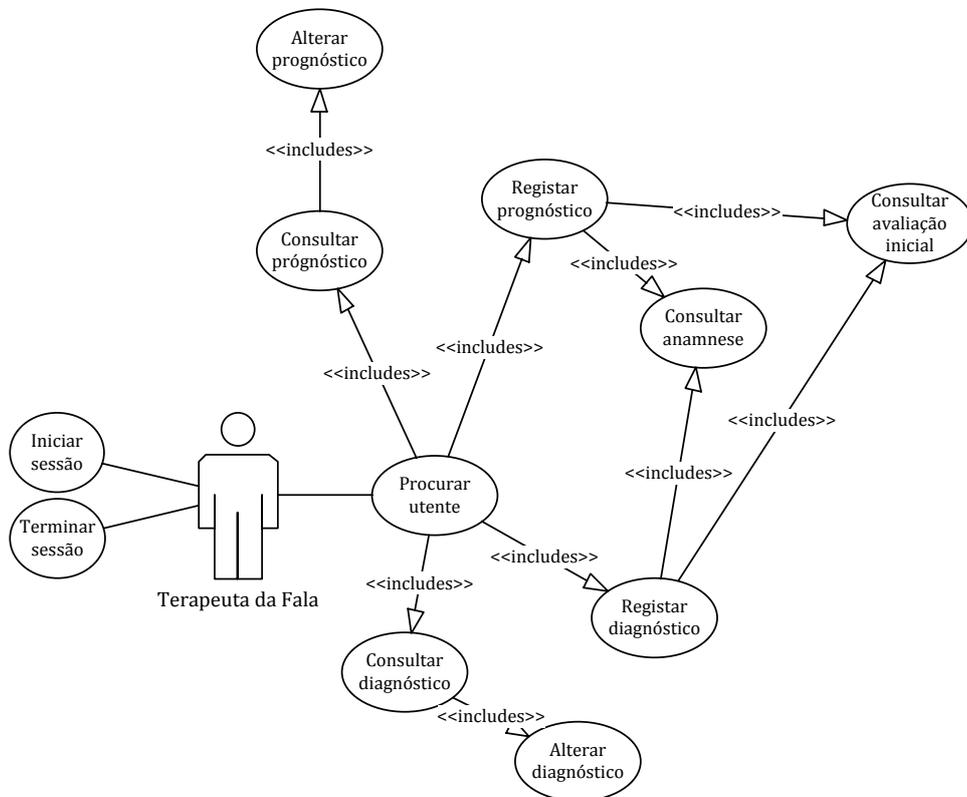


Figura 5 - Diagrama 2 do módulo da avaliação do ator terapeuta da fala para registo do prognóstico e diagnóstico

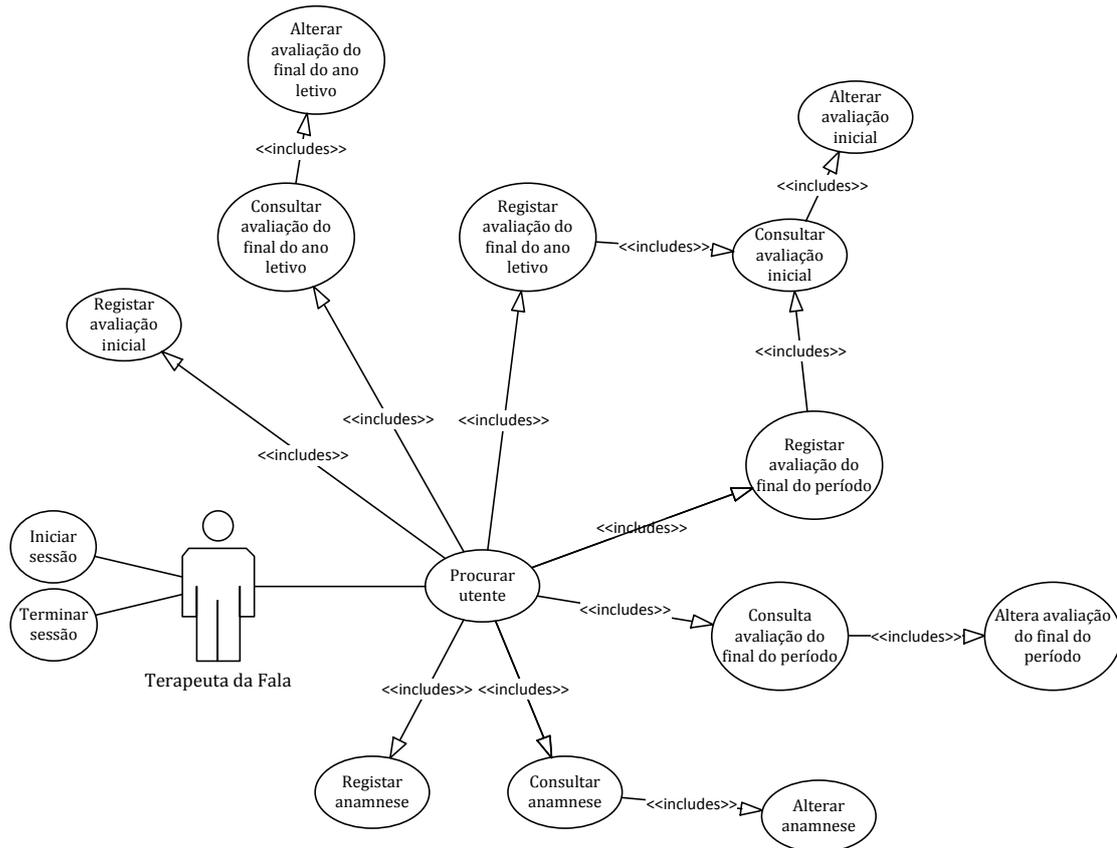


Figura 6 - Diagrama 3 do módulo da avaliação do ator terapeuta da fala para registar a anamnese, avaliação inicial, avaliação do final do período e do final do ano

4.2. Intervenção

O módulo de intervenção (Figuras 7 e 8) tem por base a elaboração do plano de intervenção e a implementação do mesmo, sendo indispensável a avaliação realizada previamente.

Os intervenientes deste módulo são o terapeuta da fala e os atores que participam na intervenção terapêutica de forma indireta, sendo eles os pais/encarregados de educação, o docente, e todos os profissionais de saúde envolvidos no processo da criança.

Os pais/encarregados de educação, o docente e os outros profissionais que participam na intervenção indireta podem:

- Iniciar sessão – permite o acesso ao sistema;
- Terminar sessão – permite terminar a sessão;
- Procurar utente – permite seleccionar o utente (criança) que se pretende;
- Consultar o plano de intervenção – permite consultar o plano de intervenção delineado pelo terapeuta da fala;
- Consultar os planos de sessão – permite consultar o plano de sessão delineado para a sessão;

- Consultar os registos de sessão – permite consultar o registo terapêutico de uma sessão.

As funções do terapeuta da fala incluem:

- Iniciar sessão – permite o acesso ao sistema;
- Terminar sessão – permite terminar a sessão;
- Procurar utente – permite seleccionar o utente (criança) que se pretende;
- Registrar o plano de intervenção – permite definir os as áreas fortes e fracas, os objetivos gerais e específicos a serem alcançados;
- Consultar o plano de intervenção – permite consultar e alterar os as áreas fortes e fracas, os objetivos gerais e específicos a serem alcançados;
- Registrar o plano de sessão terapêutica – permite definir os objetivos gerais e específicos, os procedimentos, material e reforços utilizados na sessão;
- Consultar o plano de sessão terapêutica – permite consultar e alterar os objetivos gerais e específicos, os procedimentos, material e reforços utilizados na sessão;
- Registrar o registo de sessão terapêutica – permite inserir dados relevantes acerca de acontecimentos ocorridos ao longo da sessão;
- Consultar os registos de sessão terapêutica – permite consultar e alterar os dados relevantes acerca de acontecimentos ocorridos ao longo da sessão.

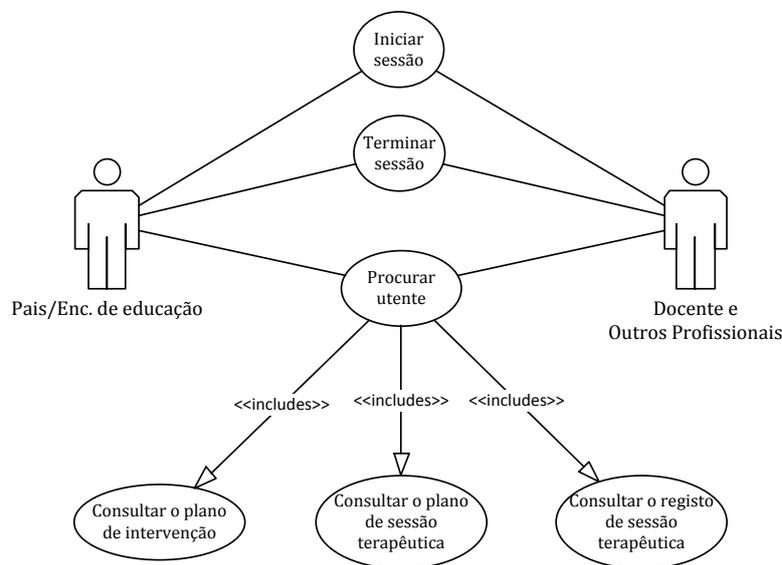


Figura 7 - Diagrama 1 do módulo de intervenção dos atores pais/enc. de educação, docente e outros profissionais

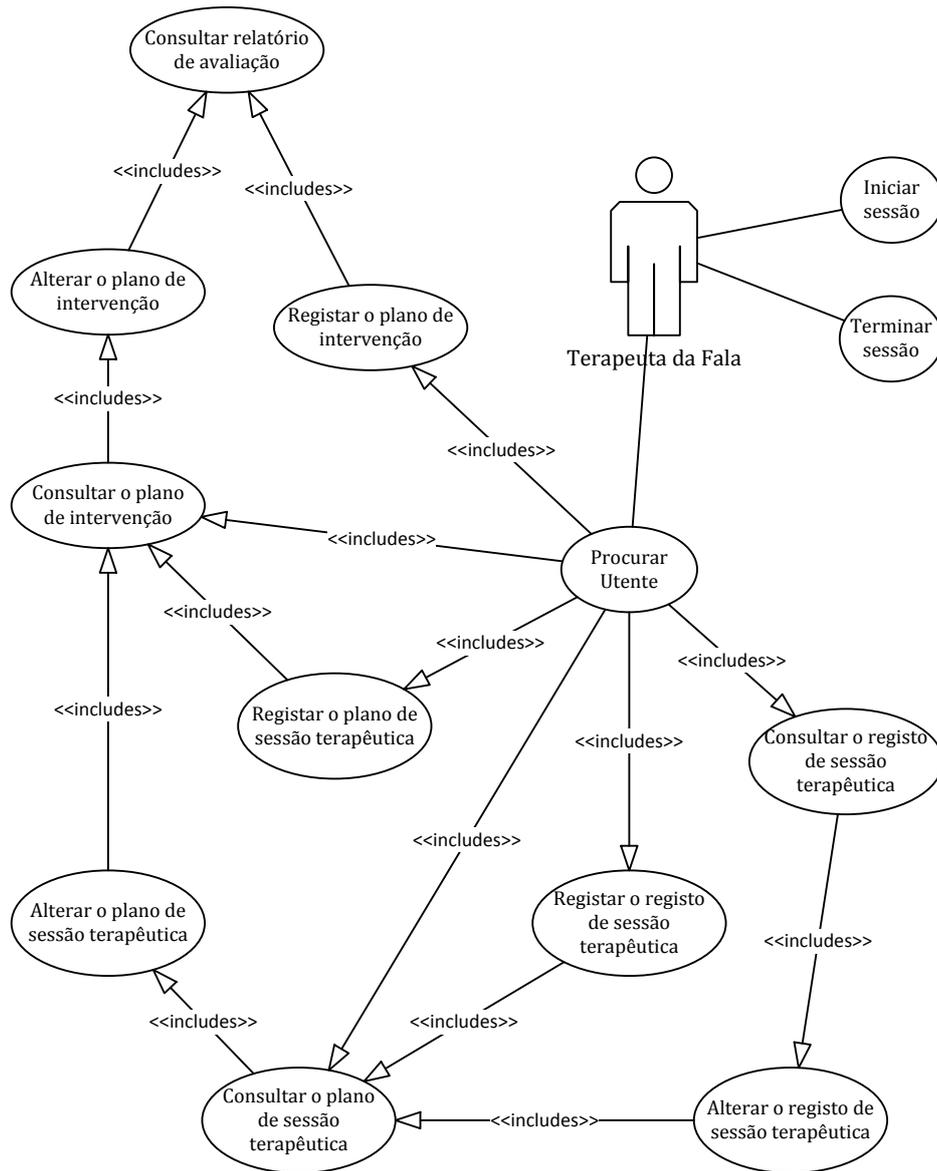


Figura 8 - Diagrama 2 do módulo de intervenção do ator terapeuta da fala

4.3. Relatórios

O terapeuta da fala é o único ator no módulo de relatórios (Figuras 9 e 10), que elabora e regista os relatórios da terapia, no entanto são também intervenientes os pais/encarregados de educação, o docente e os outros profissionais que trabalhem com a criança.

Os pais/encarregados de educação, o docente e os outros profissionais podem:

- Iniciar sessão – permite o acesso ao sistema;
- Terminar sessão – permite terminar a sessão;
- Procurar utente – permite seleccionar o utente (criança) que se pretende;
- Consultar anamnese – permite consultar e imprimir a anamnese realizada pelo terapeuta da fala, os pais e outros profissionais;

- Consultar avaliação inicial – permite consultar e imprimir a avaliação de linguagem, realizado pelo terapeuta da fala;
- Consultar avaliação de final de período – permite consultar e imprimir a reavaliação final de cada período letivo, realizado pelo terapeuta da fala;
- Consultar avaliação final de ano letivo – permite consultar e imprimir o relatório final do ano letivo, realizado pelo terapeuta da fala;
- Consultar relatório de acompanhamento – permite consultar e imprimir o relatório de acompanhamento da criança, realizado pelo terapeuta da fala quando necessário.

As funções do terapeuta da fala incluem:

- Iniciar sessão – permite o acesso ao sistema;
- Terminar sessão – permite terminar a sessão;
- Procurar utente – permite seleccionar o utente (criança) que se pretende;
- Consultar anamnese – permite consultar e imprimir a anamnese realizada pelo terapeuta da fala, os pais e outros profissionais;
- Consultar avaliação inicial – permite consultar e imprimir a avaliação de linguagem da criança;
- Consultar avaliação de final de período – permite consultar e imprimir a reavaliação final de cada período letivo da criança;
- Consultar avaliação final de ano letivo – permite consultar e imprimir o relatório final do ano letivo da criança;
- Registrar o relatório de acompanhamento – permite registar o relatório de acompanhamento da criança, quando solicitado;
- Consultar relatório de acompanhamento – permite consultar e imprimir o relatório de acompanhamento da criança, realizado pelo terapeuta da fala quando necessário.

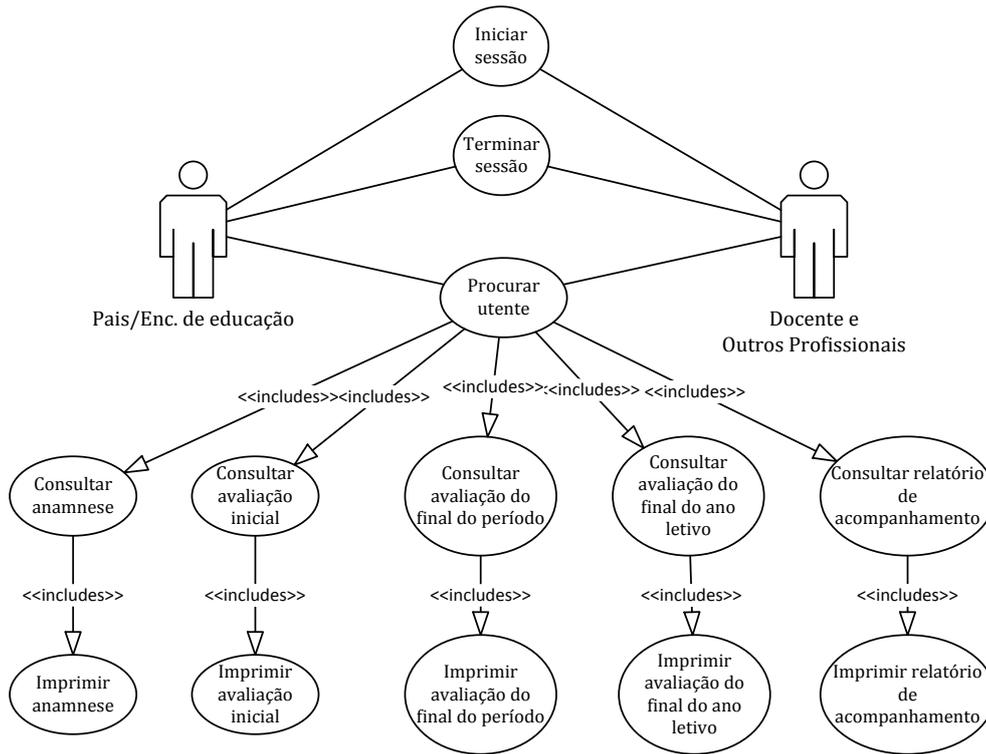


Figura 9 - Diagrama 1 do módulo de relatórios dos atores pais/enc. de educação, docente e outros profissionais

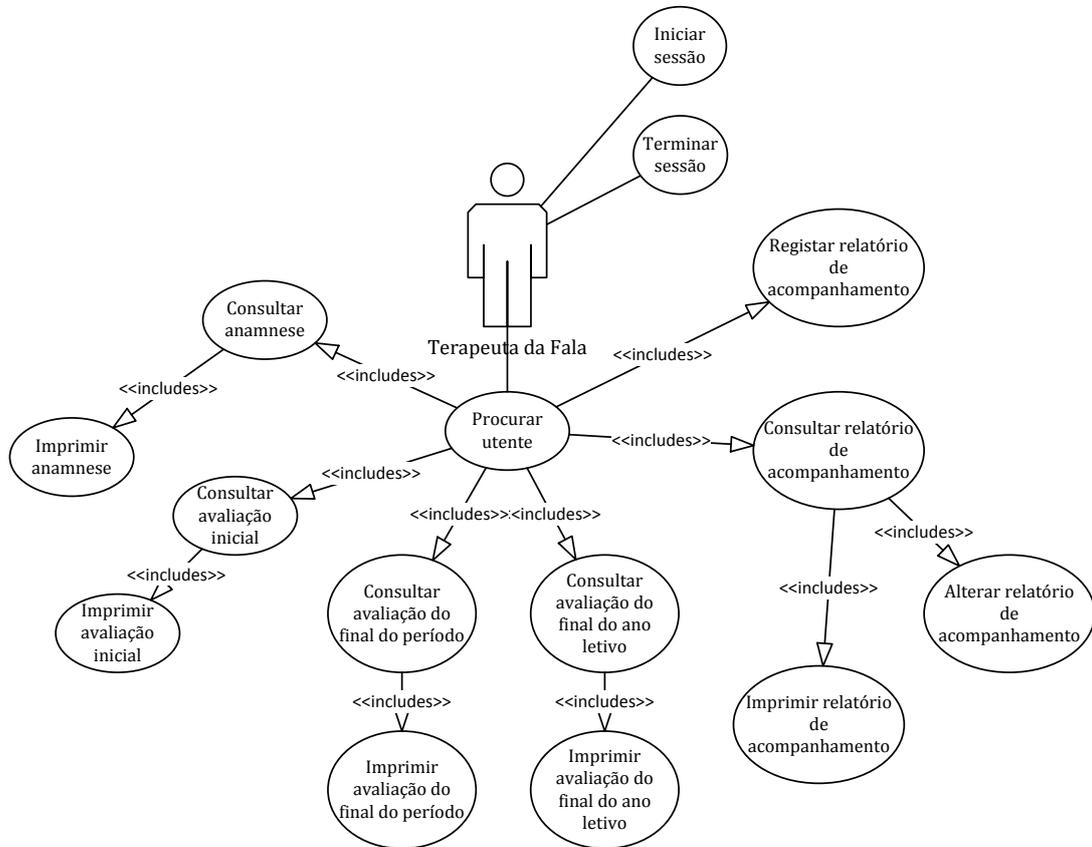


Figura 10 - Diagrama 2 do módulo de relatórios do ator terapeuta da fala

4.4. Recomendações

O módulo das recomendações (Figuras 11 e 12) diz respeito a indicações ou orientações que o terapeuta da fala transmite aos interlocutores da criança, sejam eles os pais/encarregados de educação, o docente e os outros profissionais de saúde.

Os pais/encarregados de educação, o docente e os outros profissionais podem:

- Iniciar sessão – permite o acesso ao sistema;
- Terminar sessão – permite terminar a sessão;
- Procurar utente – permite selecionar o utente (criança) que se pretende;
- Consultar recomendações do terapeuta da fala – permite ao docente e outros profissionais de saúde assim como aos pais a consulta de algumas recomendações sugeridas pelo terapeuta da fala, para otimizar a intervenção em terapia da fala no contexto familiar, escolar e outro;
- Registar observações para o terapeuta da fala - permite aos pais/encarregado de educação, ao docente e outros profissionais o registo de algumas observações, nomeadamente acerca da evolução da criança.
- Consultar observações para o terapeuta da fala - permite aos pais/encarregado de educação, ao docente e outros profissionais a consulta e alteração de algumas observações, nomeadamente acerca da evolução da criança.

As funções do terapeuta da fala incluem:

- Iniciar sessão – permite o acesso ao sistema;
- Terminar sessão – permite terminar a sessão;
- Procurar utente – permite selecionar o utente (criança) que se pretende;
- Registar recomendações do terapeuta da fala – permite registar, recomendações que o terapeuta da fala aconselha, a serem adotados pelo docente e outros profissionais que trabalham com a criança assim como para os pais e encarregados de educação;
- Consultar recomendações do terapeuta da fala – permite consultar e alterar recomendações que o terapeuta da fala aconselha, a serem adotados pelo docente e outros profissionais que trabalham com a criança assim como para os pais e encarregados de educação;
- Consultar observações para o terapeuta da fala – permite consultar informações relevantes que os pais/encarregados de educação, o docente e outros profissionais de saúde registem para o terapeuta da fala, nomeadamente acerca da evolução da criança.

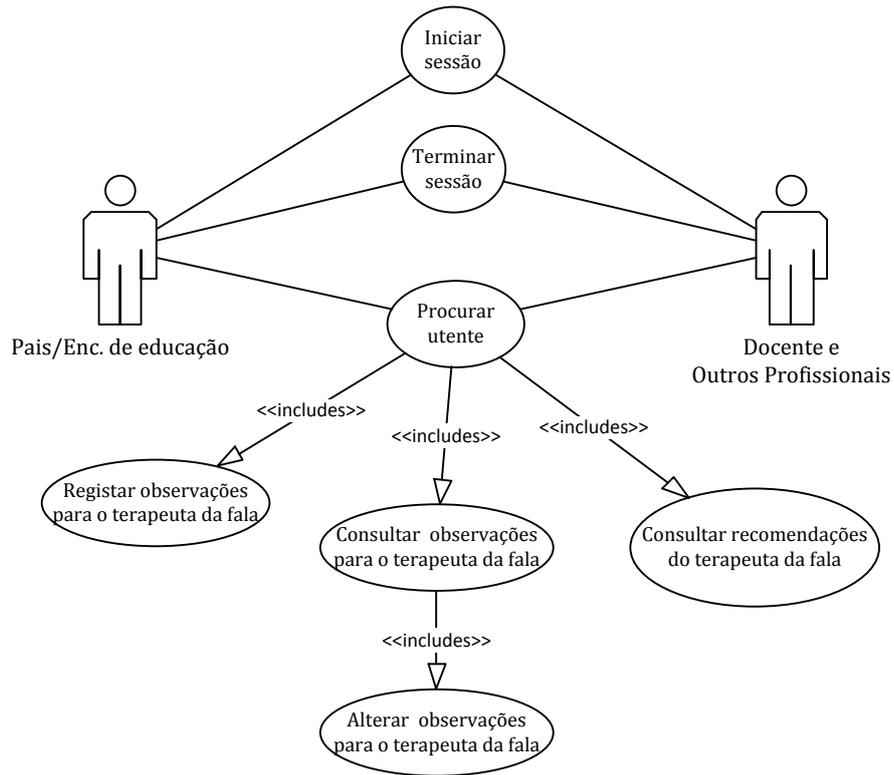


Figura 11 - Diagrama 1 do módulo de recomendações dos atores pais/enc. de educação, docente e outros profissionais

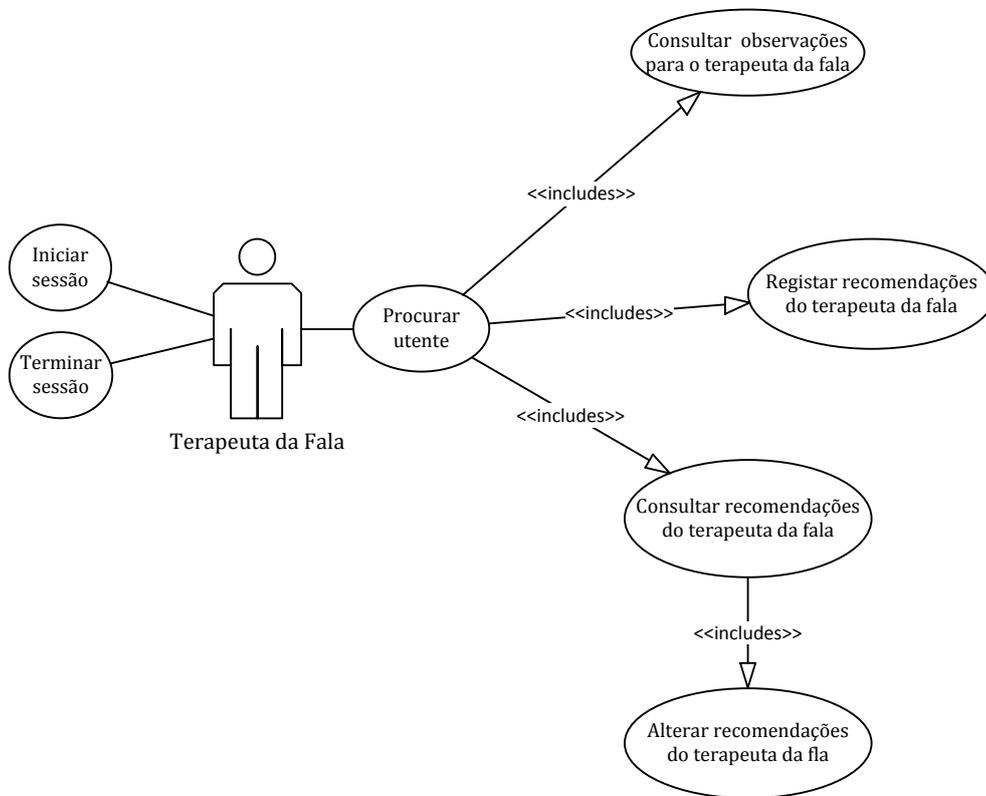


Figura 12 - Diagrama 2 do módulo de recomendações do ator terapeuta da fala

5. Especificação do módulo de intervenção

Das diferentes etapas que envolvem o processo de acompanhamento de uma criança com dificuldades linguísticas, será especificado o módulo da intervenção, realizada pelo terapeuta da fala. Esta é uma etapa elementar no decorrer do processo uma vez que é através dela que se considera a evolução da criança e que se obtém o feedback do plano de intervenção delineado. Portanto, é de extrema importância que esta seja realizada de forma clara, planificada e objetiva.

5.1. Registo do plano de intervenção

O registo do plano de intervenção (Figuras 13, 14 e 15) deve possibilitar a introdução, consulta e alteração de dados como as áreas fortes e fracas, os objetivos gerais, os objetivos específicos, a frequência e duração do plano, os procedimentos, os materiais a utilizar e os reforços.

O terapeuta da fala é responsável por:

- Iniciar sessão – permite o acesso ao sistema;
- Terminar sessão – permite terminar a sessão;
- Procurar utente – permite selecionar o utente (criança) que se pretende;
- Registrar o plano de intervenção - permite definir os as áreas fortes e fracas, os objetivos gerais e específicos a serem alcançados, a duração do plano, os procedimentos e reforços;
- Consultar avaliação inicial – permite consultar a avaliação inicial da linguagem, como apoio à elaboração do plano de intervenção;
- Consultar a avaliação de final do período – permite consultar a reavaliação da linguagem, como apoio à elaboração do plano de intervenção;
- Registrar áreas fortes – permite definir as áreas linguísticas fortes, delineadas a partir da avaliação;
- Consultar áreas fortes – permite consultar e alterar as áreas linguísticas fortes, delineadas a partir da avaliação;
- Registrar áreas fracas - permite definir as áreas linguísticas fracas, delineadas a partir da avaliação;
- Consultar áreas fracas - permite consultar e alterar as áreas linguísticas fracas, delineadas a partir da avaliação;
- Registrar objetivos gerais - permite definir os objetivos gerais ou metas terapêuticas a atingir ao longo da intervenção;

- Consultar objetivos gerais – permite consultar e alterar os objetivos gerais ou metas terapêuticas a atingir ao longo da intervenção;
- Registrar objetivos específicos - permite definir os objetivos específicos a atingir ao longo da intervenção;
- Consultar objetivos específicos - permite consultar e alterar os objetivos específicos a atingir ao longo da intervenção;
- Registrar procedimentos - permite definir os procedimentos a utilizar ao longo da intervenção;
- Consultar procedimentos - permite consultar e alterar os procedimentos a utilizar ao longo da intervenção;
- Registrar reforços - permite definir os reforços a utilizar ao longo da intervenção;
- Consultar reforços – permite consultar e alterar os reforços a utilizar ao longo da intervenção;
- Registrar duração do plano - permite definir o tempo de duração do plano de intervenção delineado;
- Consultar duração do plano - permite consultar e alterar o tempo de duração do plano de intervenção delineado.

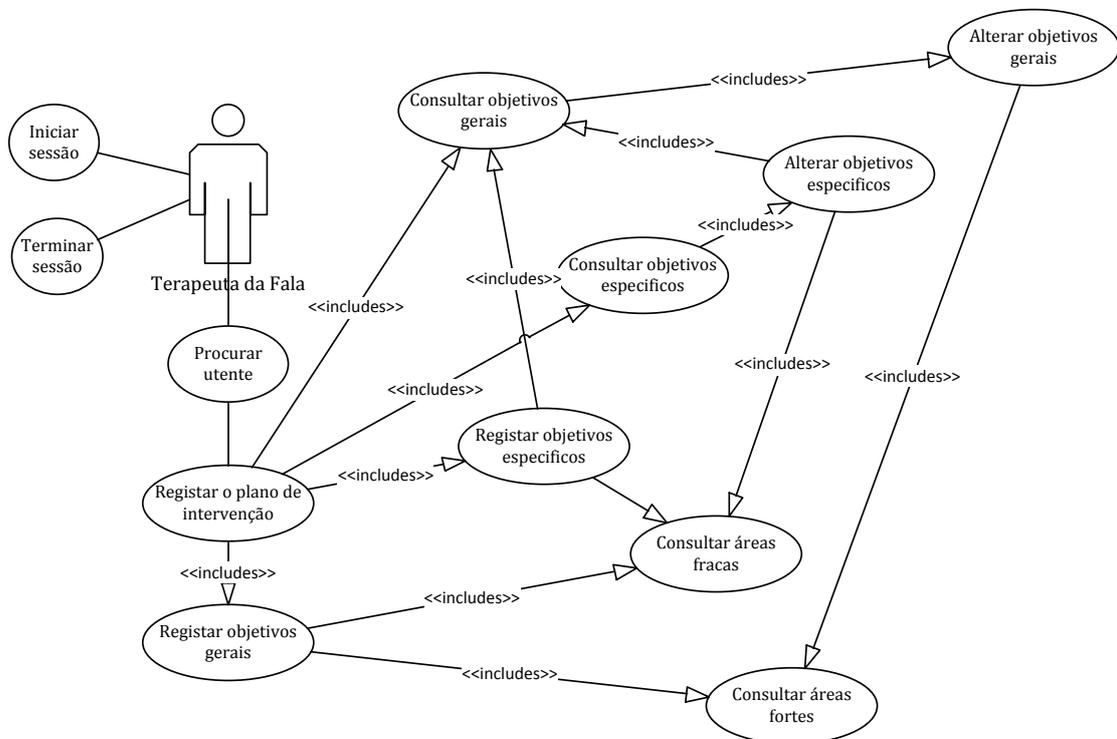


Figura 13 - Diagrama 1 do registo do plano de intervenção para registar os objetivos gerais e específicos

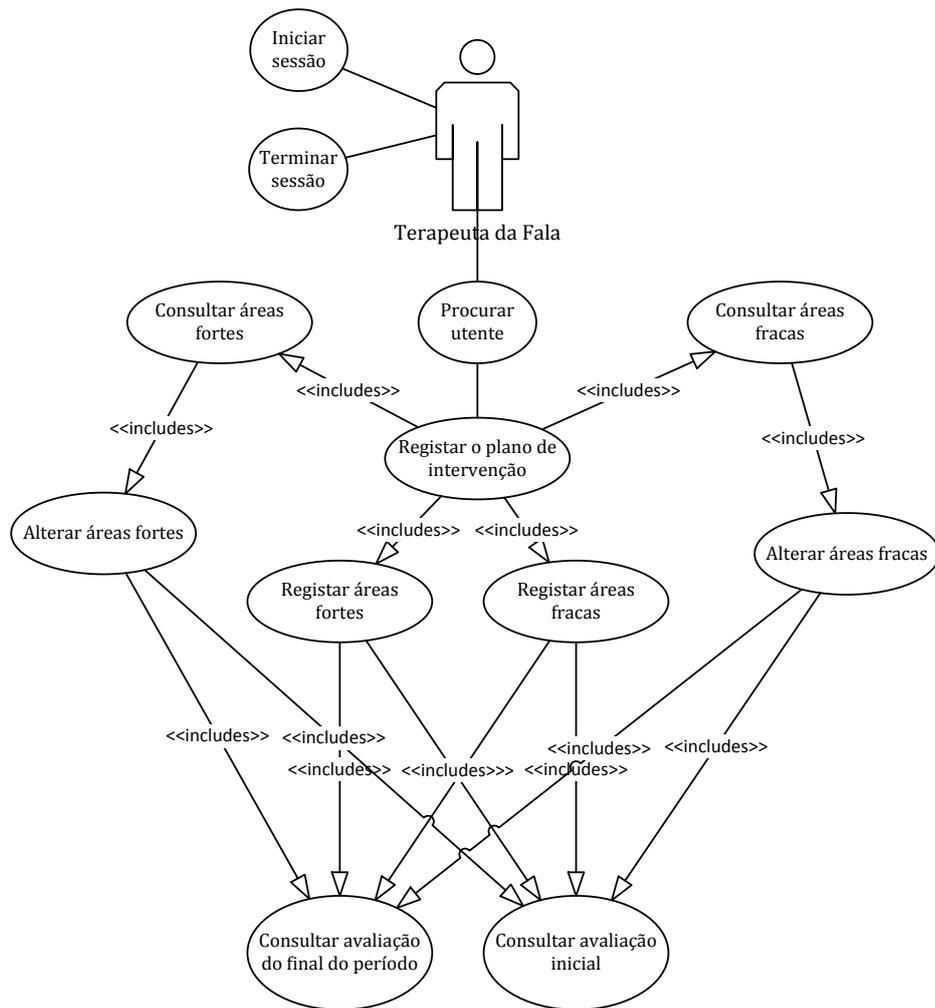


Figura 14 - Diagrama 2 do registo do plano de intervenção para registar áreas fortes e fracas

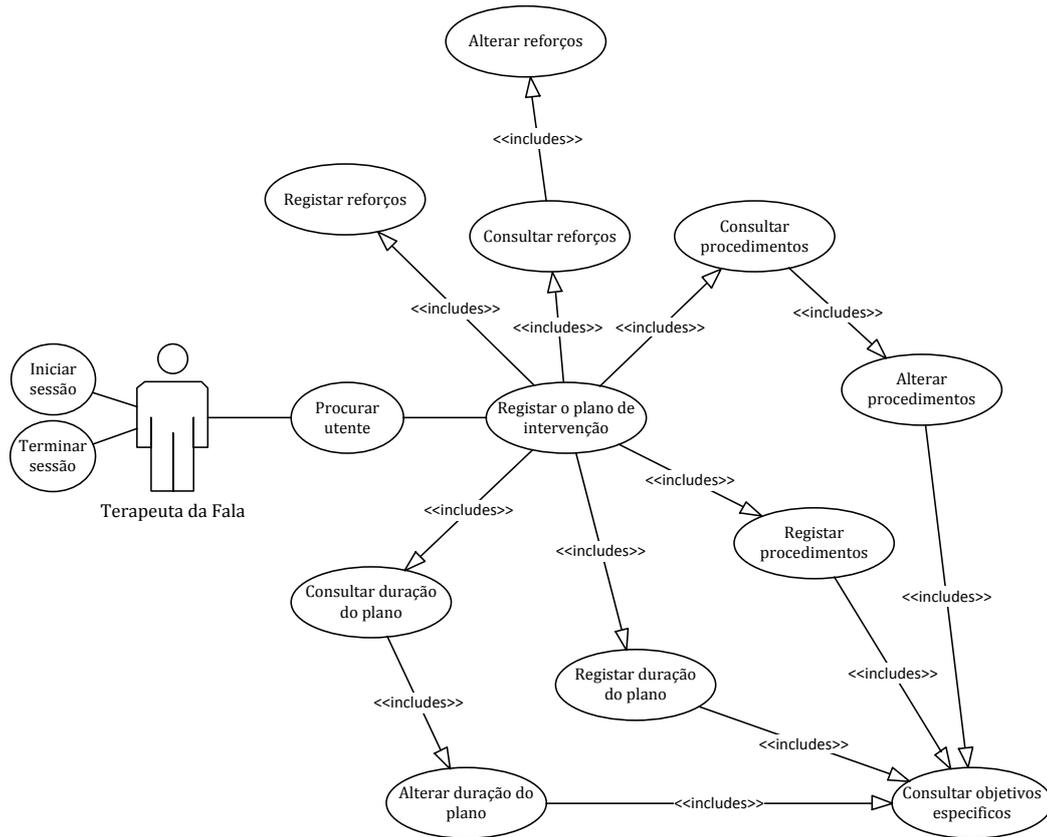


Figura 15 - Diagrama 3 do registo do plano de intervenção para registar os procedimentos e reforços

5.2. Registo do plano de sessão terapêutica

O registo do plano de sessão (Figuras 16 e 17) é efetuado antes da sessão realizada com a criança, este permite introduzir e consultar dados referentes a uma sessão específica de intervenção. Neste registo é possível preencher campos como os objetivos gerais e específicos para essa sessão, os procedimentos, materiais e reforços a utilizar.

O terapeuta da fala é responsável por:

- Iniciar sessão – permite o acesso ao sistema;
- Terminar sessão – permite terminar a sessão;
- Procurar utente – permite selecionar o utente (criança) que se pretende;
- Registar o plano de sessão terapêutica – permite definir os objetivos gerais e específicos, os procedimentos, material e reforços utilizados na sessão;
- Registar objetivos gerais - permite definir os objetivos gerais ou metas terapêuticas a atingir ao longo da intervenção;
- Consultar objetivos gerais - permite consultar e alterar os objetivos gerais ou metas terapêuticas a atingir ao longo da intervenção;

- Registrar objetivos específicos - permite definir os objetivos específicos a atingir ao na sessão;
- Consultar objetivos específicos - permite consultar e alterar os objetivos específicos a atingir ao na sessão;
- Registrar procedimentos - permite definir os procedimentos a utilizar na sessão;
- Consultar procedimentos - permite consultar e alterar os procedimentos a utilizar na sessão;
- Registrar reforços - permite definir os reforços a utilizar na sessão;
- Consultar reforços - permite consultar e alterar os reforços a utilizar na sessão;
- Registrar material a utilizar - permite definir o material utilizado na sessão;
- Consultar material a utilizar - permite consultar e alterar o material utilizado na sessão.

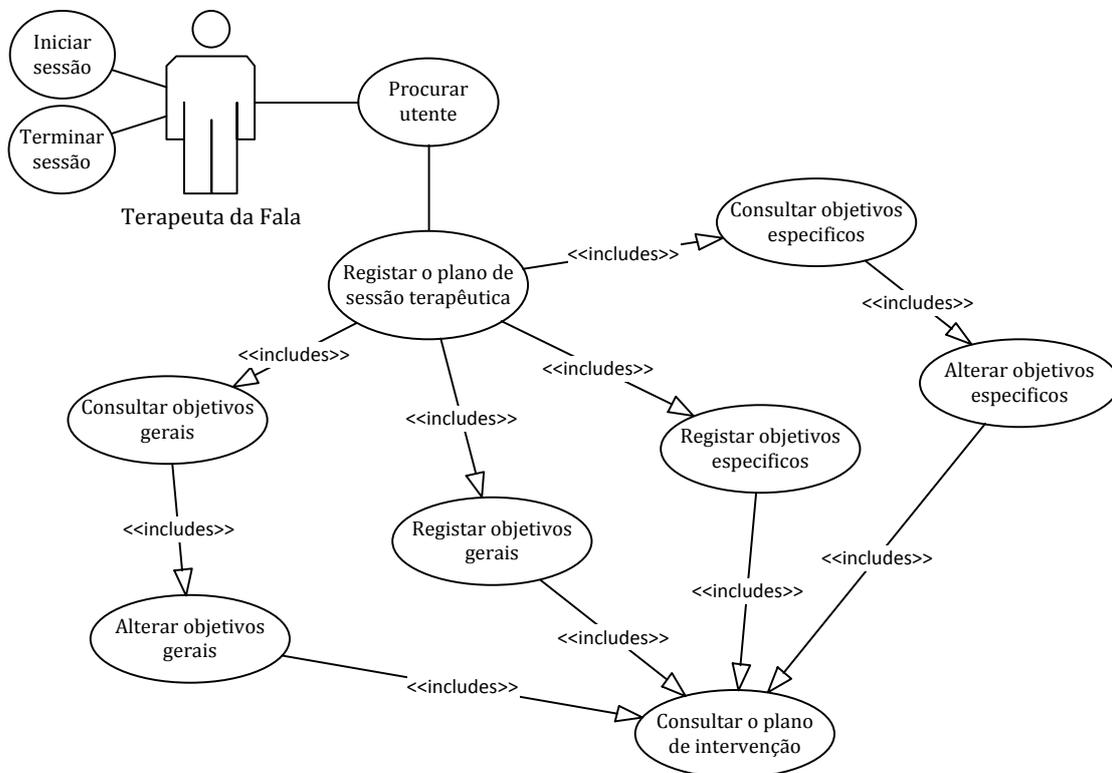


Figura 16 - Diagrama 1 do registo do plano de sessão terapêutica para registar os objetivos gerais e específicos

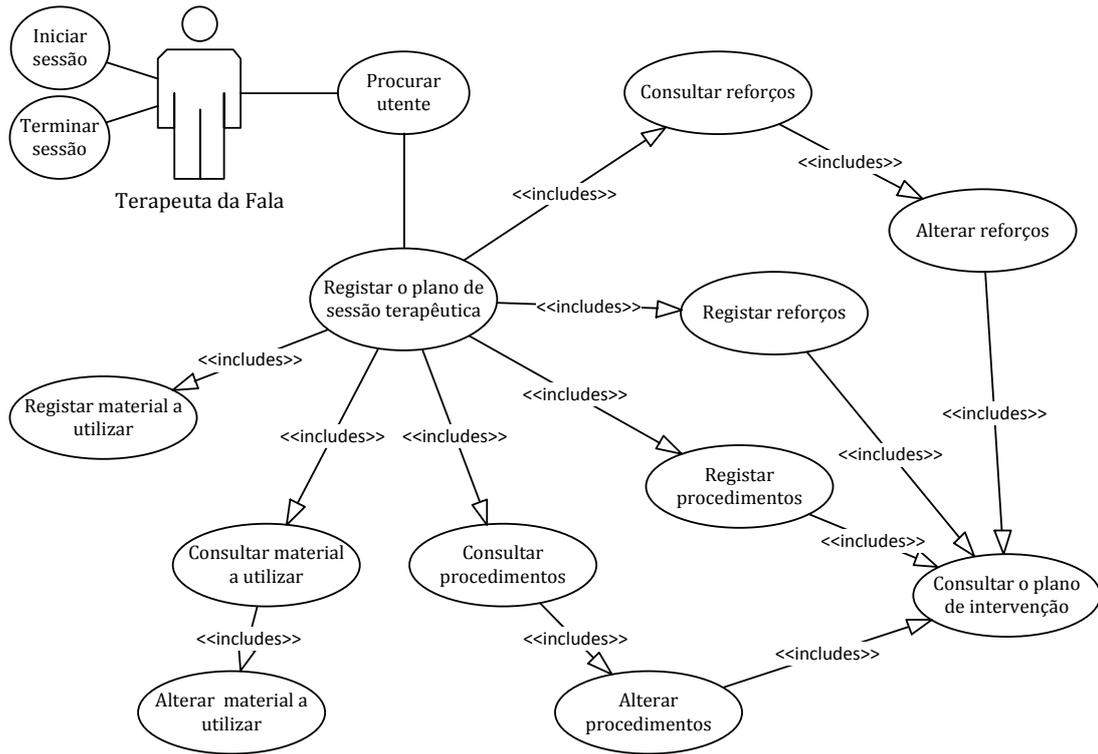


Figura 17 - Diagrama 2 do registo do plano de sessão terapêutica para registar os reforços, procedimentos

5.3. Registo do registo da sessão terapêutica

O registo da sessão de intervenção (Figura 18) permite introduzir, consultar e alterar dados referentes a uma sessão de intervenção. Esse registo deve ser realizado no final de cada sessão. Este campo permite registar os objetivos específicos que foram alcançados e o desempenho da criança nessa sessão.

O terapeuta da fala é responsável por:

- Iniciar sessão – permite o acesso ao sistema;
- Terminar sessão – permite terminar a sessão;
- Procurar utente – permite selecionar o utente (criança) que se pretende;
- Registrar o registo de sessão terapêutica – permite inserir dados relevantes acerca de acontecimentos ocorridos ao longo da sessão;
- Registrar objetivos específicos alcançados- permite definir quais os objetivos específicos alcançados pela criança na sessão terapêutica;
- Consultar objetivos específicos alcançados- permite consultar e alterar quais os objetivos específicos alcançados pela criança na sessão terapêutica;
- Registrar o desempenho da criança - permite definir o desempenho da criança na sessão;

- Consultar o desempenho da criança - permite consultar e alterar o desempenho da criança na sessão;
- Registrar outras observações - permite definir outras observações relevantes para o processo da criança observadas na sessão;
- Consultar outras observações - permite consultar e alterar outras observações relevantes para o processo da criança observadas na sessão.

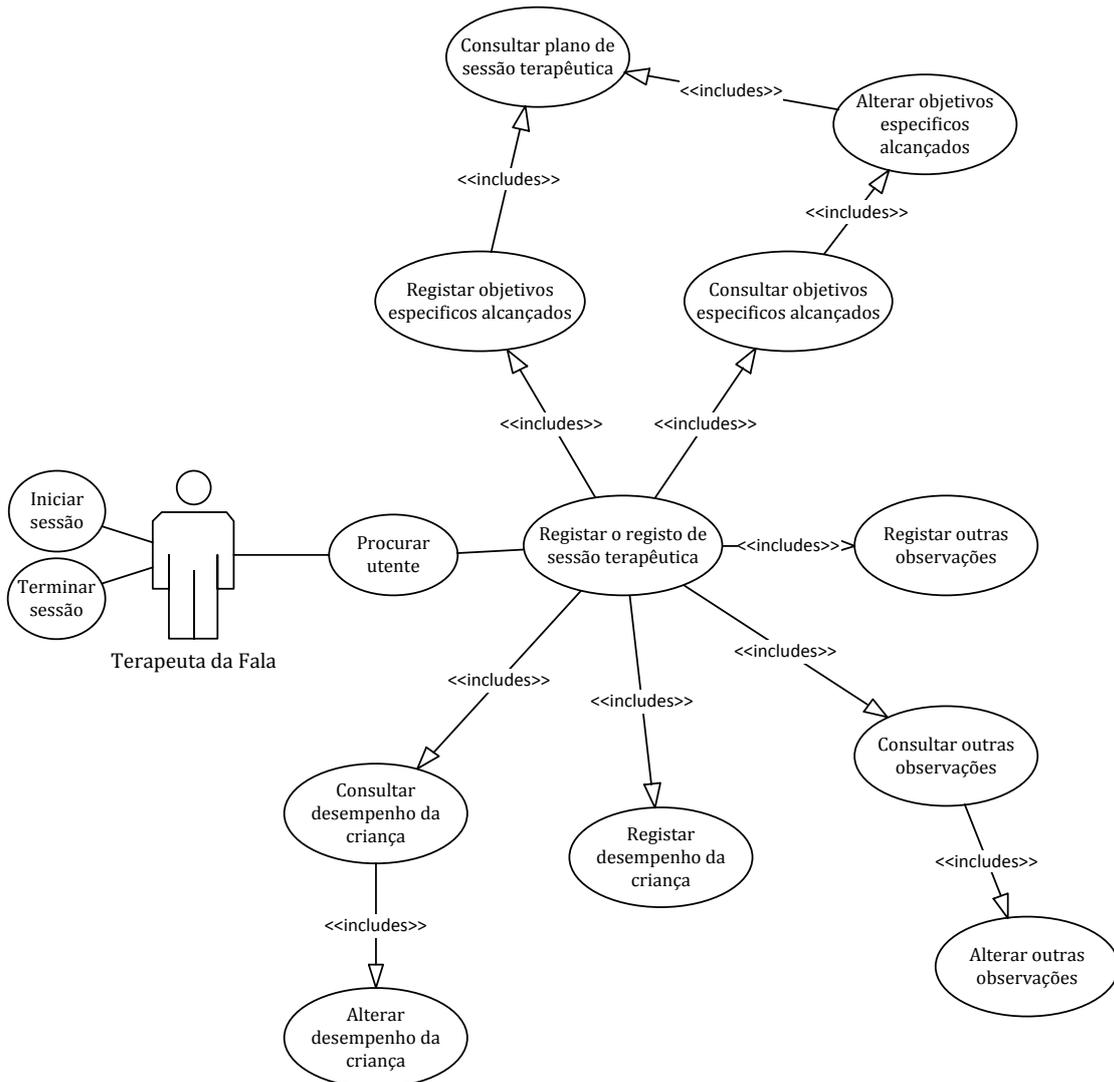


Figura 18 - Registro do registro de sessão terapêutica

Baseando-se no modelo de informação definido será implementado um protótipo descrito a seguir. Protótipo esse que auxiliará a validação do modelo de informação conceptualizado.

6. Propostas de interfaces do protótipo do modelo de informação

Os interfaces apresentados seguem o modelo de informação proposto anteriormente, sendo assim, procurou-se introduzir no protótipo todas as informações essenciais identificadas no modelo.

De modo a assegurar a segurança e confidencialidade dos dados, qualquer ator, para aceder aos dados, tem de inserir o seu *login* e a respetiva palavra-chave (Figura 19). Após a validação, o ator (terapeuta da fala) deve seleccionar o utente que pretende (Figura 20). Importa referir que não foi realizada uma apresentação exaustiva de todos os itens do protótipo, sendo apresentadas apenas as imagens consideradas mais relevantes referentes apenas à intervenção realizada em crianças com perturbações da linguagem. Esse interface apresenta-se dividido em três subinterfaces, sendo eles o plano de intervenção, o plano de sessão terapêutica e o registo de sessão terapêutica.



The image shows a login interface within a web application. The header area is grey and contains a logo on the left with the word "Protótipo" next to it, and a "Registar" button on the right. The main content area is light grey and features a central white box with a grey border. This box is titled "Entrar" and contains the following elements: a text input field labeled "Nome do utilizador ou Email", a password input field labeled "Palavra passe", a dark grey "Ok" button, a checkbox labeled "Lembrar", and a link labeled "Esqueceu a sua palavra passe?". A small circular logo is visible in the bottom right corner of the main content area.

Figura 19 - Interface *login*



Figura 20 - Interface processos

6.1. Plano de intervenção

O plano de intervenção encontra-se dividido em 7 itens, sendo eles as áreas fortes, áreas fracas, os objetivos gerais, os objetivos específicos, os procedimentos, os reforços e a duração do plano de intervenção (Figura 21). O terapeuta da fala regista todos os dados e pode aceder às avaliações previamente realizadas de modo a facilitar o registo dos itens do plano de intervenção a efetuar. De forma a tornar o registo mais direto e imediato, este é realizado com base em botões de seleção direta e resposta pré-definida, assim como textual. A componente textual é selecionada no caso de não existir uma resposta predefinida desejada. Aquando a conclusão da inserção da informação desejada pode guardar-se. Sempre que necessário pode ser consultada e alterada.

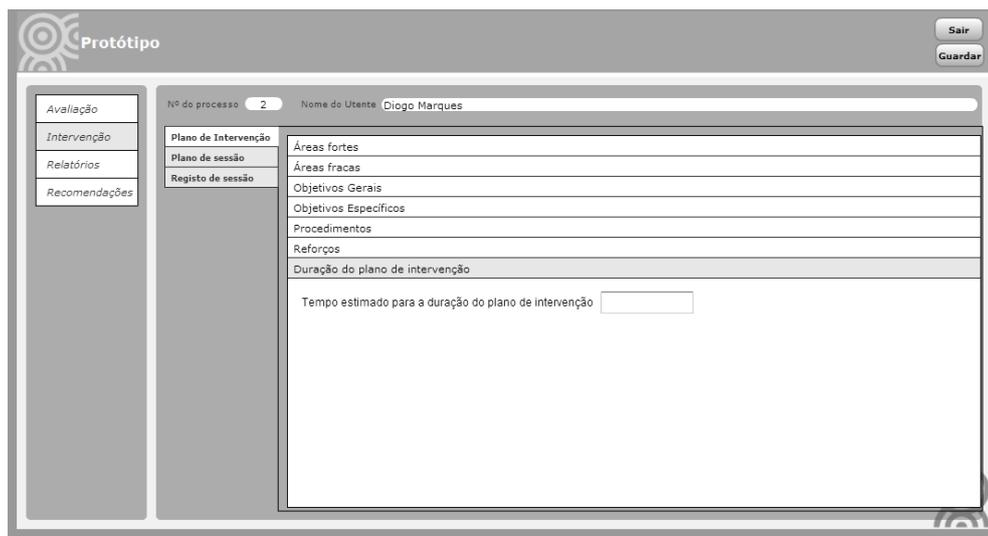


Figura 21- Subinterface plano de intervenção

6.2. Plano de sessão terapêutica

O subinterface do plano de sessão terapêutica possibilita ao terapeuta da fala o registo de um novo plano de sessão e a consulta de planos de sessão realizados previamente (Figura 22). No registo de um novo plano de sessão terapêutica o ator regista os objetivos gerais e específicos para a sessão, assim como os procedimentos, reforços e material a utilizar (Figura 23). O ator consegue ainda consultar o plano de intervenção realizado previamente. Essa consulta facilita o registo dos itens específicos para a sessão terapêutica baseando-se no plano de intervenção delineado.

A introdução da informação relativa a cada campo é realizada de forma textual, uma vez que pode consultar e selecionar no plano de intervenção os itens para a sessão terapêutica em questão. Para a consulta dos planos de sessão guardados previamente seleciona-se da lista qual o plano de sessão que se pretende consultar (Figura 24).

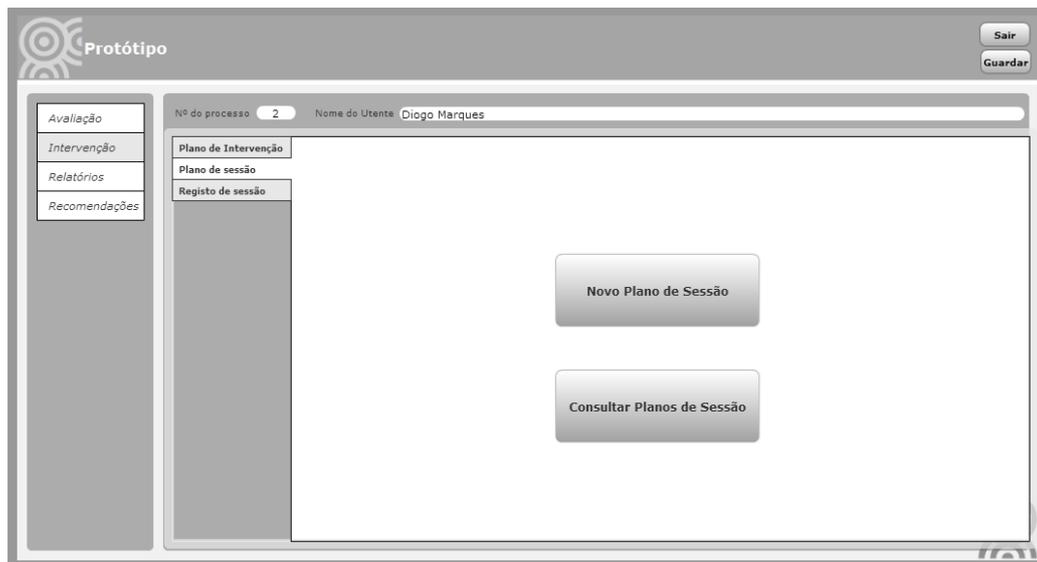


Figura 22 - Subinterface do plano de sessão

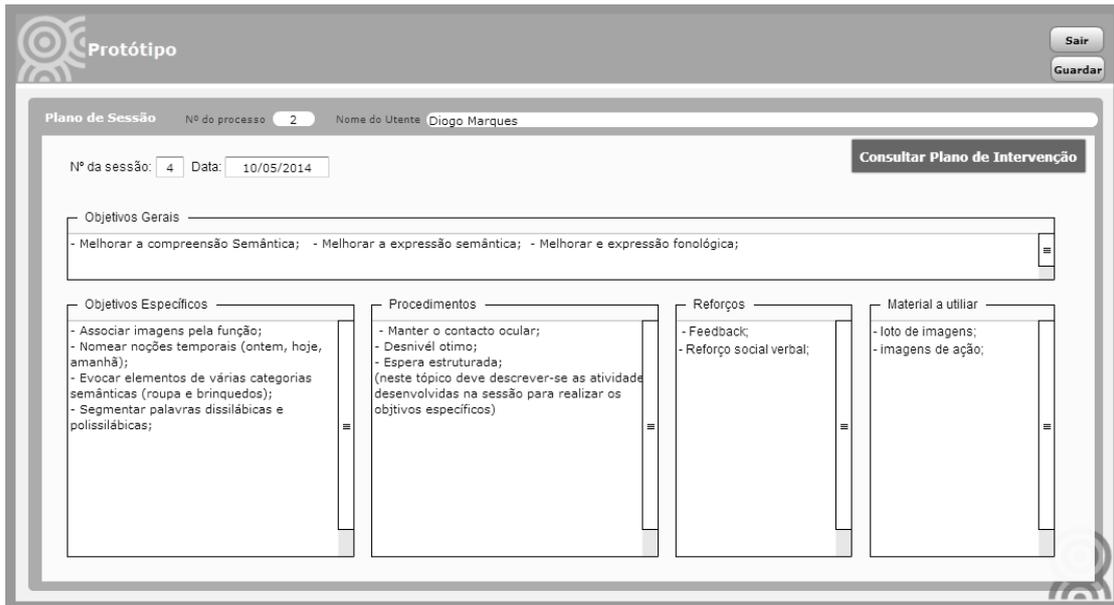


Figura 23 - Subinterface do registo de um novo plano de sessão

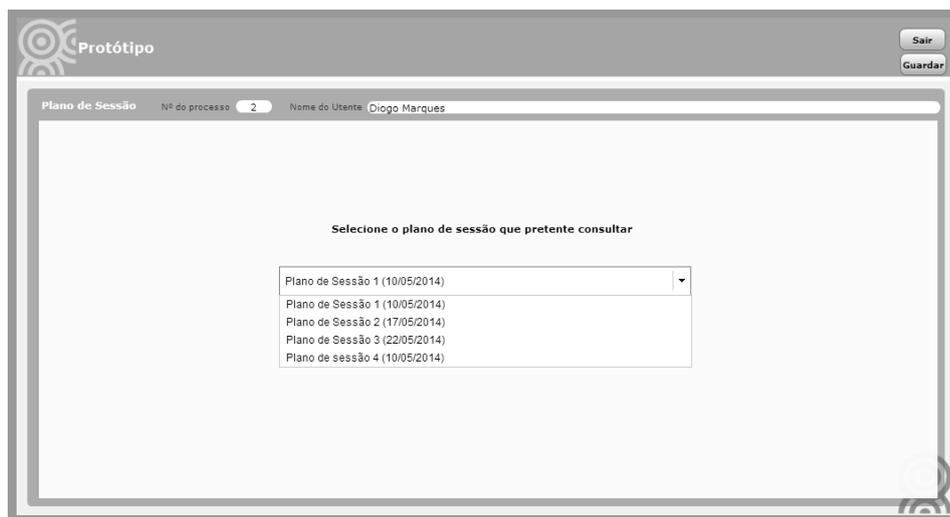


Figura 24 - Subinterface de seleção de consulta de um plano de sessão

6.3. Registo de sessão terapêutica

O registo de sessão terapêutica permite o registo de um novo registo de sessão e a consulta de registos de sessões realizados previamente (Figura 25). No registo de um novo registo de sessão terapêutica o ator introduz os objetivos específicos alcançados, o desempenho da criança e as observações relevantes a serem registadas de uma determinada sessão (Figura 26). Através do registo de sessão é possível consultar o plano da sessão que lhe corresponde. A introdução da informação relativa a cada campo é realizada de forma textual, uma vez que pode consultar e selecionar no plano de sessão o que desejar assim como adicionar informações relevantes. Para a consulta dos registos de sessões prévias guardados seleciona-se da lista qual o plano de sessão que se pretende consultar.



Figura 25 - Subinterface do registo de sessão terapêutica

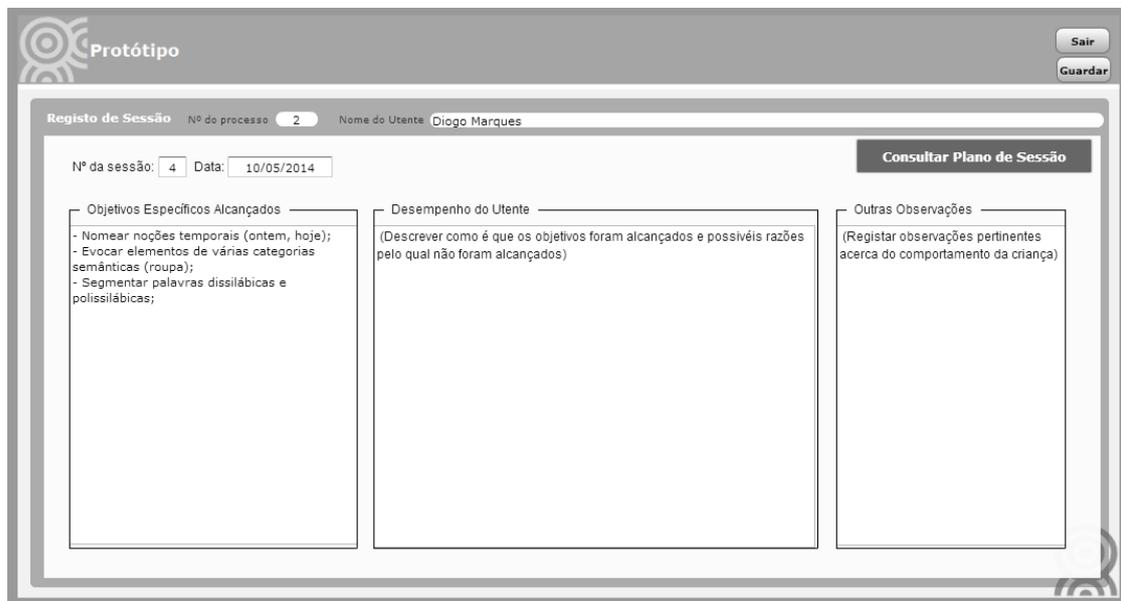


Figura 26 - Subinterface do novo registo de sessão terapêutica

7. Resultados do questionário de validação

Para a validação do modelo de informação obtivemos um total de 62 respostas das quais 37 correspondiam a respostas de terapeutas que preenchiam os critérios de inclusão. Estes, após a exploração do protótipo do modelo, responderam ao questionário de validação. Os gráficos das figuras 27 e 28 expõem a distribuição dos participantes por instituição de formação e ano de formação.



Figura 27 - Distribuição do número de inquiridos segundo a instituição de formação no questionário de validação

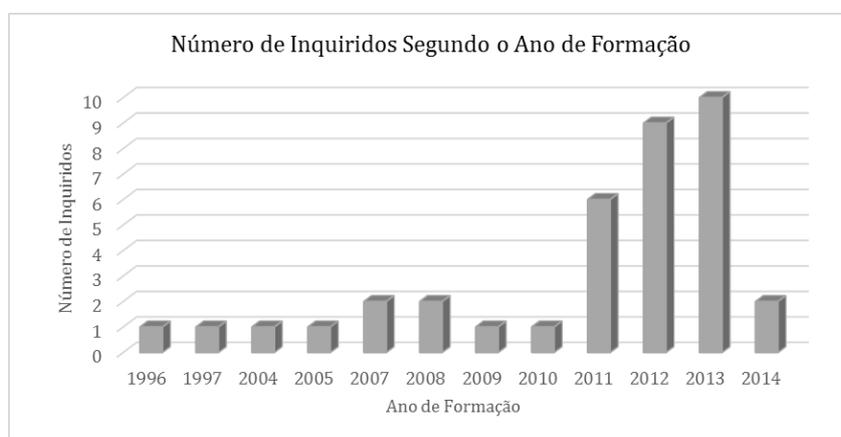


Figura 28 - Distribuição do número de inquiridos segundo o ano de formação no questionário de validação

A validação do protótipo foi realizada com uma amostra de 37 terapeutas. Para tal apresentou-se o protótipo desenvolvido e posteriormente, aplicou-se o questionário de validação (Anexo III).

Da análise dos resultados do questionário realizado pelos terapeutas, constatou-se que:

- A totalidade dos terapeutas, 100%, concordam com a estrutura geral apresentada para o registo eletrónico da intervenção em crianças com perturbações da linguagem;
- Dos terapeutas inquiridos, 83,8% responderam que o conteúdo se adequava plenamente à sua prática profissional, enquanto 16,2% responderam que não. As respostas negativas foram explicadas devido à falta de tempo entre as sessões para responder pormenorizadamente a todos os itens em questão e à necessidade de transportar sempre o computador;

- Relativamente à pertinência dos itens apresentados para a intervenção, a totalidade (100%) dos inquiridos responderam positivamente, não acrescentando nem retirando nenhum item;
- Dos inquiridos, 86,5% não consideraram nenhuma sugestão para melhoria do sistema, no entanto 13,5% responderam que “sim”. Das sugestões foram consideradas: a possibilidade de enviar planos de sessão/registo de sessão e relatórios por *email*; existir uma aplicação do sistema adaptada a *tablets*; e a possibilidade de os planos/registos serem guardados não só no sistema, mas também noutros locais (como *clouds*) e em formatos possíveis de serem transferidos;
- Dos terapeutas inquiridos, 24,3% utilizariam sempre o sistema em questão, 58,6% utilizariam o sistema frequentemente, 16,2% utilizariam em algumas situações, e apenas 2,7% referiram nunca utilizar o sistema;
- Relativamente à terminologia utilizada em cada um dos grupos de intervenção, 100% dos inquiridos respondeu positivamente para os três grupos considerados “Plano de Intervenção”, “Plano de Sessão” e “Registo de Sessão”;
- Dos grupos “Plano de Intervenção”, “Plano de Sessão” e “Registos de Sessão” apenas um inquirido (2,7%) alterava o termo “procedimentos” por “estratégias”, sendo que 97,3% não alteravam nenhum termo utilizado;
- No grupo “Plano de Intervenção”, 91,9% consideraram estar presentes os itens necessários, 8,1% consideraram que não. Neste item, acrescentariam critérios de sucesso para avaliar o sucesso de intervenção e o número de sessões previsto no tratamento. Os mesmos retirariam os “procedimentos e reforços” e a “duração do plano de intervenção”;
- No grupo “Plano de Sessão”, 94,6% consideraram estar presentes os itens necessários. Foi sugerido que fossem acrescentados itens como critérios a atingir na sessão, a duração e frequência da sessão de intervenção, a hipótese de colocar vídeos e a possibilidade de guardar os materiais efetuados. Foi, também, sugerido retirar alguns itens como as “estratégias e reforços”;
- No grupo “Registo de Sessão”, 94,6% consideraram estar presentes os itens necessários e 5,4% não. Sugeriram que fossem acrescentados itens como a duração e frequência da sessão ou a análise da eficácia da sessão. Não retirariam qualquer item apresentado no registo de sessão;
- Globalmente o sistema foi avaliado como “Excelente” por 13,5% dos terapeutas, como “Muito Bom” por 51,4% e como “Bom” por 35,1% dos terapeutas;

Capítulo 5 – Discussão dos Resultados

1. **Conceptualização do modelo de informação**

Do grupo de terapeutas inquiridos através do primeiro questionário, pode concluir-se que muitos terapeutas já realizam os seus registos em suporte digital (47,2 % dos inquiridos referiram que já registavam o plano de intervenção em formato digital), embora ainda alguns o realizem em suporte papel. Muitas vezes, porque tem a ideia de o registo digital ser mais moroso, afirmando que é mais fácil realizar em papel, como foi constatado por 8,10% dos terapeutas.

Na realização do plano de intervenção é unânime que se têm de definir as áreas fortes, as áreas fracas, os objetivos gerais e específicos assim como a definições de reforços e procedimentos a utilizar ao longo da intervenção. Para a realização dos planos de sessão o grupo afirma definir os objetivos gerais, específicos, os procedimentos, o material utilizado e os reforços para cada sessão terapêutica. Neste seguimento de ideias, foram assim definidos os itens para a intervenção na realização do plano de intervenção, assim como para o plano de sessão e registo de sessão.

Constatou-se ainda com as respostas do questionário, que no modelo projetado, é relevante existir partilha de informação entre diversos profissionais que trabalhem com a criança uma vez que é necessário trabalhar em equipa para que se consigam resultados mais eficazes no processo de intervenção. Estas afirmações são corroboradas pelo estudo realizado por Cornett (2006) referido na revisão da literatura.

Através destas conclusões foi possível projetar o modelo de informação assim como a realização do seu protótipo.

2. **Validação do modelo de informação**

A validação do protótipo apresentado permitiu verificar a sua funcionalidade no registo de dados da intervenção da linguagem em crianças. Do conjunto de questões respondidas através da exploração do protótipo pode constatar-se que a estrutura geral apresenta-se adequada, 100% dos inquiridos concordaram com a estrutura geral apresentada. Verifica-se ainda homogeneidade referente aos itens necessários para a intervenção em perturbações da linguagem, sendo que os terapeutas inquiridos não acrescentariam nem retirariam itens para esse procedimento. Relativamente à adequação dos conteúdos a maioria dos terapeutas (83,8%) consideraram que se adequava plenamente à sua prática profissional, no entanto alguns referiram que a falta de tempo entre as sessões dificultaria o preenchimento de todos

os campos, contudo este entrave pode ser colmatado se os registos de sessão forem sistematizados, uma vez que facilitaria o registo, o que atualmente ainda não existe.

Dos três grupos de intervenção considerados, a validação permitiu aferir que todos os itens são necessários, no entanto das alterações sugeridas consideram-se relevantes a inserção de critérios de sucesso no plano de intervenção, no plano de sessão e no registo de sessão, uma vez que facilitam a monitorização e evolução da criança ao longo da intervenção. No plano de sessão foi considerada a inserção de vídeos para analisar a performance das crianças nas tarefas propostas, assim como a possibilidade de anexar o material utilizado. Não se considerou que nenhum item fosse retirado, uma vez que apenas um terapeuta refere a exclusão de um parâmetro.

O grupo de inquiridos valorizou o desenvolvimento do modelo de informação uma vez que facilitaria o registo da intervenção e das sessões terapêuticas, eliminaria os papéis e as sessões estariam mais estruturadas e otimizadas. Para além disso, seria importante para sistematizar a informação do processo terapêutico, assim como para a partilha e troca de informação com outros profissionais. Estes resultados corroboram com o estudo de King, Patel, Jamoom e Furukawa (2014) acerca dos registos eletrónicos. O grupo sugeriu ainda que o sistema abrangesse todas as áreas de intervenção em terapia da fala.

Da análise e discussão dos resultados, conclui-se que para o grupo de terapeutas inquirido o modelo é funcional e uma mais-valia para o processo terapêutico.

3. Sistematização dos procedimentos de intervenção

Apesar da amostra apresentada não ser significativa, não permitindo a generalização dos resultados, podemos concluir que na intervenção não existe grande discrepância nas terminologias utilizadas, apenas um terapeuta referiu a troca da palavra “procedimento” para “estratégias” e outro referiu que os objetivos no plano de intervenção deveriam ser digitados pelo terapeuta e não serem apresentados diretamente pelo sistema. No entanto, o sistema foi projetado para facilitar o preenchimento dos itens e sempre que necessário podem acrescentar-se outros objetivos que o sistema não ofereça, no campo “Outro(s)”.

Pode então afirmar-se que o grupo não discorda quanto às classificações apresentadas, contudo as discrepâncias de nomenclatura utilizadas na área da linguagem podem dever-se à formação académica de cada terapeuta da fala, à sua experiência profissional e nível de especialização na área.

4. Limitações do estudo

O presente estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, salienta-se o número reduzido da amostra o que limita as conclusões do mesmo. Importa referir ainda, que a terminologia utilizada poderá não ter sido interpretada por todos os terapeutas da mesma forma, uma vez que não existe uma distribuição única utilizada de forma análoga por todos os terapeutas, portanto, fica evidente a necessidade de generalizar e homogeneizar a nomenclatura utilizada, de modo a haver mais objetividade e facilitar a investigação na área, bem como a troca de informações entre os diferentes profissionais.

Capítulo 6 – Conclusão

Em terapia da fala, mais especificamente na área da linguagem em crianças, não existem sistemas de informação que permitam o registo de dados do utente, pelo que se considerou pertinente e de relevante interesse iniciar a conceptualização de um modelo de informação para a intervenção, uma vez que a parte da avaliação já foi realizada anteriormente pela terapeuta da fala Teresa Figueiredo (2010).

Na sistematização dos resultados, realizada com base nas respostas do questionário, com o levantamento bibliográfico e na experiência da autora, foi possível definir-se o modelo de informação para a intervenção das perturbações de linguagem em crianças. Baseando-se nos casos detalhados em linguagem UML projetou-se um conjunto de interfaces para esse registo. Após a exploração do protótipo dos interfaces e da consequente resposta do questionário de validação constatou-se a pertinência e utilidade do modelo, uma vez que simplificaria o registo da intervenção terapêutica, as sessões estariam mais estruturadas, facilitaria a troca de informação entre os vários interlocutores da criança, sejam eles pais ou outros profissionais de saúde. Por outro lado, existiria a sistematização da informação do processo terapêutico.

Considera-se que é importante continuar a desenvolver outras investigações neste âmbito, não apenas devido às limitações deste estudo, anteriormente apontadas, mas porque se julga necessário a realização de estudos acerca do impacto da utilização do registo eletrónico na eficácia nos cuidados de saúde, assim como a expansão do modelo para as restantes fases do processo terapêutico na área da linguagem: relatórios e recomendações. Por último propõe-se a possibilidade de replicar o modelo apresentado em outras áreas de atuação do terapeuta da fala projetando o modelo de informação para todas as áreas de intervenção.

Referências Bibliográficas

- Aguado, G., & Alonso, G. A. (1999). *Trastorno específico del lenguaje: retraso de lenguaje y disfasia*. Málaga: Aljibe.
- AHIMA. (2005). Personal Health Record Work Group. "Defining the Personal Health Record." *Journal of AHIMA*. Retrieved from http://library.ahima.org/xpedio/groups/public/documents/ahima/bok1_027351.hcsp?dDocName=bok1_027351
- Ammenwerth, E., Iller, C., & Mahler, C. (2006). IT-adoption and the interaction of task, technology and individuals: a fit framework and a case study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 6, 3.
- Andrade, F. (2008). *Perturbações da linguagem na criança: análise e caracterização* (pp. 13–41). Aveiro: Universidade de Aveiro.
- ASHA. (1982). Language. doi:10.1044/policy.RP1982-00125
- ASHA. (1993). Definition of Communication Disorders and Variations. Retrieved from <http://www.asha.org/policy/RP1993-00208.htm>
- ASHA. (1997). What is Language? What is Speech? Retrieved from http://www.asha.org/public/speech/development/language_speech.htm
- ASHA. (2003). Code of ethics (revised) ASHA Supplement, (23), 13–15.
- ASHA. (2004). Preferred Practice Patterns for the Profession of Speech-Language Pathology. doi:10.1044/policy.PP2004-00191
- Baker, E., & McLeod, S. (2004). Evidence-based management of phonological impairment in children. *Child Language Teaching and Therapy*, 20(3), 261–285. doi:10.1191/0265659004ct275oa
- Bakker, A. R. (2002). Health care and ICT, partnership is a must. *International Journal of Medical Informatics*, 66(1-3), 51–7. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12453558>
- Barros, M., Pereira, A., & Goes, A. (2007). *Educar com Sucesso: manual para técnicos e pais*. Lisboa: EPIS-Empresários Pela Inclusão Social.
- Bernstein, D. K., & Tiergerman-Faber, E. (2002). *Language and Communication Disorders in Children* (Fifth Edit.). Boston: Allyn & Bacon.
- Bowen, C., & Cupples, L. (1999). Parents and children together (PACT): a collaborative approach to phonological therapy. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 35–55.

- Bowen, C., & Cupples, L. (2004). The role of families in optimising phonological therapy outcomes. *Child Language Teaching and Therapy*.
- Buckley, B. (2003). *Children's communication skills: from birth to five years*. London: Routledge.
- Campos, L. (2010). Registo de Saúde Electrónico.
- Castro, S. L., & Gomes, M. I. (2000). *Dificuldades de aprendizagem da língua materna*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Communities, C. of the E. (2007). White paper - Together for health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013. Retrieved from http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf
- Coorevits, P., Sundgren, M., Klein, G. O., Bahr, A., Claerhout, B., Daniel, C., ... Kalra, D. (2013). Electronic health records: new opportunities for clinical research. *Journal of Internal Medicine*, 274(6), 547–60. doi:10.1111/joim.12119
- Cornett, B. S. (2006). Clinical Documentation in Speech-Language-Pathology. *The ASHA Leader*. Retrieved from <http://www.asha.org/Publications/leader/2006/060905/f060905b/>
- Espanha, R. (2008). A Saúde na Sociedade de Informação.
- Figueiredo, T. M. da S. (2010). *Registo de Saúde Electrónico na Avaliação da Linguagem em Crianças*. Universidade de Aveiro.
- Fonseca, R. B., & Espanha, R. (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016 “Tecnologias de Informação e Comunicação.”
- Franco, M., Reis, M., & Gil, T. (2003). *Comunicação, Linguagem e Fala. Perturbações específicas de linguagem em contexto escolar*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Gillon, G. T. , & McNeill, B. C. . (2007). *Integrated Phonological Awareness An intervention program for preschool children with Speech-language impairment*. New Zealand: College of Education University of Canterbury.
- Groen, P., Goldstein, D., & Nasuti, J. (2007). Personal Health Record (PHR) Systems: An Evolving Challenge to EHR Systems.
- Guedes, G. (2005). *UML2 Guia de Consulta Rápida*. Novatec.
- Gunter, D., & Terry, N. P. (2005). The Emergence of National Electronic Health Record Architectures in the United States and Australia: Models, Costs, and Questions. *Journal of Medical Internet Research*.
- Hawley, G., Janamian, T., Jackson, C., & Wilkinson, S. a. (2014). In a maternity shared-care environment, what do we know about the paper hand-held and electronic health record:

- a systematic literature review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 52. doi:10.1186/1471-2393-14-52
- HIMSS. (2014). Electronic Health Records. Retrieved from <http://www.himss.org/library/ehr/?navItemNumber=13261>
- Hodson, B., & Paden, E. (1991). *Targeting intelligible speech: A phonological approach to remediation*. Austin: Pro-Ed.
- Hodson, B. W. (2006). Identifying phonological patterns and projecting remediation cycles: Expediting intelligibility gains of a 7 year old Australian child. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 8(3), 257–264. doi:10.1080/14417040600824936
- Hripcsak, G., Vawdrey, D. K., Fred, M. R., & Bostwick, S. B. (2011). Use of electronic clinical documentation: time spent and team interactions. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*, 18(2), 112–7. doi:10.1136/jamia.2010.008441
- King, J., Patel, V., Jamoom, E. W., & Furukawa, M. F. (2014). Clinical benefits of electronic health record use: national findings. *Health Services Research*, 49. doi:10.1111/1475-6773.12135
- Lousada, M. (2012). *Alterações fonológicas em crianças com perturbação de linguagem*. Universidade de Aveiro.
- Nunes, M., & O'Neill, H. (2004). *Introdução, Diagrama de Use Cases e Desenho do Sistema*. In «Fundamental de UML» (6ª ed.). Lisboa: FCA-Editora de Informática.
- Oliveira, K. T., Ribeiro, M. V., & Ciasca, S. M. (2005). Doença cerebrovascular - Aquisição de linguagem em pré-escolares, 63, 807–813.
- Pedrosa, C., & Temudo, T. (2004). Perturbações da Fala e da Linguagem. *Nascer E Crescer - Revista Do Hospital de Crianças Maria Pia*, XIII, 337–341.
- Pędziński, B., Sowa, P., Pędziński, W., Krzyżak, M., Maślach, D., & Szpak, A. (2013). Information and Communication Technologies in Primary Healthcare – Barriers and Facilitators in the Implementation Process. *Studies in Logic, Grammar and Rhetoric*, 35(1), 179–189. doi:10.2478/slgr-2013-0035
- PNS, G. T. (2011). Operacionalização do Plano Nacional de Saúde.
- Puyuelo, M., & Rondal, J. A. (2007). *Manual de Desenvolvimento e Alterações da Linguagem na Criança e no Adulto* (pp. 87–120). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Riper, C. V., & Emerick, L. (1997). *Correção da linguagem: uma introdução à patologia da fala e à audiologia*. Porto Alegre.
- RSE, G. T. (2009a). Registo de Saúde Electrónico Documento de Estado da Arte, 1–130.
- RSE, G. T. (2009b). Registo de Saúde Electrónico Orientações para Especificação Funcional e Técnica do Sistema de RSE.

- RSE, G. T. (2010). Registo de Saúde Electrónico PO : Plano de Operacionalização.
- Shipley, K. G., & McAfee, J. G. (2009). *Assessment in Speech-Language Pathology - A Resource Manual*. New York: Delmar.
- Simões, J. (2005). *Retrato Político da Saúde*. Coimbra: Edições Almedina, SA.
- Sim-Sim, I. (1998). *Desenvolvimento da Linguagem*. (U. Aberta, Ed.). Lisboa.
- Sim-Sim, I., Silva, A. C., & Nunes, C. (2008). *Linguagem e comunicação no jardim-de-infância: textos de apoio para educadores de infância*. Ministério da Educação.
- SPMS. (2013). Plataforma de Dados de Saúde. Retrieved from <http://spms.min-saude.pt/blog/2013/11/01/pds-plataforma-de-dados-da-saude/>
- Tang, P., Ash, J., Bates, D., Overhage, J., & Sands, D. (2006). Personal Health Records: Definitions, Benefits, and Strategies for Overcoming Barriers to Adoption. *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA*, 13(2), 121–127. doi:10.1197/jamia.M2025.records
- Tavares, J., Pereira, A., Gomes, A., & Monteiro, S. (2007). *Manual de Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem*. Porto: Porto Editora.
- Van Riper, C., & Emerick, L. (1984). *Speech correction: An introduction to speech pathology and audiology*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall Velleman.
- Weiner, F. (1981). Treatment of phonological disability using the method of meaningful contrast: Two case studies. *Journal of Speech and Hearing Disorders*.
- While, A., & Dewsbury, G. (2011). Nursing and information and communication technology (ICT): a discussion of trends and future directions. *International Journal of Nursing Studies*, 48(10), 1303. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.02.020
- Wiljer, D., & Urowitz, S. (2008). Patient accessible electronic health records: Exploring recommendations for successful implementation strategies. *Journal on Internet Medical Research*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2629367/?report=reader>

Anexos

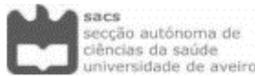
Anexo I - Etapas de aquisição e desenvolvimento da linguagem até aos 6 anos

Tabela 1 - Etapas de aquisição e desenvolvimento da linguagem até aos 6 anos. Adaptada de Buckley, 2003; Rigolet, 2006; Shipley & McAfee, 2009 e Sim-Sim, 1998.

Marcos de desenvolvimento		
Idade	Compreensão	Expressão
0 - 6 Meses	Reage ao nome.	Produz sons fisiológicos (tosse, suspiros, soluços...)
	Reconhece os familiares.	Produz sons guturais e vocálicos (palreio).
6 - 12 Meses	Reage a diferentes entoações.	Posteriormente emite sons vocálicos, em que um dos sons é mais prolongado.
	Move o olhar em direção ao som.	
1 - 2 Anos	Entende palavras familiares e ordens simples associadas aos gestos.	Imita os sons que ouve.
	Identifica imagens.	Diz as primeiras palavras (protopalavras).
2 - 3 Anos	Identifica a função de objetos usuais.	Produz 30 a 40 palavras.
	Identifica algumas partes do corpo.	Começa a combinar duas palavras.
3 - 4 Anos	Compreende perguntas simples.	Possui um vocabulário com cerca de 150/200 palavras.
		Produz frases com 3/4 palavras.
4 - 5 Anos	Compreende ordens com dois conceitos verbais.	Começa a incluir artigos (o, a, um, uma).
	Associa palavras de ações às respetivas imagens.	Nomeia e descreve objetos do quotidiano.
5 - 6 Anos	Reconhece graus de parentesco.	Começa a utilizar corretamente alguns verbos, adjetivos, determinantes, pronomes pessoais e advérbios.
	Reconhece “grande”, “pequeno” e “muito”.	Utiliza a linguagem de forma imaginativa (jogo simbólico frequente).
6 - 7 Anos	Conhece cores primárias.	Dirige a atenção para objetos, nomeando-os.
	Compreende verbos simples.	Pode realizar processos fonológicos de simplificação.
7 - 8 Anos		Possui um vocabulário com cerca de 900/1000 palavras.
	Compreende perguntas com os pronomes “onde”, “quem” e “o quê?”.	Inicia o uso de artigos, plurais e verbos auxiliares.
8 - 9 Anos	Reconhece plurais, pronomes que diferenciam os sexos e adjetivos.	Descreve alguns acontecimentos do quotidiano sem considerar a sequência em que ocorrem.
	Adquire noções relativas à posição como “à frente”, “atrás”, “dentro” e “fora”.	Sabe dizer nome, idade e mês de nascimento.
9 - 10 Anos		Utiliza frases simples com sujeito e verbo.
		Melhoria na inteligibilidade do discurso.
10 - 11 Anos		Pode apresentar dificuldades na produção de alguns fonemas.

<p>4 - 5 Anos</p>	<p>Entende "se", "porque" e "quanto". Começa a compreender conceitos abstratos. Compreende ordens complexas. Identifica sílabas de palavras dissilábicas e trissilábicas.</p>	<p>Possui um vocabulário com cerca de 1500/1600 palavras. Formula frases corretas, faz perguntas, usa a negação. Fala de acontecimentos passados e antecipa acontecimentos futuros. Mantém o tema da conversa. Nomeia cores e formas. Pergunta o significado de palavras novas. Começa a produzir frases subordinadas. Articula corretamente a maioria dos sons. Exprime-se de forma fluente. Não distorce nenhum som. Não produz qualquer processo fonológico.</p>
<p>5 - 6 Anos</p>	<p>Adquire noções temporais ("manhã", "tarde", "ontem", "amanhã", e dias da semana). Identifica letras do nome. Compreende a noção de contrário. Compreende os opostos.</p>	<p>Possui um vocabulário com cerca de 2100/2200 palavras. Utiliza formas verbais, passado e futuro simples. Nomeia pela função. Define palavras. Expressa sentimentos. Conta uma história com precisão. Adquire habilidades para ser um comunicador efetivo. Pode apresentar dificuldades específicas na articulação de grupos consonânticos. Utiliza um discurso inteligível para qualquer pessoa.</p>

Anexo II - Questionário Inicial



O questionário apresentado, em seguida é dirigido a terapeutas da fala e destina-se a uma recolha de dados no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Ciências da Fala e da Audição. O seu principal objetivo é conhecer o processo de intervenção de crianças com perturbações de linguagem em contexto clínico.

Para o efeito, solicitamos que responda a todas as questões, divididas por 5 grupos principais, seguindo as instruções:

- Assinale a opção pretendida clicando no quadrado correspondente;
- Nas situações de resposta escrita, selecione o campo de preenchimento e digite a sua resposta;
- No final do questionário há um espaço livre para observações que pretenda fazer.

Os dados recolhidos serão única e exclusivamente utilizados na presente investigação e o anonimato será garantido.

Agradeço a sua colaboração,

Diana Gomes

1. DADOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS

Local (ais) onde exerce funções: _____

Ano de formação: _____

Instituição onde se formou: _____

2. AVALIAÇÃO

2.1. Métodos de avaliação utilizados

Formal – testes aferidos para o Português Europeu

Teste	Tipo de suporte	
	Papel	Digital
TICL (Teste de Identificação de Competências Linguísticas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TALC (Teste de Avaliação da Linguagem na Criança)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TALO (Avaliação da Linguagem Oral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GOL-E (Grelha de Observação da Linguagem – Nível Escolar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TFF- ALPE (Teste Fonético - Fonológico, Avaliação de Linguagem Pré-Escolar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TL-ALPE (Teste de Linguagem, Avaliação de Linguagem Pré-Escolar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACCLE (Avaliação das Competências de Linguagem para a Leitura e Escrita)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.3. Condições da avaliação (quem assiste/participa na avaliação)

Aluno e Terapeuta da fala	<input type="checkbox"/>
Presença dos pais/familiares	<input type="checkbox"/>
Outro: _____	<input type="checkbox"/>

2.4. Avaliações anteriores

Relatório médico	<input type="checkbox"/>
Relatório do psicólogo	<input type="checkbox"/>
Relatório do professor/educador	<input type="checkbox"/>
Relatório de terapia da fala	<input type="checkbox"/>
Outro: _____	<input type="checkbox"/>

3. DIAGNÓSTICO

3.1. Diagnósticos terapêuticos

ADL (Atraso do Desenvolvimento da Linguagem)	<input type="checkbox"/>
PEDL (Perturbação Específica do Desenvolvimento da Linguagem)	<input type="checkbox"/>
Perturbação Fonológica	<input type="checkbox"/>
Perturbação da Comunicação	<input type="checkbox"/>
Outro (s): _____	<input type="checkbox"/>

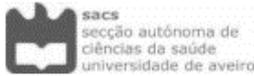
4. INTERVENÇÃO

4.1. Tipo de Intervenção

- Direta (diretamente com a criança)
- Indireta (facultando panfletos com estratégias aos pais, educadores; realizando ações de sensibilização, etc.)

4.2. Realização do plano de intervenção

	Tipo de suporte	
	Papel	Digital
Definição das Áreas fortes (Definem-se as áreas fortes como as áreas em que a criança não apresenta lacunas na avaliação formal e informal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Definição das Áreas fracas (Definem-se as áreas fracas como as áreas que a criança apresenta maiores lacunas na avaliação formal e informal. São áreas que serão alvo de intervenção)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Definição dos Objetivos gerais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Definição dos Objetivos específicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



4.2.1. Definição dos objetivos gerais e específicos

Áreas de intervenção		Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Compreensão	Semântica	<input type="checkbox"/> Melhorar a compreensão Semântica	Associação de dois itens iguais (objeto, imagem/objeto, imagem)
			Associar imagens pela função
			Identificar diferentes partes da casa
			Identificar imagens e objetos
			Identificar absurdos
			Identificar partes do corpo
			Identificar opostos
			Organizar sequências de cartões de imagens
	Outro: _____		
	Morfossintaxe	<input type="checkbox"/> Melhorar a compreensão morfossintática	Identificar enunciados orais agramaticais
			Cumprir ordens com duas palavras de conteúdo
			Cumprir ordens com três palavras de conteúdo
			Compreender frases complexas relativas
			Compreender frases complexas passivas
			Cumprir ordens complexas
	Outro: _____		
Fonologia	<input type="checkbox"/> Melhorar a compreensão fonológica	Identificar rimas	
		Identificar a sílaba inicial em palavras	
		Identificar o fonema final em palavras	
		Identificar o fonema inicial em palavras	
Outro: _____			
Pragmática	<input type="checkbox"/> Melhorar a compreensão pragmática	Prestar atenção à voz humana	
		Compreender gestos (ex.: apontar)	
		Compreender intenções comunicativas	
		Compreender pedidos indiretos	
		Compreender linguagem não literal	
		Compreender linguagem figurada	
Outro: _____			
		Outro: _____	

Expressão	Semântica	<input type="checkbox"/> Melhorar a expressão Semântica	Nomear imagens e objetos
			Nomear o intruso em imagens
			Nomear objetos pela função
			Nomear elementos em várias categorias semânticas
			Descrever imagens com ações do quotidiano
			Nomear noções temporais ("ontem", "hoje", "amanhã", "antes" e "depois")
			Nomear conceitos opostos
			Nomear partes do corpo
			Evocar elementos de várias categorias semânticas
			Definir conceitos simples, relacionados com o quotidiano
			Outro: _____

Morfossintaxe	<input type="checkbox"/>	Melhorar a expressão morfossintática	Produzir frases com a estrutura SVO	
			Produzir enunciados mais complexos, com mais palavras de função	
			Suprimir erros de concordância verbal, de género e número	
			Produzir plurais irregulares durante a nomeação de imagens	
			Flexionar verbos no presente, passado e futuro	
			Descrever sequências de imagens	
			Outro: _____	
Fonologia	<input type="checkbox"/>	Melhorar a expressão fonológica	Segmentar palavras dissilábicas, monossilábicas e polissilábicas	
			Evocar rimas	
			Suprimir a sílaba inicial em palavras	
			Suprimir a sílaba final em palavras	
			Suprimir o processo fonológico de anteriorização	
			Suprimir o processo fonológico de omissão da consoante final	
			Suprimir o processo fonológico de semi-vocalização	
Outro: _____				
Pragmática	<input type="checkbox"/>	Melhorar a pragmática	Cumprimentar	
			Pedir autorização	
			Manter a atenção por um período de tempo maior	
			Iniciar uma conversa ou diálogo	
			Manter uma conversa	
Outro: _____				
		Outro: _____		

4.3. Plano de cada sessão de intervenção:

	Tipo de suporte	
Definição dos Objetivos gerais	Papel	
	Digital	
Definição dos Objetivos específicos	Papel	
	Digital	
Definição dos Procedimentos	Papel	
	Digital	
Definição do Material utilizado	Papel	
	Digital	
Definição dos Reforços	Papel	
	Digital	

4.3.1. Procedimentos utilizados

Manter o contato ocular	
Dar pistas (cinesésicas, gestuais, semânticas, fonológicas)	
Desnível ótimo	
Espera estruturada	
Falar pausadamente	
Dar o modelo correto	
Incentivar a criança a produzir corretamente o som (treino de produção)	
Repetição	
Bombardeamento auditivo	
Reformulação	
Expansão frásica	
Reconhecer e responder às iniciativas comunicativas	
Destaque/Realce acústico	
Requerimento de nomeação	
Outro: _____	

4.3.2. Tipo de reforços utilizados

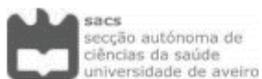
Feedback positivo	
Feedback negativo	
Reforço positivo	
Reforços primários (comida, bebida)	
Reforço social verbal e não-verbal (sorriso, dizer que sim (com a cabeça), toque, elogio verbal...)	
Feedback (informação dada ao utente sobre a sua performance)	
Reforço contínuo (Nas primeiras etapas do tratamento, todas as respostas devem ser reforçadas, quando as respostas necessitam de ocorrer com uma maior frequência)	
Outro: _____	

4.4. Registo do plano de sessão

	Tipo de suporte	
Avaliação global da sessão	Papel	
	Digital	
Definição dos Objetivos alcançados	Papel	
	Digital	
Definição dos Objetivos a alcançar na sessão seguinte	Papel	
	Digital	

4.5. Acesso ao registo das sessões de intervenção

Terapeuta da fala	
Docente	
Médico (s)	
Pais/familiares	
Outros profissionais de saúde	
Outro: _____	



4.6. Condições da intervenção (quem assiste/participa nas sessões de intervenção)

<u>Aluno e Terapeuta da fala</u>	<input type="checkbox"/>
<u>Presença dos pais/familiares</u>	<input type="checkbox"/>
<u>Outro: _____</u>	<input type="checkbox"/>

5. PARTILHA DE INFORMAÇÃO

5.1. Situações e tipo de partilha de informação

Situação de partilha	Tipo de partilha	Tipo de Suporte
Pedido por parte de outra clínica (em caso de mudança)	Mediante o pedido recebido	Papel
		Digital
	Todo o processo	Papel
		Digital
	Resumo do processo	Papel
		Digital
Relatório (s) de valência solicitada	Papel	
	Digital	
Pedido por parte dos pais/familiares	Mediante o pedido recebido	Papel
		Digital
	Todo o processo	Papel
		Digital
	Resumo do processo	Papel
		Digital
Relatório (s) de valência solicitada	Papel	
	Digital	
Pedido por parte de outros profissionais de saúde que acompanhem a criança	Mediante o pedido recebido	Papel
		Digital
	Todo o processo	Papel
		Digital
	Resumo do processo	Papel
		Digital
Relatório (s) de valência solicitada	Papel	
	Digital	
Envio no final do ano letivo para os docentes que o acompanham	Mediante o pedido recebido	Papel
		Digital
	Todo o processo	Papel
		Digital
	Resumo do processo	Papel
		Digital
Relatório (s) de valência solicitada	Papel	
	Digital	
Outro		

5.2. Observações

Anexo III - Questionário de validação do protótipo



O questionário apresentado, em seguida é dirigido a terapeutas da fala e destina-se a uma recolha de dados no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Ciências da Fala e da Audição. O seu principal objetivo é explorar um protótipo apresentado acerca do registo eletrónico de informação na intervenção de crianças com perturbações de linguagem em contexto clínico.

Para o efeito, solicitamos que responda a todas as questões, mas antes solicitava a observação da apresentação do protótipo.

Após a exploração do protótipo responda às questões, seguindo as instruções:

- Assinale a opção pretendida clicando no quadrado correspondente;
- Nas situações de resposta escrita, seleccione o campo de preenchimento e digite a sua resposta;
- No final do questionário há um espaço livre para observações que pretenda fazer.

Os dados recolhidos serão única e exclusivamente utilizados na presente investigação e o anonimato será garantido.

Agradeço a sua colaboração,
Diana Gomes

1. DADOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS

Local (ais) onde exerce funções: _____

Ano de formação: _____

Instituição onde se formou: _____

2. ESTRUTURA GERAL DO PROTÓTIPO

1. Concorda com a estrutura apresentada para o registo eletrónico da intervenção em crianças com perturbações da linguagem?

1. Sim
2. Não

(se a resposta for negativa, por favor, indique as alterações mais relevantes a efetuar)

2. O conteúdo adequa-se à sua prática profissional?

1. Sim
2. Não

(se a resposta for negativa, por favor, indique porque motivo)



3. Considera pertinentes os itens apresentados para a intervenção?
 1. Sim
 2. Não
 3. Quais os itens que acrescentaria?
 4. Quais os itens que retiraria?

4. Classifique o sistema numa escala de 1 a 5:
 1. Nunca utilizaria
 2. Raramente utilizaria
 3. Utilizaria em algumas situações
 4. Utilizaria frequentemente
 5. Utilizaria sempre

5. Existe alguma sugestão que acharia útil para melhorar o sistema em questão?
 1. Sim
 2. Não
 3. Se sim, qual? _____

6. Globalmente que avaliação faz deste sistema de informação?
 1. Mau
 2. Razoável
 3. Bom
 4. Muito Bom
 5. Excelente

3. GRUPO DE INFORMAÇÃO DA INTERVENÇÃO

1. A terminologia utilizada é a indicada?

Grupos da Intervenção	Sim	Não
Plano de Intervenção		
Plano de Sessão		
Registo de Sessão		



2. Alterava algum termo utilizado?

Grupos de Intervenção	Sim	Não	Se sim, qual?
Plano de Intervenção			
Plano de Sessão			
Registo de Sessão			

3. Considera estarem presentes os itens necessários para a intervenção em linguagem?

Grupos de Intervenção	Sim	Não	Quais os itens que acrescentaria?	Quais os itens que retiraria?
Plano de Intervenção				
Plano de Sessão				
Registo de Sessão				

1. OBSERVAÇÕES
