

Irina Alexandra do Livramento Afonso

Perceções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

Universidade Fernando Pessoa
Porto 2022

Irina Alexandra do Livramento Afonso

Perceções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

Universidade Fernando Pessoa
Porto 2022

2022

Irina Alexandra do Livramento Afonso
“TODOS OS DIREITOS RESERVADOS”

Irina Alexandra do Livramento Afonso

Perceções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

Tese apresentada à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção do grau de doutor
em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem –
Ramo de Perturbações da Linguagem, sob orientação da
Professora Doutora Fátima Maia e co-orientação da
Professora Doutora Rute F. Meneses.

Resumo

IRINA ALEXANDRA DO LIVRAMENTO AFONSO: Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

(Sob orientação da Prof. Doutora Fátima Maia e coorientação da Prof. Doutora Rute F. Meneses)

A multideficiência é uma condição que afeta várias áreas do desenvolvimento da criança/jovem, conferindo-lhe limitações que dificultam a sua participação social e qualidade de vida. A comunicação destas crianças/jovens é uma das dimensões comprometidas, sendo de cariz prioritário a intervenção neste âmbito contemplar a implementação de sistemas de comunicação aumentativa e/ou alternativa (CAA).

Desta forma, a presente investigação pretendeu identificar as percepções dos principais parceiros de comunicação de crianças/jovens com multideficiência no contexto escolar, profissionais da equipa escolar e pais/cuidadores, sobre o uso de CAA e seus correlatos sociodemográficos. Para este efeito, desenvolveu-se um estudo quantitativo, complementado por dados qualitativos, de carácter observacional, descritivo e transversal. Os dados foram recolhidos através de questionários sociodemográfico e socioprofissional e de três instrumentos, que foram traduzidos e adaptados para o Português Europeu. A recolha dos dados decorreu de junho a outubro de 2021, tendo sido salvaguardadas todas as questões éticas.

Os resultados obtidos permitiram constatar a existência de um reconhecimento por parte dos parceiros de comunicação dos principais benefícios/vantagens, constrangimentos/barreiras e estratégias facilitadoras na implementação de CAA. A comparação entre os itens dos três instrumentos aplicados a profissionais e pais/cuidadores com as variáveis consideradas para este estudo sugerem a existência de

uma relação entre aspetos como a profissão, experiência profissional, experiência na utilização de CAA e conhecimento em CAA com as perceções/attitudes dos mesmos perante crianças/jovens com multideficiência que utilizam esta ferramenta. Estas comparações, na globalidade, apontam ainda para a necessidade, na prática, do reforço de aspetos relacionados com a formação/conhecimento em CAA, trabalho em equipa, articulação entre profissionais e pais/cuidadores, treino de parceiros de comunicação e condições adequadas para apoiar o processo de implementação e acompanhamento desta ferramenta a esta população (e.g. tempo, materiais, flexibilidade para articulação com parceiros de comunicação), o que coloca desafios não só aos profissionais mas também aos serviços onde estes trabalham.

Desta forma, o presente estudo tem o intuito de contribuir para uma maior reflexão para esta temática, junto dos principais parceiros de comunicação, no sentido de aumentar a consciencialização para a importância de aspetos que poderão ser determinantes no processo de implementação de CAA nestas crianças/jovens.

Abstract

IRINA ALEXANDRA DO LIVRAMENTO AFONSO: Perceptions of communication partners on the use of augmentative and/or alternative communication in children and young people with multiple disabilities

(Under the orientation of Prof. Dr. Fátima Maia and Prof. Dr. Rute F. Meneses)

Multiple disabilities are a condition that affects several areas of the child/young person's development, giving them limitations that hinder their social participation and quality of life. The communication of these children/young people is one of the dimensions involved, and intervention in this area is a priority to contemplate the implementation of augmentative and/or alternative communication systems (AAC).

In this way, the present investigation aimed to identify the perceptions of the main communication partners of children/young people with multiple disabilities in the school context, school staff professionals and parents/caregivers, about the use of AAC and its sociodemographic correlates. For this purpose, a quantitative study was developed, complemented by qualitative data, observational, descriptive and transversal. Data were collected through sociodemographic and socioprofessional questionnaires and three instruments, which were translated and adapted to European Portuguese. Data collection took place from June to October 2021, with all ethical issues being safeguarded.

The results obtained made it possible to verify the existence of a recognition by the communication partners of the main benefits/advantages, constraints/barriers and facilitating strategies in the implementation of AAC. The comparison between the items of the three instruments applied to professionals and parents/caregivers with the variables considered for this study suggests the existence of a relationship between aspects such as profession, professional experience, experience in the use of AAC and knowledge in AAC with perceptions/attitudes towards children/young people with multiple disabilities

who use this tool. These comparisons, as a whole, also point to the need, in practice, to reinforce aspects related to training/knowledge in AAC, teamwork, articulation between professionals and parents/caregivers, training of communication partners and adequate conditions to support the process of implementing and monitoring this tool for this population (e.g. time, materials, flexibility to articulate with communication partners), which poses challenges not only to professionals but also to the services where they work.

In this way, the present study aims to contribute to a greater reflection on this theme, with the main communication partners, in order to increase awareness of the importance of aspects that may be decisive in the process of implementing AAC in these children/young people.

Résumé

IRINA ALEXANDRA DO LIVRAMENTO AFONSO: Perceptions des partenaires de communication sur l'utilisation de la communication améliorée et/ou alternative chez les enfants et les jeunes polyhandicapés

(Sous la supervision du Prof. Dr. Fátima Maia et Prof. Dr. Rute F. Meneses)

Le polyhandicap est une condition qui affecte plusieurs domaines du développement de l'enfant/jeune, lui conférant des limitations qui entravent sa participation sociale et sa qualité de vie. La communication de ces enfants/jeunes est l'une des dimensions concernées, et l'intervention dans ce domaine est une priorité pour envisager la mise en place de systèmes de communication augmentatifs et/ou alternatifs (CAA).

Ainsi, la présente enquête visait à identifier les perceptions des principaux partenaires de communication des enfants/jeunes polyhandicapés en milieu scolaire, les professionnels du personnel scolaire et les parents/tuteurs, sur l'utilisation de la CAA et ses corrélats sociodémographiques. A cet effet, une étude quantitative a été élaborée, complétée par des données qualitatives, observationnelles, descriptives et transversales. Les données ont été recueillies au moyen de questionnaires sociodémographiques et socioprofessionnels et de trois instruments, qui ont été traduits et adaptés au portugais européen. La collecte des données s'est déroulée de juin à octobre 2021, toutes les questions éthiques étant protégées.

Les résultats obtenus ont permis de vérifier l'existence d'une reconnaissance par les partenaires de communication des principaux bénéfices/avantages, contraintes/barrières et stratégies facilitantes dans la mise en œuvre du CAA. La comparaison entre les items des trois instruments appliqués aux professionnels et aux parents/tuteurs avec les variables considérées pour cette étude suggère l'existence d'une relation entre des aspects tels que la profession, l'expérience professionnelle, l'expérience dans l'utilisation de la

CAA et les connaissances en CAA avec les perceptions/leurs attitudes envers les enfants/jeunes polyhandicapés qui utilisent cet outil. Ces comparaisons, dans leur ensemble, soulignent également la nécessité, dans la pratique, de renforcer les aspects liés à la formation/connaissances en CAA, au travail d'équipe, à l'articulation entre les professionnels et les parents/tuteurs, à la formation des partenaires de communication et aux conditions adéquates pour soutenir le processus de mise en œuvre et le suivi de cet outil pour cette population (par exemple, le temps, les matériaux, la flexibilité pour s'articuler avec les partenaires de communication), ce qui pose des défis non seulement aux professionnels mais aussi aux services où ils travaillent.

De cette façon, la présente étude vise à contribuer à une réflexion plus approfondie sur ce thème, avec les principaux partenaires de communication, afin de les sensibiliser à l'importance des aspects qui peuvent être décisifs dans le processus de mise en œuvre de la CAA chez ces enfants/jeunes.

Dedicatória

Aos meus pais, Gervásio Afonso e Maria do Carmo Afonso, por estarem sempre ao meu lado neste longo e árduo percurso, que me incentivaram, ampararam e que nunca me deixaram desistir deste que era um grande objetivo pessoal e profissional.

À minha estrela, Teresa Condeça, pela amizade, dedicação e companheirismo que nos uniu, pela presença constante e diária, e pela força que me transmite de onde quer que esteja. Um dia, voltarei a abraçar-te.

Agradecimentos

A concretização deste trabalho não seria possível sem a colaboração e sem o apoio de todos que, de alguma forma, contribuíram para o que mesmo passasse de uma expectativa para uma realidade.

Agradeço a toda a comunidade da Universidade Fernando Pessoa pela disponibilidade, amabilidade e compreensão que sempre foram tidas para com a minha situação.

Às minhas queridas orientadoras, Professora Doutora Fátima Maia e Professora Doutora Rute Meneses, pelo esforço, dedicação e motivação constantes que me deram ao longo deste percurso.

Aos docentes da Universidade Fernando Pessoa que se constituíram como peritos na análise dos instrumentos, agradeço a prontidão, rapidez na revisão e comentários imprescindíveis à melhoria dos mesmos.

Aos colegas de trabalho e pais das crianças/jovens que acompanhei e, muito gentilmente, acederam ao meu pedido e participaram de forma exemplar no pré-teste dos instrumentos utilizados.

Ao meu amigo Paulo Rodrigues, pela sua disponibilidade, amizade e profissionalismo exemplar nas traduções dos instrumentos.

Aos meus colegas de doutoramento, Pedro Pestana, Liliane Razador, Ricardo Cardoso, Stefanie Tomás e Rita Alegria pelo espírito de partilha, entreatajuda e amizade que construímos ao longo dos anos e que levarei comigo daqui a diante.

Aos meus colegas Helena Mendes e Eduardo Jacinto por, sem se darem conta, me terem transmitido as palavras mais motivadoras e gentis que ouvi durante todo este processo e que, sem dúvida, foram um motor de ignição para a conclusão deste trabalho.

Às minhas colegas e amigas Bruna Santos, Patrícia Correia e Luísa Rodrigues, pelo companheirismo, apoio e partilha tanto a nível profissional como pessoal.

À minha grande amiga Joana Brito pelos longos anos de amizade, apoio, incentivo e imensas horas de reflexão produtiva e construtiva que me levaram a bom porto. Sou grata por toda a tua generosidade e irmandade incondicionais.

À minha amiga Ana Simões pelo seu enorme coração, gentileza, carinho e apoio que foram essenciais neste percurso. Sou grata por te ter na minha vida.

À minha herança, Lina Condeça, por estar presente, mesmo longe, com as palavras mais reconfortantes e por ser o meu maior modelo e exemplo de força em todas as circunstâncias.

Aos amigos de todas as horas, Rute Silva, Helena Santos, Ana Dias, Rita Cândido, Marco Henriques, Filomena Freire, Célia Martins, Ana Borges e Fábio Costa, pela paciência nas horas de desespero, pela determinação que sempre me transmitiram e pelo balanço saudável entre o trabalho e o lazer.

À minha irmã Sandra Arsénio e aos meus sobrinhos Eliana e João Eugénio pelo carinho, risadas e momentos de leveza que temos sempre que estamos juntos.

Ao Carlos Rangel, pelo incentivo constante, conforto, força e, acima de tudo, por acreditar em mim quando eu própria duvidei.

E, ao Pedro, ao Miguel e à Leonor Duarte por terem feito toda a diferença.

Índice

Introdução.....	1
Capítulo I - Enquadramento teórico.....	5
1.1. Multideficiência	5
1.1.1. Participação e qualidade de vida da criança/jovem com MD	7
1.1.2. Inclusão da criança/jovem com MD no contexto escolar	13
1.1.3. Importância das tecnologias de apoio para a criança/jovem com MD	19
1.2. Comunicação aumentativa/alternativa.....	21
1.2.1. Tipologia de SAAC	23
1.2.2. Características do utilizador de CAA	25
1.2.3. Importância dos parceiros de comunicação	28
1.2.4. Importância do trabalho em equipa	30
1.2.5. Avaliação e intervenção em CAA: Modelo de Participação.....	35
1.3. Perceções de profissionais e pais/cuidadores de crianças/jovens com MD.....	37
1.3.1. Benefícios/vantagens no processo de implementação de CAA	38
1.3.2. Constrangimentos/barreiras na implementação de CAA.....	41
1.3.3. Estratégias facilitadoras na implementação de CAA	45
Capítulo II – Método.....	48
2.1. Tipo de estudo.....	48
2.2. Questões e objetivos de investigação	48
2.3. Participantes.....	51
2.3.1. Critérios de seleção.....	51
2.3.2. Definição da amostra	52

2.4. Material.....	52
2.4.1. Questionários socioprofissional e sociodemográfico	53
2.4.2. Instrumentos de recolha de dados para profissionais e pais / cuidadores.....	54
2.5. Procedimentos.....	56
2.5.1. Seleção de instrumentos de recolha de dados	57
2.5.2. Processo de tradução dos instrumentos de recolha de dados	57
2.5.3. Análise de peritos	59
2.5.4. Pré-teste dos instrumentos traduzidos	60
2.5.5. Recolha de dados.....	63
2.5.6. Tratamento de dados quantitativos.....	64
2.5.7. Tratamento de dados qualitativos.....	66
Capítulo III – Resultados	68
3.1. Caracterização da amostra do estudo	68
3.1.1. Profissionais.....	68
3.1.2. Pais/cuidadores.....	72
3.2. Apresentação de resultados por objetivos de investigação.....	78
Capítulo IV – Discussão de resultados	136
Conclusão	183
Referências bibliográficas.....	191
Anexo I – Parecer da Comissão de Ética da UFP.....	208
Anexo II – Pedidos de autorização aos autores dos instrumentos seleccionados	209
Anexo III – Autorização dos autores para o uso dos instrumentos	212
Anexo IV – Copyright License da escala FIATS-AAC38.....	215
Anexo V – KIT Pais/cuidadores.....	220
Anexo VI – KIT Profissionais.....	234

Anexo VII – Análise de conteúdo de questões de resposta aberta respondidas por profissionais..... 252

Anexo VIII – Análise de conteúdo de questões de resposta aberta respondidas por pais/cuidadores 255

Índice de figuras

Figura 1. Interações entre os componentes da CIF.....	8
Figura 2. Abordagem multinível: medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão	17
Figura 3. Modelo de Participação.....	36

Índice de gráficos

Gráfico 1. Benefícios/vantagens do uso de CAA na perspetiva de profissionais.....	78
Gráfico 2. Constrangimentos/barreiras do uso de CAA na perspetiva de profissionais.	80
Gráfico 3. Estratégias facilitadoras do uso de CAA na perspetiva dos profissionais.....	84
Gráfico 4. Benefícios/vantagens do uso de CAA na perspetiva dos pais/cuidadores...	119
Gráfico 5. Constrangimentos/barreiras do uso de CAA na perspetiva dos pais/cuidadores.	120
Gráfico 6. Estratégias facilitadoras do uso de CAA na perspetiva dos pais/cuidadores.	123

Índice de quadros

Quadro 1. Instrumentos de recolha de dados.	53
Quadro 2. Consistência interna dos instrumentos traduzidos.....	65
Quadro 3. Distribuição de profissionais quanto ao grau de escolaridade.	68
Quadro 4. Distribuição de profissionais por categoria profissional.	69
Quadro 5. Distribuição de profissionais por área geográfica.	69
Quadro 6. Número de anos de experiência profissional dos profissionais.	70
Quadro 7. Distribuição de participantes por níveis de ensino quanto ao acompanhamento de crianças/jovens com MD.	70
Quadro 8. Outro tipo de contextos de formação identificados pelos profissionais.	71
Quadro 9. Frequência de utilização de CAA na experiência profissional.	72
Quadro 10. Distribuição de pais/cuidadores por estado civil.....	72
Quadro 11. Distribuição de pais/cuidadores por grau de escolaridade.....	73
Quadro 12. Profissões exercidas pelos participantes pais/cuidadores.	74
Quadro 13. Graus de parentesco de pais/cuidadores com a criança/jovem com MD.....	74
Quadro 14. Distribuição das crianças/jovens por ano de escolaridade.....	74
Quadro 15. Patologias/diagnósticos clínicos das crianças/jovens indicados por pais/cuidadores.	75
Quadro 16. Distribuição do grau de afetação nas diferentes áreas do desenvolvimento por pais/cuidadores.	76
Quadro 17. Áreas de intervenção prioritárias para crianças/jovens com MD na perspetiva de pais/cuidadores.	77
Quadro 18. Tipologias de SAAC utilizadas pelas crianças/jovens com MD referidas por pais/cuidadores.	77
Quadro 19. Frequência do uso de CAA pela criança/jovem com MD.	77
Quadro 20. Categorias e subcategorias dos aspetos referidos por profissionais como constrangimentos/barreiras ao uso de CAA.	82
Quadro 21. Estatística descritiva dos itens da escala APRCCA.	87

Quadro 22. Estatística descritiva relacionada com os itens de sucesso de CAA no Questionário CAA: sucesso vs abandono, ao grupo de participantes terapeutas da fala.	89
Quadro 23. Estatística descritiva relacionada com os itens de abandono de CAA no Questionário CAA: sucesso vs abandono, ao grupo de participantes terapeutas da fala.	91
Quadro 24. Resultados do teste t de Student de comparação de médias entre os grupos PND e PD (itens APRCCA com diferenças estatisticamente significativas).....	93
Quadro 25. Estatística descritiva dos grupos PD e PND para os itens APRCCA com diferenças estatisticamente significativas (teste t de Student).....	94
Quadro 26. Resultados do teste t de Student de comparação de médias entre os grupos +20 anos e -20 anos (itens APRCCA com diferenças estatisticamente significativas). .	97
Quadro 27. Estatística descritiva dos grupos -20 anos e +20 anos para os itens APRCCA com diferenças estatisticamente significativas (teste t de Student).....	98
Quadro 28. Resultados do teste t de Student de comparação de médias entre os grupos +9 anos e -9 anos (itens APRCCA com diferenças estatisticamente significativas). ...	101
Quadro 29. Estatística descritiva dos grupos -9 anos e +9 anos para os itens APRCCA com diferenças estatisticamente significativas (teste t de Student).....	102
Quadro 30. Resultados do teste t de Student de comparação de médias entre os grupos +4 anos e -4 anos (itens APRCCA com diferenças estatisticamente significativas). ...	104
Quadro 31. Estatística descritiva dos grupos -4 anos e +4 anos para os itens APRCCA com diferenças estatisticamente significativas (teste t de Student).....	105
Quadro 32. Itens APRCCA com r de Pearson estatisticamente significativo para a variável relativa aos anos de experiência na utilização de CAA.....	106
Quadro 33. Resultados do teste t de Student de comparação de médias entre os grupos “nunca/raramente” e “frequentemente/sempre” (itens APRCCA com diferenças estatisticamente significativas).	108
Quadro 34. Estatística descritiva dos grupos “nunca/raramente” e “frequentemente/sempre” para os itens APRCCA com diferenças estatisticamente significativas (teste t de Student).....	109
Quadro 35. Itens APRCCA com r de Pearson estatisticamente significativo para a variável relativa à frequência na utilização de CAA.	112

Quadro 36. Resultados do teste t de Student de comparação de médias entre os grupos “sim” e “não” relativamente ao conhecimento em CAA (itens APRCCA com diferenças estatisticamente significativas).....	115
Quadro 37. Estatística descritiva dos grupos “sim” e “não” relativamente à existência de conhecimento em CAA para os itens APRCCA com diferenças estatisticamente significativas (teste t de Student).....	117
Quadro 38. Categorias e subcategorias dos aspetos referidos por pais/cuidadores como constrangimentos/barreiras ao uso de CAA.	122
Quadro 39. Estatística descritiva relativa aos itens da EIFTA-CAA38 para pais/cuidadores.	126
Quadro 40. Resultados do teste U de Mann-Whitney (itens EIFTA-CAA38 com diferenças estatisticamente significativas relativamente à utilização de CAA).....	128
Quadro 41. Valores de mediana dos itens estatisticamente significativos da escala EIFTA-CAA38 relativamente à utilização de CAA.....	128
Quadro 42. Resultados do teste U de Mann-Whitney (itens EIFTA-CAA38 com diferenças estatisticamente significativas relativamente à frequência de utilização de CAA).....	129
Quadro 43. Valores de mediana dos itens estatisticamente significativos da escala EIFTA-CAA38 relativamente à frequência de utilização de CAA.	130

Lista de abreviaturas

- AAC Survey** – Augmentative and Alternative Communication Survey;
- APFISIO** – Associação Portuguesa de Fisioterapeutas;
- APRCCA** – Atitudes dos Profissionais em Relação a Crianças que utilizam Comunicação Aumentativa;
- APTF** – Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala;
- APTO** – Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais;
- CAA** – Comunicação Aumentativa e/ou Alternativa;
- CIF-CJ** – Classificação Internacional de Funcionalidade – versão para Crianças e Jovens;
- DP** – Desvio Padrão;
- DUA** – Desenho Universal para a Aprendizagem;
- EIFTA-CAA38** – Versão reduzida da Escala de Impacto Familiar de Tecnologias de Apoio para a Comunicação Aumentativa e/ou Alternativa;
- EMAEI** – Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva;
- FIATS-AAC38** – Family Impact of Assistive Technology Scale for Augmentative and Alternative Communication: Short-form version;
- MD** – Multideficiência;
- NCC** – Necessidades Complexas de Comunicação;
- OPP** – Ordem dos Psicólogos Portugueses;
- PARCCA** – The Professionals’ Attitudes Regarding Children Who Communicate Augmentatively;
- PIN-ANDEE** – Pró-Inclusão – Associação Nacional de Docentes de Educação Especial;
- SAAC** – Sistema Aumentativo e/ou Alternativo de Comunicação;
- SPSS** – Statistical Package for Social Sciences;
- SPTF** – Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala;
- TA** – Tecnologias de Apoio;
- UAEEAMSC** – Unidade de Apoio Especializado para a Educação de Alunos com Multideficiência e Surdocegueira Congénita;
- UFP** – Universidade Fernando Pessoa.

Introdução

A temática da comunicação aumentativa e/ou alternativa (CAA) tem vindo a ser fortemente debatida e investigada nos últimos anos devido à sua importância na vida de quem dela depende. Comunicar é um processo inerente a todo o ser humano, constituindo-se como um direito das crianças e jovens. É a partir desta capacidade que é permitida uma abertura ao mundo, aos contactos, às interações e às aprendizagens que farão da criança/jovem um ser ativo no seu dia-a-dia (Beukelman & Mirenda, 2010; Nunes, 2009).

Os estudos realizados no âmbito da CAA demonstram claramente a sua eficácia na melhoria das competências comunicativas dos seus utilizadores, tendo os mesmos contribuído para a melhoria das práticas de terapeutas e outros profissionais que com elas intervêm (Afonso, Maia, & Meneses, 2019; De Bortoli, Arthur-Kelly, Mathisen, & Balandin, 2014).

Devido ao percurso profissional da investigadora, que se encontra ligado à experiência em intervir diretamente junto de crianças e jovens com multideficiência (MD) em contexto escolar desde o ano de 2008 até ao ano de 2021, este estudo é motivado por um grande interesse pela prática clínica/educacional com esta problemática e pela vontade e necessidade de a aprofundar e compreender no seu todo. Crianças e jovens com MD representam uma grande parte da população que carece de uma atenção individualizada no que se refere à complexidade do seu perfil comunicativo, pelo que o uso de CAA com e pelos mesmos irá contribuir significativamente para a melhoria da sua qualidade de vida, para a ocorrência de mais oportunidades de aprendizagem e para o aumento da qualidade das interações humanas.

Para que a intervenção em CAA seja bem sucedida é essencial que exista um trabalho que mova e integre os diferentes profissionais que trabalham com a criança/jovem com MD bem como os seus pais/cuidadores visto o uso de CAA ser fundamental em todos os seus contextos de vida. Contudo, a experiência profissional da investigadora permitiu constatar que nem sempre o uso de CAA em crianças/jovens com MD é um processo pacífico e livre de barreiras. Pelo contrário, é um processo que chega a ser controverso em contexto

escolar, alvo de muitas dúvidas e crenças, não sendo muitas vezes devidamente valorizado por esta comunidade.

Assim, esta constatação verificada através da prática da investigadora em contexto escolar constituiu-se como a base motivacional para a realização do presente estudo, tendo como intuito entender quais as percepções sobre o uso de CAA em crianças/jovens com MD na ótica daqueles cuja atitude e participação mais favorece o seu sucesso: os parceiros de comunicação.

Em Portugal, existem alguns estudos com investigação sobre a temática da CAA com crianças/jovens com MD, cujos resultados revelam a pertinência da investigação nesta área (e.g. Almeida (2015), Follin-Arbelet (2017), Moreira (2017) e Neto (2018)). A nível internacional, existem vários estudos dentro da temática da CAA, cujos constructos também revelam a importância da sua implementação (e.g. De Bortoli et al. (2014), Binger et al. (2012), Simion (2014) e Clarke, Price, & Griffiths (2016)).

O presente estudo encontra-se dividido em quatro capítulos. O primeiro capítulo diz respeito ao enquadramento teórico onde consta, num primeiro ponto, uma revisão de literatura que engloba a caracterização da problemática da MD, da sua participação e qualidade de vida, da sua inclusão no contexto escolar e sobre a importância que as tecnologias de apoio detêm nesta população. Num segundo ponto, é elaborada uma revisão teórica sobre a CAA, na qual se abrange a sua definição, tipologia, características dos utilizadores, importância dos parceiros de comunicação e do trabalho em equipa e do seu processo de avaliação com apresentação do Modelo de Participação, enquanto referência orientadora dos processos de avaliação e intervenção, visando a máxima participação e funcionalidade dos indivíduos. Num terceiro ponto, são explorados os principais benefícios/vantagens, constrangimentos/barreiras e estratégias facilitadoras mais evidenciadas pela literatura. É de referir que, deste capítulo resultou um artigo de revisão sistemática da literatura, elaborado pela investigadora em conjunto com as orientadoras, intitulado “Intervenção com comunicação aumentativa e alternativa na multideficiência e surdocegueira: revisão sistemática”. Este artigo foi publicado em setembro de 2019 na revista “Distúrbios de Comunicação” da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). No segundo capítulo encontra-se descrito o método usado neste estudo, onde se especifica o tipo de estudo, as questões e objetivos desta

investigação, os critérios de seleção de participantes e uma breve definição da amostra, os materiais usados (questionários socioprofissional e sociodemográfico e os instrumentos de recolha de dados) e os procedimentos adotados ao longo desta investigação no que respeita à seleção de instrumentos, processo de tradução e adaptação dos instrumentos, análise de peritos, pré-teste, recolha de dados e tratamento de dados quantitativos e qualitativos. Ressalta-se o contributo deste trabalho para a validação dos três instrumentos traduzidos, adaptados para a língua portuguesa e utilizados no mesmo como um dos seus principais pontos fortes. O terceiro capítulo, relativo à apresentação de resultados, é constituído pela caracterização da amostra deste estudo e da apresentação dos resultados obtidos, organizada por objetivos de investigação. No quarto capítulo apresenta-se a discussão dos dados analisados no capítulo anterior, onde serão confrontados com a literatura de referência nesta área. Por fim, é elaborada uma conclusão deste trabalho, onde consta um resumo dos principais resultados obtidos, bem como a referência a alguns constrangimentos encontrados, limitações do estudo e considerações futuras para novas investigações.

Para finalizar, é de referir que algumas partes deste estudo foram apresentadas em congressos nacionais e internacionais. Na iniciativa “Dias da Investigação” da Universidade Fernando Pessoa em 2016 foi apresentado o póster com apresentação em vídeo “Percepções de profissionais e famílias sobre o uso e implementação de comunicação aumentativa/alternativa em crianças/jovens com necessidades complexas de comunicação, em contexto de unidades de apoio especializado para a educação de alunos com multideficiência”. Novamente nos “Dias da Investigação” da Universidade Fernando Pessoa em 2017, foi apresentado o póster com apresentação “Comunicação aumentativa e/ou alternativa na multideficiência e surdocegueira: revisão sistemática da literatura”. Ainda dentro deste evento, foi escrito um artigo para as suas atas com o mesmo título do póster. Em 2018, participou-se no “10th European Congress of Speech and Language Therapy” promovido pelo CPLOL, com o póster com apresentação intitulado “Augmentative and alternative communication intervention in children and youth with multiple disabilities and deafblindness”. No ano de 2021, foi apresentado presencialmente o póster intitulado “Percepção de profissionais acerca do uso de comunicação aumentativa e alternativa no contexto escolar” no “Congresso Nacional de Pediatria” promovido pela Sociedade Portuguesa de Pediatria. Recentemente, foi aceite como comunicação oral o trabalho intitulado “A perspetiva de pais/cuidadores quanto ao uso de comunicação

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

aumentativa/alternativa em crianças/jovens com multideficiência”, que será apresentado no “Congresso Luso-Brasileiro de Educação Inclusiva” em julho de 2022.

As apresentações realizadas e referidas no parágrafo anterior permitiram dar a conhecer o presente estudo ao longo do seu desenvolvimento, tendo o mesmo tido feedback muito positivo pelos participantes e moderadores dos eventos, onde se destacou a escassez de informação sobre esta temática e a sua pertinência para a intervenção com a população abrangida.

Capítulo I - Enquadramento teórico

1.1. Multideficiência

O conceito de multideficiência (MD) apresenta diferentes definições na literatura, nem sempre consensuais. Para este trabalho irá considerar-se a definição de Orelove, Sobsey e Silbberman (2004) onde esta problemática é caracterizada pela existência de acentuadas limitações no domínio cognitivo, associadas a problemáticas no domínio motor e/ou sensorial (visão e audição), podendo ainda necessitar de cuidados de saúde especiais (De Bortoli et al., 2014; Folch-Mas, Cortés-Ruiz, Calderón, & Martínez-Leal, 2017; IASSIDD, 2022; Nieuwenhuijse, Willems, van Goudoever, Echteld, & Olsman, 2019; Pereira, 2008a; Rosenberg, Westling, & McLeskey, 2011).

Correia (2017) estima que, dentro das necessidades educativas especiais, 5% dos alunos tenham MD, deficiência auditiva, deficiência motora, deficiência visual, traumatismos cranianos e surdocegueira.

A etiologia da MD pode ser congénita ou adquirida (Saramago, Gonçalves, Nunes, Duarte, & Amaral, 2004) e, independentemente da mesma, a criança/jovem com MD necessita de um acompanhamento especializado permanente no ponto de vista educativo, de saúde, de comunicação e de socialização (Villemeur, Mathieu, Tallot, Grimont, & Brisse, 2012). Em alguns casos, as causas da MD não são possíveis de determinar, no entanto, muitas vezes, podem dever-se a hipoxia neonatal, anomalias cromossómicas, prematuridade, alterações no desenvolvimento cerebral ou da medula espinhal, infeções, alterações genéticas ou traumatismos (Center for Parent Information & Resources, 2022; Rosenberg et al., 2011).

Os défices existentes nas áreas anteriormente mencionadas fazem com que estas crianças/jovens apresentem uma variabilidade extensa de padrões de funcionalidade (Project IDEAL, 2022). Assim, crianças/jovens com MD constituem um grupo heterogéneo, no sentido em que as suas características tendem a diferir atendendo à severidade e combinação das limitações que apresentam, pela idade em que surgem e pelas experiências que vivenciam (Pereira, 2008a), bem como pela etiologia e

diagnósticos que englobam (Flink, Johnels, Broberg, & Thunberg, 2020). Contudo, apesar destas diferenças, crianças/jovens com MD apresentam na sua generalidade, dificuldades no domínio intelectual, comportamento adaptativo, domínio motor, domínio sensorial e competências comunicativas, que lhes conferem barreiras graves às suas aprendizagens (Project IDEAL, 2022). São crianças/jovens que detêm dificuldades acentuadas a nível intelectual, em algumas funções mentais como a linguagem, o que lhes confere uma diminuição de capacidades de compreensão, de interação, de conversação e de acesso à informação (Pereira, 2008a), apresentando dificuldades na aprendizagem, na generalização de competências e na transferência de informação para outras situações/contextos e podendo apresentar comportamentos de autoestimulação ou autoagressão (Amaral & Celizic, 2015).

As limitações motoras apresentadas por estas crianças e jovens refletem-se na mobilidade, mais propriamente em funções como o andar/deslocação, nas mudanças de posição do corpo, nas movimentações de objetos e na motricidade fina (Pereira, 2008a). Van der Putten, Bossink, Frans, Houwen e Vlaskamp (2017) indicam que o nível de atividade física na MD varia de acordo com o impacto cognitivo, isto é, quanto maior a severidade nas competências intelectuais, maior será o aumento de inatividade motora.

A nível sensorial, pode existir comprometimento das funções visuais e/ou auditivas (Pereira, 2008a), como a baixa visão ou deficiência auditiva.

No ponto de vista da saúde, na MD poderão existir distúrbios nutricionais, de mastigação, de deglutição, respiratórios, do sono e ainda deformações ortopédicas, epilepsia e dor (Shin, Byeon, & Kim, 2015; Villemeur et al., 2012).

A expressão comunicativa encontra-se afetada severamente (De Bortoli et al., 2014; Folch-Mas et al., 2017; Nakken & Vlaskamp, 2007), pelo que a utilização de fala como meio para comunicar é pouco possibilitada dado que existem carências no desenvolvimento de uma comunicação funcional. Um estudo refere que a comunicação de crianças com MD é maioritariamente não-verbal: 76% dos comportamentos comunicativos demonstrados para efetuar pedidos baseiam-se em movimentos corporais (cabeça, tronco, membros, expressões faciais e olhos), enquanto que apenas 18% dos comportamentos comunicativos identificados relacionam-se com a produção de sons

vocais (risos, choro, suspiros e vocalizações com emissões consonânticas e de vogais) (Nunes, 2009). Estas vocalizações, quando reconhecidas e intervencionadas, podem desbloquear a comunicação verbal em vários casos de crianças/jovens com deficiência (Bordenave & McCune, 2021). Os estudos de Gomes, Silva, Amaral, Monteiro, Gomes e Truta (2016) e de Santos e Silveira-Maia (2016) também evidenciam a componente comunicativa não-verbal e verbal destas crianças, reforçando este tipo de comportamentos como transmissores de informação. Nas interações entre crianças com MD e seus familiares próximos (pais e irmãos), comportamentos como movimentos corporais/gestos naturais, vocalizações e expressões faciais são entendidos pelos mesmos como expressões de sentimentos, para satisfação de necessidades e para atingir objetivos (Santos & Silveira-Maia, 2016), podendo estes comportamentos serem potenciados através de uma intervenção com atividades estruturadas (por exemplo, o “brincar”) (Gomes et al., 2016).

Assim, é possível depreender que crianças e jovens com MD possuem uma redução extrema da sua autonomia, necessitando de assistência contínua para as atividades quotidianas (alimentação, higiene, vestir, entre outras) (Amaral & Celizic, 2015; Flink et al., 2020; Villemeur et al., 2012). O facto de apresentarem limitações acentuadas em diferentes domínios, independentemente da variabilidade das mesmas, leva à existência de lacunas extremas nos seus perfis de funcionalidade, pelo que se torna expectável que crianças e jovens com MD detenham dificuldades em aceder à informação e em participar de forma plena nas atividades do quotidiano nos seus principais contextos de vida (educativo, familiar e comunitário) (Pereira, 2008a; Westling, Fox, & Carter, 2015).

1.1.1. Participação e qualidade de vida da criança/jovem com MD

A definição de participação apresenta variações consoante o seu objetivo de estudo. Para Granlund (2013), o facto de existirem diversas definições de participação é um indicador que este conceito é um constructo multidimensional. Contudo, o autor indica que, comum a todas as definições que se centram no indivíduo, existe uma ênfase no desenvolvimento de atividades do quotidiano. Esta premissa vai ao encontro do designado pela Classificação Internacional de Funcionalidade para Crianças e Jovens (CIF-CJ) (Organização Mundial da Saúde, 2007), onde participação é definida como “o *envolvimento de um indivíduo numa situação de vida real*” (pg. 9). Atendendo a esta

definição, verifica-se que existe uma ligação entre a participação e a atividade, pois é na execução de uma tarefa/ação que é possível constatar/avaliar a participação de um indivíduo (Organização Mundial da Saúde, 2007). Estes conceitos são importantes quando falamos crianças/jovens com MD e, de acordo com a CIF-CJ, englobam desde as aprendizagens básicas até aprendizagens mais complexas onde se incluem as interações interpessoais (Organização Mundial da Saúde, 2007). Assim, estas crianças/jovens podem experienciar limitações na execução de atividades ou restrições na participação, no que respeita ao seu envolvimento em situações do seu quotidiano (Organização Mundial da Saúde, 2007).

A CIF é um processo interativo e evolutivo cujo intuito é realizar uma abordagem multidimensional para classificar a funcionalidade e a incapacidade, tal como demonstra a Figura 1.

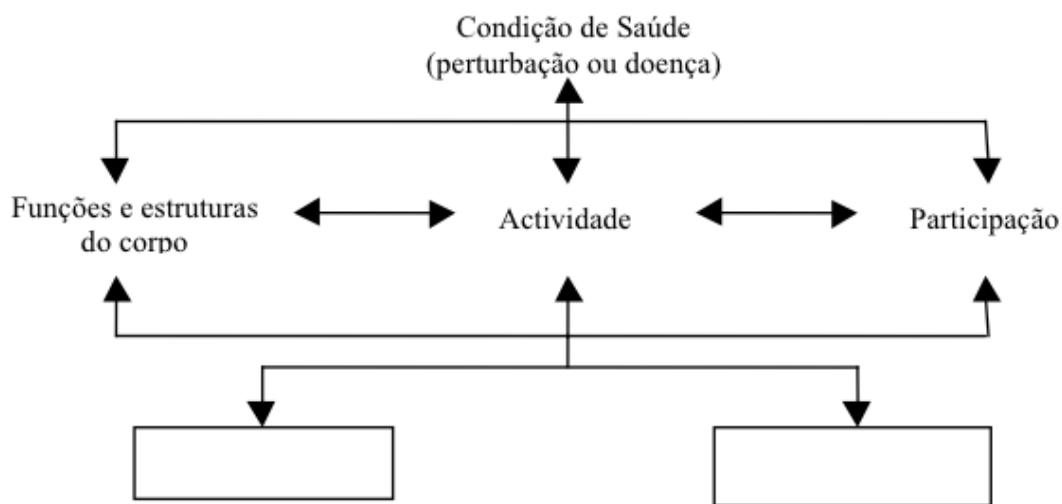


Figura 1. Interações entre os componentes da CIF (Organização Mundial da Saúde, 2004).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2004), a Figura 1 demonstra as relações que existem entre várias componentes (funções e estruturas do corpo; condição de saúde; atividade; participação). Estas relações são dinâmicas, o que explica que a funcionalidade de um indivíduo é uma interação complexa entre a sua condição de saúde e os fatores contextuais, significando que uma intervenção numa dessas componentes poderá vir a modificar outras componentes.

Partindo deste modelo, a sua utilização em crianças/jovens com MD permite efetuar uma avaliação, considerando os seus défices funcionais e estruturais, dificuldades e barreiras de aprendizagem, o seu potencial de desenvolvimento e as mudanças no seu ambiente a nível físico, social e atitudinal para que se possa afirmar esse mesmo potencial (Correia, Sousa, & Pérez, 2017). Esta visão abrangente dos diferentes aspetos do funcionamento da criança/jovem recorre ao foco no modelo biopsicossocial, proporcionando uma visão dos seus aspetos biológicos, psicológicos e sociais que favorece a compreensão do seu funcionamento de forma sistémica, rigorosa, metódica, ecológica e interdisciplinar e também a adoção de práticas colaborativas dos participantes envolvidos no processo de avaliação e intervenção (Correia et al., 2017; Taukeni, 2020; Wade & Halligan, 2017). Este representa a forma mais completa de avaliar e intervir com a criança/jovem com MD, uma vez que foca as várias componentes que a envolvem e atende a todas as possíveis mudanças a serem feitas para que a mesma possa atingir todo o seu potencial. A intervenção por este modelo favorece que a criança/jovem com MD alcance progressivamente uma maior qualidade de vida.

Qualidade de vida é tido como um conceito subjetivo, uma vez que depende do grau de satisfação dos indivíduos em vários domínios onde se incluem saúde, situação de trabalho, autorrealização, situação económica, vida familiar e social, habitação, entre outros (Santos & Carona, 2009). É também, muitas vezes, um fator crucial no processo de tomada de decisão para cuidadores de crianças/jovens com necessidades complexas de cuidados, como é o caso de crianças/jovens com MD (Zaal-Schuller, Vos, Ewals, van Goudoever, & Willems, 2016).

Embora, ao encontro da primeira definição, a qualidade de vida seja um conceito dependente da introspeção e manifestação própria do indivíduo, no caso destas crianças/jovens, devido às suas características, não conseguem expressar verbalmente a forma como experienciam a sua qualidade de vida (Nieuwenhuijse et al., 2019).

Vários estudos têm vindo a ser realizados sobre a qualidade de vida em indivíduos com deficiência intelectual, afirmando que a mesma pode ser medida através da valorização que o próprio dá às suas experiências de vida significativas; que essa medição permite que as pessoas se movam em direção a uma vida que valorizam e apreciam; permite verificar qual o grau em que cada domínio de vida contribui para a sua qualidade; deve

ser medida em todos os contextos relevantes para essa pessoa; e deve basear-se tanto em experiências de vida comuns como em únicas e individuais (Cummins, 2005; Schalock, 2004; Schalock, Bonham, & Verdugo, 2008; Schalock et al., 2002). No âmbito da MD, e como já referido anteriormente, uma vez que estas crianças/jovens não têm como se expressar verbalmente ou expressam-se de forma pouco inteligível, poderá assumir-se a medição da sua qualidade de vida através destas premissas: a qualidade de vida de pessoas com MD aumenta quando passam mais tempo a realizar atividades da sua preferência; expressão do seu estado emocional mediante comportamentos consistentes; estes comportamentos consistentes podem ser validados pelos familiares ou outras pessoas que as rodeiam; e as preferências por atividades diárias e rotinas podem ser determinadas através da manifestação de comportamentos de cariz afetivo (Lyons, 2005).

Em crianças/jovens com deficiência, o principal indicador da sua qualidade de vida são as relações interpessoais (Hostyn & Maes, 2009). No caso de crianças/jovens com MD, a sua dependência de terceiros é uma das principais razões para que os relacionamentos com quem os rodeia assumam uma importância crucial para uma boa qualidade de vida (Hostyn & Maes, 2009). Assim, deverá assumir-se a importância da interpretação para verificar e aumentar a sua qualidade de vida (Nieuwenhuijse et al., 2019).

Desta forma, pode considerar-se que os conceitos de participação e qualidade de vida encontram-se relacionados quando se trata de crianças/jovens com MD, devido às especificidades da sua condição. Os défices decorrentes do diagnóstico de MD nas diferentes áreas limita acentuadamente a participação destas crianças e jovens nas atividades diárias nos seus principais contextos de vida. O seu baixo nível de funcionalidade, as suas necessidades específicas e complexas e a sua grande dependência fazem com que as suas vidas diárias sejam bem diferentes das vidas de outras pessoas com deficiências menos severas (Petry, Maes & Vlaskamp, 2007).

De acordo com Saramago et al. (2004), a criança adquire a informação de forma ativa (e, por vezes, de forma incidental) nas interações comunicativas e linguísticas com as pessoas que fazem parte dos seus diferentes contextos de vida, o que lhes permite entender essa informação e tornar as suas experiências ainda mais significativas. Na criança/jovem com MD, a informação que lhes chega é distorcida e fragmentada devido tanto às limitações que apresentam como à falta de oportunidades para vivenciar experiências significativas

(Saramago et al., 2004). Assim, a MD por afetar as possibilidades de interação com o meio envolvente, reduz as possibilidades de maturação espontânea e/ou de apropriação, ou seja, de um processo de aprendizagem e desenvolvimento através de uma interação ativa com a realidade física e, acima de tudo, social (Vieira & Pereira, 2012).

Assim, crianças/jovens com MD encontram-se em desvantagem, devido à presença de dificuldades específicas nas aprendizagens resultantes de limitações no acesso ao ambiente, dificuldades em dirigir a atenção para estímulos relevantes, dificuldades na interpretação da informação e dificuldades de generalização (Saramago et al., 2004). Esta desvantagem apresentada por crianças/jovens com MD constitui um verdadeiro desafio para a família e para os profissionais que com eles trabalham diretamente, pelo que é essencial que os mesmos sejam capazes de proporcionar-lhes experiências significativas, organizadas e diversificadas, fornecer-lhes informação e competências a desenvolver que lhes sejam úteis e que contribuam para aumentar a sua autonomia, garantir-lhes a generalização das aprendizagens realizadas a todos os contextos significativos e transmitir-lhes informação usando formas de comunicação que respondam às suas necessidades individuais (Saramago et al., 2004).

Para que as premissas anteriores se concretizem, é necessário um grande suporte por parte tanto de familiares como dos profissionais, uma vez que tudo o que estas crianças/jovens aprendem têm de lhes ser ensinado diretamente (Saramago et al., 2004), torna-se necessário que as mesmas tenham um acompanhamento constante e diário pois são usualmente dependentes de terceiros para a facilitação de atividades e rotinas (Amaral & Celizic, 2015; Dada, Andersson, May, Andersson, Granlund, & Huus, 2020; Flink et al., 2020) e para serem mobilizadas (Van der Putten et al., 2017). A sua participação ativa e o seu envolvimento só podem ocorrer quando as crianças/jovens com MD assumem um papel ativo nas interações que ocorrem nos seus principais contextos de vida (Hanzen, Waninge, Vlaskamp, van Nispen, & van der Putten, 2018).

As competências motoras de uma criança/jovem com MD são de extrema importância para a sua aprendizagem. Van der Putten et al. (2017) afirmam que a maioria das atividades oferecidas a pessoas com MD consistem em ficar deitadas, ver televisão, ouvir música ou apenas estarem presentes enquanto outros realizam atividades, não tendo qualquer tipo de movimento ativo. Para os mesmos autores, esta inatividade afeta

negativamente a sua qualidade de vida. Amaral e Celizic (2015) reforçam esta afirmação uma vez que, no desenvolvimento normal de uma criança o movimento é importante para a exploração do seu meio, pelo que crianças com MD encontram-se novamente em desvantagem, devido aos défices motores e de posicionamento que apresentam, os quais não favorecem a sua interação com o meio. Assim, profissionais e familiares ou cuidadores deverão ter especial atenção ao posicionamento da criança/jovem com MD (Amaral & Celizic, 2015), adaptando-o o mais adequadamente possível de forma a permitir-lhes participar em atividades e explorar o seu meio envolvente. Ao serem trabalhados estes aspetos, promove-se o aumento da independência da criança/jovem com MD, sendo que alguns poderão necessitar de produtos de apoio (como cadeira de rodas) (Nunes, 2001).

Outro aspeto importante, já referido anteriormente, são as relações interpessoais. Como indicam Bennett, Arthur-Kelly, Foreman, & Neilands (2014), as interações com os outros formam um importante esforço educacional para maximizar competências e a participação social em atividades de vida. De acordo com Nunes (2009), a comunicação assume um papel de destaque no desenvolvimento da criança, uma vez que é através da mesma que a criança dá sentido ao mundo que a rodeia e lhe permite ter uma vida com qualidade, pelo que quanto maior for a sua capacidade para comunicar/estabelecer interações com pessoas e objetos, mais controlo e conhecimentos tem sobre o seu meio envolvente. Por sua vez, a ausência de uma comunicação funcional acarreta dificuldades na participação e interação, enfraquecendo as oportunidades para criar relações de proximidade (Østvik, Ytterhus, & Balandin, 2016). As características físicas e comunicativas da criança/jovem com MD não lhe permitem ter um controlo efetivo do seu meio pelo que, tal como indicam Hostyn & Maes (2009) e VILLEMEUR et al. (2012), se encontram totalmente dependentes de terceiros para desenvolver atividades. Assim, estas crianças e jovens necessitam que sejam estabelecidas relações de suporte com os adultos que as acompanham, de forma a poderem demonstrar as suas competências e a desenvolverem-se como participantes ativos nas atividades ao longo das suas vidas (Flink et al., 2020; Hanzen et al., 2018; Hostyn & Maes, 2009; Nieuwenhuijse et al., 2019).

Estas relações de suporte de grande significância para as crianças/jovens com MD, que irão ter impacto tanto na participação como na sua qualidade de vida, surgem nos seus principais contextos de vida: contexto domiciliário, contexto social e contexto escolar.

De entre os contextos enumerados, é no contexto escolar que a criança/jovem com MD passa a maioria do seu tempo, sendo importante que o mesmo seja rico em oportunidades para a interação e aprendizagem. O facto de a criança/jovem com MD participar no contexto de sala de aula estimula de forma natural a interação entre este e os seus pares e facilita o desenvolvimento de relações de suporte/amizade (Anderson, Balandin, & Clendon, 2011).

De acordo com Vieira e Pereira (2012), a desvantagem sofrida por cada indivíduo é pessoal e particular, pelo que, a sua educação não pode ser feita sem um ensino individualizado, centrado nas necessidades de cada um. Assim, torna-se possível afirmar que a inclusão da criança/jovem com MD no contexto escolar é um passo imprescindível para o aumento da sua participação e, por conseguinte, da sua qualidade de vida.

1.1.2. Inclusão da criança/jovem com MD no contexto escolar

O conceito de inclusão tem vindo a ser imensamente debatido, chegando mesmo a ser alvo de alguma controvérsia. De acordo com Ainscow e Ferreira (2003), inclusão é o processo que tem por intuito apoiar uma educação para todos e para cada criança no mundo. Ao longo do tempo, a educação inclusiva veio a afirmar-se, progressivamente, com maior ênfase de acordo com as diretrizes e declarações nacionais e internacionais que têm vindo a surgir (Bonança, Castanho, & Morgado, 2022). A Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1948 (UNICEF, 2022), a Declaração dos Direitos da Criança, proclamada pela resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas em 1959 (Ministério da Educação /Direção-Geral da Educação, 2022) e a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, proclamada pela resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas em 1975 (Ministério Público/Procuradoria-Geral da República, 2022) são exemplos de documentos que se constituíram como pontos de mudança face aos direitos humanos e à promoção de igualdade e equidade para todos.

Desta forma, torna-se evidente que a escola detém um papel determinante no desenvolvimento de respostas para que crianças e jovens possam ser incluídos na sua plenitude. A importância da escola regular no processo de inclusão encontra-se descrita na Declaração de Salamanca (UNESCO, 1994), onde é afirmado que esta se constitui

como o meio mais capaz para combater as atitudes discriminatórias, criando comunidades abertas e solidárias, construindo uma sociedade inclusiva e atingindo uma educação para todos. O mesmo documento apela, de entre vários aspetos, à adoção do princípio de educação inclusiva como uma prioridade, de forma a que a escola regular possa admitir todas as crianças, independentemente das suas dificuldades ou diferenças particulares, a não ser que haja algum impedimento que exija outros procedimentos, e que os programas de formação de professores envolvam respostas às necessidades das crianças que frequentam as escolas regulares (Zagona, Kurth, & MacFarland, 2017).

Assim, a inclusão é a direção que a escola deve seguir para ser uma estrutura efetiva promotora de equidade (compromisso de abolir a desigualdade) (Rodrigues, 2017). Para que este processo ocorra da melhor forma, é necessário o recurso à educação especial, conceito definido por Correia (2017) como o conjunto de métodos e estratégias de ensino, de adaptações de materiais e equipamentos, de eliminação de barreiras e de outras intervenções que são pensadas e planeadas de forma interdisciplinar, cuja finalidade é responder às necessidades de alunos com necessidades especiais, partindo das suas capacidades e dos ambientes onde está envolvido. O mesmo autor define necessidades especiais como o conjunto de fatores (tanto de risco como de ordem intelectual, emocional ou física) que podem influenciar a capacidade do aluno em atingir o seu potencial máximo nas aprendizagens académicas e socioemocionais (sendo a MD uma das categorias de necessidades especiais).

Em Portugal, para dar resposta a estas orientações, surgem de forma progressiva vários documentos legislativos para orientar os princípios de inclusão de crianças e jovens com deficiência nas escolas. Tendo em consideração o tema deste trabalho, destaca-se o Decreto-Lei nº 3/2008, que se constituiu como um marco de grande importância na inclusão da MD em contexto escolar.

Este decreto foi criado com o desígnio de promover igualdade de oportunidades e de melhoria da qualidade do ensino, bem como valorizar a educação. Assim, pressupunha “*a promoção de uma escola democrática e inclusiva, orientada para o sucesso educativo de todas as crianças e jovens*” (Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de janeiro, pp. 154).

O Decreto-Lei nº 3/2008 definiu os apoios educativos a serem prestados nos diferentes níveis de ensino, de forma a que crianças e jovens com limitações significativas tenham as condições necessárias no processo educativo às suas necessidades. Para tal, atendendo às necessidades específicas de crianças e jovens com MD, esta legislação previa a criação de unidades de apoio especializado para a educação de alunos com multideficiência e surdocegueira congénita (UAEEAMSC). As UAEEAMSC constituíam-se como uma resposta especializada que pretendia responder às necessidades específicas destes alunos, atendendo à sua idade e nível de funcionalidade (Pereira, 2008b). Deste modo, estas crianças e jovens teriam a oportunidade de frequentar a escola regular e de poder agir como elementos chave no desenvolvimento de métodos de ensino, bem como de participar nas decisões relacionadas com conteúdos escolares (sempre que possível) (Ladeira & Amaral, 1999). Os objetivos das UAEEAMSC visavam: *“promover a participação dos alunos com MD nas atividades curriculares e de enriquecimento curricular junto dos pares da turma a que pertencem; aplicar metodologias e estratégias de intervenção interdisciplinares visando o desenvolvimento e a integração social e escolar dos alunos; assegurar a criação de ambientes estruturados, securizantes e significativos para os alunos; proceder às adequações curriculares necessárias; adotar opções educativas flexíveis, de carácter individual e dinâmico, pressupondo uma avaliação constante do processo de ensino e de aprendizagem do aluno e o regular envolvimento e participação da família; assegurar os apoios específicos ao nível das terapias, da psicologia e da orientação e mobilidade aos alunos que dele possam necessitar; e organizar o processo de transição para a vida pós-escolar”* (ponto 3 do artigo 26.º do Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de janeiro, pp. 162).

Com a criação das UAEEAMSC como resposta educativa para a MD, várias crianças e jovens com esta problemática iniciaram a frequência em escolas regulares, beneficiando de medidas especializadas que lhes permitiriam aceder à informação, a novas aprendizagens e à interação social com os seus pares, com o acompanhamento de uma equipa composta por vários profissionais (Pereira 2008a; Pereira, 2008b).

Em julho de 2018, o Decreto-Lei nº 3/2008 foi revogado, tendo sido substituído pelo Decreto-Lei nº 54/2018.

Esta nova legislação continua a privilegiar uma “*escola inclusiva onde todos e cada um dos alunos, independentemente da sua situação pessoal e social, encontram respostas que lhes possibilitam a aquisição de um nível de educação e formação facilitadoras da sua plena inclusão social*” (Decreto-Lei n.º 54/2018 de 6 de julho, pp. 2918). No mesmo, é referido que é papel da escola providenciar condições para a existência de padrões de qualidade nas ofertas educativas e formativas, bem como definir processos de identificação de barreiras à aprendizagem com que os alunos se deparam no seu percurso escolar, devendo apostar na diversificação de estratégias para ajudá-los a ultrapassar essas mesmas barreiras. De acordo com Pereira (2018), as principais diferenças entre o novo enquadramento legislativo e o anterior assentam no abandono dos sistemas de categorização de alunos, inclusive da “categoria” necessidades educativas especiais, no abandono do modelo de legislação especial para alunos especiais, na existência de um *continuum* de respostas para todos os alunos, na passagem do foco principal para as respostas educativas e não para categorias de alunos e na perspetivação da mobilização, como um complemento e sempre que se considerar adequado/necessário, de recursos de saúde, do emprego, da formação profissional e da segurança social.

Desta forma, o Decreto-Lei n.º 54/2018 pretende dar continuidade à inclusão escolar já prevista na legislação anterior, obrigando a uma reestruturação do papel da escola no que se prende ao modo como vê os alunos e à organização de uma resposta efetiva para todos, tornando o processo de ensino amplo e contemplando a multiplicidade das suas dimensões e da interação entre as mesmas (Pereira, 2018). Estes pressupostos assentam sobre novas opções metodológicas para a operacionalização da educação inclusiva: a abordagem multinível e o desenho universal para a aprendizagem (DUA). A abordagem multinível consiste num modelo que aponta para o sucesso de todos os alunos com base em medidas de suporte à aprendizagem organizadas por níveis de intervenção e que devem ser adotadas face à resposta que cada aluno dá às mesmas (Pereira, 2018). Este modelo pode ser observado na Figura 2.

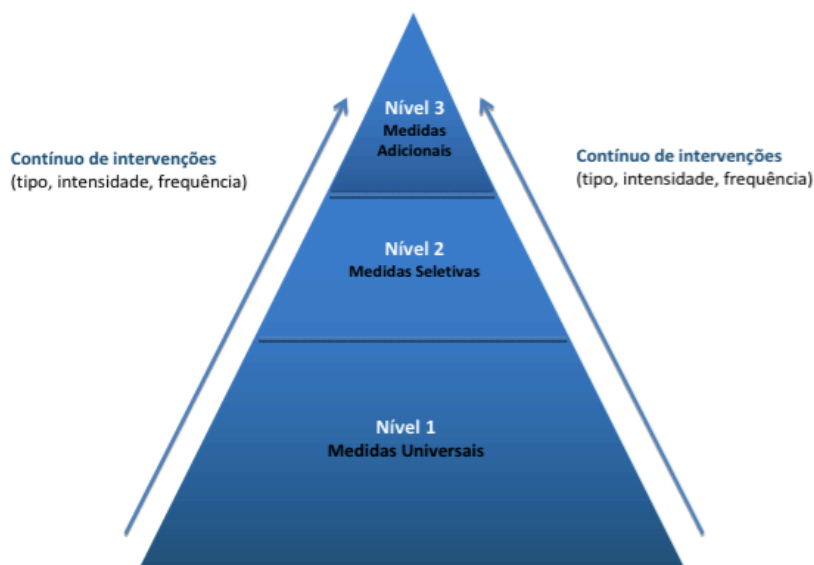


Figura 2. Abordagem multinível: medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão (Pereira, 2018).

De uma forma sucinta, verifica-se que existem três níveis de medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão: as medidas universais, que se dirigem a todos os alunos com o objetivo de facilitar a participação e o sucesso nas aprendizagens; as medidas seletivas, para alunos que demonstram dificuldades que não foram supridas mediante a aplicação das medidas universais; e, as medidas adicionais, aplicadas a alunos que detêm dificuldades acentuadas e constantes na comunicação, interação, cognição ou aprendizagem, cujas necessidades carecem de recursos adicionais significativos (Pereira, 2018). Atendendo às definições anteriormente explicitadas, e associando às características descritas de crianças/jovens com MD nos pontos anteriores, pode afirmar-se que em contexto escolar, estas alunos irão beneficiar de medidas adicionais.

A outra metodologia prevista pela nova legislação é o DUA. O seu objetivo é promover oportunidades de desenvolvimento através de um plano contínuo que se adapte a todos os alunos, atendendo a materiais diversificados e em ferramentas, métodos e formas de avaliação diferenciadas que maximizem a aprendizagem dos alunos (Castanho, 2020). É uma abordagem curricular que se baseia num planeamento intencional e flexível das práticas pedagógicas, apoiando a diversidade dos alunos que se encontram em sala de aula, oferecendo oportunidades e alternativas acessíveis para todos, identificando e removendo barreiras existentes à sua aprendizagem e participação, facilitando as oportunidades para as mesmas (Nunes & Madureira, 2015; Pereira, 2018; Sebastián-Heredero, 2020). Para que tal aconteça, o DUA assenta em três pilares distintos: na

promoção de múltiplos meios de envolvimento, na promoção de múltiplos meios de representação e, por fim, na promoção de múltiplos meios de ação e de expressão (Pereira, 2018).

É importante referir que, para existir uma mobilização de medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão, deverá ser realizada uma identificação dessa necessidade, sendo a mesma dirigida ao diretor do agrupamento que, posteriormente, solicitará à equipa multidisciplinar de apoio à educação inclusiva (EMAEI) a avaliação dessa situação (Pereira, 2018). A EMAEI, formada por elementos fixos e requerendo a presença dos profissionais envolvidos diretamente na situação identificada, pedirá a avaliação da mesma e findada, conclui a necessidade de atribuição de medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão, elaborando o relatório técnico-pedagógico ou o programa educativo individual (no caso de necessidade de adaptações curriculares significativas) (Pereira, 2018). Em todo este processo, os pais/encarregados de educação devem ser envolvidos, devido ao seu papel essencial na educação dos seus filhos, privilegiando-se a sua participação não só nestas avaliações como em todos os aspetos relacionados com o contexto escolar, favorecendo-se a colaboração entre a escola e a família de forma a promover o sucesso de todos os alunos (Pereira, 2018).

No que respeita às UAEEAMSC, o Decreto-Lei nº 54/2018 reconfigura o seu modelo para Centro de Apoio à Aprendizagem que as aglutina e pretende ser um *“espaço dinâmico, plural e agregador dos recursos humanos e materiais, mobilizando para a inclusão os saberes e competências existentes na escola, valorizando, assim, os saberes e as experiências de todos”* (pp. 2919). O Centro de Apoio à Aprendizagem constitui-se assim como uma das respostas educativas a ser disponibilizadas pelas escolas, tendo como objetivos gerais: *“apoiar a inclusão das crianças e jovens no seu grupo/turma bem como nas rotinas e atividades da escola, nomeadamente através da diversificação de estratégias de acesso ao currículo; promover e apoiar o acesso à formação, ao ensino superior e à integração na vida pós-escolar; e promover e apoiar o acesso ao lazer, à participação social e à vida autónoma”* (ponto 2 do artigo 13º do Decreto-Lei nº 54/2018 de 6 de julho, pp. 2923).

Assim, com a mudança do enquadramento legislativo, crianças e jovens com MD continuam a frequentar o espaço escolar, contudo, é dada uma maior ênfase à sua inclusão

em sala de aula. Neste sentido, é imperativo o reforço e a intervenção de uma equipa transdisciplinar para tornar as crianças e jovens com MD progressivamente mais hábeis e dotadas de competências que lhes permitam alcançar uma maior eficácia nas suas aprendizagens e adaptabilidade às exigências do contexto escolar.

1.1.3. Importância das tecnologias de apoio para a criança/jovem com MD

As crianças/jovens com MD, devido aos défices nos domínios intelectual, motor e/ou sensorial, encontram-se em desvantagem no que respeita à interação e controlo do ambiente que os rodeia, nos seus diferentes contextos de vida, comparativamente a outras crianças/jovens das suas faixas etárias, tornando-se desafiador fazer escolhas e ter oportunidades significativas com base num conceito de igualdade (Buckingham, 2011; Donnelly, 2008; Parnes et al., 2009). Contudo, essa desvantagem nas relações com o meio físico e social que as envolve pode ser reduzida com o auxílio de meios adequados (Vieira & Pereira, 2012). É neste sentido que surgem as tecnologias de apoio (TA)¹, como ferramenta para a otimização da participação das crianças/jovens com MD nas atividades do seu quotidiano e na sociedade ao longo da sua vida (Sciubba, 2016).

De acordo com Costantino e Bonati (2014), TA referem-se a dispositivos de carácter assistivo, adaptativo e de reabilitação que ajudam o indivíduo a funcionar com um nível mais adequado e com maior independência na sociedade. São produtos que abrangem uma ampla variedade de condições de saúde e visam melhorar a qualidade de vida dos seus utilizadores (Tao, Charm, Kabacińska, Miller, & Robillard, 2020), bem como permitir-lhes participar e controlar os seus ambientes (Desmond et al., 2018). Podem servir diversos propósitos e funções que vão desde a compensação de lesões nas funções do corpo até à facilitação da participação em atividades sociais (Tao et al., 2020). Faz ainda parte deste processo os serviços que acompanham as TA como a avaliação, seleção, entrega e treino para o uso da TA bem como o *follow-up* (Brandt, Jensen, Søberg, Andersen, & Sund, 2020).

¹ Neste trabalho, optou-se por usar este termo como sinónimo de “ajudas técnicas” e “produtos de apoio”.

As TA englobam dispositivos, equipamentos, instrumentos e software para diferentes domínios como funções sensoriais, mobilidade, comunicação, intelectuais, ambiente e auto-cuidados (Cowan et al., 2012; Desmond et al., 2018).

Assim, relativamente à criança/jovem com MD, pode afirmar-se que as TA possuem um grande potencial para melhorar a sua vida, reduzindo o impacto que as dificuldades que detém lhe confere (O’Brolcháin, 2018). Ou seja, o uso de dispositivos, equipamentos, instrumentos e/ou software por crianças/jovens com MD permite-lhes ultrapassar algumas barreiras criadas pelos défices que possuem nas diferentes áreas (intelectual, motora e/ou sensorial), o que se repercute no aumento da sua participação e qualidade de vida e, por conseguinte, se torna um benefício para o seu processo de inclusão.

De acordo com O’Brolcháin (2018), a literatura tem vindo a descrever as TA como um meio para aumentar a autonomia. Para a autora, autonomia consiste em autorregular-se, em decidir por si próprio o que deseja fazer e envolve três componentes: conhecimento, autenticidade e liberdade. O desenvolvimento destas três componentes é promovido pelas TA dado que estas podem facilitar a retenção da informação, o controlo dos impulsos, a compreensão de conceitos abstratos (conhecimento); podem facilitar a comunicação e a exposição de interesses e preferências (autenticidade); e reduzem a dependência de terceiros o que, aliado ao conhecimento e às competências comunicativas que vão aumentando gradualmente, facilita a interação com a sociedade e o reconhecimento social e promovem o autoconhecimento, amor-próprio e dignidade do seu utilizador (liberdade) (O’Brolcháin, 2018).

Nas crianças/jovens com MD, as TA assumem especial relevo devido aos benefícios que apresentam à sua qualidade de vida e participação. No entanto, há uma área na qual as TA se destacam fortemente para as crianças/jovens com MD: a comunicação. Devido ao facto de apresentarem dificuldades significativas na expressão comunicativa, as crianças/jovens com MD encontram-se severamente limitadas pois a capacidade de comunicar permite ter controlo e conhecimentos sobre os contextos envolventes, sendo uma capacidade indispensável à vida (Nunes, 2009). Assim, a utilização de TA poderá tornar possível a comunicação destas crianças/jovens. Uma das componentes das TA é a comunicação aumentativa/alternativa (CAA) que envolve meios multimodais (desde gestos à utilização de símbolos e dispositivos de voz) que são seleccionados com base nas

características das necessidades complexas de comunicação (NCC) de cada criança/jovem para cada contexto (Costantino & Bonati, 2014).

1.2. Comunicação aumentativa/alternativa

A comunicação pode ser definida como o processo no qual as pessoas atribuem significados aos estímulos com o intuito de dar sentido ao mundo (Trenholm, 1999 citado por Nunes, 2009). Sendo evidente que comunicar é um aspeto essencial ao ser humano (e de extrema importância no desenvolvimento infantil), a CAA permite expressar sentimentos e emoções, informações, fazer escolhas e pedidos e interagir com quem o rodeia, possibilitando construir relações afetivas, participar no seu meio envolvente e estabelecer uma vida com qualidade (ISAAC, 2022; Nunes, 2009; SPTF, 2022).

Como já referido anteriormente, no perfil de funcionalidade de crianças/jovens com MD é comum a existência de NCC devido a deficiências motoras, intelectuais e/ou sensoriais que impossibilitam o desenvolvimento da fala o que perturba de forma significativa a sua capacidade de comunicação e a interação com quem os rodeia (Santos & Silveira-Maia, 2016). Devido à existência de NCC, com estas crianças/jovens há lugar a uma intervenção especializada que lhes irá permitir encontrar uma alternativa comunicacional, uma vez que a comunicação se constitui como uma área prioritária devido à importância que detém na aprendizagem e participação (Horn & Kang, 2012). É aqui que surge a CAA como resposta especializada e ferramenta para a comunicação de crianças/jovens com MD.

A CAA é uma área de pesquisa e prática clínica e educacional que pretende estudar e compensar, de forma temporária ou permanente, qualquer dano, limitação na atividade e restrições na participação em indivíduos com dificuldades acentuadas na produção/compreensão de fala e de linguagem, tanto falada como escrita (American Speech-Language-Hearing Association, 2022a). Consiste num conjunto de ferramentas e estratégias aplicadas em indivíduos com NCC que necessitem de ajuda para comunicar no seu quotidiano, permitindo a compreensão da sua mensagem pelos seus parceiros de comunicação (ISAAC, 2022a; SPTF, 2022). Assim, a missão da CAA consiste em documentar evidências de forma a melhorar a compreensão e os resultados para indivíduos com NCC e suas famílias, independentemente da sua idade e origem das patologias (adquiridas ou de desenvolvimento) (Kent-Walsh & Binger, 2018).

A CAA é considerada aumentativa quando inclui meios e técnicas de comunicação que visam aumentar a fala, é alternativa quando a fala é pouco funcional ou inexistente e por isso, a substitui e pode também ser temporária em situações agudas em que o indivíduo fica impossibilitado de usar a fala transitoriamente (por exemplo, períodos pós-operatórios ou em cuidados intensivos) (Elsahar, Hu, Bouazza-Marouf, Kerr, & Mansor, 2019; Simion, 2014). O objetivo final da intervenção com CAA é dotar os seus utilizadores de formas de estabelecer interações e participar em atividades da sua escolha de modo eficiente e efetivo, facilitando a interação social (Beukelman & Mirenda, 2010). O uso de sistemas aumentativos/alternativos de comunicação (SAAC), para além de facilitarem a interação comunicativa, contribuem também para o alcance de um determinado grau de independência e autonomia, permitindo ainda o desenvolvimento de competências comunicativas, linguísticas, intelectuais e sociais (Dada, Flores, Bastable, & Schlosser, 2020; Light et al., 2019; Simion, 2014). Assim, a intervenção com CAA tem como principais objetivos: melhorar a comunicação funcional, aumentar competências linguísticas e de literacia, melhorar a produção e compreensão da fala através do recurso a múltiplas modalidades, diminuir a ocorrência de comportamentos desafiantes e melhorar a comunicação no ponto de vista social (Beukelman & Mirenda, 2010).

Quando uma criança/jovem apresenta défices significativos na linguagem e comunicação, as suas competências para obter informação, interagir socialmente e desenvolver a sua capacidade intelectual e de aprendizagem pelo meio envolvente encontram-se gravemente afetadas, o que tem consequências severas no seu desenvolvimento global e eleva o risco da ocorrência de alterações comportamentais (Costantino & Bonati, 2014) pelo que a intervenção com CAA permite diminuir os handicaps comunicativos existentes e minimizar a ocorrência dessas consequências negativas.

A eficácia da intervenção com CAA tem vindo a ser descrita na literatura ao longo do tempo. Especificamente com crianças/jovens com MD, Afonso, Maia e Meneses (2019) destacam os estudos de Sigafos (1996), Cohen, Allgood, Heller e Castelle (2001), Cosbey e Johnston (2006), Trief (2007), Lancioni, O'Reilly, Singh, Sigafos, Oliva e Severini (2008), Lancioni, O'Reilly, Singh, Sigafos, Didden, Oliva, Campodonico, Pace, Chiapparino e Groeneweg (2009), Lee, Jeong e Kim (2013) e de Trief, Casella e Bruce (2013) como exemplos de implementação de diferentes SAAC bem sucedidos com esta população. A análise destes estudos permitiu verificar que as crianças/jovens com

MD que utilizam CAA apresentam evoluções nas competências comunicativas com diferentes SAAC, desde que os mesmos estejam adaptados para o seu utilizador (Afonso et al., 2019). Entende-se como SAAC o conjunto de componentes de que se fazem uso para melhorar a comunicação: forma (com ajuda ou sem ajuda), signos (usados para representar objetos, ações, conceitos ou emoções), acesso (maneira como o utilizador pode selecionar mensagens/signos, que pode ser de modo direto ou indireto) e estratégias (envolvem as formas de estabelecer oportunidades comunicativas e encorajar o uso de CAA) (American Speech-Language-Hearing Association, 2022a; Beukelman & Mirenda, 2010).

1.2.1. Tipologia de SAAC

Os SAAC incluem uma variedade de símbolos (de natureza gráfica, auditiva, gestual ou tátil), podendo ser considerados como sistemas sem ajuda (que englobam sinais, gestos e expressões faciais) ou como sistemas com ajuda (como objetos reais, fotografias, símbolos ou ortografia) (American Speech-Language-Hearing Association, 2022a; Beukelman & Mirenda, 2010; ISAAC, 2022a; SPTF, 2022). De acordo com von Tetzchner & Martinsen (2000), os sistemas sem ajuda são aqueles em que as formas de comunicação são produzidas pelo próprio utilizador, isto é, sem utilizar fatores externos, enquanto que os sistemas com ajuda envolvem todas as formas de comunicação em que a mesma depende do uso de instrumentos/dispositivos externos ao utilizador.

Devido ao facto de recorrerem a instrumentos/dispositivos externos, os sistemas com ajuda podem ainda dividir-se em sistemas de baixa tecnologia e sistemas de alta tecnologia. Os sistemas de baixa tecnologia constituem-se por tabelas ou tabuleiros com letras, palavras, fotografias ou símbolos gráficos, já os sistemas de alta tecnologia baseiam-se em dispositivos que utilizam computadores, programas ou instrumentos eletrónicos que podem utilizar saída de voz (Beukelman & Mirenda, 2010; Clarke et al., 2016; Costantino & Bonati, 2014; von Tetzchner & Martinsen, 2000). Dentro dos sistemas de baixa tecnologia, para além dos exemplos já descritos anteriormente, também são considerados tabelas e livros de comunicação com signos gráficos (e.g. símbolos pictográficos para a comunicação (SPC), ARASAAC, símbolos *Widgit*), horários de organização funcional com imagens/símbolos e a escrita (American Speech-Language-Hearing Association, 2022a). Exemplos de sistemas de alta tecnologia envolvem a

utilização de computadores, tablets e telemóveis que podem conter aplicações específicas para comunicar e que permitam comunicar de forma dinâmica com recurso a símbolos, texto ou desenho, dispositivos de digitalização/sintetização de fala e dispositivos de digitalização de mensagens únicas ou gravadas (American Speech-Language-Hearing Association, 2022a). Quanto a este último aspeto, existem duas alternativas de fala: a fala digitalizada, ou seja, fala natural gravada no dispositivo que, posteriormente, pode ser reproduzida; e a fala sintetizada, produzida de forma eletrónica, que transforma os fonemas da língua em fala digital inteligível (American Speech-Language-Hearing Association, 2022a).

O processo de seleção de uma tipologia de SAAC envolve várias etapas. Em contexto escolar, que é o mais relevante para o presente estudo, Bennett, Arthur-Kelly, Foreman e Neilands (2014) consideram que a implementação de SAAC na população com MD apresenta alguns dilemas para os profissionais pelo que se deve ter em consideração quatro aspetos: assegurar a colaboração da família para generalizar e manter o apoio ao nível da comunicação e otimizar a qualidade de vida ao longo do tempo e dos contextos; conciliar as metas curriculares de crianças/jovens com MD com as metas curriculares estabelecidas pelos organismos governamentais; encontrar as tecnologias de apoio que melhor se adaptam às necessidades individuais da criança/jovem com MD e que favoreçam o envolvimento dos parceiros de comunicação em interações com a mesma; e identificar e definir estratégias que vão ao encontro de habilidades comunicativas (pré-intencionais, intencionais ou simbólicas) já manifestadas pela criança/jovem com MD.

É importante referir que as diferentes tipologias de SAAC têm efeitos positivos nos seus utilizadores. Afonso et al. (2019) encontraram evidências na literatura sobre o alcance de evoluções nas competências comunicativas de crianças/jovens com MD com intervenção com CAA com diferentes tipologias de SAAC, desde que os SAAC estivessem adaptados às características dos seus utilizadores. No entanto, é importante referir os SAAC de alta tecnologia, nomeadamente dispositivos com saída de voz, têm um impacto positivo significativo na interação de crianças/jovens com MD com os parceiros de comunicação e com o seu meio envolvente, uma vez que conseguem captar de forma mais eficaz a atenção dos parceiros de comunicação, criando-se assim maiores oportunidades para o estabelecimento de uma interação comunicativa contínua (Goldbart, Chadwick, & Buell,

2014; Rispoli, Franco, Van Der Meer, Lang, & Camargo, 2010; Roche, Sigafos, Lancioni, O'Reilly, & Green, 2015).

1.2.2. Características do utilizador de CAA

De acordo com Beukelman e Mirenda (2010), não há uma pessoa típica que necessite de CAA: os seus utilizadores podem vir de diferentes grupos socioeconómicos, de diferentes idades e etnias, tendo apenas como característica comum a necessidade de apoio para falar e/ou escrever devido a lacunas temporárias ou permanentes na comunicação gestual, oral ou escrita, não conseguindo cumprir as suas necessidades comunicativas. Apresentam uma variabilidade muito diversificada de competências, habilidades e desafios, diagnósticos diferenciados, podendo duas pessoas na mesma condição necessitar de apoios em CAA divergentes (Webb, Meads, Lynch, Randall, Judge, Goldbart, Meredith, Moulam, Hess, & Murray, 2019). Contudo, sem quaisquer dúvidas, independentemente das características do utilizador, quanto maior for o seu défice comunicativo, maior será o benefício que terá com o uso de CAA (Brown, Grames, & Skolnick, 2021; Funke et al., 2018; Kristoffersson, Sandber, & Holck, 2020). Estes défices comunicativos podem advir de patologias de ordem congénita (e.g. paralisia cerebral, alterações genéticas, défices cognitivos), patologias adquiridas (e.g. acidente vascular cerebral, traumatismos) ou patologias do foro neurológico (e.g. autismo) (American Speech-Language-Hearing Association, 2022a).

No que respeita à incidência e prevalência, há estimativas que 97 milhões de pessoas no mundo podem vir a beneficiar de CAA (Beukelman & Light, 2020 citados por American Speech-Language-Hearing Association, 2022a), 44,4% de crianças com paralisia cerebral, na Suécia, usaram CAA para substituir ou aumentar a sua fala (Kristoffersson et al., 2020), 6,9% de crianças com fenda palatinas ou anomalias craniofaciais, nos Estados Unidos da América, beneficiam de CAA (Brown et al., 2021) e, na Alemanha, um estudo demonstra que em 46% dos pacientes que demonstraram necessitar de CAA, 39% não conseguiram aceder à mesma (Funke et al., 2018).

Desta forma, pode afirmar-se que no caso de crianças/jovens com MD, estas apresentam uma lacuna permanente ao nível da comunicação devido às características que esta problemática lhes confere, pelo que as suas necessidades comunicativas poderão vir a ser

supridas com uma intervenção com CAA. Estas crianças/jovens apresentam défices em várias áreas do desenvolvimento (intelectual, sensorial, motor, saúde), pelo que o SAAC terá de ir ao encontro das suas características nessas áreas e ser adaptado de acordo com as suas necessidades (De Bortoli et al., 2014; Folch-Mas et al., 2017; IASSIDD, 2022; Nieuwenhuijse et al., 2019; Pereira, 2008a; Rosenberg et al., 2011). Outros aspetos fundamentais a ter em conta para a implementação de CAA referem-se às preferências e rotinas do utilizador, devido à motivação e organização que as mesmas lhes conferem (Bricker, Johnston, & Rahn, 2015; Clarke et al., 2016; Dunst, Rabb, Trivette, & Swanson, 2012; Goldbart et al., 2014; Light & McNaughton, 2015; Pereira, 2008a; Saramago et al., 2004; Simacek, Pennington, Reichle, & Parker-McGowan, 2018) e aos contextos em que o utilizador se insere, promovendo assim a sua comunicação como um todo (Beukelman & Mirenda, 2010; Bronfenbrenner, 2011; Clarke et al., 2016; Collier, McGhie-Richmond, & Self, 2010; Light & McNaughton, 2014, 2015).

No que respeita ao utilizador de CAA, von Tetzchner e Martinsen (2000) afirmam que os mesmos se podem dividir em três grupos funcionais: grupo com necessidade de um meio de expressão; grupo com necessidade de uma linguagem de apoio; e grupo com necessidade de uma linguagem alternativa. Para fazer esta divisão, os autores basearam-se na função que o SAAC irá ter com o seu utilizador.

O primeiro, grupo com necessidade de um meio de expressão, engloba indivíduos cuja capacidade de compreensão de linguagem e expressão da linguagem através da fala se encontram discrepantes. Normalmente, são indivíduos que não possuem um controlo adequado dos órgãos fonoarticulatórios mas que têm um bom ou razoável nível de compreensão da linguagem. O objetivo de intervenção com CAA neste grupo é estabelecer uma forma de comunicação que se torne o meio de expressão permanente para o seu utilizador que deve ser usado em todos os contextos ao longo da sua vida, não sendo a compreensão contemplada como objetivo (von Tetzchner & Martinsen, 2000).

O segundo, grupo com necessidade de uma linguagem de apoio, abrange dois tipos de utilizadores distintos: no primeiro subgrupo, os que necessitam de CAA como um passo para o desenvolvimento da fala (assemelha-se ao grupo com necessidade de uma linguagem alternativa contudo, este subgrupo envolve indivíduos com problemáticas menos graves e cujo intuito é que a CAA não seja permanente); no segundo subgrupo

encontram-se utilizadores que utilizam a fala no entanto apresentam dificuldades em fazer-se entender (apresentam similaridades com o grupo que necessita de um meio de expressão mas distinguem-se pelo facto de o SAAC não ser usado como meio principal para comunicar). O objetivo da intervenção com CAA com o primeiro subgrupo é analisar a relação entre a fala e o meio alternativo, resolver os problemas sociais associados à limitação na fala e aumentar a compreensão da linguagem. Já com o segundo subgrupo, a intervenção com CAA deve assentar em criar condições que ajudem a criança/jovem a utilizar um apoio à fala, no modo como a mesma deve reagir de acordo com a compreensão do parceiro de comunicação e na forma como deve usar os meios e as estratégias em diversas situações (von Tetzchner & Martinsen, 2000).

O terceiro, grupo com necessidade de uma linguagem alternativa, abarca aqueles indivíduos em que a CAA se constitui tanto como a forma de linguagem que utilizarão ao longo das suas vidas, bem como o modo a utilizar pelos parceiros de comunicação para comunicar com os mesmos. O objetivo da intervenção com CAA neste grupo é utilizá-la como uma língua materna, estabelecendo-se as condições necessárias para que o utilizador aprenda e compreenda o uso da CAA como linguagem alternativa, promovendo-se as condições essenciais para a criação de um ambiente onde a CAA seja plenamente funcional (von Tetzchner & Martinsen, 2000).

Outra proposta para caracterizar os utilizadores de CAA é a de Simion (2014). Esta autora também refere a existência de três grupos distintos de utilizadores embora de forma ligeiramente diferenciada quando em comparação com a descrição apresentada por von Tetzchner e Martinsen (2000). Nesta proposta, o primeiro grupo é formado pelas pessoas que necessitam de uma linguagem alternativa, onde os utilizadores de CAA possuem uma boa compreensão da fala e da linguagem, contudo, apresentam lacunas nas habilidades sensoriomotoras que promovem uma articulação correta dos sons da fala e que possibilitam um discurso inteligível. Assim, necessitam de meios de comunicação que se adaptem às suas características (por exemplo, tabelas de comunicação, dispositivos eletrónicos ou linguagem corporal) e que lhes sejam dadas estratégias e técnicas para operar esses SAAC, incluindo-se neste grupos pessoas com boas competências intelectuais mas com patologias neurológicas como paralisia cerebral, acidentes vasculares cerebrais, traumatismos cranianos, esclerose múltipla, entre outros (Simion, 2014).

O segundo grupo engloba pessoas que necessitam de uma linguagem aumentativa que não possuem uma compreensão plena do discurso nem apresentam inteligibilidade para se expressarem através da fala. Para estes utilizadores, o meio envolvente deverá ser reorganizado a partir do uso de símbolos de forma a facilitar a compreensão e uma abordagem comunicativa eficiente, estando incluídas neste grupo patologias como o autismo e deficiência intelectual severa (Simion, 2014).

O terceiro grupo abrange pessoas que necessitam de CAA num determinado período de tempo como por exemplo crianças que apresentam atrasos no desenvolvimento da linguagem (e que adquirem a fala após a utilização de um SAAC), adultos que perdem competências para falar devido a doenças (acidentes vasculares cerebrais, traumatismos cranianos, esclerose múltipla ou demências) ou pessoas que devido a intervenções cirúrgicas não podem usar a fala por um determinado período de tempo e necessitam de CAA para comunicar nestas novas circunstâncias (Simion, 2014).

1.2.3. Importância dos parceiros de comunicação

A intervenção com CAA com a criança/jovem com MD nem sempre é um processo pacífico uma vez que depende de vários fatores. A comunicação é inerente ao ser humano, constituindo um direito básico do indivíduo enquanto ser social, permitindo-lhe interagir, partilhar pensamentos e opiniões, manifestar interesses, vontades e necessidades (Beukelman & Mirenda, 2010; ISAAC, 2022b; von Tetzchner & Martinsen, 2000). Como já descrito anteriormente, as crianças/jovens com MD apresentam lacunas severas na comunicação e linguagem, o que lhes confere uma desvantagem imensa em relação à ocorrência de interações sociais bem sucedidas, uma vez que a sua oralidade se encontra gravemente comprometida (Amaral & Celizic, 2015; De Bortoli et al., 2014; Folch-Mas et al., 2017; Nakken & Vlaskamp, 2007; Nunes, 2009). Como tal, para que as suas interações sociais ocorram com sucesso, a criança/jovem deverá desenvolver competências comunicativas e linguísticas que lhe permitirão estabelecer contactos significativos com quem as rodeia no seu quotidiano, bem como tornarem-se cada vez mais eficientes nessas trocas comunicativas (como por exemplo, compreender mensagens, transmitir necessidades/vontades/ideias, desenvolver intencionalidade comunicativa, tornar-se hábil nas trocas de turno, entre outros aspetos) (American Speech-Language-Hearing Association, 2022a).

Uma intervenção bem conseguida pode levar a evoluções progressivas nas competências comunicativas e linguísticas referidas no parágrafo anterior, devendo as mesmas ser estimuladas em situações do quotidiano, através de brincadeiras, tornando os ambientes ricos e estimulantes e aumentando a quantidade de oportunidades para a interação comunicativa (Bordenave & McCune, 2021; Gomes et al., 2016; Santos & Silveira-Maia, 2016). Contudo, e uma vez que a comunicação, naturalmente, depende da troca de informação entre duas ou mais pessoas (ISAAC, 2022b), verifica-se que os parceiros de comunicação detêm um papel fundamental para que as interações comunicativas com a criança/jovem com MD que utiliza CAA sejam bem sucedidas.

Consideram-se parceiros de comunicação os cuidadores, profissionais e pares que interagem com os utilizadores de CAA de forma regular (Binger & Kent-Walsh, 2012). São estas pessoas que convivem com os utilizadores de CAA diariamente, partilhando rotinas, vivências e relações de natureza social, educacional e de prestação de cuidados e, por este motivo, podem ser considerados como facilitadores do processo de comunicação (Kent-Walsh & McNaughton, 2005).

Atendendo ao parágrafo anterior, torna-se evidente a importância dos parceiros de comunicação na intervenção com CAA devido à sua proximidade com as crianças/jovens com MD. Na literatura, as atitudes e competências dos parceiros de comunicação têm vindo a ser apontadas como determinantes para o sucesso das interações com utilizadores de CAA (Kent-Walsh, 2008). Caso tenham atitudes positivas perante o utilizador de CAA, o mesmo sentir-se-á reforçado e motivado para continuar a usá-lo, no entanto, face a atitudes negativas, pode levar ao abandono da utilização desta ferramenta (Moorcroft, Scarinci, & Meyer, 2018; O'Neill & Wilkinson, 2020).

Nem sempre os parceiros de comunicação se encontram disponíveis para as interações comunicativas com crianças/jovens com MD. Os comportamentos apresentados por crianças/jovens com MD são, algumas vezes, difíceis de interpretar, pelos que os seus parceiros de comunicação não respondem de forma adequada a esses comportamentos comunicativos (Flink et al., 2020; Nunes, 2009), o que faz com que as interações entre crianças/jovens com MD e os seus parceiros nem sempre tenham sucesso e quando ocorrem são insuficientes ao nível da quantidade e qualidade (Hostyn & Maes, 2009).

Por sua vez, as crianças/jovens com MD são sensíveis às mudanças de comportamento dos parceiros que as rodeiam, reagindo negativamente a essa mudança (Hostyn & Maes, 2009), criando-se um ciclo pouco promissor para a criação de oportunidades para a interação comunicativa.

Deste modo, é possível depreender que a intervenção em CAA é muito mais do que escolher uma tecnologia de apoio para a comunicação adaptada ao perfil do seu utilizador, existindo outros fatores que são imprescindíveis para o seu sucesso. Kent-Walsh, Murza, Malani e Binger (2015) e Light, McNaughton e Caron (2019) vão ao encontro desta premissa, referindo o treino de parceiros de comunicação como um passo essencial ao processo de implementação de CAA. Facilitar interações não é intuitivo para a maioria dos parceiros de comunicação, pelo que os mesmos tendem a criar poucas oportunidades para a comunicação/interação, a tomar a maioria dos turnos de comunicação (não dando espaço e tempo necessários para o utilizador de CAA poder dar uma resposta) e a questionar o utilizador com questões de resposta sim/não de modo desproporcionado (Clarke et al., 2016; Kent-Walsh et al., 2015). Estes aspetos constituem-se como motivos para o abandono de SAAC (Johnson, Inglebret, Jones, & Ray, 2006; Moorcroft et al., 2018).

Na literatura, o treino de parceiros de comunicação tem vindo a ser investigado, tendo-se comprovado a sua eficácia na intervenção com CAA, uma vez que este treino promove a instrução de parceiros de comunicação ensinando-lhes estratégias comunicativas de forma faseada, os benefícios do uso dessas estratégias e onde também há lugar à prática da implementação dessas estratégias comunicativas pelo parceiro de comunicação (Binger & Kent-Walsh, 2012; Flink et al., 2020; Kent-Walsh, 2008; Kent-Walsh & McNaughton, 2005; Kent-Walsh et al., 2015).

1.2.4. Importância do trabalho em equipa

Outro aspeto importante na implementação de CAA em crianças/jovens com MD é a colaboração entre os diferentes profissionais que os acompanham.

Em contexto escolar, é essencial o desenvolvimento de um trabalho colaborativo que envolva os diferentes intervenientes que participam na educação destas crianças/jovens,

ou seja, os profissionais de saúde, os profissionais de educação, profissionais da segurança social e família (Pereira, 2008a). Nesta colaboração não deverá existir restrição das interações entre elementos, necessitando a mesma de basear-se na reciprocidade entre os diferentes intervenientes, onde cada um contribui com o seu conhecimento específico para uma união entre as diferentes áreas do saber, no intuito de identificar estruturas e criar conceções comuns sobre a compreensão da realidade ou situação (American Speech-Language-Hearing Association, 2022c; Costa, 2007; Pombo, 2004).

No caso específico da intervenção direta com CAA, a equipa do contexto escolar envolve a presença de profissionais de educação (docentes do ensino regular, docentes de educação especial e assistentes operacionais), de profissionais de saúde (terapeutas da fala, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, entre outros) e a família/cuidadores. Estes são os elementos que se irão constituir como participantes neste estudo. Devido às características inerentes à MD, o trabalho em equipa dos profissionais do contexto escolar tem um papel determinante na intervenção e na promoção da inclusão destas crianças/jovens, pois é a partir do mesmo que se realizam adequações que visam a melhoria na participação das mesmas neste contexto (American Speech-Language-Hearing Association, 2022a). Na implementação de CAA, o terapeuta da fala é o profissional especializado nesta área, avaliando planeando e intervindo com a criança/jovem com MD, contudo, esta implementação necessita da colaboração de outros profissionais, por exemplo: a participação do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional poderão dar boas indicações sobre questões de posicionamento e de formas de acesso ao sistema de CAA, docentes de ensino regular e de educação especial podem colaborar no que respeita ao vocabulário e à adaptação de conteúdos que facilitem a utilização de CAA em sala de aula e assistentes operacionais podem promover oportunidades comunicativas e motivar a utilização da CAA nas rotinas básicas no contexto escolar (horas de refeição, intervalos entre aulas) (American Speech-Language-Hearing Association, 2022a). Em contexto escolar, para além das funções mencionadas anteriormente, o terapeuta da fala deverá conduzir a avaliação em equipa da criança/jovem com MD que necessita de CAA no espaço escolar envolvendo-a e à sua família neste processo, testar o uso de CAA verificando e analisando a reação da criança/jovem à mesma, favorecer o uso de CAA para comunicar nos vários espaços escolares, colaborar em reuniões de equipa e na elaboração de objetivos/metapas para planos de intervenção conjuntos relacionadas com a fala, linguagem, literacia e participação com recurso à CAA, garantir que as necessidades

do utilizador de CAA sejam atendidas por todos os membros da equipa escolar, sensibilizar a comunidade escolar e treinar os parceiros de comunicação para o uso de CAA e fornecer dados e documentação necessária para acompanhar a criança/jovem na fase de transição pós-escolar (American Speech-Language-Hearing Association, 2022a).

O sucesso da implementação de CAA depende do comprometimento de todos os parceiros de comunicação da criança/jovem com MD, pelo que o terapeuta da fala deverá ter ainda em conta tanto as competências e necessidades do utilizador como também as competências, necessidades e estilos de interação dos seus parceiros de comunicação, de forma a evitar possíveis comportamentos dominantes dos mesmos (e.g. dominar a maioria dos turnos de comunicação, interromper o utilizador, dar poucas oportunidades ao utilizador para comunicar) (Owens, 2014).

Apesar de não se encontrarem a trabalhar diretamente no contexto escolar, a família/cuidadores são fundamentais na intervenção com CAA (Amaral & Gil, 2008; American Speech-Language-Hearing Association, 2022c; Copley & Ziviani, 2007; De Bortoli et al., 2014; Dunst, 2002; Jansen, Van Der Putten, & Vlaskamp, 2016; O'Neill & Wilkinson, 2020; Pereira, 2008a; Saramago et al., 2004). Estes devem ser incluídos logo no início deste processo, pois detêm um papel fulcral enquanto participantes ativos, contribuindo nos processos de avaliação e de intervenção dando informações sobre o funcionamento da criança/jovem, sobre as atividades da sua preferência e rotinas diárias, sobre a interpretação do seu comportamento e acerca de possíveis diferenças culturais da realidade do contexto familiar (American Speech-Language-Hearing Association, 2022d; Jansen et al., 2016; Pereira, 2008a; Saramago et al., 2004). Esta parceria educativa (profissionais e família) revela-se importante para o conhecimento da criança/jovem com MD ao mesmo tempo que permite estabelecer uma relação de confiança e de cooperação entre pais/cuidadores e profissionais, privilegiando a noção das necessidades e dificuldades das famílias e permitindo uma resposta adequada e atempada (Amaral & Gil, 2008; Pereira, 2018). É importante referir que esta parceria educativa vai ao encontro da perspetiva ecológico-sistémica de Bronfenbrenner, onde é ressaltada a relevância dos contextos nos diversos níveis do sistema, a sua interinfluência e a reciprocidade das relações no desenvolvimento (Bronfenbrenner, 2011), tendo em vista a facilitação do desenvolvimento da criança/jovem e o bem-estar da sua família/seus cuidadores (Breia, Almeida & Colôa, 2004 citados por Amaral & Gil, 2008). Na intervenção com a família,

o terapeuta da fala tem um papel preponderante, pois poderá instruí-los no sentido de aumentar os seus conhecimentos e competências no uso de CAA, através de partilha, modelagem, monitorização e feedback constantes, nunca descurando a empatia perante as necessidades e nível de conforto da família para com a CAA (Light & Drager, 2005). Com a família, o terapeuta da fala deverá planear em conjunto a integração da CAA no contexto domiciliário, identificar possíveis oportunidades comunicativas nesse contexto, modelar o SAAC, ensinar a esperar e a antecipar a comunicação da criança/jovem com MD e ensinar a responder às tentativas de interação da criança/jovem com MD atribuindo-lhes significado (Light & Drager, 2005).

Todos os elementos da equipa devem ser incluídos nas tomadas de decisão pois, quando esta premissa não se verifica, vários fatores negativos surgem afetando a intervenção com CAA, como por exemplo: a não inclusão de pais/cuidadores (e em determinadas situações o próprio utilizador de CAA) faz com que os profissionais não tenham acesso a informação pertinente para a intervenção, não exista um sentimento de “pertença” por parte do utilizador de CAA e pais/cuidadores pois a intervenção não tem em conta a sua concordância/opinião, perda de confiança nos profissionais que desenvolvem a intervenção em CAA (independentemente da qualidade da mesma) e não há espaço/oportunidades para a aprendizagem por parte dos pais/cuidadores como membros efetivos da equipa de intervenção em CAA; no caso de exclusão de alguns profissionais como membros efetivos da equipa, as repercussões são semelhantes às descritas anteriormente, pois cada profissional detém conhecimentos específicos sobre os ambientes naturais da intervenção com CAA com a criança/jovem, contribuindo para as decisões da equipa, pelo que o seu envolvimento é essencial para evitar problemas futuros (Beukelman & Mirenda, 2010).

Assim, para uma implementação de CAA bem-sucedida com crianças/jovens com MD, a equipa deve trabalhar de forma colaborativa, onde cada elemento irá contribuir com o seu conhecimento específico, juntando-se esses conhecimentos/informação como um todo, garantindo-se o estabelecimento de uma intervenção comum e adaptada às necessidades da criança/jovem. No que respeita à intervenção com TA, onde a CAA representa uma modalidade específica de TA como já referido anteriormente, a literatura indica que as equipas devem ter em conta os seguintes aspetos essenciais: colaboração entre os profissionais da equipa, envolvimento da família, adoção de procedimentos de avaliação

inicial sistemáticos e abrangentes, estabelecimento de objetivos e planificação e avaliação detalhada (Copley & Ziviani, 2007). Para além destes aspetos, o sucesso da intervenção com CAA na criança/jovem com MD também se encontra dependente de fatores como o conhecimento, habilidade e atitudes dos profissionais, da existência de equipamento e recursos adequados, de financiamento e de disponibilidade no que respeita ao tempo (Copley & Ziviani, 2007).

A questão relacionada com a formação da equipa tem vindo a ser destacada pela literatura, devido à importância da preparação dos profissionais para ficarem aptos a responderem às necessidades individuais da criança/jovem com MD, prestando-lhes atenção e apoio individualizados e otimizando as suas oportunidades de aprendizagem (Correia, 2017; Pereira, 2008a). Para von Tetzchner & Martinsen (2000), a formação dos profissionais é imprescindível para a intervenção com SAAC, uma vez que a maioria dos profissionais detém uma experiência de trabalho ainda reduzida com utilizadores de SAAC, não possuindo ou possuindo poucos conhecimentos de CAA. A formação da equipa deverá ter alguma regularidade e incluir diversos aspetos da intervenção com CAA como avaliação do futuro utilizador, implicações que as suas características individuais podem ter na interação comunicativa, origem da CAA, pressupostos teóricos da intervenção em comunicação e sobre o modo como o SAAC é construído e os motivos que podem levar a uma determinada escolha (von Tetzchner & Martinsen, 2000). A formação deve abranger todos os profissionais que acompanham a criança/jovem com MD destacando-se a relevância da mesma nos assistentes operacionais visto que, em contexto escolar, muitas vezes são estes profissionais que passam a maior parte do tempo a acompanhar as crianças/jovens nas tarefas diárias, acabando por ter mais oportunidades para estabelecer interações comunicativas, no entanto, são o grupo que raramente recebe formação e/ou supervisão (von Tetzchner & Martinsen, 2000).

Em contexto escolar, para além dos profissionais já mencionados e pais/cuidadores, também os especialistas em TA e a direção dos agrupamentos de escolas/escolas não agrupadas podem ter alguma influência no desenvolvimento de uma intervenção em CAA com sucesso apesar de não intervirem diretamente com o utilizador (American Speech-Language-Hearing Association, 2022a). Isto deve-se ao facto de estes elementos poderem tomar decisões importantes nomeadamente no apoio aos dispositivos eletrónicos como a programação e manutenção (especialistas em TA) e na gestão de horário de trabalho e

competências delegadas aos profissionais na escola (direção dos agrupamentos de escolas/escolas não agrupadas).

Quanto mais cedo a implementação de CAA ocorrer em contexto escolar, mais e melhores oportunidades de aprendizagem o seu utilizador terá (Radici, Heboyan, Mantovani, & De Leo, 2019).

1.2.5. Avaliação e intervenção em CAA: Modelo de Participação

A avaliação e a intervenção no âmbito da CAA constituem um passo de extrema importância na implementação destes sistemas em crianças/jovens com MD.

O modelo de participação de Beukelman e Mirenda (2010) constitui-se como uma base organizativa para a avaliação em CAA para os profissionais, permitindo-lhes fazer avaliações estruturadas, consistentes e sistemáticas. A abordagem holística deste modelo leva a que os profissionais tenham nele um guia orientador para o processo de tomada de decisão e para a intervenção com CAA, uma vez que se baseia nos requisitos necessários para a participação funcional de crianças sem patologias da mesma idade cronológica de futuros utilizadores de CAA (Beukelman & Mirenda, 2010). Isto permite que possam ser determinadas as interações comunicativas mais importantes e a melhor forma para que o utilizador de CAA possa ser eficiente nas mesmas. Para se verificar esta premissa, o modelo de participação conta com quatro áreas principais: os padrões de comunicação de participação, as barreiras para a participação na comunicação, a eficácia das estratégias anteriores para a participação e as potenciais novas estratégias para reforçar a participação (Beukelman & Mirenda, 2010).

Devido à sua importância no campo da CAA, o modelo de participação (Figura 3) tem vindo a ser referenciado na literatura por vários autores como um passo essencial na avaliação e intervenção em CAA (Afonso et al., 2019; Dietz, Quach, Lund & McKelvey, 2012; Fishman, 2011; Lund, Wendy, Weissling, McKelvey & Dietz, 2017).

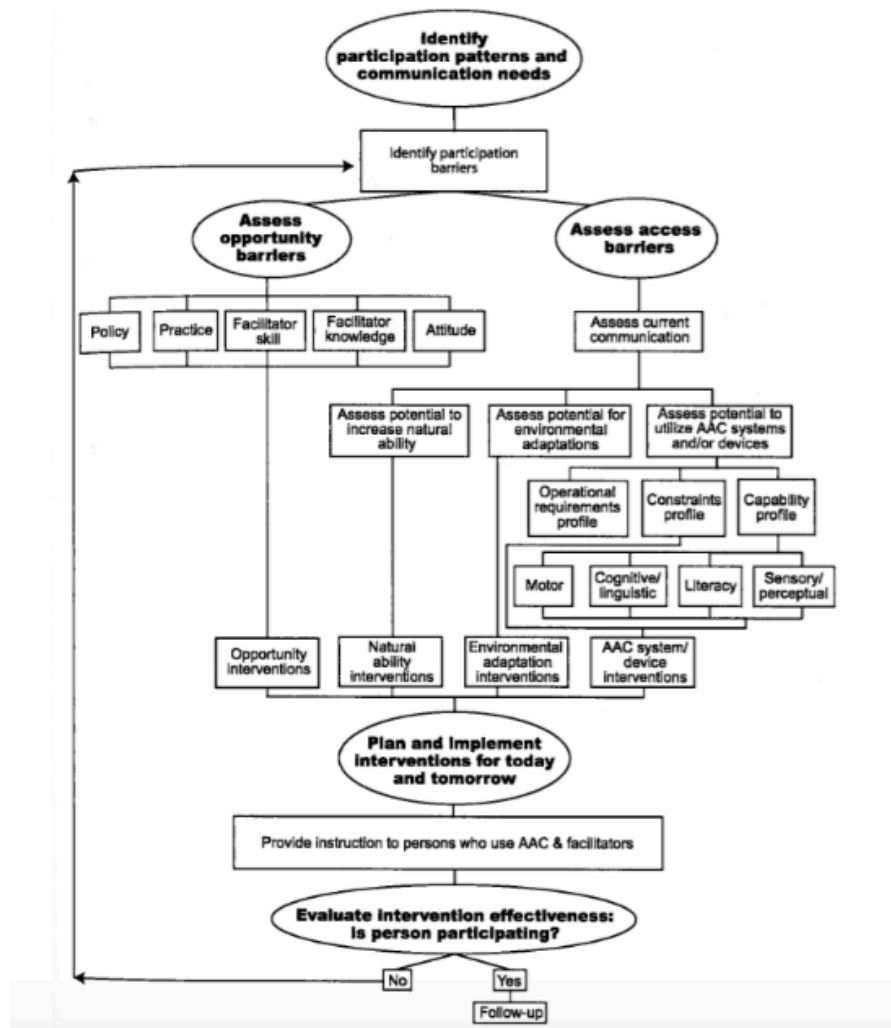


Figura 3. Modelo de Participação de Beukelman e Mirenda (2010).

O modelo de participação é uma mais-valia para a implementação de CAA, uma vez que o mesmo considera a identificação de possíveis barreiras à comunicação (oportunidades e acesso), permitindo identificá-las e criar um planeamento para o utilizador de CAA superar essas barreiras numa perspetiva a longo termo, tendo como principal objetivo a participação plena do utilizador de CAA nos seus contextos. Para além deste aspeto, o modelo de participação propõe a reflexão sobre a eficácia da intervenção em CAA no sentido de se verificar se há participação do utilizador de CAA, promovendo o follow-up da sua situação em caso afirmativo ou reavaliando a situação do utilizador em caso negativo (American Speech-Language-Hearing Association, 2022a; Beukelman & Mirenda, 2010).

Ainda dentro desta temática, é de assinalar a importância de orientações/*guidelines* para a avaliação e intervenção com CAA por parte de instituições internacionais que

pretendem incentivar boas práticas neste âmbito, com base em evidências científicas, e difundir junto de profissionais e pais/cuidadores as mesmas de forma a avaliar e a facilitar as tomadas de decisão em CAA (Speech-Language & Audiology Canada, 2015; Speech Pathology Australia, 2020). Também é de salientar a importância da existência de orientações/*guidelines* para colmatar as necessidades comunicativas em pessoas com deficiências severas, que também focam a CAA como uma competência essencial às equipas de profissionais de forma a que possam potenciar ao máximo a comunicação funcional dessas pessoas (American Speech-Language-Hearing Association, 2021).

1.3. Percepções de profissionais e pais/cuidadores de crianças/jovens com MD

A intervenção com CAA em crianças/jovens com MD é uma etapa importante nas suas vidas uma vez que é esta a ferramenta que lhes irá permitir transmitir necessidades, pensamentos e ideias e, por conseguinte, contribuir favoravelmente para as suas aprendizagens, autonomia, participação e qualidade de vida. No entanto, apesar de documentada na literatura a sua importância, nem sempre esta intervenção é bem-sucedida ou apresenta resultados a longo prazo.

Afonso et al. (2019), numa análise à avaliação da eficácia em intervenções com CAA com crianças/jovens com MD, verificaram que um dos aspetos mais relevantes para constatar a eficácia de uma intervenção em CAA é o levantamento de percepções. Estudos realizados com o objetivo de recolher as percepções de pais e profissionais enaltecem a relevância das mesmas, uma vez que permitiram aos investigadores tirar conclusões sobre as competências comunicativas dos utilizadores, vantagens/benefícios, barreiras/constrangimentos e efeitos da instrução de CAA nos parceiros de comunicação (Bailey, Parette, Stoner, Angell, & Carroll, 2006; Bailey, Stoner, Parette, & Angell, 2006; Bortagarai & Ramos, 2012; De Bortoli, Arthur-Kelly, Mathisen, & Balandin, 2014; O'Neill & Wilkinson, 2020).

Uma vez que este ponto é o de maior destaque para o presente estudo, dado que o tema incide sobre as percepções de pais/cuidadores e profissionais quanto ao uso de CAA, em seguida serão destacados os principais achados na literatura nesta temática.

1.3.1. Benefícios/vantagens no processo de implementação de CAA

Na literatura, várias vantagens/benefícios foram enumeradas por pais e profissionais. Dos estudos analisados, denotam-se semelhanças entre as percepções de ambos no âmbito da intervenção com CAA. Os diferentes fatores encontrados serão expostos seguidamente.

No que respeita ao contexto, as vantagens/benefícios na implementação de CAA relacionam-se com a utilização bem-sucedida de SAAC (alta e baixa tecnologia) em domicílio com os pais, nas atividades familiares (jogos, brincadeiras e refeições) (O'Neill & Wilkinson, 2020). O aumento da comunicação entre contextos (escola e vocacional) também foi referida por pais como um fator positivo na utilização de SAAC (Bailey, et al., 2006a). O facto de a utilização de dispositivos de SAAC em sala de aula permitir ao utilizador gravar o seu trabalho, comunicar e participar nas atividades desse contexto, também foi apontado como um ponto favorável (O'Neill & Wilkinson, 2020). Quanto maior for a eficiência no uso de SAAC, mais favorecida está a utilização em múltiplos contextos (Bailey, et al., 2006b).

Quanto aos parceiros de comunicação, pais e profissionais consideraram como positivo a utilização do SAAC com outros membros que não a família mais próxima (avós, outros parentes e prestadores de cuidados de saúde ao domicílio) (Bailey et al., 2006a; O'Neill & Wilkinson, 2020). Outro fator de sucesso, é a utilização de estratégias de interação eficazes pelos parceiros de comunicação, uma vez que facilitam a utilização de SAAC pela criança/jovem (O'Neill & Wilkinson, 2020). Num estudo de percepções de fisioterapeutas, estes profissionais consideraram como facilitador a melhoria do vínculo entre utilizador de SAAC e o profissional quando o SAAC é utilizado em sessão (Bortagarai & Ramos, 2013).

Na opinião dos pais, os SAAC de alta tecnologia facilitam o envolvimento e captam melhor a atenção dos pares dos utilizadores de CAA para as interações comunicativas (O'Neill & Wilkinson, 2020), sendo por este motivo um bom preditor do sucesso da utilização de CAA. Ainda relativamente às características do SAAC, tanto pais como profissionais consideram como facilitadores o dispositivo de SAAC permitir ao utilizador aceder a múltiplas funções e recursos como controlo do ambiente, jogos e atividades de lazer, programas, internet, diferentes línguas e outras ferramentas de comunicação (por

exemplo, e-mail), tornando-a mais apelativa e aumentando a motivação e a participação do utilizador (O'Neill & Wilkinson, 2020). Também deverá ser de fácil acesso, permitindo que o utilizador aceda ao SAAC de forma precisa e independente, servir múltiplas funções comunicativas, ser usado em vários contextos, facilmente programável, ser adaptável, flexível e acessível e permitir mudança de vocabulário ou mensagens de acordo com as necessidades do utilizador (Bailey et al., 2006b; Johnson et al., 2006). Outro fator positivo mencionado é a facilidade na sua manutenção (Bailey et al., 2006a) bem como a implementação de múltiplos sistemas ou modalidades com o utilizador de SAAC (Johnson et al., 2006).

Relativamente ao suporte/apoio, tanto pais como profissionais enumeraram vários benefícios da intervenção com CAA. Para os profissionais, o apoio por parte de especialistas em TA é um claro facilitador para a utilização de um SAAC a longo prazo (Johnson et al., 2006). Este fator também é referido pelos pais, contudo, na sua opinião, a colaboração dos profissionais da equipa escolar, incluindo-os no processo, faz os pais sentirem-se incluídos, respeitados e aumenta os seus conhecimentos em relação ao seu filho/filha utilizador de CAA (Bailey et al., 2006a), sendo um facilitador de elevada importância. Esta colaboração feita de forma adequada e positiva, gera outras vantagens na implementação de CAA como o assumir de uma posição de destaque no processo de implementação de SAAC pelos pais/cuidadores para com os seus filhos (participar na escolha de tecnologias adequadas às características da criança/jovem, fornecer informações importantes aos profissionais, constituírem-se como parceiros) (O'Neill & Wilkinson, 2020). O envolvimento dos pais leva-os a sentirem-se como responsáveis no processo de compreensão da implementação de SAAC, como parceiros de comunicação e no apoio aos seus filhos no uso de CAA (por exemplo, na adequação de estratégias de comunicação, na modelação do dispositivo de SAAC) (Bailey et al., 2006b; O'Neill & Wilkinson, 2020). Na opinião dos pais, a colaboração não só apenas da equipa, mas também de irmãos, parentes e membros da comunidade é importante principalmente na interação com o utilizador (Bailey et al., 2006a). A existência de suporte aos pais/cuidadores de outras famílias com crianças/jovens utilizadores CAA, de serviços de assistência domiciliar, blogues e grupos de suporte (Johnson et al., 2006; O'Neill & Wilkinson, 2020) é uma vantagem para a implementação de CAA. Outro benefício referido por profissionais é a existência de um contrato entre o utilizador de CAA e

família e a equipa transdisciplinar onde é estabelecido o papel e as funções de cada elemento (Johnson et al., 2006).

Como benefícios diretamente relacionados com o utilizador, pais/cuidadores consideraram que o aumento/desenvolvimento de competências comunicativas, sociais e pragmáticas do utilizador a partir da utilização de SAAC é um facilitador, bem como o uso de estratégias pelo mesmo para aumentar a sua eficiência comunicativa (Bailey et al., 2006a; O'Neill & Wilkinson, 2020). Afirmaram ainda que o envolvimento de irmãos, parentes e membros da comunidade, mostrando interesse no SAAC e respeito pelo utilizador, dando tempo e paciência para que o mesmo possa comunicar, é uma vantagem para a intervenção, bem como o aumento de oportunidades comunicativas do utilizador de SAAC (Bailey et al., 2006a). Ainda relacionados com o utilizador, os profissionais destacam como vantagens na implementação de CAA a existência de um sentido de “pertença” do SAAC tanto pelo seu utilizador como pelos seus parceiros de comunicação (Bailey et al., 2006b; Johnson et al., 2006), a valorização do SAAC pelo seu utilizador e parceiros de comunicação como uma forma efetiva de comunicação (Johnson et al., 2006), o experienciar de sucesso nas interações com o SAAC pelo utilizador, a independência no manuseio do SAAC pelo utilizador, as melhorias no comportamento do utilizador com o uso de SAAC, a adaptação de métodos de intervenção adequados (Bailey et al., 2006b; Radici et al., 2019), a adequação do SAAC às características cognitivas e físicas do utilizador e a existência de uma noção real das habilidades para a comunicação e das capacidades do SAAC pelo próprio utilizador e pais/cuidadores (Johnson et al., 2006). Especificamente os professores que fizeram parte integrante no estudo adicionaram como benefícios o aumento da eficiência no uso do SAAC pelo utilizador que faz com que haja menos necessidade de o professor estar perto dele para o apoiar tornando o ensino mais efetivo, o uso do SAAC regularmente nas atividades de sala de aula pelo professor, a existência de maior facilidade no estabelecimento de planos de intervenção, objetivos e adaptação de atividades ao nível da comunicação (Bailey et al., 2006b).

Quanto aos conhecimentos/formação sobre CAA, os profissionais do contexto escolar que têm conhecimentos sobre o SAAC e que o conseguem modelar, adicionar vocabulário e garantir o seu bom funcionamento constituem um bom suporte para o utilizador na perspetiva dos pais (O'Neill & Wilkinson, 2020). Os profissionais creem que um bom

facilitador neste processo é a transferência de conhecimentos e treino de competências entre os diferentes membros da equipa transdisciplinar, o que favorece a utilização de CAA (nomeadamente, é destacado o papel do terapeuta da fala no ensino de competências nesta área) (Bailey et al., 2006b; Bortagarai & Ramos, 2013; Johnson et al., 2006). A ocorrência de treino para novos parceiros de comunicação, incluindo nas transições entre contextos, é também um fator de sucesso (Johnson et al., 2006).

No que respeita ao fator “tempo”, a existência de disponibilidade ao nível de tempo por parte dos profissionais e pais para manter o SAAC operacional é o facilitador indicado (Johnson et al., 2006).

1.3.2. Constrangimentos/barreiras na implementação de CAA

No que respeita às barreiras/constrangimentos associados ao contexto, os pais/cuidadores afirmaram que detêm dificuldades em utilizar SAAC em rotinas diárias de cuidados de manhã e ao deitar, especialmente nos casos em que o SAAC se encontra acoplado a outros dispositivos como cadeira de rodas (não é um dispositivo portátil) (O’Neill & Wilkinson, 2020). Já os profissionais afirmam que é difícil a implementação de SAAC em contexto de sala de aula (Bailey et al., 2006b).

Os parceiros de comunicação podem apresentar barreiras à implementação de CAA, pois nem sempre são capazes de providenciar o tempo necessário para a resposta do utilizador (O’Neill & Wilkinson, 2020), respondem de forma inconsistente às mesmas mensagens (Johnson et al., 2006) e por vezes há ausência de resposta (Beukelman & Mirenda, 2010), utilizam o SAAC de formas diferentes e nem sempre criam oportunidades para o utilizador participar em interações com o SAAC (Johnson et al., 2006). Quando os parceiros de comunicação são próximos do utilizador, o facto de já o conhecerem bem e compreenderem a sua comunicação não-verbal desvaloriza a utilização de SAAC (Bailey et al., 2006a; Bailey et al., 2006b; Bortagarai & Ramos, 2013; Johnson et al., 2006). Por vezes, surgem também crenças/percepções por parte dos parceiros de comunicação que, ao usar o SAAC, a criança/jovem não desenvolve a fala (Bortagarai & Ramos, 2013; De Bortoli et al., 2014).

As características dos instrumentos de SAAC podem constituir-se como constrangimentos, principalmente quando há limitações nos dispositivos de SAAC de alta tecnologia. Tanto pais como profissionais apontaram como barreiras: a programação não ser intuitiva e levar muito tempo, as dificuldades do utilizador em aceder a alguns recursos, as dificuldades em encontrar software e jogos para algumas tecnologias (por exemplo, controlo pelo olhar), não servirem as necessidades do utilizador, o design físico do dispositivo não permitir que o utilizador mantenha contacto ocular com o parceiro de comunicação, o tamanho e peso do dispositivo, a fraca durabilidade, o método de acesso ao dispositivo requerer muito esforço e ser ineficaz, haver necessidade de posicionamento e precisão minuciosas do utilizador para aceder ao SAAC (por exemplo, em dispositivo de controlo pelo olhar) e haver falhas na tecnologia (bloqueios e lentidão) (Bailey et al., 2006a; Bailey et al., 2006b; Beukelman & Mirenda, 2010; O'Neill & Wilkinson, 2020). Também são barreiras o fraco design do sistema (Douglas, West, & Kammes, 2020), o facto de o sistema ser demasiado simples ou demasiado complexo para o utilizador, as mudanças do SAAC serem muito bruscas e não permitem tempo para treino e transição (Johnson et al., 2006). Quando o dispositivo de SAAC tem saída de voz, pais/cuidadores referem que as mensagens nem sempre surgem de forma correta, dificultando as interações comunicativas do utilizador (Bailey et al., 2006a). Outras barreiras dizem respeito ao vocabulário incluído no SAAC não servir as necessidades de vida diária do utilizador nem servir uma variedade de funções comunicativas (Johnson et al., 2006), não permitindo que o utilizador dê continuidade a uma conversa com o parceiro de comunicação (Bailey et al., 2006a) e o uso inapropriado do SAAC para servir apenas uma função comunicativa (Johnson et al., 2006).

Relativamente ao suporte/apoio/colaboração, a falta de suporte técnico para resolução de problemas relacionados com o dispositivo de CAA (Beukelman & Mirenda, 2010; Douglas et al., 2020; Johnson et al., 2006), as lacunas na comunicação entre pais e escola (De Bortoli et al., 2014), os processos de decisão em CAA centrados nos profissionais em vez de centrados nas famílias/cuidadores/utilizadores (Beukelman & Mirenda, 2010; De Bortoli et al., 2014) e a falta de passagem de informação entre professores entre anos letivos (De Bortoli et al., 2014) constituem-se como fatores de abandono na intervenção com CAA. Quanto à equipa, outros fatores que os profissionais mencionaram como barreiras são o número elevado de casos acompanhados pelos mesmos, o que diminui o tempo para se dedicarem ao estudo e acompanhamento de crianças/jovens com NCC

(Bortagarai & Ramos, 2013; De Bortoli et al., 2014; Douglas et al., 2020), a crença de que o terapeuta da fala é o profissional que deve intervir sobre as competências comunicativas sozinho (De Bortoli et al., 2014), a escassez de profissionais (nomeadamente, terapeutas da fala) para dar resposta aos alunos com NCC (De Bortoli et al., 2014) e a falta de envolvimento da família/cuidadores nas decisões relacionadas com o processo de implementação de SAAC (Bailey et al., 2006b). Os pais acrescentam ainda a falta de envolvimento dos profissionais como fator de abandono de CAA, referindo-se à situação particular em que há apenas um profissional que decide, não envolvendo os outros elementos da equipa (Bailey et al., 2006a) e a falta de crença dos profissionais nas crianças/jovens e hesitação na recomendação de estratégias e tecnologias apesar do interesse demonstrado pelos pais (O'Neill & Wilkinson, 2020).

No que concerne ao utilizador, as barreiras encontradas na literatura referem-se às competências motoras do utilizador que poderão dificultar o acesso ao SAAC (por exemplo, espasticidade, lacunas no controlo motor e na motricidade fina) (O'Neill & Wilkinson, 2020), às dificuldades em compreender comportamentos comunicativos de crianças/jovens com NCC, nível de espontaneidade e resposta limitada e progressos demorados no que respeita a competências comunicativas (De Bortoli et al., 2014), ao utilizador sentir-se mais independente ao usar sistemas sem ajuda, à deterioração do seu estado de saúde, à preferência da criança/jovem em utilizar meios de comunicação mais simples, à falta de oportunidades para utilização do SAAC que a criança/jovem experiencia, à sensação por parte do utilizador que o SAAC não é socialmente reforçador e que não é aceite socialmente ou reforçado dentro do grupo de pares e ao facto de o SAAC não ser modificado de acordo com os progressos ou retrocessos do utilizador no âmbito da comunicação (Johnson et al., 2006). As mudanças que poderão ocorrer ao longo da vida (mudanças de casa, de escola) transmitem aos pais/cuidadores uma sensação de “começar de novo” todo o processo de implementação de SAAC (O'Neill & Wilkinson, 2020) constituindo assim uma barreira para este processo, bem como as discrepâncias entre expectativas e competência real do utilizador (Johnson et al., 2006) e as discrepâncias entre objetivos/percepções de pais e profissionais para com o utilizador (Bailey et al., 2006a; Bailey et al., 2006b).

No âmbito do conhecimento/formação a literatura menciona que os profissionais consideram que os pais/cuidadores não detêm conhecimentos necessários sobre

funcionamento e potencial do SAAC para o implementar em casa (Bailey et al., 2006b). Outros fatores de abandono de CAA relacionam-se com a falta de treino ou treino inadequado de competências relacionadas com CAA dos profissionais (Bailey et al., 2006b; De Bortoli et al., 2014; Douglas et al., 2020; Johnson et al., 2006; Radici et al., 2019), a falta de conhecimento ou conhecimento limitado dos profissionais sobre CAA (Bortagarai & Ramos, 2013; De Bortoli et al., 2014; Douglas et al., 2020), a falta de financiamento para formações de treino de competências em CAA e para aquisição de dispositivos (De Bortoli et al., 2014; Douglas et al., 2020), as dificuldades em acompanhar a evolução dos diferentes sistemas de CAA e a investigação em CAA (Douglas et al., 2020) e as lacunas no treino para parceiros de comunicação/pais e de utilizadores no que respeita à manipulação do SAAC e sua manutenção (Beukelman & Mirenda, 2010; Johnson et al., 2006; O'Neill & Wilkinson, 2020).

O fator “tempo” tem um peso significativo na intervenção com CAA. As lacunas relacionadas com o tempo têm vindo a ser descritas na literatura pelos profissionais como barreiras quando há: falta de tempo para colaboração entre membros da equipa, com profissionais de outras instituições, para avaliar e reavaliar, para manter o SAAC operacional e para programar/preparar materiais (Bailey et al., 2006b; Johnson et al., 2006), falta de tempo para colaborar com os pais (Bailey et al., 2006b) e falta de tempo para treinar e apoiar os utilizadores (por exemplo, follow-up) (Bailey et al., 2006a; Bailey et al., 2006b; Beukelman & Mirenda, 2010; De Bortoli et al., 2014; Johnson et al., 2006; Moorcroft et al., 2018), sendo esta última premissa partilhada também pelos pais/cuidadores. A falta de tempo por parte dos pais para responder ao compromisso relacionado com o SAAC e o tempo de reparação longo quando há avarias no SAAC foram barreiras enumeradas por pais/cuidadores (Bailey et al., 2006a).

Um último fator relacionado com as condições atmosféricas (por exemplo, chuva ou luz solar) e superfícies irregulares foi considerado como uma barreira à implementação de SAAC em vários contextos da comunidade por pais/cuidadores (O'Neill & Wilkinson, 2020).

Para finalizar, alguns autores consideram que determinados fatores/características podem constituir-se tanto como benefícios ou barreiras à implementação de CAA dependendo da influência que possa ter nas atitudes dos envolvidos. O'Neill e Wilkinson (2020) e

Moorcroft et al. (2018) fazem referência às atitudes e comportamentos dos parceiros de comunicação como fatores que podem ser facilitadores ou barreiras (dependendo da posição que o parceiro de comunicação adote perante o utilizador de SAAC, como já explicitado nos pontos anteriores). As atitudes dos professores e pais também se constituem como facilitadores ou barreiras. De Bortoli et al. (2014) afirmaram que pode haver resistência por parte dos professores à intervenção em comunicação, não se mostrando interessados na aplicação de estratégias comunicativas. Os mesmos autores consideram que a colaboração com pais nem sempre corre bem pois, dependendo do número de compromissos profissionais, o seguimento das orientações para a comunicação dos seus filhos pode não ser uma prioridade.

As características da criança/jovem, no que respeita a fatores relacionados com cognição, atenção, memória, motivação e “autodefesa”, também podem ter influências positivas ou negativas na intervenção com CAA (O’Neill & Wilkinson, 2020).

A posição dos diretores e política das escolas também podem ser fatores de sucesso ou de abandono de CAA dado que podem promover ou não oportunidades e suporte nas NCC (De Bortoli et al., 2014). A atitude dos diretores pode influenciar a intervenção em comunicação, a colaboração entre profissionais, a existência de um horário flexível para trabalhar comunicação e o financiamento para materiais/formação (De Bortoli et al., 2014).

1.3.3. Estratégias facilitadoras na implementação de CAA

Em CAA, a utilização de estratégias é outro passo extremamente importante para a intervenção com crianças/jovens com MD, pois é a partir da sua utilização que os profissionais a conseguem implementar. Existem estratégias de intervenção que podem ser consideradas de carácter mais geral, no contexto mais alargado da delineação da intervenção, e outras de carácter mais específico, que se referem ao contexto de interação que se estabelece entre parceiros de comunicação (face a face). São exemplos de estratégias mais específicas a sobreinterpretação estruturada, a comunicação total, a espera estruturada, cadeias de construir-interromper, dupla escolha, entre outras (von Tetzchner & Martinsen, 2000). Neste trabalho, o foco irá incidir sobre as estratégias de

implementação de CAA de caráter mais geral, pelo que as mesmas serão abordadas seguidamente com maior detalhe.

O recurso às rotinas da criança/jovem com MD, implementando a CAA nas suas atividades diárias nos seus principais contextos de vida revela-se uma mais-valia, bem como a criação de rotinas preditivas e estruturadas nesses mesmos contextos, uma vez que favorecem a ocorrência de um maior número de oportunidades comunicativas e, por conseguinte, uma maior frequência da necessidade de utilizar CAA (Beukelman & Mirenda, 2010; Bricker et al., 2015; Clarke et al., 2016; Collier et al., 2010; De Bortoli et al., 2014; Dunst et al., 2012; Goldbart et al., 2014; Light & McNaughton, 2014, 2015; Pereira, 2008a; Saramago et al., 2004; Simacek et al., 2018; von Tetzchner & Martinsen, 2000).

No ponto de vista do utilizador, são tidas como estratégias fundamentais as suas necessidades participativas e comunicacionais nos seus diferentes contextos com as devidas adaptações, os seus interesses no que se refere às suas atividades de preferência e os objetos de referência para o próprio, sendo também importante o foco nos seus pontos fortes face aos seus pontos fracos. Todos estes fatores contribuem para a motivação da criança/jovem com MD para iniciar/estabelecer interações comunicativas, favorecendo o uso do sistema de CAA (Beukelman & Mirenda, 2010; Clarke et al., 2016; De Bortoli et al., 2014; Goldbart et al., 2014; Light & McNaughton, 2015; Pereira, 2008a; Saramago et al., 2004; Simacek et al., 2018; von Tetzchner & Martinsen, 2000).

O uso do brincar adaptado e a utilização de calendários de rotinas e de atividades com recurso a signos são outras estratégias referidas pelos autores pela sua relevância na implementação de CAA com crianças com NCC (American Speech-Language-Hearing Association, 2022a; Beukelman & Mirenda, 2010; von Tetzchner & Martinsen, 2000).

No que respeita aos parceiros de comunicação, as estratégias baseiam-se na sensibilização e no treino de parceiros de comunicação por parte dos profissionais, de forma a que esses parceiros sejam capazes de reconhecer comportamentos comunicativos não simbólicos do utilizador e a interpretação e resposta consistente perante esses mesmos comportamentos, mantendo interações comunicativas mais prolongadas com a criança/jovem com MD (Beukelman & Mirenda, 2010; De Bortoli et al., 2014; Johnson

et al., 2006; Kent-Walsh & McNaughton, 2005; Kent-Walsh et al., 2015; Light & McNaughton, 2015; von Tetzchner & Martinsen, 2000).

O trabalho em equipa, para além de constituir um benefício ao processo de implementação de CAA (como anteriormente mencionado), também é visto como uma estratégia facilitadora na intervenção em CAA tanto para estudo da acessibilidade de produtos de apoio, bem como na inclusão de profissionais e família como uma mais valia neste processo (American Speech-Language-Hearing Association, 2022a, 2022d; Beukelman & Mirenda, 2010; von Tetzchner & Martinsen, 2000).

Capítulo II – Método

Neste capítulo, serão refletidos os diferentes aspetos tidos em consideração quanto aos métodos adotados para a presente investigação, identificando-se o tipo de estudo, as suas questões e objetivos de investigação, participantes, materiais utilizados e os procedimentos realizados ao longo do mesmo.

2.1. Tipo de estudo

A presente investigação tem um carácter observacional e descritivo pretendendo estudar um fenómeno de interesse numa população, descrevendo a distribuição de variáveis (Bowling, 2004; Pocinho, 2012). Apresenta ainda um carácter correlacional uma vez que quantifica, a partir de provas estatísticas, a relação entre duas ou mais variáveis e indica o sentido das relações e o grau de dependência entre as variáveis (Vilelas, 2020). Também se considera transversal, dado que todas as medições foram feitas num único momento, sendo este indicado para descrever características da população: variáveis e seus padrões de distribuição (Pocinho, 2012). Considera-se ainda que a investigação tem um carácter misto, uma vez que, apesar de integrar uma forte componente quantitativa, e uma vez que se trata de uma recolha de percepções, esta é complementada por dados qualitativos, a partir de questões de resposta aberta constantes nos questionários.

2.2. Questões e objetivos de investigação

A finalidade desta investigação foi conhecer as percepções de elementos de equipas pluridisciplinares que exercessem funções ou que já tivessem exercido funções em contexto escolar com crianças/jovens com MD, bem como as dos seus principais cuidadores, visto que se constituem como os seus principais parceiros de comunicação.

Para atingir a finalidade acima mencionada, esta investigação contou com cinco questões orientadoras:

1 - Quais as percepções dos profissionais quanto ao uso de CAA com crianças/jovens com MD em contexto escolar?

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

2 - As características dos profissionais estão relacionadas com a percepção dos mesmos relativamente ao uso de CAA com crianças/jovens com MD em contexto escolar?

3 - Quais as percepções de pais/cuidadores quanto ao uso de CAA com crianças/jovens com MD?

4 - As características de pais/cuidadores estão relacionadas com a percepção dos mesmos relativamente ao uso de CAA com crianças/jovens com MD?

5 - Quais são as convergências e as divergências nas percepções dos profissionais e de pais/cuidadores quanto ao uso de CAA com crianças/jovens com MD?

A partir das questões de investigação formuladas, foram criados cinco objetivos gerais para este estudo, estando associados a cada um deles diferentes objetivos específicos, os quais se enumeram em seguida:

- 1 – Identificar as percepções dos profissionais relativamente ao uso de CAA com crianças/jovens com MD em contexto escolar;
 - 1.1. Identificar as percepções dos profissionais relativamente ao uso de CAA em contexto escolar por crianças/jovens com MD, no que se refere a benefícios/vantagens;
 - 1.2. Identificar as percepções dos profissionais relativamente ao uso de CAA em contexto escolar por crianças/jovens com MD, no que se refere aos constrangimentos/barreiras;
 - 1.3. Identificar as percepções dos profissionais relativamente ao uso de CAA em contexto escolar por crianças/jovens com MD, no que se refere a estratégias facilitadoras;
 - 1.4. Identificar as percepções dos profissionais relativamente às suas atitudes em relação a crianças/jovens com MD que usam CAA;
 - 1.5. Identificar as percepções de terapeutas da fala relativamente ao uso de CAA no que se refere a fatores de sucesso e de abandono.

2 – Identificar se as características dos profissionais estão relacionadas com a percepção dos mesmos relativamente ao uso de CAA com crianças/jovens com MD em contexto escolar;

- 2.1. Identificar se a percepção dos profissionais varia de acordo com a sua profissão;
- 2.2. Identificar se a percepção dos profissionais varia de acordo com a sua experiência profissional;
- 2.3. Identificar se a percepção dos profissionais varia de acordo com a sua experiência com CAA;
- 2.4. Identificar se a percepção dos profissionais varia de acordo com o seu conhecimento em CAA.

3 – Identificar as percepções de pais/cuidadores relativamente ao uso de CAA com crianças/jovens com MD;

- 3.1. Identificar as percepções de pais/cuidadores relativamente ao uso de CAA por crianças/jovens com MD, no que se refere a benefícios/vantagens;
- 3.2. Identificar as percepções de pais/cuidadores relativamente ao uso de CAA por crianças/jovens com MD, no que se refere aos constrangimentos/barreiras no uso de CAA;
- 3.3. Identificar estratégias facilitadoras ao uso de CAA com crianças/jovens com MD, por pais/cuidadores;
- 3.4. Identificar as percepções de pais/cuidadores relativamente às competências de crianças/jovens com MD para comunicar com os seus parceiros de comunicação.

4 – Identificar se as características de pais/cuidadores estão relacionadas com a percepção dos mesmos ao uso de CAA com crianças/jovens com MD;

- 4.1. Identificar se a percepção de pais/cuidadores varia de acordo com o seu grau de escolaridade;
- 4.2. Identificar se a percepção de pais/cuidadores varia de acordo com a sua experiência com CAA.

5 –Identificar as convergências e as divergências nas percepções dos profissionais e de pais/cuidadores relativamente ao uso de CAA com crianças/jovens com MD, especificamente em termos de benefícios/vantagens, constrangimentos/barreiras e estratégias que possam ser facilitadoras no âmbito da CAA.

2.3. Participantes

2.3.1. Critérios de seleção

A amostra deste estudo é não-casual por conveniência, uma vez que se selecionou uma amostra da população que se encontra acessível e facilmente disponível (Hill & Hill, 2016). Para este estudo, de âmbito nacional, os participantes que eram pretendidos podem ser agrupados em dois grupos. Um grupo de profissionais, constituído por elementos de equipas pluridisciplinares (docentes de ensino regular, docentes de educação especial, assistentes operacionais, terapeutas da fala, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e psicólogos), que acompanhassem ou já tivessem acompanhado diretamente crianças e jovens com MD em contexto educativo, e um segundo grupo de pais/encarregados de educação de crianças e jovens com MD, que se encontrassem a frequentar o contexto educativo.

Estes participantes deveriam cumprir os seguintes critérios de inclusão:

- Ter 18 anos ou mais de idade;
- Profissionais: - exercer ou já ter exercido funções em contexto educativo com crianças/jovens com MD;
- ter experiência profissional ou contacto com CAA;
- Pais/encarregados de educação: – serem pais/encarregados de educação de crianças/jovens com MD que frequentassem o contexto educativo, com idades entre os 6 e os 18 anos.

Os participantes considerados para este estudo eram capazes de dar o seu consentimento informado, livre e esclarecido, pelo que não se constituíram como indivíduos ou grupos vulneráveis.

2.3.2. Definição da amostra

Neste ponto será definida brevemente a amostra deste estudo, abordando-se a abrangência do mesmo e o número de questionários obtido para cada grupo de participantes.

Este estudo teve abrangência nacional, tentando-se alcançar o maior número de profissionais a exercer funções em contexto escolar com crianças/jovens com MD, bem como pais/cuidadores das mesmas.

No presente estudo participaram 204 profissionais. Após a realização de uma análise inicial dos dados cedidos pelos mesmos, 8 respostas não foram consideradas visto se tratarem de profissionais que não tinham experiência de trabalho em contexto escolar com crianças/jovens com MD, sendo este um dos critérios de inclusão no estudo. Assim, foram considerados válidos 196 questionários.

Para pais/cuidadores, obtiveram-se 52 questionários no total. No entanto, após confrontação com os critérios de inclusão estabelecidos, foram rejeitados 19 questionários: dois pelo facto da idade das crianças se encontrar abaixo dos 6 anos e 17 por questões relacionadas com o diagnóstico (tanto pela existência de diagnósticos que não se enquadram na MD (exemplo: perturbação do espectro do autismo, dislexia, perturbação de hiperatividade com défice de atenção) como pela inexistência de diagnóstico de MD). Assim, foram considerados válidos apenas 33 questionários de respondentes pais/cuidadores para este estudo.

2.4. Material

Neste ponto, serão enumerados os materiais usados neste estudo, nomeadamente, os questionários socioprofissional e sociodemográfico e os instrumentos de recolha de dados para profissionais e pais/cuidadores. Será realizada uma breve caracterização da sua constituição, público alvo, tipologia de cotação e dados psicométricos existentes.

O Quadro 1 expõe os instrumentos usados para cada grupo, bem como a organização dos KITS que os participantes tiveram de preencher.

KIT	Instrumentos que os constituem
Profissionais	Questionário socioprofissional; Escala APRCCA para profissionais; Questionário CAA: sucesso versus abandono para terapeutas da fala.
Pais/cuidadores	Questionário sociodemográfico; EIFTA-CAA38 para pais/cuidadores.

Quadro 1. Instrumentos de recolha de dados.

2.4.1. Questionários socioprofissional e sociodemográfico

Os questionários socioprofissional e sociodemográfico foram construídos de raiz pela investigadora, tendo as suas questões sido elaboradas pela mesma, com base na literatura da especialidade e no *feedback* das orientadoras. O objetivo destes questionários foi o de recolher dados para possibilitar a caracterização da amostra, incluindo também algumas questões de resposta aberta sobre o processo de implementação de CAA que vão ao encontro dos objetivos do presente estudo.

Questionário socioprofissional para o grupo de profissionais

O questionário socioprofissional foi criado para ser respondido pelos profissionais, sendo constituído por duas partes.

A primeira parte, relativa à caracterização socioprofissional, inclui questões relativas ao sexo, idade, grau de escolaridade, profissão, área geográfica onde exerce funções, número de anos de experiência profissional em contexto educativo, número de anos de experiência profissional no acompanhamento de crianças/jovens com MD e níveis de ensino em que acompanha/acompanhou alunos com MD.

A segunda parte refere-se ao âmbito da CAA e tem como questões a posse de conhecimentos relacionados com a CAA, em que contextos os mesmos ocorreram, número de anos de experiência profissional a utilizar CAA, frequência com que utiliza CAA em crianças/jovens com MD e três questões abertas com as quais se pretendeu recolher as percepções dos participantes relativamente a três principais vantagens, desvantagens e estratégias, quanto ao processo de implementação de CAA.

Questionário sociodemográfico para o grupo de pais/cuidadores

O questionário sociodemográfico foi desenvolvido para ser respondido por pais/cuidadores e, à semelhança do questionário socioprofissional, também é constituído por duas partes.

A primeira parte diz respeito à caracterização sociodemográfica e detém questões relativas ao sexo, idade, estado civil, nível de ensino concluído, profissão/trabalho e grau de parentesco com a criança/jovem.

A segunda parte remete para a caracterização da criança/jovem, englobando questões sobre sexo, idade, ano de escolaridade, patologia, grau de afetação de áreas do desenvolvimento (cognição/inteligência, comunicação e linguagem, mobilidade, visão e audição), existência de áreas prioritárias na intervenção da criança/jovem, utilização de meios de CAA, frequência com que a criança/jovem utiliza CAA no quotidiano e três questões abertas com as quais se pretendeu recolher a percepção dos pais/cuidadores relativamente a três principais vantagens, desvantagens e estratégias quanto ao processo de implementação de CAA.

2.4.2. Instrumentos de recolha de dados para profissionais e pais / cuidadores

Em seguida, serão descritos os instrumentos utilizados para recolha de dados, os quais foram selecionados em função dos objetivos da presente investigação.

Escala PARCCA

A escala PARCCA (*The Professionals' Attitudes Regarding Children Who Communicate Augmentatively*) da autoria de Beck, Thompson, Clay, Hutchins, Vogt, Romaniak e Sokolowski (2001) consiste numa escala de atitudes criada para ser aplicada a profissionais que trabalham com crianças utilizadoras de CAA.

As percepções são medidas através de uma escala de *Likert* de cinco pontos (um - “*strongly disagree*”; dois - “*disagree*”; três - “*neutral*”; quatro - “*agree*”; cinco - “*strongly agree*”), tendo a escala um total de 36 itens divididos em três dimensões distintas: “*affective*

evaluation” (sete itens), *“cognitive evaluation”* (14 itens) e *“behavioral intent”* (15 itens). Destes 36 itens, metade encontram-se escritos pela positiva e a outra metade pela negativa. A cotação destes itens é realizada de acordo com a forma positiva ou negativa em que os itens se encontram escritos. Assim, de acordo com os autores, para itens com afirmações positivas, uma resposta *“strongly disagree”* equivale a 1 ponto, uma resposta *“disagree”* a 2 pontos, uma resposta *“neutral”* a 3 pontos, uma resposta *“agree”* a 4 pontos e, por conseguinte, uma resposta *“strongly agree”* equivale a 5 pontos. Nos itens que contêm afirmações pela negativa, a cotação das respostas é contrária ao exemplo dado anteriormente.

Relativamente à consistência interna, no estudo original há referência a valores de 0.89 para estudantes de nível avançado e de 0.90 para estudantes de nível inicial, respeitantes ao coeficiente *Alfa de Chronbach*, uma vez que os autores realizaram o estudo de validação da PARCCA com grupos de estudantes universitários (Beck et al., 2001).

AAC Survey

O AAC Survey (*Augmentative and Alternative Communication Survey*) foi construído para ser aplicado a terapeutas da fala e utilizado no estudo de Johnson et al. (2006). Este questionário é composto por 103 questões fechadas (41 relativas ao sucesso no uso de CAA e 62 relacionadas com o insucesso do uso de CAA) e três questões de resposta aberta, totalizando 106 itens. As questões fechadas são avaliadas mediante uma escala de percentagens (0 a 100%), na qual o participante atribui uma percentagem a cada um dos itens, de acordo com a sua concordância quanto à influência de cada fator no sucesso ou abandono de CAA.

No artigo original deste questionário, há menção a valores de coeficiente de correlação de *Pearson* de 0.9886 de confiabilidade interjuízes e de 0.9961 de confiabilidade intrajuízes (Johnson et al., 2006).

Escala FIATS-AAC38

A escala FIATS-AAC (*Family Impact of Assistive Technology Scale – Augmentative and Alternative Communication*) da autoria de Delarosa, Horner, Eisenberg, Ball, Renzoni e

Ryan (2012) constitui-se como uma escala de percepções direcionada a pais e cuidadores de crianças e jovens utilizadores de CAA (dos seis aos 18 anos).

Apresenta duas versões, uma versão completa com 89 itens e uma versão reduzida com 38 itens, tendo-se optado neste estudo pela versão reduzida. Os 38 itens da escala da versão reduzida encontram-se divididos nas seguintes dimensões “*Behavior*” (cinco itens), “*Education*” (cinco itens), “*Face-to-face communication*” (oito itens), “*Security*” (cinco itens), “*Self-reliance*” (cinco itens), “*Social versatility*” (cinco itens) e “*Supervision*” (cinco itens). As percepções são medidas através de uma escala de *Likert* com sete opções de resposta (sete – “*strongly agree*”; seis – “*agree*”; cinco – “*somewhat agree*”; quatro – “*neither agree nor disagree*”; três – “*somewhat disagree*”; dois – “*disagree*”; um – “*strongly disagree*”). A pontuação mínima e máxima para esta versão reduzida é de sete a 49 pontos.

No que concerne a propriedades psicométricas, os autores referem valores entre .66 e .93 de *Alfa de Chronbach* relativos à consistência interna para cada uma das dimensões anteriormente mencionadas. Foi calculado também o valor de coeficiente de correlação de *Pearson* no que respeita à associação entre a versão original e a versão reduzida do FIATS-AAC, resultando num valor de $r = .84$ para $p < .001$ (Delarosa et al., 2012).

2.5. Procedimentos

Neste subcapítulo, descrevem-se os procedimentos tidos neste estudo quanto à seleção dos instrumentos de recolha de dados, processo de tradução, análise de peritos e pré-teste. De seguida, serão criteriosamente detalhados os procedimentos adotados quanto à recolha e tratamento de dados.

É importante referir que o projeto de investigação deste estudo foi submetido à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, tendo-se recebido parecer favorável por parte da mesma (Anexo I).

2.5.1. Seleção de instrumentos de recolha de dados

Numa fase inicial, pretendeu-se averiguar a existência de questionários relacionados com o uso de CAA divulgados em publicações científicas. Para esta finalidade, em abril de 2019, foi efetuada uma pesquisa extensa na base de dados *Medline/PubMed* com recurso aos termos combinados “Multiple Disabilities” AND “Augmentative and Alternative Communication”, da qual foram identificados em seis estudos instrumentos de interesse para a presente investigação. Os seis estudos foram analisados, chegando-se (investigadora e orientadoras) ao consenso de que os instrumentos utilizados em três deles se adequavam aos objetivos propostos para esta investigação: PARCCA, AAC Survey e FIATS-AAC38.

Escolhidos os instrumentos, foram elaboradas cartas de apresentação do estudo com os pedidos de autorização aos autores dos três instrumentos anteriormente referidos, tendo as mesmas sido enviadas via e-mail (Anexo II). Obtiveram-se respostas positivas para a utilização dos três instrumentos neste estudo: as autoras da escala PARCCA e do AAC Survey autorizaram tanto a sua utilização como a possibilidade de realizar quaisquer alterações e ajustes que a investigadora considerasse necessários para a presente investigação (Anexo III); na escala FIATS-AAC38, uma vez que a mesma se encontra disponível *online* na língua inglesa, a autorização para tradução e posterior uso da mesma ficou dependente da assinatura de uma *Copyright License* entre a Universidade Fernando Pessoa e o Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital. Formalizada a referida *Copyright License*, foi possível dar início à tradução do instrumento (Anexo IV).

2.5.2. Processo de tradução dos instrumentos de recolha de dados

Por uma questão de coerência, os procedimentos adotados para a tradução dos três instrumentos foram idênticos e tiveram por base as recomendações da literatura (Hall et al., 2018) bem como as indicações descritas na *Copyright License* relativa ao FIATS-AAC38, de forma a garantir que este processo fosse similar para todos os instrumentos.

Numa fase inicial, a investigadora e a orientadora fizeram, individualmente, a tradução dos instrumentos originais para a língua portuguesa. Concluídas as traduções individuais, a investigadora e a orientadora procederam à sua comparação, aferindo-se deste modo os

itens na língua portuguesa em concordância, tentando-se salvaguardar ao máximo a fidelidade aos instrumentos originais. Em seguida, deu-se início à fase de retrotradução, onde os instrumentos na língua portuguesa foram traduzidos de volta para a língua inglesa, a sua língua original. A retrotradução contou com a colaboração de um tradutor licenciado, que desconhecia por completo a versão original dos três instrumentos. Findadas as retrotraduções dos três instrumentos, a investigadora enviou ao tradutor os instrumentos originais para que o mesmo pudesse comparar a versão original com a versão retrotraduzida. Surgiram algumas dúvidas sobre um item da escala FIATS-AAC38 (item 34) e dois itens da escala PARCCA (itens três e 36) cuja discussão entre o tradutor, a investigadora e a orientadora permitiu que se chegasse a um consenso sobre a tradução mais indicada para esses itens.

Encerrado este processo e, uma vez que era uma das indicações da *Copyright License*, a retrotradução da escala FIATS-AAC38 foi enviada para a Dra. Sharon Wong, diretora de comercialização do Bloorview Research Institute, via e-mail, para que a mesma fosse analisada pelos peritos da referida instituição e comparada com a versão original. Desta análise, foi levantada questão sobre o item 34, visto a perita ter encontrado uma ligeira diferença no significado semântico entre o item original e o item retrotraduzido. A investigadora e a orientadora procederam ao seu reajuste, efetuaram a alteração e o documento foi enviado novamente para análise pela perita do Bloorview Research Institute, tendo sido aprovada na totalidade a tradução da versão reduzida do FIATS-AAC38. A versão portuguesa do FIATS-AAC38 (em português “Versão Reduzida da Escala de Impacto Familiar de Tecnologias de Apoio para a CAA” - EIFTA-CAA38) bem como a sua folha de cotação traduzida serão disponibilizadas pelo Holland Bloorview Hospital como instrumentos de livre acesso, não sendo cobrados quaisquer custos por quem os traduziu.

A versão traduzida da escala PARCCA, após esclarecimento e chegada a consenso entre os elementos anteriormente referidos, deu-se por concluída passando a denominar-se em português “Atitudes dos Profissionais em Relação a Crianças Que Utilizam Comunicação Aumentativa – APRCCA”.

A tradução do AAC Survey, tal como já referido, seguiu os mesmos passos quanto à sua tradução, não se tendo levantado quaisquer questões ou dúvidas quanto aos seus itens. Em português denominou-se “Questionário CAA: sucesso versus abandono”.

Considerando os procedimentos descritos até aqui e os restantes que serão expostos nos pontos posteriores (análise de peritos e pré-teste), pode afirmar-se que foi realizada a tradução e a adaptação cultural dos três instrumentos (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2007; Hall et al., 2018).

2.5.3. Análise de peritos

Findadas as traduções dos três instrumentos, foram selecionados pela investigadora e pelas orientadoras três professores da Universidade Fernando Pessoa, cujo vasto conhecimento e experiência os identificaram como possíveis peritos para analisar estes documentos. A análise por painel de peritos é um método eficaz descrito na literatura para avaliar questionários, podendo este painel ser constituído por dois a 20 peritos (Ikart, 2019) ou três a cinco peritos (Pocinho, 2012).

Os três peritos escolhidos foram contactados pela investigadora via e-mail, tendo-lhes sido explicado o tema e os objetivos do estudo e solicitada a colaboração para formarem o painel de peritos na análises dos instrumentos que viriam a ser utilizados. Após obtenção da resposta positiva dos três elementos, foi-lhes enviado (via e-mail) os KITS com os instrumentos para pais/cuidadores (Anexo V) e profissionais (Anexo VI) e um documento constituído por uma tabela onde constavam os pontos essenciais que eram solicitados para análise: texto introdutório (observações/sugestões/aspetos a modificar), questionário sociodemográfico/socioprofissional (adequação, linguagem e ordem dos itens, adequação de palavras/termos utilizados e pertinência da informação constante no questionário), instrumentos traduzidos (apreciação global atendendo à percetibilidade das instruções, ao modo de preenchimento, à clareza dos itens ou sugestões específicas) e apreciação global para cada um dos KITS.

Os KITS e as respetivas tabelas foram posteriormente enviadas de volta para a investigadora. Os mesmos foram analisados pela investigadora e pelas orientadoras que procederam, em consenso, às alterações que foram propostas. De acordo com a sua

análise efetuada, os peritos consideraram os KITS adequados aos objetivos do estudo e pertinentes para esta investigação, tendo apenas sugerido algumas alterações relativamente à substituição de alguns termos em questões dos questionários sociodemográfico/socioprofissional e o acrescento de uma questão para os participantes indicarem três dificuldades que sentiram no processo de implementação de CAA.

2.5.4. Pré-teste dos instrumentos traduzidos

Concluídas as traduções para a língua portuguesa dos três instrumentos a serem utilizados e a análise de peritos, seguiu-se a fase de pré-teste dos mesmos. Estes passos revelam-se de extrema importância pois favorecem a identificação de potenciais erros não amostrais e fornecem sugestões para minimizar possíveis erros nos instrumentos (Hall et al., 2018; Ikart, 2019).

Para a realização do pré-teste foram utilizados contactos profissionais da investigadora, cujo perfil correspondia aos critérios de inclusão definidos para o presente estudo. Relativamente ao número de participantes, no que respeita a pais/cuidadores, a *Copyright License* da EIFTA-CAA38 indicava que o pré-teste para este instrumento deveria ser aplicado a cinco a dez pais/cuidadores de crianças/jovens com necessidades complexas de comunicação, de forma a garantir que os mesmos conseguiram seguir as instruções e compreender o significado dos itens conforme se encontravam escritos. A partir desta indicação, foram contactados vários pais/cuidadores tendo seis aceitado participar no pré-teste. Atendendo à situação pandémica causada pela COVID 19 vivida à data, o pré-teste não foi realizado de forma presencial, tendo-se optado pela realização do mesmo à distância. Para tal, o questionário sociodemográfico e o EIFTA-CAA38 foram disponibilizados via Google Forms sendo o *link* de acesso enviado para os pais/cuidadores via e-mail para que os pudessem preencher. Após o seu preenchimento, os pais/cuidadores entraram em contacto com a investigadora, tendo a reflexão falada sido realizada via telefone.

Os pais/cuidadores contactados deram um bom feedback sobre o questionário sociodemográfico e à EIFTA-CAA38, considerando que no geral o questionário se encontrava adequado à problemática e que conseguiram facilmente associar o seu filho/educando aos itens do mesmo. Relativamente às três questões abertas, três dos seis

pais/cuidadores acharam que as questões eram difíceis de responder, não sendo fácil dar três exemplos para cada uma. Não foram referidos outros aspetos relevantes para alterações neste questionário.

No que respeita ao pré-teste do questionário para os profissionais, foram seguidos os mesmos passos já descritos anteriormente para os pais/cuidadores. Devido ao facto de este grupo integrar uma diversidade de áreas profissionais e por constrangimentos de tempo, optou-se por realizá-lo com dois elementos de cada categoria profissional (dois docentes do ensino regular, dois docentes de educação especial, dois terapeutas da fala, dois fisioterapeutas, dois terapeutas ocupacionais, dois psicólogos e dois assistentes operacionais), perfazendo um total de catorze elementos para este pré-teste. À semelhança do procedimento tido no pré-teste dos pais/cuidadores, os participantes foram contactos profissionais da investigadora que aceitaram participar no pré-teste a seu pedido. Este pré-teste também foi realizado à distância, pelos mesmos motivos, através do envio do *link* do Google Forms com os instrumentos (questionário socioprofissional, APRCCA e Questionário CAA: sucesso versus abandono para terapeutas da fala), sendo a reflexão falada concretizada num momento posterior com a investigadora, via telefone.

De um modo geral, os profissionais consideraram o questionário adequado, contudo existiram alguns aspetos que foram indicados e que se constituíram como alvo de discussão entre as orientadoras e a investigadora, devido à sua especificidade e pertinência.

Relativamente ao questionário socioprofissional, três dos catorze profissionais consideraram que as opções de resposta à questão da área geográfica eram demasiado abrangentes. Assim, após reflexão, optou-se por colocar as opções de resposta de acordo com as áreas geográficas abrangidas por cada Direção Regional de Educação (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve, Arquipélago dos Açores e Arquipélago da Madeira). Um dos catorze participantes considerou que na questão relativa ao sexo deveria incluir-se a opção “Prefiro não responder”, de forma a ser possível responder de forma mais diversificada atualmente devido às questões de identidade de género. Apesar de apenas um dos participantes ter referido este aspeto, considerou-se pertinente, devido ao peso e divulgação que estas questões têm na nossa atualidade social, tendo-se procedido à adição da opção de resposta anteriormente mencionada. No que concerne às

questões abertas incluídas nesta parte do questionário, doze dos catorze profissionais sugeriram alterações às mesmas. Na sua maioria, estes doze profissionais consideraram que as questões de resposta aberta eram difíceis de responder e que havia “perda de tempo” ao pensar em três exemplos nas respostas a escrever, o que faria com que a duração do preenchimento do questionário se tornasse mais longa. Os profissionais sugeriram que estas questões passassem de abertas a questões de escolha múltipla. Outro aspeto referido é que as questões relativas às desvantagens e às dificuldades eram muito semelhantes e que muito provavelmente as respostas que se iriam obter seriam as mesmas, não havendo necessidade de se questionar sobre estes dois parâmetros simultaneamente. Apesar de se considerar que poderia ser enriquecedor a recolha da indicação espontânea dos aspetos mencionados nestas questões semi-abertas, considerando-se o número de indicações obtido no pré-teste para alteração das mesmas, procedeu-se à sua alteração passando as mesmas para questões de escolha múltipla. As hipóteses de resposta apresentadas foram baseadas na literatura. Do mesmo modo, pelo peso significativo das sugestões do pré-teste procedeu-se à eliminação da questão relativa às dificuldades no processo de implementação de CAA, reconhecendo-se a sua proximidade com a informação a recolher na questão sobre as desvantagens.

Relativamente ao questionário APRCCA, não foram identificadas alterações significativas.

Quanto ao Questionário CAA: sucesso versus abandono para terapeutas da fala, os dois participantes representantes desta categoria profissional consideraram a escala de percentagem de difícil preenchimento, afirmando que a mesma não é intuitiva, o que prolonga a duração de preenchimento do questionário. Especificamente para este instrumento, após análise e reflexão sobre o feedback obtido, procedeu-se à alteração da escala de percentagem para escala de *Likert*, com a concordância das orientadoras, uma vez que existia autorização da autora desta escala para proceder a todas as alterações que se considerassem necessárias para a presente investigação.

2.5.5. Recolha de dados

Para aceder aos participantes (tanto profissionais como pais/cuidadores), e como este estudo pretendeu recolher dados a nível nacional, a divulgação do mesmo foi efetuada *online*, a partir da partilha de um *link* por email e redes sociais.

Para aceder aos profissionais, foram contactadas a Associação Nacional de Professores, a Pró-Inclusão – Associação Nacional de Docentes de Educação Especial (PIN-ANDEE), a Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala (APTF), a Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala (SPTF), a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APFISIO), a Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais (APTO) e a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), de forma a pedir a sua colaboração na divulgação do referido *link* junto dos seus associados/membros. Foi também solicitada à Universidade Fernando Pessoa (UFP), a divulgação do estudo junto de terapeutas da fala, fisioterapeutas, psicólogos e docentes de ensino regular e de educação especial que estudassem (mestrado ou doutoramento) ou já tivessem estudado na instituição e tivessem dado consentimento prévio, mostrando-se disponíveis para receber informação da UFP relacionada com projetos de investigação. Acrescenta-se ainda que a divulgação também foi feita pela rede de contactos da investigadora via e-mail.

Para aceder a pais/cuidadores, aquando da divulgação para os docentes, foi pedido que os mesmos divulgassem o *link* do KIT para os pais/cuidadores de crianças/jovens com MD que conhecessem ou com quem trabalhassem. O mesmo pedido foi realizado para instituições de referência a nível nacional na prestação de serviços a crianças/jovens com necessidades especiais (estabelecimentos ligados às FERNACERCI, FAPPC e HUMANITAS), onde também foi solicitada a divulgação do *link* do KIT para profissionais, para além do *link* do KIT dos pais/cuidadores. Foram ainda contactados agrupamentos de escolas a nível nacional, onde anteriormente funcionaram as UAEEAMSC, bem como a Associação “Pais em Rede”, com solicitação para que o *link* do estudo fosse divulgado, junto dos pais das crianças e dos associados, respetivamente.

No que respeita às redes sociais, os *links* dos KITS foram divulgados em grupos de interesse, onde facilmente chegariam aos vários profissionais pretendidos para a amostra e a pais/cuidadores de crianças com MD (grupos de apoio de pais/cuidadores de crianças

especiais, grupos de terapeutas, grupos de docentes de educação especial e de ensino regular).

O *feedback* do envio dos pedidos de divulgação foi maioritariamente positivo. A OPP foi a única resposta negativa obtida, informando que não iria divulgar o questionário aos seus associados uma vez que a investigadora não era membro.

A divulgação mencionada foi iniciada a seis de junho de 2021, tendo sido dada como terminada a dez de outubro de 2021. Um mês após o início da divulgação, foram consultados os resultados através do *GoogleForms*, tendo-se observado um número pouco significativo de respostas de pais/cuidadores. No sentido de tentar obter um maior número de respostas neste grupo, a investigadora contactou telefonicamente as instituições pertencentes à FAPPC, FENACERCI e HUMANITAS, visto as mesmas terem um impacto e contacto próximo com pais/cuidadores. Este contacto telefónico teve como objetivo a tentativa de conhecimento sobre a receção e divulgação do *link* dos KIT de forma a reforçar a sua importância para a presente investigação. Com o mesmo intuito, publicou-se novamente esse mesmo *link* nos grupos de pais/cuidadores de crianças especiais, realçando a importância do preenchimento do mesmo pelos membros dessas comunidades. Este passo revelou-se positivo, tendo-se constatado um aumento das respostas de pais/cuidadores.

2.5.6. Tratamento de dados quantitativos

As respostas quantitativas obtidas nos questionários foram alvo de tratamento estatístico, a partir da utilização do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 26.

Numa primeira fase, foi realizada uma análise descritiva dos dados, tendo em vista a caracterização da amostra de acordo com as variáveis do estudo. Para tal, recorreu-se à leitura atenta dos gráficos dados pelo *GoogleForms* e posterior análise desses dados, que foram minuciosamente enumerados. Relativamente aos objetivos deste estudo, este procedimento também foi adotado para responder a alguns dos objetivos.

Com recurso ao SPSS, foram calculadas algumas medidas: frequências absolutas (nº de casos válidos); frequências relativas (percentagem de casos válidos); estatísticas

descritivas de tendência central (média, mediana e moda); de dispersão (desvio padrão), e ainda, os valores extremos (mínimo e máximo). Nas questões de resposta múltipla, as percentagens de resposta apresentadas (% de casos), são relativas ao total de casos válidos.

Foi também calculado o coeficiente *Alfa de Chronbach* para avaliação da consistência interna das versões traduzidas dos instrumentos de recolha de dados para profissionais e pais/cuidadores. Este coeficiente, que estabelece a correlação entre o que se espera obter entre a escala utilizada e outras possíveis escalas do mesmo universo com igual número de itens e que meçam a mesma característica, pode classificar a consistência interna da seguinte forma: muito boa (alfa > 0,9), boa (alfa entre 0,8 e 0,9), razoável (alfa entre 0,7 e 0,8), fraca (alfa entre 0,6 e 0,7) e inadmissível (alfa < 0,6) (Pestana & Gageiro, 2014). Relativamente ao coeficiente *Alfa de Chronbach* para avaliação da confiabilidade dos instrumentos, o Quadro 2 revela os valores para cada um, tendo-se verificado avaliações de consistência interna de nível bom para a APRCCA e de nível muito bom para o Questionário CAA: sucesso versus abandono para TF e para a EIFTA-CAA38.

Instrumento	Alfa de Chronbach	N de itens
APRCCA	0,821	36
Questionário CAA: sucesso versus abandono	0,949	82
EIFTA-CAA38	0,927	38

Quadro 2. Consistência interna dos instrumentos traduzidos.

Para realizar o tratamento de dados dos profissionais, devido ao número de participantes, recorreu-se a estatística paramétrica, onde foram utilizados o teste paramétrico *t* de *Student* para amostras independentes e o coeficiente de correlação de *Pearson*. Quanto ao tratamento de dados relativos a pais/cuidadores, devido ao reduzido número de participantes, optou-se pelo recurso a estatística não paramétrica, utilizando-se o teste *U* de *Mann-Whitney* e o coeficientes de correlação de *Spearman*. Os resultados da aplicação destes testes encontram-se detalhadamente descritos no capítulo III, relativo aos resultados do estudo.

Todos os testes foram aplicados com um grau de confiança de 95 %, exceto quando devidamente assinalado, sendo o nível de significância estatística mínimo adotado de .05 ($p < 0,05$), e os valores de significância estatística de .01 e de .001 considerados, respetivamente, de muito e de extremamente significativos.

2.5.7. Tratamento de dados qualitativos

As questões de carácter aberto existentes no Questionário CAA: sucesso versus abandono para terapeutas da fala e as respostas relativas à questão “comentários” constantes no final dos KITS para profissionais e pais/cuidadores foram analisadas com recurso a técnicas de análise de conteúdo.

Para tal, foi considerada a técnica de análise categorial ou temática, tendo-se realizado uma análise minuciosa das respostas escritas dadas pelos participantes e posterior organização do texto em unidades (categorias), com base em reagrupamentos analógicos (Vilelas, 2020). Este processo de identificação de núcleos de sentido, utilizou como unidade de registo o tema, visto esta opção ser a mais frequentemente utilizada em estudos de opinião/percepções, bem como na análise de respostas a questões abertas em inquéritos (Bardin, 2016).

Os dados foram codificados de forma indutiva, atendendo-se ao facto de as categorias terem surgido a partir dos mesmos e da própria experiência profissional da investigadora. De acordo com a literatura, as categorias devem ter como características serem exaustivas, exclusivas, objetivas, pertinentes e homogéneas (Bardin, 2016), tendo-se cumprido estas indicações. Inicialmente, compilaram-se as respostas obtidas a partir das questões abertas dos questionários de profissionais e de pais/cuidadores em tabelas diferentes. Após esta compilação, as afirmações foram analisadas e a informação foi classificada pela investigadora em diversas categorias e subcategorias, de forma a especificar com maior clareza os vários aspetos mencionados pelos participantes.

Concluído este processo, foi solicitado a uma perita na área da CAA que agrupasse uma parte dos dados qualitativos deste estudo (mínimo de 10% das unidades de registo existentes, distribuídas aleatoriamente), considerando uma lista de todas as categorias e subcategorias identificadas anteriormente pela investigadora (Lima, 2013). A partir da

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

observação e classificação da referida perita, foram comparadas as análises e realizados apenas alguns ajustes, com clara concordância entre ambas quanto à classificação como à nomenclatura das categorias e subcategorias, podendo-se assumir com maior segurança a codificação efetuada.

Capítulo III – Resultados

Neste capítulo, numa fase inicial, será apresentada a caracterização da amostra, a partir da descrição de dados mais específicos sobre a mesma.

Terminada esta caracterização, serão apresentados os resultados deste estudo, agrupados por objetivos de investigação, relatando-se desta forma os resultados que permitem responder a cada um.

3.1. Caracterização da amostra do estudo

3.1.1. Profissionais

Relativamente a este grupo de participantes, 87,8% ($n=172$) dos respondentes são do sexo feminino e 11,7% ($n=23$) correspondem ao sexo masculino, sendo que 0,5% ($n=1$) preferiram não responder a esta questão. As idades variam entre os 23 e os 66 anos de idade, encontrando-se a média centrada nos 44,92 anos ($DP= 9,681$).

No que respeita ao grau de escolaridade, os profissionais indicaram diferentes habilitações, tal como se pode visualizar no Quadro 3, destacando-se o predomínio de profissionais com pós-graduação, seguindo-se com licenciatura e com mestrado.

		<i>n</i>	%
Grau de escolaridade	3º ciclo (7º ao 9º ano)	4	2
	Ensino secundário (10º ao 12º ano)	8	4,1
	Bacharelato	1	0,5
	Licenciatura	51	26
	Pós-graduação	80	40,8
	Mestrado	45	23
	Doutoramento	6	3,1
	Pós-doutoramento	1	0,5

Quadro 3. Distribuição de profissionais quanto ao grau de escolaridade.

Relativamente à categoria profissional, existem profissionais das diferentes categorias pretendidas para a amostra deste estudo, sendo na sua grande maioria docentes de educação especial, seguidos dos terapeutas da fala e dos docentes de ensino regular. A distribuição da amostra sobre a categoria profissional encontra-se representada no Quadro 4.

		<i>n</i>	%
Categoria profissional	Docentes de educação especial	81	41,3
	Terapeutas da fala	35	17,9
	Docentes de ensino regular	31	15,8
	Fisioterapeutas	13	6,6
	Terapeutas ocupacionais	12	6,1
	Assistentes operacionais	11	5,6
	Psicólogos	9	4,6
	Psicomotricistas	3	1,5
	Diretora pedagógica de escola de ensino especial	1	0,5

Quadro 4. Distribuição de profissionais por categoria profissional.

No que respeita à área geográfica, os profissionais integrantes da amostra do estudo representam várias zonas de Portugal Continental e Ilhas, sendo, na sua maioria, da região do Algarve (31,6%; $n=62$) e Lisboa e Vale do Tejo. A distribuição pelas zonas encontra-se descrita no Quadro 5.

		<i>n</i>	%
Área geográfica	Algarve	62	31,6
	Lisboa e Vale do Tejo	54	27,6
	Norte	32	16,3
	Centro	23	11,7
	Alentejo	22	11,2
	Arquipélago da Madeira	2	1
	Arquipélago dos Açores	1	0,5

Quadro 5. Distribuição de profissionais por área geográfica.

No que concerne ao número de anos de experiência profissional no contexto educativo e no acompanhamento de crianças/jovens com MD, os profissionais que participaram neste estudo detêm uma variabilidade grande de anos de experiência profissional, tal como se pode verificar no Quadro 6.

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

		Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Nº de anos de experiência profissional	No contexto educativo	1	44	18,73	10,741
	No acompanhamento de crianças/jovens com MD	1	36	10,77	8,323

Quadro 6. Número de anos de experiência profissional dos profissionais.

Em termos dos níveis de ensino, vários participantes já trabalharam em mais do que um nível de ensino com crianças/jovens com MD, contudo, a maior percentagem dos profissionais acompanhou estes alunos no 1º ciclo do ensino básico (21,9%). A distribuição do acompanhamento de crianças/jovens com MD pelos diferentes níveis de ensino encontra-se no Quadro 7.

		<i>n</i>	%
Níveis de ensino	1º Ciclo	43	21,9
	1º Ciclo, 2º Ciclo	21	10,7
	1º Ciclo, 2º Ciclo, 3º Ciclo	35	17,9
	1º Ciclo, 2º Ciclo, 3º Ciclo, Secundário	40	20,4
	1º Ciclo, 3º Ciclo	3	1,5
	1º Ciclo, Secundário	2	1,0
	2º Ciclo	5	2,6
	2º Ciclo, 3º Ciclo	11	5,6
	2º Ciclo, 3º Ciclo, Secundário	8	4,1
	2º Ciclo, Secundário	2	1,0
	3º Ciclo	8	4,1
	3º Ciclo, Secundário	9	4,6
	Secundário	9	4,6

Quadro 7. Distribuição de participantes por níveis de ensino quanto ao acompanhamento de crianças/jovens com MD.

No que se refere especificamente às questões relacionadas com a CAA, 84,2% dos participantes ($n=165$) afirmaram ter conhecimentos em CAA, face a 15,8% ($n=31$) que não possuíam qualquer conhecimento relacionado com a mesma. Quanto aos contextos onde essa formação ocorreu, os participantes puderam escolher de entre várias opções as que correspondiam à sua situação, podendo escolher mais do que uma opção. Assim, 60,5% dos participantes afirmaram que o seu conhecimento em CAA foi adquirido através de formação contínua (como ações de sensibilização, seminários, conferências, ações de formação de curta duração, *workshops*), 43,7% através de pesquisa autónoma, 39,5% por formação especializada (pós-graduação, cursos de longa duração) e 29,9% na formação inicial (bacharelato/licenciatura). Na opção “outros”, alguns participantes identificaram ainda diversas outras situações, as quais são indicadas no Quadro 8.

Outro tipo de contextos de formação identificados pelos profissionais

Partilha de informação dos colegas TF's (terapeutas da fala), trabalho com colegas de outras áreas, articulação com terapeutas da fala, através da educadora dos alunos que me ensinou a trabalhar com eles nesse contexto, com os técnicos que acompanham os meus alunos, no doutoramento, formação profissional, formação por colegas da equipa, no trabalho direto com terapeutas da fala, em contexto profissional, a trabalhar diretamente com as crianças.

Quadro 8. Outro tipo de contextos de formação identificados pelos profissionais.

No que respeita ao número de anos de experiência profissional a utilizar CAA, o mesmo varia entre um mínimo de 0 e um máximo de 36 anos de experiência, encontrando-se a média nos 6,97 (DP= 7,438).

Quanto à frequência de utilização de CAA na experiência profissional, a maioria dos profissionais (32,1%; $n=63$) indicou usar algumas vezes, sendo de destacar que, de um modo global, os resultados indicam uma maior tendência para o uso desta ferramenta por parte dos profissionais. A distribuição da frequência do uso de CAA encontra-se evidenciada no Quadro 9.

Frequência de utilização de CAA na experiência profissional	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Frequentemente		Sempre	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
	30	15,3	24	12,2	63	32,1	57	29,1	22	11,2

Quadro 9. Frequência de utilização de CAA na experiência profissional.

3.1.2. Pais/cuidadores

Neste ponto caracterizar-se-ão os participantes pais/cuidadores relativamente aos dados que indicaram sobre as crianças/jovens com MD e uso de CAA.

Dos 33 pais/cuidadores que responderam aos questionários, 87,9% ($n=29$) pertenciam ao sexo feminino e 12,1% ($n=4$) pertenciam ao sexo masculino. As idades destes participantes encontravam-se entre os 37 e os 76 anos de idade, fixando-se a média nos 43,55 anos (DP= 6,915).

Quanto ao estado civil, na sua maioria, os participantes eram casados/união de facto (75,8%; $n=25$). A distribuição de percentagens quanto ao estado civil está representada no Quadro 10.

		<i>n</i>	%
Estado civil	Casados/união de facto	25	75,8
	Divorciados/separados	4	12,1
	Viúvos	3	9,1
	Solteiros	3	1

Quadro 10. Distribuição de pais/cuidadores por estado civil.

No que concerne ao grau de escolaridade, os pais/cuidadores também apresentaram diferentes níveis de escolaridade, detendo a maioria a licenciatura, seguida de ensino secundário e do 3º ciclo (Quadro 11).

Perceções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

		<i>n</i>	%
Grau de escolaridade	1º ciclo (1º ao 4º ano)	2	6,1
	2º ciclo (5º ao 6º ano)	1	3
	3º ciclo (7º ao 9º ano)	7	21,2
	Ensino secundário (10º ao 12º ano)	8	24,2
	Licenciatura	11	33,3
	Pós-graduação	1	3
	Mestrado	3	9,1

Quadro 11. Distribuição de pais/cuidadores por grau de escolaridade.

Quanto à questão colocada aos pais/cuidadores sobre se exercem ou já exerceram alguma profissão/trabalho, apenas 6,1% ($n=2$) não exerceram qualquer profissão/trabalho, encontrando-se as profissões exercidas ou já exercidas mencionadas pelos pais/cuidadores no Quadro 12.

		<i>n</i>	%
Profissões	Respostas omissas	2	6,1
	Administrativa	2	6,1
	Advogada	1	3,0
	Agricultor	1	3,0
	Assistente técnica	2	6,1
	Atual: desemprego. Última: auxiliar de cozinha	1	3,0
	Consultora imobiliária	1	3,0
	Costureira	1	3,0
	Cozinheira	1	3,0
	Cronometrista	1	3,0
	Delegada de informação médica	1	3,0
	Diretora de 3 departamentos em multinacional	1	3,0
	Empregada de balcão	1	3,0
	Empregada de limpeza	1	3,0
	Empregada fabril	1	3,0
	Funcionária pública	1	3,0
	Lojista	3	9,1
	Médica dentista	1	3,0
	Pedreiro	2	6,1
	Professora	4	12,1
Psicóloga	1	3,0	
Secretária	1	3,0	

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

	<i>n</i>	%
Técnico eletricidade	1	3,0
TSHST	1	3,0

Quadro 12. Profissões exercidas pelos participantes pais/cuidadores.

Relativamente ao grau de parentesco com a criança/jovem com MD, destaca-se que a maioria dos pais/cuidadores são mães, tal como representado no Quadro 13.

		<i>n</i>	%
Grau de parentesco	Mãe	27	81,8
	Pai	4	12,1
	Avó	2	6,1

Quadro 13. Graus de parentesco de pais/cuidadores com a criança/jovem com MD.

No que concerne à caracterização das crianças/jovens, 54,5% ($n=18$) são do sexo masculino e 45,5% ($n=15$) são do sexo feminino. As suas idades estão compreendidas entre os 6 e aos 18 anos, estando o valor médio nos 11,21 (DP= 3,471).

Quanto à distribuição por ano de escolaridade, as crianças/jovens frequentam diferentes níveis de ensino encontrando-se, na sua maioria, a frequentar o primeiro ciclo de escolaridade. A distribuição total é apresentada no Quadro 14.

		<i>n</i>	%
Distribuição por ano de escolaridade das crianças/jovens	Pré-escolar	1	3,0
	1º ano	4	12,1
	2º ano	5	15,2
	3º ano	1	3,0
	4º ano	5	15,2
	5º ano	3	9,1
	6º ano	3	9,1
	7º ano	3	9,1
	8º ano	2	6,1
	9º ano	1	3,0
	11º ano	2	6,1
	12º ano	1	3,0
	Educação especial em domicílio	1	3,0
	Ensino fundamental	1	3,0

Quadro 14. Distribuição das crianças/jovens por ano de escolaridade.

Quanto às patologias das crianças/jovens referidas pelos pais/cuidadores, na sua maioria, apresentam diagnósticos de paralisia cerebral, embora tenham sido referidas outras problemáticas tal como se pode constatar no Quadro 15.

	<i>n</i>	%
Atraso	1	3,0
Dup15q	1	3,0
Epilepsia, alteração gene cacna1g, leucomalacia periventricular, atraso desenvolvimento	1	3,0
Esquizencefalia de lábios abertos	1	3,0
Hipomelanose de Ito	1	3,0
Microcefalia, atraso de desenvolvimento global	1	3,0
Paralisia	1	3,0
Paralisia cerebral	6	18,2
Paralisia cerebral e SIc (doença rara grave e complexa)	1	3,0
Paralisia cerebral espástica	1	3,0
Paralisia cerebral, ataxia cerebelar	1	3,0
Paralisia cerebral, atraso cognitivo secundário, displasia das valas silvicas e epilepsia.	1	3,0
Paralisia cerebral, epilepsia, doença pulmonar	1	3,0
Paralisia cerebral, insuficiência respiratória grave	1	3,0
Sem diagnóstico. Atraso global de desenvolvimento e epilepsia	1	3,0
Síndrome de Angelman e baixa visão/albinismo	1	3,0
Síndrome de Ankgelman	1	3,0
Síndrome de Klinefelter	1	3,0
Síndrome de Prader Willi	2	6,1
Síndrome Down	1	3,0
Síndrome malformativo	1	3,0
Síndrome microdelecção 2q37	1	3,0
Síndrome Mowat-Wilson	1	3,0
Síndrome polimalformativo	1	3,0
Síndrome Rubinstein-Taybi	1	3,0
Síndromes, microcefalia grave e Hidrocefalia	1	3,0
T21	1	3,0

Quadro 15. Patologias/diagnósticos clínicos das crianças/jovens indicados por pais/cuidadores.

Na visão dos pais/educadores, o grau de afetação de determinadas áreas do desenvolvimento da criança/jovem apresentou algumas variações, sendo a área considerada como gravemente afetada com maior destaque a referente à comunicação e linguagem. No Quadro 16 podem ser analisados os graus de afetação da cognição/inteligência, comunicação e linguagem, mobilidade, visão e audição, de acordo com a perspectiva de pais/cuidadores.

		<i>n</i>	%
Cognição/ Inteligência	Afetada	9	27,3
	Gravemente afetada	20	60,6
	Ligeiramente afetada	1	3,0
	Não afetada	3	9,1
Comunicação e linguagem	Afetada	8	24,2
	Gravemente afetada	23	69,7
	Ligeiramente afetada	2	6,1
	Não afetada	0	0
Mobilidade	Afetada	14	42,4
	Gravemente afetada	12	36,4
	Ligeiramente afetada	6	18,2
	Não afetada	1	3,0
	Total	33	100,0
Visão	Afetada	12	36,4
	Gravemente afetada	1	3,0
	Ligeiramente afetada	9	27,3
	Não afetada	11	33,3
Audição	Afetada	4	12,1
	Gravemente afetada	1	3,0
	Ligeiramente afetada	9	27,3
	Não afetada	19	57,6

Quadro 16. Distribuição do grau de afetação nas diferentes áreas do desenvolvimento por pais/cuidadores.

Quanto à existência de uma área de intervenção prioritária, 93,6% ($n=31$) dos pais/cuidadores afirmaram que tinham clara prioridade sobre uma das áreas de intervenção acima mencionadas. De entre todas, 60,6% ($n=20$) selecionaram como prioritária a área da comunicação e linguagem (Quadro 17).

		<i>n</i>	%
Áreas de intervenção prioritárias	Resposta omissa	2	6,1
	Cognição/Inteligência	3	9,1
	Comunicação e Linguagem	20	60,6
	Mobilidade	8	24,2

Quadro 17. Áreas de intervenção prioritárias para crianças/jovens com MD na perspectiva de pais/cuidadores.

Especificamente no âmbito da CAA, 69,7% ($n=23$) dos pais/cuidadores afirmaram que as crianças/jovens utilizavam ou já haviam utilizado algum SAAC, face a 30,3% ($n=10$) que não tinha tido experiência de utilização de CAA. As tipologias de SAAC utilizadas pelas crianças/jovens encontram-se descritas no Quadro 18.

Tipologia de CAA utilizada pelas crianças/jovens com MD da amostra
<i>Aparelho auditivo (n=1), Araword (n=1), BIGmack (n=1), caderno de comunicação (n=2), caderno de comunicação com fotografias e imagens (n=1), cartões com símbolos (n=1), fotos/figuras/objetos concretos (n=1), gestos (n=1), GoTalk (n=1), Grid (n=1), Grid Player para Ipad (n=1), Makaton (n=1), PECS (n=3), produto de apoio (n=1), símbolos (n=2), símbolos SPC no caderno de comunicação e no tabuleiro da cadeira de rodas, utiliza o PC através de PCeye e Grid (n=1), Software computador e símbolos (n=1), SPC (n=1), tabela portátil de símbolos, tablet com software de símbolos (n=1).</i>

Quadro 18. Tipologias de SAAC utilizadas pelas crianças/jovens com MD referidas por pais/cuidadores.

Concretamente quanto à frequência do uso de CAA pela criança/jovem com MD, a maioria dos pais/cuidadores (36,4%; $n=12$) confirmaram que o uso ocorria “algumas vezes”. A distribuição desta frequência encontra-se pode ser observada no Quadro 19.

Frequência do uso de CAA pela criança/jovem com MD	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Frequentemente		Sempre	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
	6	18,2	6	18,2	12	36,4	7	21,2	2	6

Quadro 19. Frequência do uso de CAA pela criança/jovem com MD.

3.2. Apresentação de resultados por objetivos de investigação

Nesta secção serão apresentados os resultados deste estudo, organizados pelos diferentes objetivos delineados para o mesmo.

Tal como já mencionado anteriormente, no grupo dos profissionais foram aplicados: a APRCCA, que foi preenchida por todas as categorias profissionais e o Questionário CAA: sucesso versus abandono, exclusivo para terapeutas da fala. Para o grupo dos pais/cuidadores, a escala EIFTA-CAA38 foi a escolhida para aplicar a estes participantes.

Objetivo 1.1. Identificar as perceções dos profissionais relativamente ao uso de CAA em contexto escolar por crianças/jovens com MD, no que se refere a benefícios/vantagens

Os dados que respondem a este objetivo encontram-se no Gráfico 1. É importante referir que, a questão que permitiu responder ao mesmo (questão 5 – Considerando o processo de implementação de CAA, indique os principais benefícios/vantagens de usar CAA (se necessário, assinale mais do que uma opção) pertencente ao questionário socioprofissional) tinha carácter de escolha múltipla, pelo que cada participante poderia escolher mais do que um benefício/vantagem no uso de CAA. Por conseguinte, o número de respostas obtidas ultrapassa o número de participantes profissionais ($n=196$).

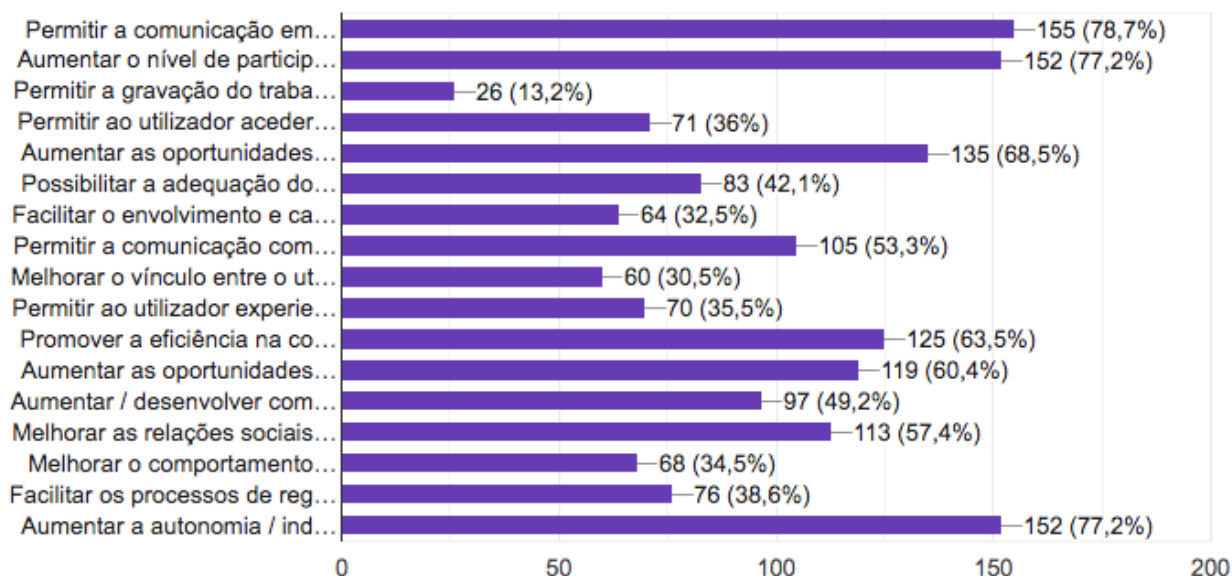


Gráfico 1. Benefícios/vantagens do uso de CAA na perspetiva de profissionais.

No âmbito de benefícios/vantagens do uso de CAA, com percentagens acima de 50%, os profissionais indicaram como vantagem o facto de a CAA permitir a comunicação em diferentes contextos (familiar, escolar, recreativo e vocacional) (78,7%; $n=155$), aumentar o nível de participação do utilizador nas atividades diárias (77,2%; $n=152$), aumentar a autonomia/independência do utilizador (77,2%; $n=152$), aumentar as oportunidades de aprendizagem para o utilizador (68,5%; $n=135$), promover a eficiência na comunicação (63,5%; $n=125$), aumentar as oportunidades comunicativas para o utilizador (60,4%; $n=119$), melhorar as relações sociais do utilizador (57,4%; $n=113$) e permitir a comunicação com pessoas para além da família mais próxima (ex: parentes, membros da comunidade,...) (53,3%; $n=105$).

Com percentagens abaixo dos 50%, encontram-se os seguintes benefícios/vantagens: aumentar/desenvolver competências comunicativas, sociais e pragmáticas do utilizador (49,2%; $n=97$), possibilitar a adequação do sistema de CAA às características do utilizador (42,1%; $n=83$), facilitar os processos de regulação das emoções do utilizador (38,6%; $n=76$), permitir ao utilizador aceder a múltiplas funções e recursos (36%; $n=71$), permitir ao utilizador experienciar sucesso nas interações com o sistema de CAA (35,5%; $n=70$), melhorar o comportamento do utilizador (34,5%; $n=68$), facilitar o envolvimento e captar melhor a atenção dos parceiros de comunicação (com a utilização de sistemas de CAA de alta tecnologia) (32,5%; $n=64$), melhorar o vínculo entre o utilizador e o profissional quando a CAA é usada na intervenção (30,5%; $n=60$) e permitir a gravação do trabalho do utilizador, a sua comunicação e participação nas atividades de sala de aula (13,2%; $n=26$).

Analisando-se a distribuição de percentagens exposta nos parágrafos anteriores, pode constatar-se que, acima de 50%, a grande maioria dos benefícios/vantagens reflete aspetos relacionados com a socialização e a comunicação diferenciada da criança/jovem com MD. Verifica-se ainda que se destacam três benefícios/vantagens com percentagens acima de 70%, o que evidencia a preponderância dos mesmos com o uso de CAA na perspetiva de profissionais.

Objetivo 1.2. Identificar as percepções dos profissionais relativamente ao uso de CAA em contexto escolar por crianças/jovens com MD, no que se refere aos constrangimentos/barreiras na implementação de CAA neste contexto

À semelhança do descrito para o objetivo 1.1., a questão que permitiu responder a este objetivo é de escolha múltipla (questão 6 - Considerando o processo de implementação de CAA, indique as principais barreiras/constrangimentos em usar de CAA (se necessário, assinale mais do que uma opção) pertencente ao questionário socioprofissional), pelo que é importante voltar a frisar que cada participante pôde escolher vários constrangimentos/barreiras de entre os constantes como possíveis respostas. A distribuição dos constrangimentos/barreiras identificados pelos profissionais encontra-se no Gráfico 2.

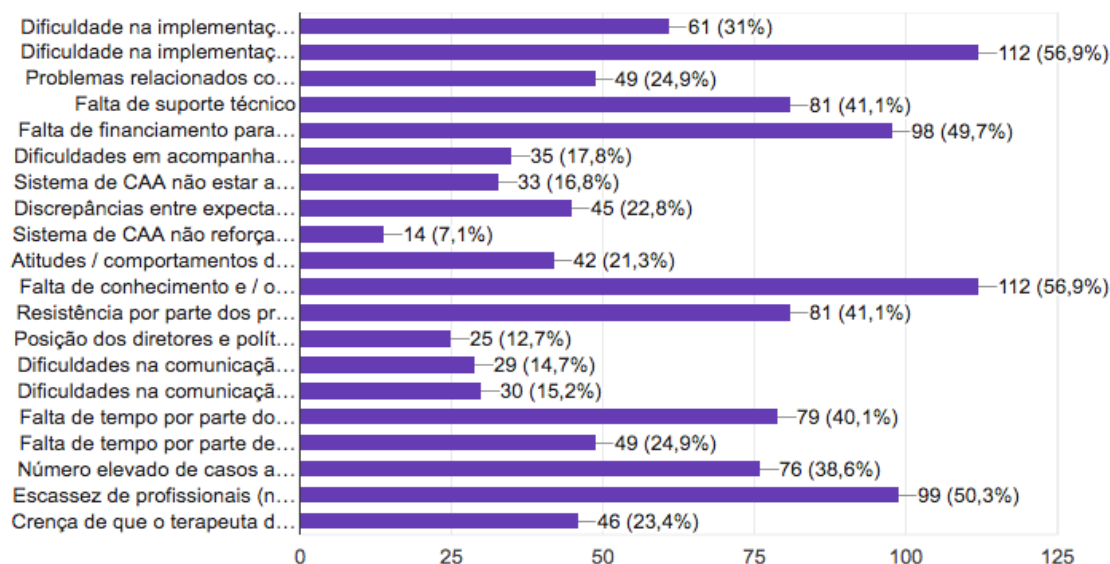


Gráfico 2. Constrangimentos/barreiras do uso de CAA na perspetiva de profissionais.

No que concerne a constrangimentos/barreiras no uso de CAA, acima dos 50%, os profissionais identificaram como principais constrangimentos a dificuldade na implementação de CAA em diferentes contextos (exemplo: sala de aula, domicílio) (56,9%; n=112), a falta de conhecimento e/ou treino dos pais/cuidadores e profissionais sobre a CAA (56,9%; n=112) e a escassez de profissionais (nomeadamente, terapeutas da fala) para dar resposta aos alunos com necessidades complexas de comunicação (50,3%; n=99).

Com percentagens abaixo dos 50%, situam-se os seguintes constrangimentos/barreiras: falta de financiamento para formação em CAA ou aquisição de dispositivos de CAA (49,7%; $n=98$), falta de suporte técnico (41,1%; $n=81$), resistência por parte de professores à intervenção em CAA (41,1%; $n=81$), falta de tempo por parte dos profissionais (40,1%; $n=79$), número elevado de casos acompanhados pelos profissionais no contexto escolar (38,6%; $n=76$), dificuldades na implementação de CAA nas rotinas diárias (31%; $n=61$), falta de tempo por parte de pais/cuidadores (24,9%; $n=49$), problemas relacionados com o sistema/dispositivo (24,9%; $n=49$), crença de que o terapeuta da fala é o profissional que deve intervir sobre as competências comunicativas sozinho (23,4%; $n=46$), discrepâncias entre expectativas e competência real do utilizador de CAA (22,8%; $n=45$), atitudes/comportamentos dos parceiros de comunicação (21,3%; $n=42$), dificuldades em acompanhar a evolução dos sistemas e a investigação em CAA (17,8%; $n=35$), sistema de CAA não estar adaptado às características do utilizador (16,8%; $n=33$), dificuldades na comunicação entre profissionais (15,2%; $n=30$), dificuldades na comunicação entre pais/cuidadores e a escola (14,7%; $n=29$), posição dos diretores e políticas das escolas (12,7%; $n=25$) e, por último, sistema de CAA não reforçar o utilizador no ponto de vista social (7,1%; $n=14$).

Como se pode observar, a informação obtida através dos profissionais participantes deste estudo demonstra que apenas três constrangimentos/barreiras foram identificados com percentagens superiores a 50%. Estes fatores relacionam-se com características dos próprios profissionais (número e conhecimentos) e com dificuldades de implementação de CAA nos contextos.

As respostas abertas constantes nos questionários dos profissionais (questão “*comentários*” no final da escala APRCCA e questões finais do questionário de sucesso versus abandono de CAA “Que outros fatores considera importantes no sucesso a longo prazo de sistemas de CAA?” e “Que outros fatores considera que estão relacionados com o abandono de sistemas de CAA?”) complementam a informação descrita anteriormente. A informação fornecida pelos profissionais nestas questões refere-se, na globalidade, a fatores negativos associados ao processo de implementação de CAA, pelo que podem vir a ser considerados como constrangimentos/barreiras. As respostas foram organizadas em categorias e subcategorias que se encontram detalhadas no Quadro 20.

Categorias	Subcategorias	Nº de referências
Profissionais	Experiência profissional	1
	Formação	4
	Condições de trabalho	2
Utilizador	Características individuais	5
	Contextos comunicativos	3
SAAC	Tipologia	3
	Manutenção	2
Motivação/attitudes do utilizador/parceiros de comunicação	-----	6

Quadro 20. Categorias e subcategorias dos aspetos referidos por profissionais como constrangimentos/barreiras ao uso de CAA.

Na categoria “profissionais” foram feitas sete referências pelos participantes deste grupo que foram distribuídas por três subcategorias: “experiência profissional”, “formação” e “condições de trabalho”.

No que respeita à “experiência profissional” foi indicado que a experiência não eficaz em CAA influenciou as respostas ao questionário (1). No âmbito da subcategoria “formação”, os profissionais indicaram desconhecimento por parte dos docentes sobre CAA e sobre o seu processo de implementação (3) e a necessidade de existência de um centro de formação especializado e de estágios em CAA (1). Relativamente à subcategoria “condições de trabalho” foram abordadas questões relacionadas com a necessidade de os terapeutas terem as condições necessárias ao apoio dos alunos com MD (1) e com a disponibilidade de materiais para trabalhar CAA tais como velcro, folhas plastificadoras e impressões a cores (1).

Quanto à categoria “utilizador”, esta engloba duas subcategorias. Na primeira, referente às “características individuais”, os profissionais identificaram aspetos relevantes relacionados com particularidades específicas do utilizador como existência de características/funcionalidades/capacidades próprias (4) e com a adaptação às necessidades do mesmo (1). Na subcategoria “contextos comunicativos” houve referência a condicionalismos do contexto escola/família (1), à necessidade de existência de turmas reduzidas no contexto escolar (1) e de alargar os contextos comunicativos para além da escola/domicílio (1).

No que se refere à categoria “SAAC” foram identificadas duas subcategorias. Uma é relativa à “tipologia” onde foram englobadas respostas dos profissionais sobre a multimodalidade do processo de comunicação (1), sobre tipos específicos de softwares/dispositivos (1) e sobre os custos elevados na sua aquisição (1). A outra subcategoria refere-se à “manutenção”, com referência às dificuldades nas atualizações do SAAC (1) e à necessidade constante de atualização do vocabulário do SAAC (1).

Na última categoria, “motivação/attitudes do utilizador/parceiros de comunicação”, foram apontados pelo profissionais alguns aspetos como a posição de parceiros de comunicação perante o utilizador de CAA (1), a aceitação e criação de oportunidades comunicativas pelos parceiros de comunicação (1), a existência de imposição no uso da CAA e não de uma forma ativa pelo utilizador (1), a ausência de reforço positivo para o utilizador (1) e de investimento de tempo de cuidadores/profissionais (1) e o comodismo das famílias/desvalorização efetiva da comunicação (1).

As tabelas de análise de conteúdo que contêm as respostas dos profissionais poderão ser consultadas no Anexo VII.

Objetivo 1.3. Identificar estratégias facilitadoras ao uso de CAA com crianças/jovens com MD, por profissionais

Na mesma lógica dos objetivos anteriores, também a identificação de estratégias facilitadoras esteve assente numa questão de escolha múltipla (questão 7 - Considerando o processo de implementação de CAA, indique as principais estratégias que facilitam o uso de CAA (se necessário, assinale mais do que uma opção) pertencente ao questionário socioprofissional) onde os profissionais puderam escolher, de entre várias hipóteses, uma ou várias estratégias que usam/usaram na sua prática. As suas opções encontram-se no Gráfico 3.

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

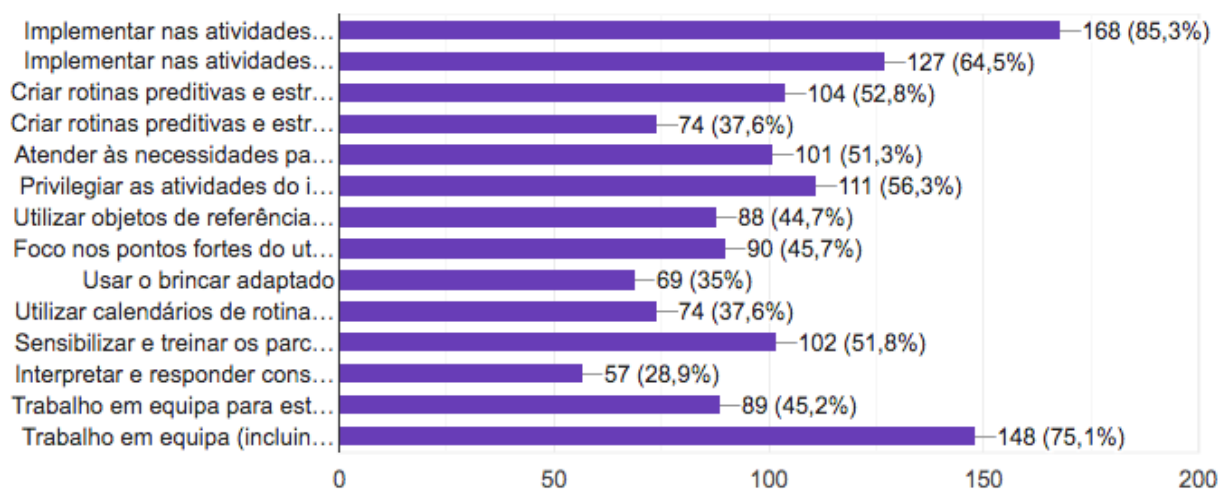


Gráfico 3. Estratégias facilitadoras do uso de CAA na perspectiva dos profissionais.

Com percentagens de escolha acima de 50%, apresentam-se as estratégias facilitadoras: implementar nas atividades das rotinas em contexto escolar (85,3%; $n=168$), o trabalho em equipa (incluindo a família) para implementação de CAA (75,1%; $n=148$), implementar nas atividades das rotinas em contexto domiciliário (64,5%; $n=127$), privilegiar as atividades do interesse do utilizador (56,3%; $n=111$), criar rotinas preditivas e estruturadas no contexto escolar (52,8%; $n=104$), sensibilizar e treinar os parceiros de comunicação para facilitar o reconhecimento de comportamentos comunicativos não simbólicos do utilizador (gestos naturais, movimentos corporais, expressões faciais) (51,8%; $n=102$) e atender às necessidades participativas e comunicacionais do utilizador nos seus contextos naturais, adaptando o ambiente às mesmas (51,3%; $n=101$).

As estratégias facilitadoras do uso de CAA que foram indicadas com percentagens abaixo dos 50% são: o foco nos pontos fortes do utilizador em detrimento dos seus pontos fracos (45,7%; $n=90$), o trabalho em equipa para estudo de acessibilidade ao produto de apoio (exemplo: seleção direta, utilização de *switches*) (45,2%; $n=89$), utilizar objetos de referência para o utilizador (44,7%; $n=88$), criar rotinas preditivas e estruturadas no contexto domiciliário (37,6%; $n=74$), utilizar calendários de rotinas/atividades com signos (37,6%; $n=74$), usar o brincar adaptado (35%; $n=69$) e interpretar e responder consistentemente perante os comportamentos do utilizador (28,9%; $n=57$).

Constata-se então que, na perspectiva de profissionais, as estratégias facilitadoras com percentagem superior a 50% relacionam-se com a implementação de CAA nos diferentes contextos onde a criança/jovem com MD se insere e com a adaptação dos mesmos, com

os interesses individuais do utilizador e com a própria equipa de profissionais (trabalho em equipa e treino de competências). É de destacar a percentagem significativa que a estratégia facilitadora relativa à implementação de CAA nas atividades das rotinas em contexto escolar obteve (85,3%), aparentando ser um ponto fulcral no uso de CAA nesta população, na ótica dos profissionais em contexto escolar.

Objetivo 1.4. Identificar as percepções dos profissionais relativamente às suas atitudes em relação a crianças/jovens com MD que usam CAA

No que concerne à APRCCA, consoante a informação contida no Quadro 20, denota-se que na grande maioria, as médias das respostas dos profissionais se encontram nas extremidades da escala de *Likert* ($1 < M < 2$; $4 < M < 5$). Observou-se que este padrão de respostas está em concordância com a referência dos itens a fatores ou atitudes de carácter positivo ($4 < M < 5$, isto é, concordo $< M <$ concordo totalmente) e com a referência dos itens a fatores ou atitudes negativas ($1 < M < 2$, ou seja, discordo totalmente $< M <$ discordo). Todavia, em 5 dos 36 itens da APRCCA esta tendência não se verifica, encontrando-se as médias em valores mais centrais da escala de *Likert* ($2 < M < 3$; $3 < M < 4$). Estas exceções referem-se aos seguintes itens:

Item 24 – *As crianças/jovens que usam CAA não possuem o vocabulário necessário para se expressarem na maioria dos casos*: média de 2,61 ($2 < M < 3$), valor de moda 2 (discordo);

Item 27 – *As crianças/jovens que usam CAA podem modificar as suas palavras, se não estiverem a ser compreendidas*: média de 3,85 ($3 < M < 4$), valor de moda 4 (concordo);

Item 29 – *Eu pediria a uma criança/jovem que permanecesse na escola após as aulas para ajudar um colega que use CAA*: média de 3,86 ($3 < M < 4$), valor de moda 4 (concordo);

Item 30 – *As crianças/jovens que usam CAA não são tão capazes de se envolver em atividades escolares comparativamente aos colegas com funcionamento típico*: média de 2,30 ($2 < M < 3$), valor de moda 2 (discordo);

Item 32 – *Quando tentam comunicar, as crianças/jovens que usam CAA são difíceis de compreender*: média de 2,50 ($2 < M < 3$), valor de moda 3 (não concordo, nem discordo).

É de notar que os itens acima enumerados se relacionam com a dimensão cognitiva (“*cognitive*”) da escala APRCCA (itens 24, 27, 30 e 32) e com a dimensão comportamental (“*behavioral intent*”) (item 29). No entanto, ao analisar-se os valores da moda, constata-se que, apesar dos valores das médias serem mais centrais, a moda segue o padrão descrito no parágrafo inicial (valores mais nas extremidades das escalas, concordantes com a natureza dos itens relacionada com fatores ou atitudes positivas ou negativas). Apenas o item 32 constitui uma exceção a esta tendência relativamente ao valor de moda. Em seguida, apresenta-se o Quadro 21, com a estatística descritiva dos itens da APRCCA.

Itens	Média	Mediana	Moda	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
1	4,55	5,00	5	0,780	1	6
2	1,52	1,00	1	0,931	1	6
3	4,50	5,00	5	0,953	1	6
4	1,58	1,00	1	1,037	1	6
5	4,47	5,00	5	0,844	1	6
6	1,93	2,00	1	1,196	1	6
7	4,35	5,00	5	1,019	1	6
8	1,55	1,00	1	1,024	1	6
9	4,28	4,50	5	0,942	1	6
10	1,71	1,00	1	1,274	1	6
11	4,11	4,00	5	1,059	1	6
12	1,61	1,00	1	1,266	1	6
13	4,71	5,00	5	0,703	1	6
14	1,32	1,00	1	0,983	1	6
15	4,16	4,00	4	0,871	2	6
16	1,33	1,00	1	0,931	1	6
17	4,16	4,00	4	0,900	1	6
18	1,84	1,00	1	1,579	1	6
19	4,25	4,00	5	0,856	1	6
20	1,55	1,00	1	0,973	1	6
21	4,47	5,00	5	0,908	1	6
22	1,72	1,00	1	1,127	1	6
23	4,06	4,00	5	1,019	1	6
24	2,61	3,00	2	1,120	1	6
25	4,37	5,00	5	1,022	1	6
26	1,85	1,50	1	1,108	1	6
27	3,85	4,00	4	0,991	1	6

Itens	Média	Mediana	Moda	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
28	1,58	1,00	1	0,991	1	6
29	3,86	4,00	4	1,095	1	6
30	2,30	2,00	2	1,174	1	6
31	4,05	4,00	5	1,108	1	6
32	2,50	2,50	3	1,030	1	6
33	4,17	4,00	4	1,103	1	6
34	1,86	1,00	1	1,293	1	6
35	4,20	4,00	5	0,939	1	6
36	1,62	1,00	1	1,082	1	6

Quadro 21. Estatística descritiva dos itens da escala APRCCA.

Objetivo 1.5. Identificar as percepções de terapeutas da fala relativamente ao uso de CAA no que se refere a fatores de sucesso e de abandono

Quanto ao Questionário CAA: sucesso versus abandono, foram analisados os dados de estatística descritiva relativa às respostas dos 35 terapeutas da fala que participaram no presente estudo. Uma vez que este instrumento foi alvo de alterações significativas na sua estrutura e classificação, comparativamente ao original, optou-se por realizar apenas a descrição estatística que consta nos parágrafos seguintes.

Na parte I deste questionário, relativa aos fatores que contribuem para o sucesso da implementação de CAA, conforme se pode analisar no Quadro 22, a maioria dos itens apresenta médias superiores a 4 ($4 < M < 5$ ou seja frequentemente $< M < \text{sempre}$). Este resultado leva-nos a crer que, na perspetiva dos terapeutas da fala, grande parte dos fatores contidos nos itens são consideravelmente importantes para o sucesso da implementação de CAA na criança/jovem com MD. Contudo, existem 4 itens com médias < 4 , que contrariam a tendência referida anteriormente, sendo os mesmos:

Item 2 – *A família do utilizador receber apoio de outras famílias de utilizadores de CAA*: média de 3,31, valor de moda 3 (algumas vezes);

Item 16 – *Implementar múltiplos sistemas ou modalidades com o utilizador de CAA*: média de 3,63, valor de moda 4 (frequentemente);

Item 27 – *Apoio dos fabricantes dos dispositivos*: média de 3,49, valor de moda 3 (algumas vezes);

Item 28 – *Apoio de outras famílias que usam sistemas de CAA semelhantes*: média de 3,23, valor de moda 3 (algumas vezes).

Verifica-se que existem valores de moda relativos à classificação “algumas vezes” da escala de *Likert* deste questionário para os itens 2, 27 e 28. Este aspeto poderá indicar que estes são os fatores que menos influência detêm no sucesso da implementação de CAA (é de referir que estes três itens se referem ao apoio para as famílias e da parte dos fabricantes). Em seguida, apresenta-se o Quadro 22.

Ítems relativos a fatores de sucesso de CAA	Média	Mediana	Moda	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
1	4,03	4,00	4	0,985	2	6
2	3,31	3,00	3	1,022	1	5
3	4,06	4,00	4	0,968	1	6
4	4,49	5,00	5	0,887	2	6
5	4,37	4,00	5	0,808	2	6
6	4,69	5,00	5	0,796	2	6
7	4,63	5,00	5	0,598	3	6
8	4,43	5,00	5	0,850	2	6
9	4,31	4,00	5	0,900	2	6
10	4,26	5,00	5	0,886	2	5
11	4,31	5,00	5	0,867	2	5
12	4,11	4,00	4	0,796	2	5
13	4,31	4,00	5	0,758	2	5
14	4,54	5,00	5	0,611	3	5
15	4,57	5,00	5	0,558	3	5
16	3,63	4,00	4	1,140	2	6
17	4,11	4,00	4	0,758	3	6
18	4,54	5,00	5	0,611	3	5
19	4,11	4,00	4	0,796	2	5
20	4,17	4,00	4	0,747	3	5
21	4,46	5,00	5	0,852	2	5
22	4,37	5,00	5	0,770	2	5
23	4,46	5,00	5	0,741	3	5
24	4,20	4,00	5	0,964	2	5
25	4,00	4,00	5	1,085	2	5
26	4,06	4,00	4	0,968	1	5
27	3,49	3,00	3	0,981	1	5
28	3,23	3,00	3	0,843	1	5

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

Itens relativos a fatores de abandono de CAA	Média	Mediana	Moda	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
9	3,69	4,00	3	0,993	2	6
10	3,29	3,00	3	0,789	2	5
11	3,23	3,00	3	0,877	2	5
12	3,17	3,00	3	0,954	2	5
13	3,26	3,00	3	1,039	1	5
14	3,69	4,00	3	1,078	1	6
15	3,57	4,00	3 ^a	1,170	1	6
16	3,14	3,00	3	1,192	1	6
17	3,09	3,00	3	0,887	1	5
18	3,71	4,00	4	0,893	2	5
19	3,29	3,00	3	0,750	2	5
20	3,43	3,00	3	1,008	1	6
21	2,94	3,00	3	1,083	1	5
22	2,46	3,00	3	0,886	1	5
23	3,20	3,00	3	0,797	1	5
24	2,83	3,00	3	0,857	1	4
25	3,26	3,00	3	0,817	1	5
26	3,46	3,00	3	0,741	2	5
27	3,31	3,00	3	0,963	2	5
28	3,40	3,00	3	0,914	1	5
29	3,80	4,00	4	0,759	2	5
30	3,86	4,00	4	0,772	2	5
31	3,63	4,00	4	0,690	2	5
32	3,46	3,00	3	0,780	2	5
33	2,69	3,00	3	1,022	1	5
34	3,03	3,00	3	0,822	1	5
35	3,37	3,00	4	0,877	1	5
36	3,34	3,00	3	0,838	1	5
37	3,43	3,00	3	0,815	1	5
38	3,20	3,00	3	0,933	1	5
39	3,49	3,00	3	1,222	1	6
40	3,49	3,00	3	0,981	1	5
41	3,26	3,00	4	0,919	1	5
42	3,34	3,00	3	1,027	1	5
43	3,43	3,00	3 ^a	1,008	1	5
44	3,46	3,00	3	0,950	1	5
45	3,34	3,00	4	0,906	1	5
46	3,14	3,00	3	0,944	1	5
47	3,37	3,00	3	0,770	2	6

Itens relativos a fatores de abandono de CAA	Média	Mediana	Moda	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
48	3,14	3,00	3	0,692	1	5

a. Há várias modas. O menor valor é mostrado.

Quadro 23. Estatística descritiva relacionada com os itens de abandono de CAA no Questionário CAA: sucesso vs abandono, ao grupo de participantes terapeutas da fala.

Objetivo 2.1. Identificar se a percepção dos profissionais varia de acordo com a sua profissão

Importa referir que relativamente a este objetivo, assim como aos restantes relacionados com a influência das características dos profissionais nas percepções deste grupo, os dados obtidos decorreram do cruzamento entre as características e os itens da escala APRCCA.

Neste sentido, para se verificar este objetivo, estabeleceu-se uma comparação entre as diferentes categorias profissionais dos participantes e os 36 itens da escala APRCCA.

Uma vez que existe discrepância entre o número de participantes no que respeita a cada uma das categorias profissionais, optou-se por juntá-las em grupos de forma a obter uma maior significância estatística. As diferentes categorias profissionais foram agrupadas em “Pessoal Docente” (PD) e “Pessoal Não Docente” (PND).

No grupo PD foram incluídos os docentes de ensino regular e os docentes de educação especial ($n=112$) e no grupo PND foram incluídos os terapeutas da fala, os terapeutas ocupacionais, os fisioterapeutas, os psicólogos, os psicomotricistas e os assistentes operacionais ($n=83$). O participante que respondeu na categoria profissional ser “Diretora pedagógica de escola de ensino especial” não foi incluído em nenhum dos grupos, pois não existem certezas sobre a sua profissão de base (se é professor(a) ou não). Desta forma, o n total passou de 196 para 195.

Quanto aos itens da APRCCA, atendendo às menções da escala de *Likert* considerada para a mesma (“discordo totalmente”; “discordo”; “não concordo nem discordo”; “concordo”; “concordo totalmente”; “não se aplica”), optou-se por eliminar as respostas associadas ao “não se aplica”, uma vez que não fazem parte de um continuum da própria escala (ou seja, não se constituem como uma resposta com menção superior a “concordo

totalmente”) e poderiam vir a influenciar a significância estatística das médias dos grupos PD e PND. Assim, optou-se por agrupar as opções “discordo totalmente” e “discordo” e as opções “concordo” e “concordo totalmente” em dois grupos distintos, deixando-se cair também a opção “não concordo nem discordo”, por se constituir como uma resposta neutra relativamente às percepções dos profissionais.

Para comparar as médias entre os grupos PD e PND e os grupos “discordo totalmente”/“discordo” e “concordo”/“concordo totalmente” dos 36 itens da escala APRCCA recorreu-se a estatística paramétrica, através da aplicação do teste *t de Student*.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos grupos em sete itens que se apresentam no Quadro 24.

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

Itens		<i>t</i>	<i>df</i>	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
							Inferior	Superior
7 - Eu sentir-me-ia à vontade para trabalhar com uma criança/jovem que use um sistema de CAA de baixa tecnologia (ex: tabela de comunicação)	Variâncias iguais não assumidas	2,803	192,980	0,006	0,266	0,095	0,079	0,453
13 - Eu envolver-me-ia numa conversa social com uma criança/jovem que use CAA	Variâncias iguais não assumidas	2,400	177,199	0,017	0,163	0,068	0,029	0,297
18 - Eu não me sentiria confortável em ter uma criança/jovem que use CAA regularmente em sala de aula	Variâncias iguais não assumidas	-2,959	152,268	0,004	-0,166	0,056	-0,278	-0,055
19 - As crianças/jovens que usam CAA podem participar ativamente numa conversa	Variâncias iguais não assumidas	2,675	190,817	0,008	0,239	0,089	0,063	0,416
25 - Eu sentir-me-ia confortável a trabalhar individualmente com uma criança/jovem que use CAA	Variâncias iguais não assumidas	2,535	187,453	0,012	0,213	0,084	0,047	0,378
27 - As crianças/jovens que usam CAA podem modificar as suas palavras, se não estiverem a ser compreendidas	Variâncias iguais não assumidas	2,549	190,053	0,012	0,322	0,126	0,073	0,571
33 - Eu modificaria atividades em sala de aula para crianças/jovens que usam CAA	Variâncias iguais não assumidas	-2,635	150,672	0,009	-0,314	0,119	-0,550	-0,079

Quadro 24. Resultados do teste *t de Student* de comparação de médias entre os grupos PND e PD (itens APRCCA com diferenças estatisticamente significativas).

De forma a tirar conclusões assertivas sobre qual dos grupos se destaca, relativamente aos valores da média, observou-se atentamente o Quadro 25, que contém os valores médios para cada grupo relativamente aos itens que atingiram a significância estatística.

	Profissão	<i>n</i>	Média	Desvio padrão	Erro padrão da média
7 - Eu sentir-me-ia à vontade para trabalhar com uma criança/jovem que use um sistema de CAA de baixa tecnologia (ex: tabela de comunicação)	PND	83	1,82	0,566	0,062
	PD	112	1,55	0,757	0,072
13 - Eu envolver-me-ia numa conversa social com uma criança/jovem que use CAA	PND	83	1,94	0,326	0,036
	PD	112	1,78	0,611	0,058
18 - Eu não me sentiria confortável em ter uma criança/jovem que use CAA regularmente em sala de aula	PND	83	0,77	0,423	0,046
	PD	112	0,94	0,336	0,032
19 - As crianças/jovens que usam CAA podem participar ativamente numa conversa	PND	83	1,86	0,497	0,055
	PD	112	1,62	0,750	0,071
25 - Eu sentir-me-ia confortável a trabalhar individualmente com uma criança/jovem que use CAA	PND	83	1,86	0,445	0,049
	PD	112	1,64	0,721	0,068
27 - As crianças/jovens que usam CAA podem modificar as suas palavras, se não estiverem a ser compreendidas	PND	83	1,52	0,802	0,088
	PD	112	1,20	0,957	0,090
33 - Eu modificaria atividades em sala de aula para crianças/jovens que usam CAA	PND	83	1,34	0,901	0,099
	PD	112	1,65	0,707	0,067

Quadro 25. Estatística descritiva dos grupos PD e PND para os itens APRCCA com diferenças estatisticamente significativas (teste *t de Student*).

Analisando-se os Quadros 24 e 25, constata-se que o PND tem média significativamente mais elevada que o PD em cinco dos sete itens da escala PARCCA:

Item 7 - Eu sentir-me-ia à vontade para trabalhar com uma criança/jovem que use um sistema de CAA de baixa tecnologia (ex: tabela de comunicação): $t(192,980) = 2,803$, $p = 0,006$; $M_{PND} = 1,82$;

Item 13 - Eu envolver-me-ia numa conversa social com uma criança/jovem que use CAA:

$t(177,199) = 2,4, p = 0,017; M_{PND} = 1,94;$

Item 19 - As crianças/jovens que usam CAA podem participar ativamente numa conversa:

$t(190,817) = 2,675, p = 0,008; M_{PND} = 1,86;$

Item 25 - Eu sentir-me-ia confortável a trabalhar individualmente com uma criança/jovem que use CA: $t(187,453) = 2,535, p = 0,012; M_{PND} = 1,86;$

Item 27 - As crianças/jovens que usam CAA podem modificar as suas palavras, se não estiverem a ser compreendidas: $t(190,053) = 2,549, p = 0,012; M_{PND} = 1,52.$

É importante referir que destes cinco itens, dois pertencem à dimensão afetiva (itens 7 e 25), dois pertencem à dimensão cognitiva (itens 19 e 27) e um à dimensão comportamental (item 13).

O PD tem média significativamente mais elevada que o PND em dois itens:

Item 18 - Eu não me sentiria confortável em ter uma criança/jovem que use CAA regularmente em sala de aula: $t(152,268) = -2,959, p = 0,004; M_{PD} = 0,94;$

Item 33 - Eu modificaria atividades em sala de aula para crianças/jovens que usam CAA: $t(150,672) = -2,635, p = 0,009; M_{PD} = 1,65.$

No que respeita às dimensões da APRCCA, o item 18 pertence à dimensão afetiva e o item 33 à comportamental. Contudo, atendendo-se ao facto de o item 18 se encontrar escrito pela negativa e, de acordo com os autores da escala este tipo de item dever ser ponderado de forma inversa, o facto de o PD ter tido uma média significativamente superior à média do PND pode significar que este grupo profissional detém uma perceção menos adequada ao item em questão face ao PND.

Objetivo 2.2. Identificar se a perceção dos profissionais varia de acordo com a sua experiência profissional;

Para responder a este objetivo, foram comparadas as médias das variáveis relacionadas com a experiência profissional e com as perceções dos profissionais relativamente aos 36 itens da escala APRCCA.

De acordo com os dados constantes no questionário socioprofissional, os profissionais responderam a duas questões distintas sobre a experiência profissional: experiência profissional no contexto educativo e experiência profissional no acompanhamento de crianças/jovens com MD. Assim, optou-se por realizar duas análises (com cada uma das variáveis anteriormente mencionadas), com o intuito de se verificar qual das tipologias de experiência profissional mais influencia as percepções dos profissionais.

A primeira análise contou com a comparação de médias entre a **experiência profissional no contexto educativo e os itens da escala APRCCA**. Foi realizado, através do SPSS, o cálculo da mediana quanto à experiência profissional em contexto educativo, tendo-se obtido um valor de 20. Assim, dividiram-se os profissionais em dois grupos: um grupo onde constaram os profissionais com mais de 20 anos de experiência (+20 anos) ($n=83$) e outro com os profissionais que detinham menos de 20 anos de experiência (-20 anos) ($n=112$). À semelhança do objetivo anterior, recorreu-se à utilização do teste *t de Student* para estabelecer a comparação entre grupos, mantendo-se as opções metodológicas quanto à escala de *likert* da APRCCA, já mencionadas no objetivo 2.1.. No Quadro 26 registaram-se os cinco itens com valores de média estatisticamente significativos.

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

Itens		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i> (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
							Inferior	Superior
8 - Eu não me envolveria na facilitação de uma atividade lúdica entre uma criança/jovem que use CAA e um colega	Variâncias iguais não assumidas	2,417	165,845	0,017	0,117	0,049	0,022	0,213
13 - Eu envolver-me-ia numa conversa social com uma criança/jovem que use CAA	Variâncias iguais não assumidas	2,421	115,206	0,017	0,194	0,080	0,035	0,352
25 - Eu sentir-me-ia confortável a trabalhar individualmente com uma criança/jovem que use CAA	Variâncias iguais não assumidas	2,388	129,170	0,018	0,228	0,095	0,039	0,417
27 - As crianças/jovens que usam CAA podem modificar as suas palavras, se não estiverem a ser compreendidas	Variâncias iguais não assumidas	2,321	161,405	0,022	0,308	0,133	0,046	0,569
31 - Eu sentir-me-ia confortável em trabalhar com crianças/jovens que usam sistemas de CAA sem ajuda	Variâncias iguais não assumidas	2,120	156,664	0,036	0,211	0,100	0,014	0,407

Quadro 26. Resultados do teste *t de Student* de comparação de médias entre os grupos +20 anos e -20 anos (itens APRCCA com diferenças estatisticamente significativas).

Após análise dos cinco itens com valores estatisticamente significativos entre os grupos, observaram-se as médias dos mesmos que podem ser consultadas no Quadro 27.

	Experiência profissional no contexto educativo	<i>n</i>	Média	Desvio padrão	Erro padrão da média
8 - Eu não me envolveria na facilitação de uma atividade lúdica entre uma criança/jovem que use CAA e um colega	-20 anos	112	1,01	0,315	0,030
	+20 anos	83	,89	0,350	0,038
13 - Eu envolver-me-ia numa conversa social com uma criança/jovem que use CAA	-20 anos	112	1,93	0,348	0,033
	+20 anos	83	1,73	0,664	0,073
25 - Eu sentir-me-ia confortável a trabalhar individualmente com uma criança/jovem que use CAA	-20 anos	112	1,83	0,482	0,046
	+20 anos	83	1,60	0,764	0,084
27 - As crianças/jovens que usam CAA podem modificar as suas palavras, se não estiverem a ser compreendidas	-20 anos	112	1,46	0,838	0,079
	+20 anos	83	1,16	0,969	0,106
31 - Eu sentir-me-ia confortável em trabalhar com crianças/jovens que usam sistemas de CAA sem ajuda	-20 anos	112	1,74	0,611	0,058
	+20 anos	83	1,53	0,738	0,081

Quadro 27. Estatística descritiva dos grupos -20 anos e +20 anos para os itens APRCCA com diferenças estatisticamente significativas (teste *t de Student*).

Nos cinco itens da escala APRCCA identificados pelo teste *t de Student* para a presente comparação, verifica-se que os profissionais com menos de 20 anos de serviço têm médias significativamente superiores aos profissionais com mais de 20 anos de serviço:

Item 8 - Eu não me envolveria na facilitação de uma atividade lúdica entre uma criança/jovem que use CAA e um colega: $t(165,845) = 2,417, p=0,017$; $M_{-20anos}=1,01$;

Item 13 - Eu envolver-me-ia numa conversa social com uma criança/jovem que use CAA: $t(115,206) = 2,421, p=0,017$; $M_{-20anos}=1,93$;

Item 25 - Eu sentir-me-ia confortável a trabalhar individualmente com uma criança/jovem que use CAA: $t(129,170) = 2,388, p=0,018$; $M_{-20anos}=1,83$;

Item 27 - As crianças/jovens que usam CAA podem modificar as suas palavras, se não estiverem a ser compreendidas: $t(161,405) = 2,321, p=0,022$; $M_{-20anos}=1,46$;

Item 31 - Eu sentir-me-ia confortável em trabalhar com crianças/jovens que usam sistemas de CAA sem ajuda: $t(156,664) = 2,120, p = 0,036; M_{-20anos} = 1,74$.

Relativamente às dimensões da escala APRCCA, dois itens pertencem à dimensão comportamental (8 e 13), dois itens pertencem à dimensão afetiva (25 e 31) e um à dimensão cognitiva (27). É importante referir que o item 8 tem conotação pela negativa, o que, à semelhança do já descrito anteriormente para o objetivo 2.1., poderá levar a crer que o facto de o grupo -20 anos ter tido uma média significativamente superior à média do grupo +20 anos, pode dar a entender que este grupo detém uma percepção menos adequada ao item em questão.

Após aplicação do teste *t de Student*, decidiu-se verificar se existe alguma correlação entre os anos de experiência profissional no contexto educativo e as percepções dos profissionais. Assim, recorreu-se à correlação de *Pearson* para se constatar esta premissa. Para a realização deste teste, no que respeita à escala de *likert* da APRCCA, não se utilizou a resposta “não se aplica” (NA).

Apenas se constatou a existência de correlação estatisticamente significativa no item 31 “Eu sentir-me-ia confortável em trabalhar com crianças/jovens que usam sistemas de CAA sem ajuda” ($r = -0,154; p = 0,032$). De acordo com o valor *r* de *Pearson*, verifica-se que há uma correlação negativa ou inversa entre as variáveis, ou seja, quanto maior for o número de anos de experiência profissional no contexto educativo menor será o valor atribuído à percepção neste âmbito.

É de notar que existem outros itens que, apesar de não terem atingido a significância estatística, possuem valor de *p* ligeiramente superior a 0,05:

Item 23 - As crianças/jovens que usam CAA são tão inteligentes como os seus colegas com funcionamento típico: $p = 0,054$;

Item 18 - Eu não me sentiria confortável em ter uma criança/jovem que use CAA regularmente em sala de aula: $p = 0,054$;

Item 7 - Eu sentir-me-ia à vontade para trabalhar com uma criança/jovem que use um sistema de CAA de baixa tecnologia (ex: tabela de comunicação): $p = 0,058$.

Nestes itens, caso a amostra fosse maior, talvez se pudesse atingir a significância estatística.

Para comparar as **percepções constantes nos itens da APRCCA com a experiência profissional no acompanhamento de crianças/jovens com MD**, foram seguidos os mesmos passos já descritos anteriormente. O cálculo da mediana para esta variável teve valor 9, assim os profissionais foram divididos em dois grupos: -9 anos ($n=103$) e +9 anos ($n=92$). O resultado do teste *t de Student* para a comparação de médias destas variáveis indicou diferenças estatisticamente significativas para dois itens, tal como se pode observar no Quadro 28.

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

Itens		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i> (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
							Inferior	Superior
20 - Eu não pediria a uma criança/jovem com funcionamento típico para trabalhar num projeto escolar com uma criança/jovem que usa CAA	Variâncias iguais não assumidas	3,101	154,409	0,002	0,127	0,041	0,046	0,208
21 - Eu acompanharia uma criança/jovem que usa CAA durante uma reunião de alunos/debate escolar	Variâncias iguais não assumidas	2,802	148,011	0,006	0,255	0,091	0,075	0,435

Quadro 28. Resultados do teste *t de Student* de comparação de médias entre os grupos +9 anos e -9 anos (itens APRCCA com diferenças estatisticamente significativas).

As médias dos grupos para os itens 20 e 21 podem ser analisadas no Quadro 29.

	Experiência profissional no acompanhamento de crianças/jovens com MD	<i>n</i>	Média	Desvio padrão	Erro padrão da média
20 - Eu não pediria a uma criança/jovem com funcionamento típico para trabalhar num projeto escolar com uma criança/jovem que usa CAA	- 9 anos	103	1,03	0,219	0,022
	+ 9 anos	92	0,90	0,333	0,035
21 - Eu acompanharia uma criança/jovem que usa CAA durante uma reunião de alunos/debate escolar	- 9 anos	103	1,86	0,465	0,046
	+ 9 anos	92	1,61	0,755	0,079

Quadro 29. Estatística descritiva dos grupos -9 anos e +9 anos para os itens APRCCA com diferenças estatisticamente significativas (teste *t de Student*).

Concluída a análise dos Quadro 28 e 29, constata-se que os profissionais com menos de 9 anos de experiência detêm médias estatisticamente superiores aos profissionais com mais de 9 anos de experiência no acompanhamento de crianças/jovens com MD:

Item 20 - Eu não pediria a uma criança/jovem com funcionamento típico para trabalhar num projeto escolar com uma criança/jovem que usa CAA: $t(154,409) = 3,101, p=0,002$; $M_{-9anos}=1,03$;

Item 21 - Eu acompanharia uma criança/jovem que usa CAA durante uma reunião de alunos/debate escolar: $t(148,011) = 2,802, p=0,006$; $M_{-9anos}=1,86$.

No que respeita às dimensões da APRCCA, ambos os itens anteriormente descritos se referem à dimensão comportamental. Mais uma vez, à semelhança dos exemplos anteriores, o item 20 apresenta-se escrito pela negativa, o que poderá relevar que, apesar do grupo -9 anos ter tido uma média significativamente superior à média do grupo +9 anos, o primeiro grupo poderá deter uma percepção menos adequada ao item em questão.

Seguidamente, voltou-se a realizar o teste de correlação de *Pearson*, no sentido de verificar se existe alguma correlação estatisticamente significativa entre os anos de experiência no acompanhamento de crianças/jovens com MD e as percepções. Este teste relevou não existir qualquer correlação entre as variáveis.

Objetivo 2.3. Identificar se a percepção dos profissionais varia de acordo com a sua experiência com CAA

Neste objetivo, uma vez que se pretendeu explorar a importância da experiência dos profissionais com CAA, foram consideradas duas variáveis: os anos de experiência profissional a utilizar CAA e a frequência de utilização de CAA.

Iniciou-se então a análise de comparação de médias entre **as percepções dos profissionais e os anos de experiência profissional a utilizar CAA**. À semelhança do ocorrido nos objetivos anteriores, dividiram-se os profissionais em dois grupos com base no valor da mediana dos anos de experiência a utilizar CAA.

Assim, uma vez que o valor da mediana foi 4, constituíram-se os grupos +4 anos ($n=93$) e -4 anos ($n=102$). É de referir que se mantiveram as opções metodológicas quanto à escala de *likert* da APRCCA, enunciadas na descrição do objetivo 2.1.. Em seguida, voltou a aplicar-se o teste *t de Student* para comparar as médias dos grupos referidos anteriormente e as percepções. Foram encontrados dois itens com médias estatisticamente significativas, como se pode observar no Quadro 30.

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

		<i>t</i>	<i>df</i>	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
							Inferior	Superior
22 - Eu não me sentiria confortável para trabalhar com uma criança/jovem que usa um sistema de CAA de alta tecnologia (ex: dispositivos eletrônicos)	Variâncias iguais assumidas	-2,542	193	0,012	-0,146	0,057	-0,259	-0,033
25 - Eu sentir-me-ia confortável a trabalhar individualmente com uma criança/jovem que use CAA	Variâncias iguais não assumidas	-2,304	180,487	0,022	-0,201	0,087	-0,374	-0,029

Quadro 30. Resultados do teste *t de Student* de comparação de médias entre os grupos +4 anos e -4 anos (itens APRCCA com diferenças estatisticamente significativas).

No Quadro 31 constam as médias dos grupos relativamente aos itens com diferenças estatisticamente significativas.

	Anos de experiência profissional a utilizar CAA	<i>n</i>	Média	Desvio padrão	Erro padrão da média
22 - Eu não me sentiria confortável para trabalhar com uma criança/jovem que usa um sistema de CAA de alta tecnologia (ex: dispositivos eletrónicos)	-4 anos	102	0,95	0,431	0,043
	+4 anos	93	1,10	0,363	0,038
25 - Eu sentir-me-ia confortável a trabalhar individualmente com uma criança/jovem que use CAA	-4 anos	102	1,64	0,715	0,071
	+4 anos	93	1,84	0,495	0,051

Quadro 31. Estatística descritiva dos grupos -4 anos e +4 anos para os itens APRCCA com diferenças estatisticamente significativas (teste *t de Student*).

A análise dos Quadros 30 e 31 permite constatar que os profissionais com mais de 4 anos de experiência na utilização de CAA atingiram médias estatisticamente superiores aos profissionais com menos de 4 anos de experiência:

Item 22 - Eu não me sentiria confortável para trabalhar com uma criança/jovem que usa um sistema de CAA de alta tecnologia (ex: dispositivos eletrónicos): $t(193) = -2,542$, $p=0,012$; $M_{+4anos}=1,10$;

Item 25 - Eu sentir-me-ia confortável a trabalhar individualmente com uma criança/jovem que use CAA: $t(180,487) = -2,304$, $p=0,022$; $M_{+4anos}=1,84$.

No que respeita às dimensões da APRCCA, tanto o item 22 como o item 25 pertencem à dimensão afetiva. É importante referir que o item 22 se encontra escrito pela negativa pelo que, de acordo com os autores da APRCCA, a média do grupo +4 anos, apesar de ser estatisticamente superior, pode ter perceções aquém comparativamente ao grupo -4anos.

Após estes cálculos, voltou-se a recorrer à correlação de *Pearson* para verificar se existia algum tipo de relação entre as variáveis. As opções metodológicas relacionadas com a

escala de *likert* da APRCCA foram mantidas à semelhança do realizado anteriormente para executar este teste. Foram encontradas correlações estatisticamente significativas em 8 itens, que podem ser analisadas no Quadro 32.

	<i>n</i>	<i>Sig</i> (2 extremidades)	Correlação de <i>Pearson</i>
4 - Intimida-me trabalhar com uma criança/jovem que use CAA	195	0,011	-0,183*
7 - Eu sentir-me-ia à vontade para trabalhar com uma criança/jovem que use um sistema de CAA de baixa tecnologia (ex: tabela de comunicação)	195	0,008	0,189**
11 - As crianças/jovens que usam CAA são tão capazes de se envolver em atividades não letivas como os seus colegas com funcionamento típico	195	0,002	0,219**
14 - Eu não levaria uma criança/jovem que use CAA numa visita de estudo	195	0,032	-0,154*
19 - As crianças/jovens que usam CAA podem participar ativamente numa conversa	195	0,042	0,145*
20 - Eu não pediria a uma criança/jovem com funcionamento típico para trabalhar num projeto escolar com uma criança/jovem que usa CAA	195	0,026	-0,160*
27 - As crianças/jovens que usam CAA podem modificar as suas palavras, se não estiverem a ser compreendidas	195	0,026	0,159*
35 - As crianças/jovens que usam CAA compreendem o que é a comunicação	195	0,029	0,157*

** . A correlação é muito significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Quadro 32. Itens APRCCA com *r* de Pearson estatisticamente significativo para a variável relativa aos anos de experiência na utilização de CAA.

A análise do Quadro 32 permite retirar resultados importantes sobre o efeito da variável “anos de experiência na utilização de CAA” nas percepções dos profissionais que participaram neste estudo. Dos 8 itens com valores *r* de *Pearson* estatisticamente significativos, 2 referem-se a $p < 0,01$ (itens 7 e 11) e ambos apresentam correlações positivas, ou seja, quanto mais anos de experiência na utilização de CAA um profissional tem mais concordância apresenta nas suas percepções relativamente aos itens do questionário. Os restantes 6 itens (4, 14, 19, 20, 27 e 35) foram significativos para $p < 0,05$.

No que respeita ao tipo de correlação existente, os itens 4, 14 e 20 apresentam correlações negativas, significando que quanto maior a experiência dos participantes na utilização de CAA, menor a concordância com o teor dos itens em questão. Os itens 14 e 20 encontram-se escritos pela negativa e o item 4, apesar de afirmativamente escrito, remete para uma questão emocional negativa face ao utilizador de CAA. Os itens 19, 27 e 35 apresentam correlações positivas, onde a percepção dos profissionais é progressivamente mais concordante quanto mais experiência detêm na utilização de CAA. Para finalizar a presente análise, é importante referir que, dos 8 itens com correlações significativas do ponto de vista estatístico, 4 pertencem à dimensão cognitiva (11, 19, 27 e 35), 2 à dimensão afetiva (4 e 7) e outros 2 à dimensão comportamental (14 e 20).

Dando continuidade à resposta a este objetivo, realizou-se a comparação de médias entre **as percepções dos profissionais e a frequência da utilização de CAA**. Neste caso, tomou-se a opção de agrupar as frequências de utilização “sempre” e “frequentemente” e “raramente” e “nunca” em dois grupos distintos, com o intuito de atribuir maior significância estatística a esta comparação. Não foram consideradas as respostas de frequência “algumas vezes” ($n=63$). Com estas alterações, chegou-se a um n total de 132 respostas, encontrando-se um n de 78 para o grupo “frequentemente/sempre” e um n de 54 para o grupo “nunca/raramente”. Para se proceder a esta comparação aplicou-se o teste *t de Student*, encontrando-se diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos grupos em 8 itens como se pode observar no Quadro 33.

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i> (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
							Inferior	Superior
7 - Eu sentir-me-ia à vontade para trabalhar com uma criança/jovem que use um sistema de CAA de baixa tecnologia (ex: tabela de comunicação)	Variâncias iguais não assumidas	-3,239	76,860	0,002	-0,437	0,135	-0,706	-0,168
9 - As crianças/jovens que usam CAA são sociáveis	Variâncias iguais não assumidas	-2,233	88,200	0,028	-0,318	0,142	-0,600	-0,035
11 - As crianças/jovens que usam CAA são tão capazes de se envolver em atividades não letivas como os seus colegas com funcionamento típico	Variâncias iguais não assumidas	-2,022	92,839	0,046	-0,279	0,138	-0,553	-0,005
17 - Uma criança/jovem que use CAA compreende o que lhe dizem	Variâncias iguais não assumidas	-2,640	89,165	0,010	-0,397	0,151	-0,697	-0,098
19 - As crianças/jovens que usam CAA podem participar ativamente numa conversa	Variâncias iguais não assumidas	-2,887	74,450	0,005	-0,372	0,129	-0,628	-0,115
25 - Eu sentir-me-ia confortável a trabalhar individualmente com uma criança/jovem que use CAA	Variâncias iguais não assumidas	-2,704	77,092	0,008	-0,352	0,130	-0,611	-0,093
27 - As crianças/jovens que usam CAA podem modificar as suas palavras, se não estiverem a ser compreendidas	Variâncias iguais não assumidas	-2,138	102,861	0,035	-0,346	0,162	-0,667	-0,025
36 - As crianças/jovens que usam CAA não se preocupam se são compreendidas	Variâncias iguais não assumidas	-2,480	85,676	0,015	-0,185	0,075	-0,334	-0,037

Quadro 33. Resultados do teste *t de Student* de comparação de médias entre os grupos “nunca/raramente” e “frequentemente/sempre” (itens APRCCA com diferenças estatisticamente significativas).

No Quadro 34 podem ser analisadas as médias dos grupos relativas aos itens do Quadro 33.

	Frequência na utilização de CAA	<i>n</i>	Média	Desvio padrão	Erro padrão da média
7 - Eu sentir-me-ia à vontade para trabalhar com uma criança/jovem que use um sistema de CAA de baixa tecnologia (ex: tabela de comunicação)	Nunca/raramente	54	1,37	0,896	0,122
	Frequentemente /sempre	78	1,81	0,511	0,058
9 - As crianças/jovens que usam CAA são sociáveis	Nunca/raramente	54	1,43	0,903	0,123
	Frequentemente /sempre	78	1,74	0,633	0,072
11 - As crianças/jovens que usam CAA são tão capazes de se envolver em atividades não letivas como os seus colegas com funcionamento típico	Nunca/raramente	54	1,43	0,860	0,117
	Frequentemente /sempre	78	1,71	0,647	0,073
17 - Uma criança/jovem que use CAA compreende o que lhe dizem	Nunca/raramente	54	1,33	0,952	0,130
	Frequentemente /sempre	78	1,73	0,678	0,077
19 - As crianças/jovens que usam CAA podem participar ativamente numa conversa	Nunca/raramente	54	1,50	0,863	0,117
	Frequentemente /sempre	78	1,87	0,466	0,053
25 - Eu sentir-me-ia confortável a trabalhar individualmente com uma criança/jovem que use CAA	Nunca/raramente	54	1,48	0,863	0,117
	Frequentemente /sempre	78	1,83	0,495	0,056
27 - As crianças/jovens que usam CAA podem modificar as suas palavras, se não estiverem a ser compreendidas	Nunca/raramente	54	1,17	0,966	0,132
	Frequentemente /sempre	78	1,51	0,833	0,094
36 - As crianças/jovens que usam CAA não se preocupam se são compreendidas	Nunca/raramente	54	0,81	0,479	0,065
	Frequentemente /sempre	78	1,00	0,322	0,036

Quadro 34. Estatística descritiva dos grupos “nunca/raramente” e “frequentemente/sempre” para os itens APRCCA com diferenças estatisticamente significativas (teste *t de Student*).

Nos Quadros 33 e 34 verifica-se que o grupo “frequentemente/sempre” (FS) possui médias estatisticamente significativas em todos os itens:

Item 7 - Eu sentir-me-ia à vontade para trabalhar com uma criança/jovem que use um sistema de CAA de baixa tecnologia (ex: tabela de comunicação): $t(76,860) = -3,239$, $p=0,002$; $M_{FS}=1,81$;

Item 9 - As crianças/jovens que usam CAA são sociáveis: $t(88,200) = -2,233$, $p=0,028$; $M_{FS}=1,74$;

Item 11 - As crianças/jovens que usam CAA são tão capazes de se envolver em atividades não letivas como os seus colegas com funcionamento típico: $t(92,839) = -2,022$, $p=0,046$; $M_{FS}=1,71$;

Item 17 - Uma criança/jovem que use CAA compreende o que lhe dizem: $t(89,165) = -2,640$, $p=0,010$; $M_{FS}=1,73$;

Item 19 - As crianças/jovens que usam CAA podem participar ativamente numa conversa: $t(74,450) = -2,887$, $p=0,005$; $M_{FS}=1,87$;

Item 25 - Eu sentir-me-ia confortável a trabalhar individualmente com uma criança/jovem que use CAA: $t(77,092) = -2,704$, $p=0,008$; $M_{FS}=1,83$;

Item 27 - As crianças/jovens que usam CAA podem modificar as suas palavras, se não estiverem a ser compreendidas: $t(102,861) = -2,138$, $p=0,035$; $M_{FS}=1,51$;

Item 36 - As crianças/jovens que usam CAA não se preocupam se são compreendidas: $t(85,676) = -2,480$, $p=0,015$; $M_{FS}=1,00$.

No que concerne às dimensões da escala APRCCA, 6 itens pertencem à dimensão cognitiva e 2 à dimensão afetiva.

Tal como realizado para a variável anterior, voltou-se a recorrer à correlação de *Pearson* para verificar a existência de correlações significativas entre a frequência do uso de CAA e as percepções dos profissionais. Refere-se que, para este teste, consideraram-se todas as respostas da escala de frequência indicada no questionário (nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente e sempre). Verificaram-se 18 correlações significativas do ponto de vista estatístico que se encontram exemplificadas no Quadro 35.

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

	<i>n</i>	<i>Sig</i> (2 extremidades)	Correlação de <i>Pearson</i>
1 - Eu encorajaria interações entre crianças/jovens que usem CAA e crianças/jovens com funcionamento típico	195	0,023	0,162*
2 - Eu não pediria a uma criança/jovem que use CAA para executar uma tarefa no contexto escolar	195	0,021	-0,166*
4 - Intimida-me trabalhar com uma criança/jovem que use CAA	195	0,000	-0,327**
6 - As crianças/jovens que usam CAA não querem falar sobre os mesmos assuntos que outras crianças/jovens	195	0,033	-0,152*
7 - Eu sentir-me-ia à vontade para trabalhar com uma criança/jovem que use um sistema de CAA de baixa tecnologia (ex: tabela de comunicação)	195	0,004	0,206**
8 - Eu não me envolveria na facilitação de uma atividade lúdica entre uma criança/jovem que use CAA e um colega	195	0,018	-0,170*
10 - Eu não acompanharia uma criança/jovem que use CAA em atividades extracurriculares	195	0,001	-0,226**
11 - As crianças/jovens que usam CAA são tão capazes de se envolver em atividades não letivas como os seus colegas com funcionamento típico	195	0,003	0,214**
14 - Eu não levaria uma criança/jovem que use CAA numa visita de estudo	195	0,002	-0,221**
15 - Uma criança/jovem que use CAA consegue manter a atenção de outra pessoa enquanto comunica	195	0,016	0,173*
16 - Eu não levaria uma criança/jovem que use CAA numa saída pela comunidade	195	0,033	-0,153*
19 - As crianças/jovens que usam CAA podem participar ativamente numa conversa	195	0,004	0,208**
22 - Eu não me sentiria confortável para trabalhar com uma criança/jovem que usa um sistema de CAA de alta tecnologia (ex: dispositivos eletrónicos)	195	0,000	-0,248**
23 - As crianças/jovens que usam CAA são tão inteligentes como os seus colegas com funcionamento típico	195	0,026	0,160*

	<i>n</i>	<i>Sig</i> (2 extremidades)	Correlação de <i>Pearson</i>
25 - Eu sentir-me-ia confortável a trabalhar individualmente com uma criança/jovem que use CAA	195	0,008	0,189**
27 - As crianças/jovens que usam CAA podem modificar as suas palavras, se não estiverem a ser compreendidas	195	0,016	0,172*
28 - Eu não pediria a uma criança/jovem com funcionamento típico para trabalhar num projeto não académico com uma criança/jovem que use CAA	195	0,015	-0,174*
33 - Eu modificaria atividades em sala de aula para crianças/jovens que usam CAA	195	0,034	0,152*

** . A correlação é muito significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Quadro 35. Itens APRCCA com *r* de *Pearson* estatisticamente significativo para a variável relativa à frequência na utilização de CAA.

As 18 correlações estatisticamente significativas demonstram o impacto que a variável relacionada com a frequência de utilização de CAA tem nas perspetivas dos profissionais. Para valores de correlação muito significativa ($p < 0,01$) encontram-se 8 itens (4, 7, 10, 11, 14, 19, 22 e 25). Dentro destes, 4 apresentam correlações negativas o que, à semelhança do descrito para a variável anterior, indica que quanto maior a frequência de utilização em CAA, menos concordante é a percepção dos profissionais às afirmações contidas em cada um dos itens (4, 10, 14 e 22). Mais uma vez, igual ao ocorrido para a variável anterior, o item 4 encontra-se escrito de forma positiva mas está associado a uma emoção negativa. Já os itens 10, 14 e 22 representam afirmações escritas pela negativa. Os restantes itens apresentam correlações positivas e estão associados a afirmações positivas.

Para $p < 0,05$, encontraram-se 10 itens com correlações estatisticamente significativas. Nestes exemplos, os itens com correlações positivas estão associados a afirmações escritas da mesma forma, o que remete para que estas percepções/associações positivas tenham maior concordância quanto maior a frequência de utilização de CAA pelos profissionais (itens 1, 15, 23, 27 e 33). Na mesma lógica, os itens cujas afirmações/ideias se encontram escritas de forma negativa, são os que detêm correlações negativas, levando

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

a crer que possivelmente o aumento de frequência de utilização de CAA diminua a ocorrência de percepções mais negativas (itens 2, 6, 8, 16 e 28).

Quanto às dimensões da escala APRCCA que cada um representa, 8 pertencem à dimensão comportamental (1, 2, 8, 10, 14, 16, 28 e 33), 6 à dimensão cognitiva (6, 11, 15, 19, 23 e 27) e 4 à dimensão afetiva (4, 7, 22 e 25).

Objetivo 2.4. Identificar se a percepção dos profissionais varia de acordo com o seu conhecimento em CAA:

Neste objetivo, foram comparadas as médias das respostas dos profissionais com base na existência de conhecimento ou não em CAA, tal como os mesmos indicaram no questionário socioprofissional.

Deste modo, foram criados dois grupos distintos: os profissionais que possuem conhecimentos em CAA (grupo “sim”, $n=164$) e os que não detêm conhecimento neste âmbito (grupo “não”, $n=31$). Devido à discrepância do n dos referidos grupos, os resultados serão analisados com as devidas ressalvas.

Com recurso ao teste t de *Student*, foram comparadas as médias entre os grupos com as percepções constantes nos itens da escala APRCCA. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas médias dos grupos em 12 itens, tal como se pode verificar no Quadro 36.

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

		teste-t para Igualdade de Médias						
		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i> (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
							Inferior	Superior
1 - Eu encorajaria interações entre crianças/jovens que usem CAA e crianças/jovens com funcionamento típico	Variâncias iguais não assumidas	2,305	31,982	0,028	0,320	0,139	0,037	0,603
2 - Eu não pediria a uma criança/jovem que use CAA para executar uma tarefa no contexto escolar	Variâncias iguais não assumidas	2,556	32,749	0,015	0,224	0,088	0,046	0,402
3 - Eu incluiria em contexto de sala de aula uma criança/jovem que use CAA	Variâncias iguais não assumidas	2,729	32,900	0,010	0,426	0,156	0,109	0,744
4 - Intimida-me trabalhar com uma criança/jovem que use CAA	Variâncias iguais não assumidas	2,099	32,025	0,044	0,256	0,122	0,008	0,505
7 - Eu sentir-me-ia à vontade para trabalhar com uma criança/jovem que use um sistema de CAA de baixa tecnologia (ex: tabela de comunicação)	Variâncias iguais não assumidas	3,431	35,899	0,002	0,563	0,164	0,230	0,895
13 - Eu envolver-me-ia numa conversa social com uma criança/jovem que use CAA	Variâncias iguais não assumidas	2,123	33,187	0,041	0,316	0,149	0,013	0,618
19 - As crianças/jovens que usam CAA podem participar ativamente numa conversa	Variâncias iguais não assumidas	2,628	35,376	0,013	0,432	0,164	0,098	0,765
21 - Eu acompanharia uma criança/jovem que usa CAA durante uma reunião de alunos/debate escolar	Variâncias iguais não assumidas	2,099	34,569	0,043	0,347	0,165	0,011	0,683
25 - Eu sentir-me-ia confortável a trabalhar individualmente com uma criança/jovem que use CAA	Variâncias iguais não assumidas	3,687	33,058	0,001	0,642	0,174	0,288	0,996

		teste-t para Igualdade de Médias						
		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i> (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
							Inferior	Superior
27 - As crianças/jovens que usam CAA podem modificar as suas palavras, se não estiverem a ser compreendidas	Variâncias iguais assumidas	3,403	193	0,001	0,588	0,173	0,247	0,929
31 - Eu sentir-me-ia confortável em trabalhar com crianças/jovens que usam sistemas de CAA sem ajuda	Variâncias iguais não assumidas	3,182	36,089	0,003	0,506	0,159	0,183	0,828
36 - As crianças/jovens que usam CAA não se preocupam se são compreendidas	Variâncias iguais não assumidas	2,208	32,978	0,034	0,234	0,106	0,018	0,449

Quadro 36. Resultados do teste *t de Student* de comparação de médias entre os grupos “sim” e “não” relativamente ao conhecimento em CAA (itens APRCCA com diferenças estatisticamente significativas).

As médias dos grupos para os itens referidos no Quadro 36 podem ser consultadas no Quadro 37.

	Existência de conhecimento em CAA	<i>n</i>	Média	Desvio padrão	Erro padrão da média
1 - Eu encorajaria interações entre crianças/jovens que usem CAA e crianças/jovens com funcionamento típico	Sim	164	1,93	0,316	0,025
	Não	31	1,61	0,761	0,137
2 - Eu não pediria a uma criança/jovem que use CAA para executar uma tarefa no contexto escolar	Sim	164	1,03	0,233	0,018
	Não	31	0,81	0,477	0,086
3 - Eu incluiria em contexto de sala de aula uma criança/jovem que use CAA	Sim	164	1,88	0,426	0,033
	Não	31	1,45	0,850	0,153
4 - Intimida-me trabalhar com uma criança/jovem que use CAA	Sim	164	1,03	0,281	0,022
	Não	31	0,77	0,669	0,120
7 - Eu sentir-me-ia à vontade para trabalhar com uma criança/jovem que use um sistema de CAA de baixa tecnologia (ex: tabela de comunicação)	Sim	164	1,76	0,618	0,048
	Não	31	1,19	0,873	0,157
13 - Eu envolver-me-ia numa conversa social com uma criança/jovem que use CAA	Sim	164	1,90	0,424	0,033
	Não	31	1,58	0,807	0,145
19 - As crianças/jovens que usam CAA podem participar ativamente numa conversa	Sim	164	1,79	0,594	0,046
	Não	31	1,35	0,877	0,158
21 - Eu acompanharia uma criança/jovem que usa CAA durante uma reunião de alunos/debate escolar	Sim	164	1,80	0,556	0,043
	Não	31	1,45	0,888	0,160
25 - Eu sentir-me-ia confortável a trabalhar individualmente com uma criança/jovem que use CAA	Sim	164	1,84	0,486	0,038
	Não	31	1,19	0,946	0,170
27 - As crianças/jovens que usam CAA podem modificar as suas palavras, se não estiverem a ser compreendidas	Sim	164	1,43	0,873	0,068
	Não	31	0,84	0,934	0,168

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

	Existência de conhecimento em CAA	<i>n</i>	Média	Desvio padrão	Erro padrão da média
31 - Eu sentir-me-ia confortável em trabalhar com crianças/jovens que usam sistemas de CAA sem ajuda	Sim	164	1,73	0,608	0,047
	Não	31	1,23	0,845	0,152
36 - As crianças/jovens que usam CAA não se preocupam se são compreendidas	Sim	164	0,98	0,292	0,023
	Não	31	0,74	0,575	0,103

Quadro 37. Estatística descritiva dos grupos “sim” e “não” relativamente à existência de conhecimento em CAA para os itens APRCCA com diferenças estatisticamente significativas (teste *t de Student*).

A partir da observação dos Quadros 36 e 37, é possível constatar que o grupo “sim”, relativo aos profissionais que possuem conhecimentos em CAA, detém médias superiores em todos os itens com significância estatística:

Item 1 - Eu encorajaria interações entre crianças/jovens que usem CAA e crianças/jovens com funcionamento típico: $t(31,982) = 2,305, p=0,028; M_{Sim}=1,93;$

Item 2 - Eu não pediria a uma criança/jovem que use CAA para executar uma tarefa no contexto escolar: $t(32,749) = 2,556, p=0,015; M_{Sim}=1,03;$

Item 3 - Eu incluiria em contexto de sala de aula uma criança/jovem que use CAA: $t(32,900) = 2,729, p=0,010; M_{Sim}=1,89;$

Item 4 - Intimida-me trabalhar com uma criança/jovem que use CAA: $t(32,025) = 2,099, p=0,044; M_{Sim}=1,03;$

Item 7 - Eu sentir-me-ia à vontade para trabalhar com uma criança/jovem que use um sistema de CAA de baixa tecnologia (ex: tabela de comunicação): $t(35,899) = 3,431, p=0,002; M_{Sim}=1,76;$

Item 13 - Eu envolver-me-ia numa conversa social com uma criança/jovem que use CAA: $t(33,187) = 2,123, p=0,041; M_{Sim}=1,90;$

Item 19 - As crianças/jovens que usam CAA podem participar ativamente numa conversa: $t(35,376) = 2,628, p=0,013; M_{Sim}=1,79;$

Item 21 - Eu acompanharia uma criança/jovem que usa CAA durante uma reunião de alunos/debate escolar: $t(34,569) = 2,099, p=0,043; M_{Sim}=1,80;$

Item 25 - Eu sentir-me-ia confortável a trabalhar individualmente com uma criança/jovem que use CAA: $t(33,058) = 3,687, p=0,001; M_{Sim}=1,84;$

Item 27 - As crianças/jovens que usam CAA podem modificar as suas palavras, se não estiverem a ser compreendidas: $t(193) = 3,403, p=0,001; M_{Sim}=1,43;$

Item 31 - Eu sentir-me-ia confortável em trabalhar com crianças/jovens que usam sistemas de CAA sem ajuda: $t(36,089) = 3,182, p=0,003; M_{Sim}=1,73;$

Item 36 - As crianças/jovens que usam CAA não se preocupam se são compreendidas: $t(32,978) = 2,208, p=0,034; M_{Sim}=0,98.$

Os itens 2 e 36 encontram-se escritos pela negativa o que, tal como já foi referido nos resultados dos objetivos anteriores, poderá significar que a média superior do grupo “sim” possa, efetivamente, estar mais concordante com uma ideia/situação mais negativa para com o utilizador de CAA (face ao grupo “não”). O mesmo se aplica ao item 4 que, apesar de não se encontrar escrito pela negativa, está associado a uma mensagem negativa.

Quanto às dimensões da escala APRCCA, 5 itens encontram-se associados à dimensão comportamental (itens 1, 2, 3, 13 e 21), 4 itens à dimensão afetiva (itens 4, 7, 25 e 31) e 3 à dimensão cognitiva (itens 19, 27 e 36).

Objetivo 3.1. Identificar as percepções de pais/cuidadores relativamente ao uso de CAA por crianças/jovens com MD, no que se refere a benefícios/vantagens

Para responder aos objetivos relacionados com as percepções dos pais/cuidadores relativamente ao uso de CAA por crianças/jovens com MD, foi tido o mesmo procedimento adotado para o grupo dos profissionais: utilização de questões de escolha múltipla, onde cada pai/cuidador poderia escolher várias opções. As afirmações correspondentes a cada questão são iguais às aplicadas no questionário dos profissionais, de forma a existir um ponto de comparação entre ambos os grupos.

Os benefícios/vantagens do uso de CAA na perspetiva de pais/cuidadores encontram-se evidenciados no Gráfico 4.

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

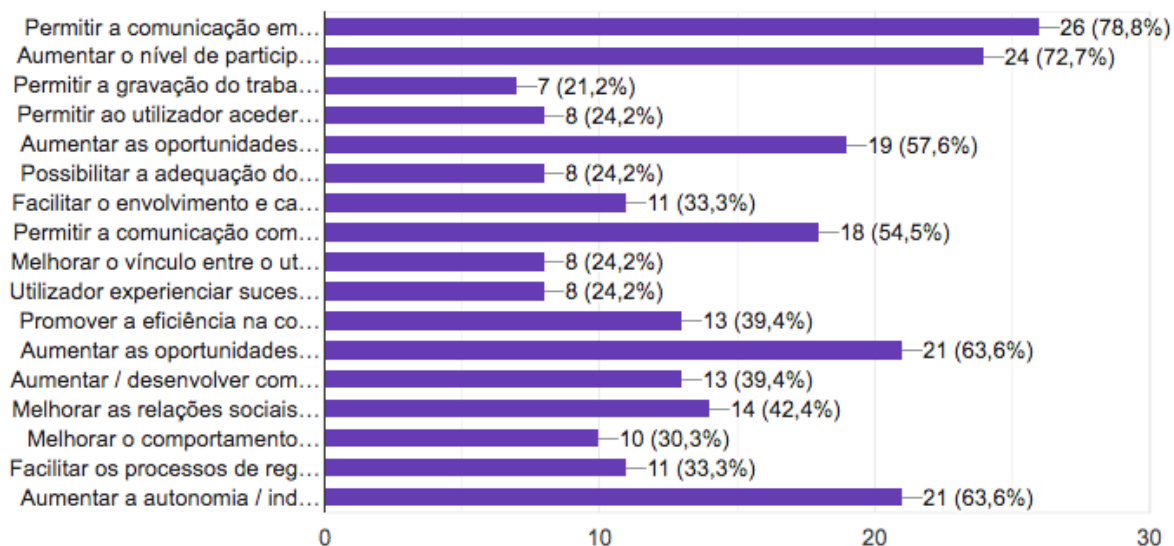


Gráfico 4. Benefícios/vantagens do uso de CAA na perspectiva dos pais/cuidadores.

Tal como se pode observar, na perspectiva de pais/cuidadores destacaram-se, com percentagens acima de 50%, os seguintes benefícios/vantagens do uso de CAA: permitir a comunicação em diferentes contextos (familiar, escolar, recreativo e vocacional) (78,8%; $n=26$), aumentar o nível de participação do utilizador nas atividades diárias (72,7%; $n=24$), aumentar a autonomia/independência do utilizador (63,6%; $n=21$), aumentar as oportunidades comunicativas para o utilizador (63,6%; $n=21$), aumentar as oportunidades de aprendizagem para o utilizador (57,6%; $n=19$) e permitir a comunicação com pessoas para além da família mais próxima (ex: parentes, membros da comunidade,...) (54,5%; $n=18$).

Com percentagens abaixo de 50% constatarem-se os seguintes benefícios/vantagens: melhorar as relações sociais do utilizador (42,4%; $n=14$), aumentar/desenvolver competências comunicativas, sociais e pragmáticas do utilizador (39,4%; $n=13$), promover a eficiência na comunicação (39,4%; $n=13$), facilitar o envolvimento e captar melhor a atenção dos parceiros de comunicação (com a utilização de sistemas de CAA de alta tecnologia) (33,3%; $n=11$), facilitar os processos de regulação das emoções do utilizador (33,3%; $n=11$), melhorar o comportamento do utilizador (30,3%; $n=11$), permitir ao utilizador experienciar sucesso nas interações com o sistema de CAA (24,2%; $n=8$), melhorar o vínculo entre o utilizador e o profissional quando a CAA é usada na intervenção (24,2%; $n=8$), possibilitar a adequação do sistema de CAA às características do utilizador (24,2%; $n=8$), permitir ao utilizador aceder a múltiplas funções e recursos

(24,2%; $n=8$) e permitir a gravação do trabalho do utilizador, a sua comunicação e participação nas atividades de sala de aula (21,2%; $n=7$).

Desta forma, na perspetiva dos pais/cuidadores relativamente ao uso de CAA, verifica-se que os benefícios/vantagens mais relevantes (com percentagens acima de 50%) encontram-se relacionados com a facilitação da comunicação em diferentes contextos e da socialização, aumento de competências do próprio utilizador (autonomia/independência, capacidade de participação) e com o aumento de oportunidades para o utilizador (comunicativas e de aprendizagem).

Objetivo 3.2. Identificar as percepções de pais/cuidadores relativamente ao uso de CAA por crianças/jovens com MD, no que se refere aos constrangimentos/barreiras no uso de CAA:

Os constrangimentos/barreiras identificados pelos pais/cuidadores podem ser analisados através do Gráfico 5.

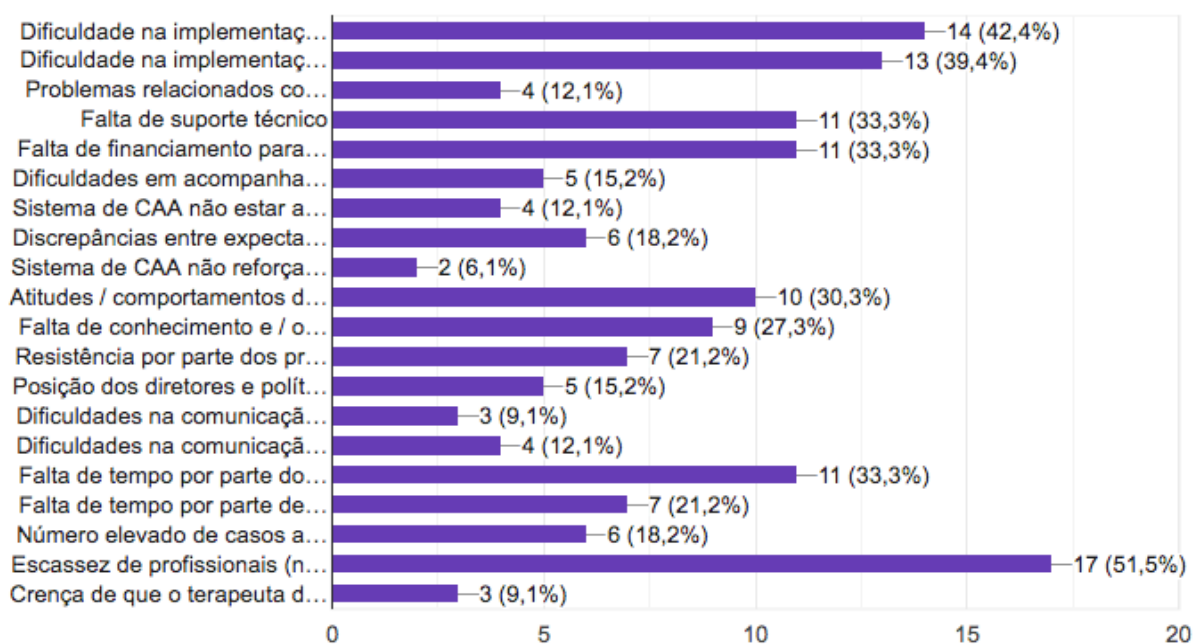


Gráfico 5. Constrangimentos/barreiras do uso de CAA na perspetiva dos pais/cuidadores.

No que se refere a constrangimentos/barreiras, de acordo com o Gráfico 5, apenas um fator foi considerado com percentagem superior a 50%: escassez de profissionais (nomeadamente, terapeutas da fala) para dar resposta aos alunos com necessidades complexas de comunicação (51,5%; $n=17$).

Os restantes itens detêm percentagens abaixo de 50%, sendo organizados seguidamente por ordem decrescente de percentagens: dificuldades na implementação de CAA nas rotinas diárias (42,4%; $n=14$), dificuldade na implementação de CAA em diferentes contextos (exemplo: sala de aula, domicílio) (39,4%; $n=13$), falta de suporte técnico (33,3%; $n=11$), falta de financiamento para formação em CAA ou aquisição de dispositivos de CAA (33,3%; $n=11$), falta de tempo por parte dos profissionais (33,3%; $n=11$), atitudes/comportamentos dos parceiros de comunicação (30,3%; $n=10$), falta de conhecimento e/ou treino dos pais/cuidadores e profissionais sobre a CAA (27,3%; $n=9$), resistência por parte de professores à intervenção em CAA (21,2%; $n=7$), falta de tempo por parte de pais/cuidadores (21,2%; $n=7$), número elevado de casos acompanhados pelos profissionais no contexto escolar (18,2%; $n=6$), discrepâncias entre expectativas e competência real do utilizador de CAA (18,2%; $n=6$), dificuldades em acompanhar a evolução dos sistemas e a investigação em CAA (15,2%; $n=5$), posição dos diretores e políticas das escolas (15,2%; $n=5$), dificuldades na comunicação entre profissionais (12,1%; $n=4$), sistema de CAA não estar adaptado às características do utilizador (12,1%; $n=4$), problemas relacionados com o sistema/dispositivo (12,1%; $n=4$), dificuldades na comunicação entre pais/cuidadores e a escola (9,1%; $n=3$), crença de que o terapeuta da fala é o profissional que deve intervir sobre as competências comunicativas sozinho (9,1%; $n=3$) e, por último, sistema de CAA não reforçar o utilizador no ponto de vista social (6,1%; $n=2$).

Ainda dentro deste objetivo, existem outros resultados que complementam a informação contida no Gráfico 5, obtidos através da resposta de pais/cuidadores a questões abertas que lhes foram colocadas no questionário sociodemográfico (questão 11 – “*Caso tenha respondido nunca na resposta anterior, indique quais os motivos que, na sua opinião, levaram à não utilização de CAA (no máximo 3 motivos)*” e questão “*comentários*” no fim do questionário). As respostas referem-se, na sua globalidade, a constrangimentos/barreiras ao uso de CAA. No Quadro 38 encontram-se as categorias e subcategorias identificadas, bem como o número de referências atribuídas a cada uma.

Categorias	Subcategorias	Nº de referências
Profissionais	Experiência profissional	1
	Condições de trabalho (tempo)	1
Utilizador	Características individuais	9
	Preferências individuais	1
SAAC	Processo de implementação	1
Família/cuidadores	Necessidades	2
Motivação/attitudes do utilizador/parceiros de comunicação	-----	4

Quadro 38. Categorias e subcategorias dos aspetos referidos por pais/cuidadores como constrangimentos/barreiras ao uso de CAA.

A categoria “utilizador” apresentou o maior número de referências (10 referências), englobando referências de pais/cuidadores relativas às “características individuais” (9 referências) e às “preferências individuais” (1 referência). Dentro das “características individuais” foram apontadas algumas situações como: o utilizador já verbaliza melhor (1), o utilizador faz-se entender habitualmente (1), o utilizador não tem capacidade de compreensão/falta de concentração (1), utilizador difícil/grita muito/muito seletivo (1), dificuldades de entendimento do utilizador (1), problemas de saúde (4). No que respeita à subcategoria “preferências individuais” foi identificado o facto do utilizador não gostar de usar CAA (1).

Quanto à categoria “motivação/attitudes do utilizador/parceiros de comunicação”, os pais/cuidadores apontaram fragilidades quanto às atitudes/competências dos profissionais (3) e às atitudes dos familiares (1).

Na categoria “profissionais” foram destacadas referências que remetem para lacunas na experiência profissional (1) e para a falta de tempo dos profissionais (1) para a implementação de CAA.

No que se refere à categoria “Família/cuidadores”, identificaram-se referências relativas à subcategoria “necessidades” como diferenças/adaptações no modo de viver (1) e necessidade de ajuda para com a criança/jovem (1).

Para finalizar, foi encontrada uma referência para a subcategoria “processo de implementação” pertencente à categoria “SAAC” onde é afirmado por um pai/cuidador que a CAA é difícil de aplicar.

A tabela de análise de conteúdo com as respostas dadas pelos participantes deste grupo encontra-se no Anexo VIII.

Objetivo 3.3. Identificar estratégias facilitadoras ao uso de CAA com crianças/jovens com MD, por pais/cuidadores

As estratégias facilitadoras ao uso de CAA que foram selecionadas por pais/cuidadoras podem ser observadas no Gráfico 6.

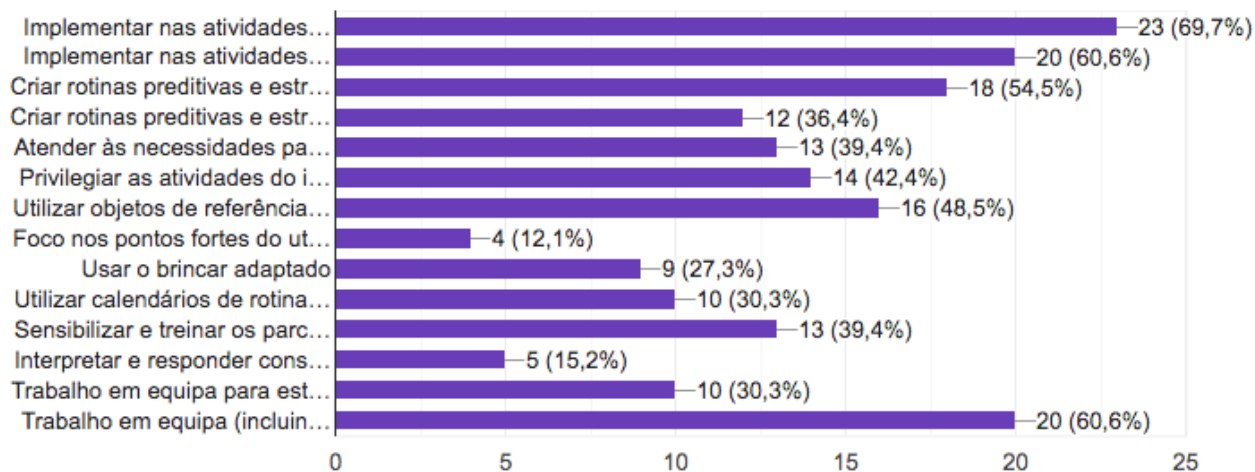


Gráfico 6. Estratégias facilitadoras do uso de CAA na perspetiva dos pais/cuidadores.

As principais estratégias facilitadoras ao uso de CAA identificadas por pais/cuidadores de crianças/jovens com MD, com percentagens superiores a 50%, foram: implementar nas atividades das rotinas em contexto escolar (69,7%; $n=23$), implementar nas atividades das rotinas em contexto domiciliário (60,6%; $n=20$), o trabalho em equipa (incluindo a família) para implementação de CAA (60,6%; $n=20$) e criar rotinas predivivas e estruturadas no contexto escolar (54,5%; $n=18$).

Com percentagens inferiores a 50%, encontraram-se as seguintes estratégias: utilizar objetos de referência para o utilizador (48,5%; $n=16$), privilegiar as atividades do interesse do utilizador (42,4%; $n=14$), atender às necessidades participativas e

comunicacionais do utilizador nos seus contextos naturais, adaptando o ambiente às mesmas (39,4%; $n=13$), sensibilizar e treinar os parceiros de comunicação para facilitar o reconhecimento de comportamentos comunicativos não simbólicos do utilizador (gestos naturais, movimentos corporais, expressões faciais) (39,4%; $n=13$), criar rotinas preditivas e estruturadas no contexto domiciliário (36,4%; $n=12$), utilizar calendários de rotinas/atividades com signos (30,3%; $n=10$), trabalho em equipa para estudo de acessibilidade ao produto de apoio (exemplo: seleção direta, utilização de *switches*) (30,3%; $n=10$), usar o brincar adaptado (27,3%; $n=9$), interpretar e responder consistentemente perante os comportamentos do utilizador (15,2%; $n=5$) e foco nos pontos fortes do utilizador em detrimento dos seus pontos fracos (12,1%; $n=4$).

Atendendo à distribuição de percentagens, na perspetiva dos pais/cuidadores, as estratégias facilitadoras mais preponderantes ao uso de CAA assentam sobre a implementação e estruturação das rotinas diárias nos principais contextos de vida do utilizador e no trabalho em equipa, envolvendo profissionais e pais/cuidadores na implementação de sistemas de CAA.

Objetivo 3.4. Identificar as percepções de pais/cuidadores relativamente às competências de crianças/jovens com MD para comunicar com os seus parceiros de comunicação

De acordo com os dados presentes no Quadro 39 é possível verificar que as médias das percepções de pais/cuidadores sobre os seus filhos se encontram, na maioria dos itens, mais centralizadas na escala de *Likert*. Constata-se que 16 itens se encontram com médias entre 4 e 5 (4 – não concordo nem discordo e 5 – concordo parcialmente) e 10 itens com médias entre 3 e 4 (3 – discordo parcialmente e 4 – não concordo nem discordo). Os 12 itens restantes da EIFTA-CAA38 têm médias distribuídas entre os seguintes intervalos: 6 itens com médias entre 5 e 6 (5 – concordo parcialmente e 6 – concordo), 3 itens com médias entre 2 e 3 (2 – discordo e 3 – discordo parcialmente), 2 itens com médias entre 1 e 2 (1 – discordo totalmente e 2 – discordo) e 1 item com média entre 6 e 7 (6 – concordo e 7 – concordo totalmente).

Este padrão de médias das percepções de pais/cuidadores não segue o padrão que foi observado nos profissionais, onde a maioria dos itens foi classificado nas extremidades

das escalas de *Likert* com bastante evidência de uma tendência clara no que respeita às percepções daquele grupo.

Os itens cotados por pais/cuidadores com médias nos intervalos entre 3 e 4 e 4 e 5 (26 itens) referem-se às seguintes dimensões do instrumento: educação (5/5), comportamento (5/5), versatilidade social (4/5), autoconfiança (3/5), segurança (3/5), comunicação face-a-face (5/8) e supervisão (1/5). É de destacar que, os itens relativos às dimensões educação e comportamento se encontram na sua totalidade dentro destes intervalos, o que poderá sugerir que pais/cuidadores não possuem uma percepção clara relativamente aos seus filhos/educandos no que respeita ao seu perfil nestas áreas. Para a dimensão educação, existe a seguinte distribuição de valores de moda nos itens:

Item 24 - O professor do/a meu/minha filho/a está satisfeito com o seu desempenho na escola: 4 (não concordo nem discordo);

Item 27 - O/A meu/minha filho/a participa na sala de aula: 5 (concordo parcialmente);

Item 30 - O/A meu/minha filho/a está com um bom desempenho na escola: 3 (discordo parcialmente);

Item 34 - Estou satisfeito com a conquista dos objetivos pessoais do/a meu/minha filho/a na escola: 3 (discordo parcialmente);

Item 36 - O/A meu/minha filho/a está orgulhoso do seu trabalho escolar: 4 (não concordo nem discordo).

Na dimensão comportamento, a distribuição dos valores de moda é:

Item 26 - O/A meu/minha filho/a comporta-se bem quando estou por perto: 3 (discordo parcialmente);

Item 28 - O/A meu/minha filho/a age apropriadamente junto de outros membros da família: 3 (discordo parcialmente);

Item 31 - O/A meu/minha filho/a é bem comportado na escola: 2 (discordo);

Item 35 - Estou preocupado com a forma com que o/a meu/minha filho/a se comporta: 6 (concordo);

Item 38 - O/A meu/minha filho/a perturba os seus colegas: 3 (discordo parcialmente).

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

Itens EIFTA-CAA 38	Média	Mediana	Moda	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
1	1,82	2,00	1	0,983	1	5
2	3,73	3,00	3	2,096	1	7
3	3,27	3,00	3	1,842	1	7
4	2,36	2,00	1	1,617	1	7
5	3,33	3,00	3	1,915	1	7
6	5,76	7,00	7	1,678	2	7
7	4,97	6,00	7	2,215	1	7
8	3,18	3,00	3	1,828	1	7
9	6,09	7,00	7	1,608	1	7
10	5,73	7,00	7	1,737	2	7
11	4,48	4,00	4	1,734	2	7
12	5,33	6,00	7	2,087	1	7
13	3,27	3,00	3	1,790	1	7
14	4,39	5,00	6	1,749	1	7
15	5,52	6,00	7	1,679	2	7
16	4,48	5,00	6	1,889	1	7
17	4,48	5,00	6	2,078	1	7
18	4,06	5,00	5 ^a	1,968	1	7
19	4,52	5,00	6	2,033	1	7
20	4,45	5,00	6	1,716	2	7
21	4,27	5,00	5	2,050	1	7
22	5,48	6,00	7	1,661	2	7
23	4,33	5,00	6	1,947	1	7
24	4,12	4,00	4	1,799	1	7
25	2,85	3,00	3	1,523	1	7
26	3,27	3,00	3	1,625	1	7
27	4,88	5,00	5	1,781	1	7
28	3,42	3,00	3	1,601	1	7
29	4,09	4,00	3 ^a	1,958	1	7
30	4,76	5,00	3 ^a	1,768	2	7
31	3,18	3,00	2	1,928	1	7
32	5,21	6,00	7	1,850	1	7
33	1,88	1,00	1	1,364	1	6
34	3,61	3,00	3	2,091	1	7
35	4,15	4,00	6	1,938	1	7
36	3,91	4,00	4	1,809	1	7
37	2,30	2,00	1	1,686	1	7
38	4,58	4,00	3 ^a	2,062	1	7

a. Há várias modas. O menor valor é mostrado.

Quadro 39. Estatística descritiva relativa aos itens da EIFTA-CAA38 para pais/cuidadores.

Objetivo 4.1. Identificar se a percepção de pais/cuidadores varia de acordo com o seu grau de escolaridade

Para verificar este objetivo, devido ao número de participantes reduzido ($n=33$), recorreu-se a estatística não paramétrica. Dado que existiam discrepâncias entre os números de participantes para cada opção de grau de escolaridade, os dados foram agrupados em: pais/cuidadores “sem ensino superior” (SES; $n=18$) e pais/cuidadores “com ensino superior” (CES; $n=15$). Assim, conjugaram-se as variáveis a partir da utilização do teste *U de Mann-Whitney*.

Não foram encontrados resultados estatisticamente significativos entre as variáveis. Desta forma, poderá inferir-se que o grau de escolaridade dos participantes neste estudo não influenciou as suas percepções sobre o uso de CAA com as crianças/jovens com MD.

Ainda para se tentar responder a este objetivo de outra forma, foi realizado o teste de correlação de *Spearman* entre o grau de escolaridade de pais/cuidadores e os 38 itens da escala EIFTA-CAA38. Obteve-se uma correlação negativa para o item 4 – “Ser independente aumenta a autoestima do/a meu/minha filho/a” ($\rho = -0,377, p = 0,031$; sendo a correlação significativa no nível 0,05). Assim, depreende-se que quanto maior o nível de escolaridade concluído dos pais/cuidadores participantes neste estudo, menor será a sua concordância de que ser independente aumenta a autoestima dos seus filhos/educandos.

Objetivo 4.2. Identificar se a percepção de pais/cuidadores varia de acordo com a sua experiência com CAA

Neste objetivo utilizaram-se duas variáveis distintas: a utilização/não utilização de CAA pela criança/jovem com MD e a frequência de utilização de CAA.

Desta forma, para estabelecer comparação entre **a utilização ou não de meios aumentativos de comunicação** (utilizam/já utilizaram CAA: $n=23$ vs nunca utilizaram CAA: $n=10$) e **os itens da EIFTA-CAA38**, recorreu-se ao teste *U de Mann-Whitney*. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em 3 itens que se enunciam no Quadro 40.

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

	<i>U de Mann-Whitney</i>	Wilcoxon <i>W</i>	<i>Z</i>	<i>Sig.</i> (bilateral)	<i>Sig</i> exata [2*(<i>Sig.</i> de 1 extremidade)]
5 – O/A meu/minha filho/a diz-me o que quer	60,000	115,000	-2,196	0,028	0,031
16 – O/A meu/minha filho/a brinca com os amigos	65,000	120,000	-1,997	0,046	0,051
29 – O/A meu/minha filho/a quer ficar comigo quando saio de uma divisão	59,000	114,000	-2,218	0,027	0,028

Quadro 40. Resultados do teste *U de Mann-Whitney* (itens EIFTA-CAA38 com diferenças estatisticamente significativas relativamente à utilização de CAA).

Conhecidos os resultados expostos no Quadro 40, importa saber qual dos grupos (utilizam/utilizaram CAA ou nunca utilizaram CAA) tem maior preponderância nos itens com significância estatística. Assim, compararam-se os dados a partir da divisão entre os grupos anteriormente mencionados, de forma a constatar qual dos valores de mediana é mais alto. Esta análise pode ser consultada no Quadro 41.

	Utilização de CAA	<i>n</i>	Mediana	Amplitude interquartil
5 – O/A meu/minha filho/a diz-me o que quer	Sim	23	3	3
	Não	10	1,5	3
16 – O/A meu/minha filho/a brinca com os amigos	Sim	23	5	3
	Não	10	2	4
29 – O/A meu/minha filho/a quer ficar comigo quando saio de uma divisão	Sim	23	5	3
	Não	10	2,5	4

Quadro 41. Valores de mediana dos itens estatisticamente significativos da escala EIFTA-CAA38 relativamente à utilização de CAA.

De acordo com o Quadro 41, os valores de mediana mais altos para os itens com valores estatisticamente significativos encontram-se junto dos participantes que afirmaram utilizar ou já ter utilizado CAA. Assim, pode inferir-se que o facto de utilizar CAA ou não, tem influência nas percepções dos pais/cuidadores que participaram neste estudo.

No que respeita às dimensões dos itens constantes no Quadro 41, o item 5 pertence à dimensão comunicação face a face, o item 16 à versatilidade social e o item 29 à supervisão.

Ainda para responder ao presente objetivo, compararam-se **os itens da EIFTA-CAA38 com a variável relativa à frequência de utilização de CAA.**

A frequência de utilização de CAA foi classificada pelos participantes através de escala de *likert* com as seguintes denominações: “nunca”, “raramente”, “algumas vezes”, “frequentemente” e “sempre”. À semelhança do objetivo 2.3., também para este objetivo se agruparam as respostas “nunca” e “raramente” num grupo ($n=12$) e “frequentemente” e “sempre” noutro grupo ($n=9$). Por se considerar a resposta “algumas vezes” neutra ($n=12$), esta não foi considerada para a presente comparação. Recorreu-se novamente à utilização de estatística não paramétrica, a partir da utilização do teste *U de Mann-Whitney*, tendo-se encontrado resultados estatisticamente significativos em dois itens (Quadro 42).

	<i>U de Mann-Whitney</i>	Wilcoxon <i>W</i>	<i>Z</i>	<i>Sig.</i> (bilateral)	<i>Sig</i> exata [2*(<i>Sig.</i> de 1 extremidade)]
33 - Fico preocupada com a segurança do/a meu/minha filho/a quando ele/a é deixado/a sozinho/a	22,000	100,000	-2,401	0,016	0,023
38 - O/A meu/minha filho/a perturba os seus colegas	27,000	72,000	-2,016	0,044	0,058

Quadro 42. Resultados do teste *U de Mann-Whitney* (itens EIFTA-CAA38 com diferenças estatisticamente significativas relativamente à frequência de utilização de CAA).

Tal como realizado para a variável anterior, efetuou-se a divisão entre os grupos “nunca/raramente” (NR) e “frequentemente/sempre” (FS), a fim de se identificar os valores de mediana dos grupos e qual detinha maior influência nos itens apresentados no Quadro 42. Os dados mencionados encontram-se discriminados no Quadro 43.

	Frequência de utilização de CAA	<i>n</i>	Mediana	Amplitude interquartil
33 - Fico preocupada com a segurança do/a meu/minha filho/a quando ele/a é deixado/a sozinho/a	NR	12	1	1
	FS	9	2	3
38 - O/A meu/minha filho/a perturba os seus colegas	NR	12	7	2
	FS	9	4	3

Quadro 43. Valores de mediana dos itens estatisticamente significativos da escala EIFTA-CAA38 relativamente à frequência de utilização de CAA.

Após análise do Quadro 43, verifica-se que o grupo FS possui um valor de mediana superior face ao item 33, enquanto o grupo NR detém um valor de mediana superior para o item 38. Desta forma, pode aferir-se que a frequência de utilização de CAA é um fator que influencia as percepções de pais/cuidadores. Contudo, devido à escassa amostra, não é possível determinar mais concretamente qual o nível de frequência que tem maior influência nas suas percepções sobre o uso de CAA.

Quanto às dimensões, o item 33 pertence à dimensão supervisão e o item 38 à dimensão comportamento.

Numa tentativa de responder diferenciadamente a este objetivo, pretendeu-se verificar a existência de correlações entre os itens da EIFTA-CAA38 e a frequência de utilização de CAA. Para tal, recorreu-se à correlação de *Spearman*, tendo-se constatado a existência de uma correlação positiva no item 33 “Fico preocupada com a segurança do/a meu/minha filho/a quando ele/a é deixado/a sozinho/a” ($\rho = 0,459$, $p = 0,007$; sendo a correlação muito significativa no nível 0,01).

Objetivo 5 – Identificar as convergências e as divergências nas percepções dos profissionais e de pais/cuidadores relativamente ao uso de CAA com crianças/jovens com MD, especificamente em termos de benefícios/vantagens, constrangimentos/barreiras e estratégias que possam ser facilitadoras no âmbito da CAA

Para responder a este objetivo, serão realizadas comparações entre as percepções dos profissionais e dos pais/cuidadores com base nos resultados ilustrados nos gráficos 1, 2, 3, 4, 5 e 6 que identificam os benefícios/vantagens, os constrangimentos/barreiras e as estratégias facilitadoras ao uso de CAA na criança/jovem com MD referidos pelos grupos. Importa salientar que, uma vez que existe uma diferença significativa entre o número de profissionais ($n=196$) e o número de pais/cuidadores ($n=33$) que participaram neste estudo, estas comparações serão efetuadas com as devidas ressalvas.

Benefícios/vantagens do uso de CAA: comparação entre profissionais e pais/cuidadores

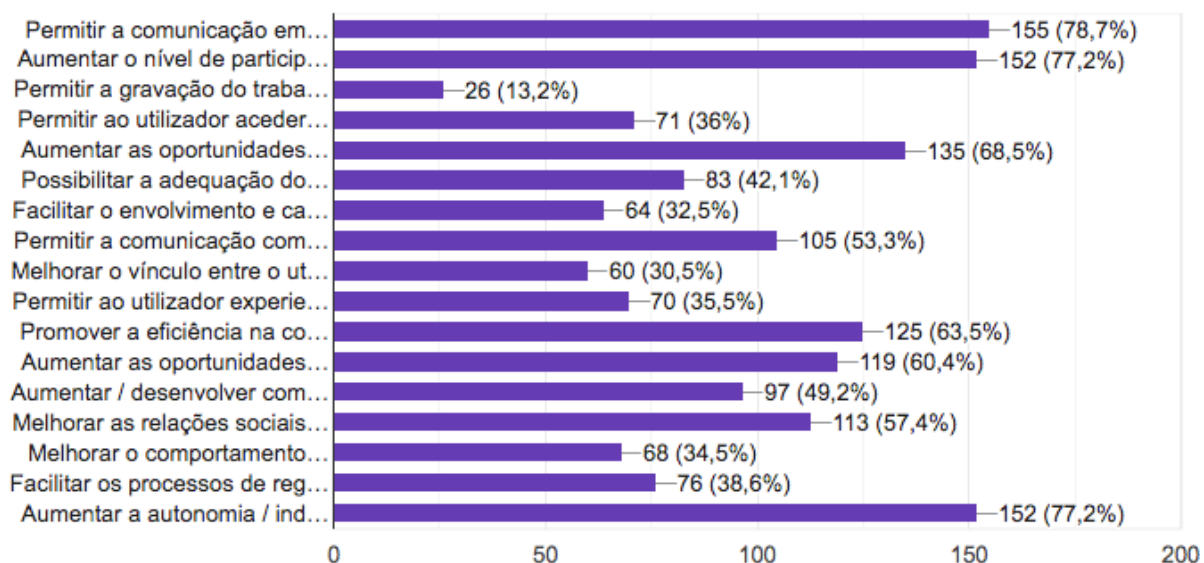


Gráfico 1. Benefícios/vantagens do uso de CAA na perspetiva de profissionais.

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

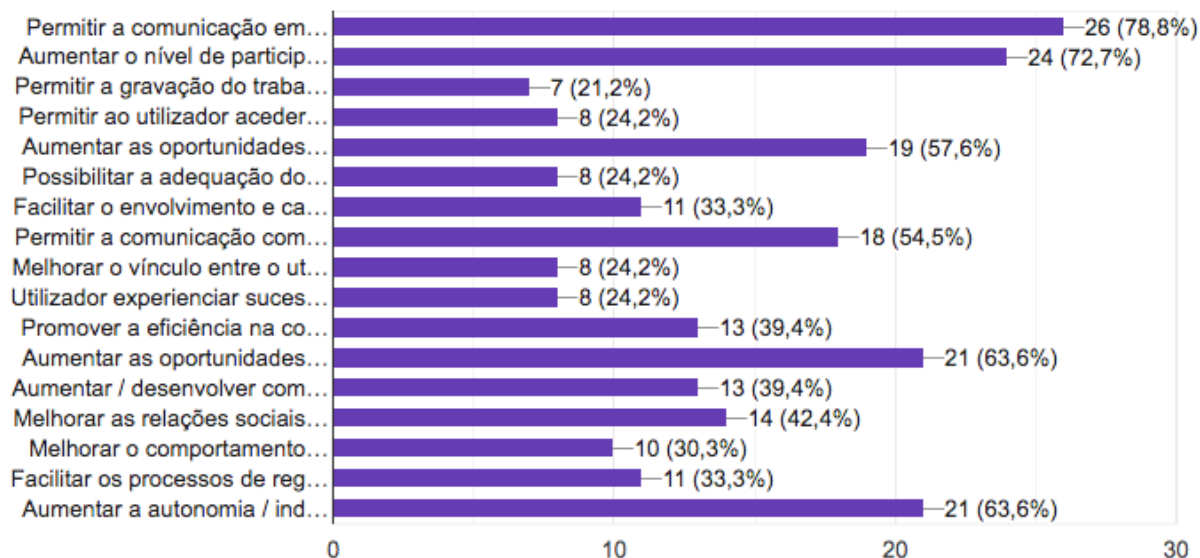


Gráfico 4. Benefícios/vantagens do uso de CAA na perspectiva dos pais/cuidadores.

A partir da comparação entre os Gráficos 1 e 4, pode constatar-se que tanto profissionais como pais/cuidadores identificaram com maiores percentagens os mesmos benefícios/vantagens do uso de CAA: permitir a comunicação em diferentes contextos (familiar, escolar, recreativo e vocacional), aumentar o nível de participação do utilizador nas atividades diárias e aumentar a autonomia/independência do utilizador. Assim, não existem divergências entre os grupos no que respeita a benefícios/vantagens do uso de CAA uma vez que ambos reconhecem e identificam os principais ganhos que as crianças/jovens com MD atingem com a implementação e uso desta ferramenta de apoio à comunicação. É importante referir que, para além dos três benefícios/vantagens com maiores percentagens de eleição serem os mesmos, também o benefício/vantagem com menos percentagem de escolha é idêntico: permitir a gravação do trabalho do utilizador, a sua comunicação e participação nas atividades de sala de aula.

Constrangimentos/barreiras do uso de CAA: comparação entre profissionais e pais/cuidadores

Para comparar os constrangimentos/barreiras do uso de CAA nos dois grupos participantes, foi feita uma comparação entre os Gráficos 2 e 5.

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

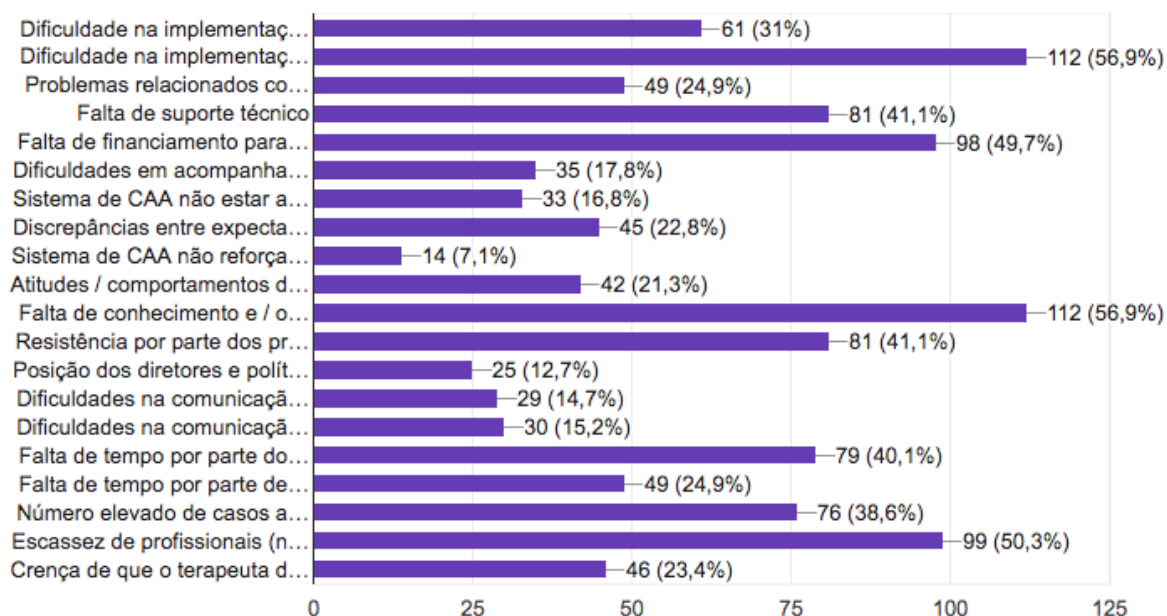


Gráfico 2. Constrangimentos/barreiras do uso de CAA na perspectiva de profissionais.

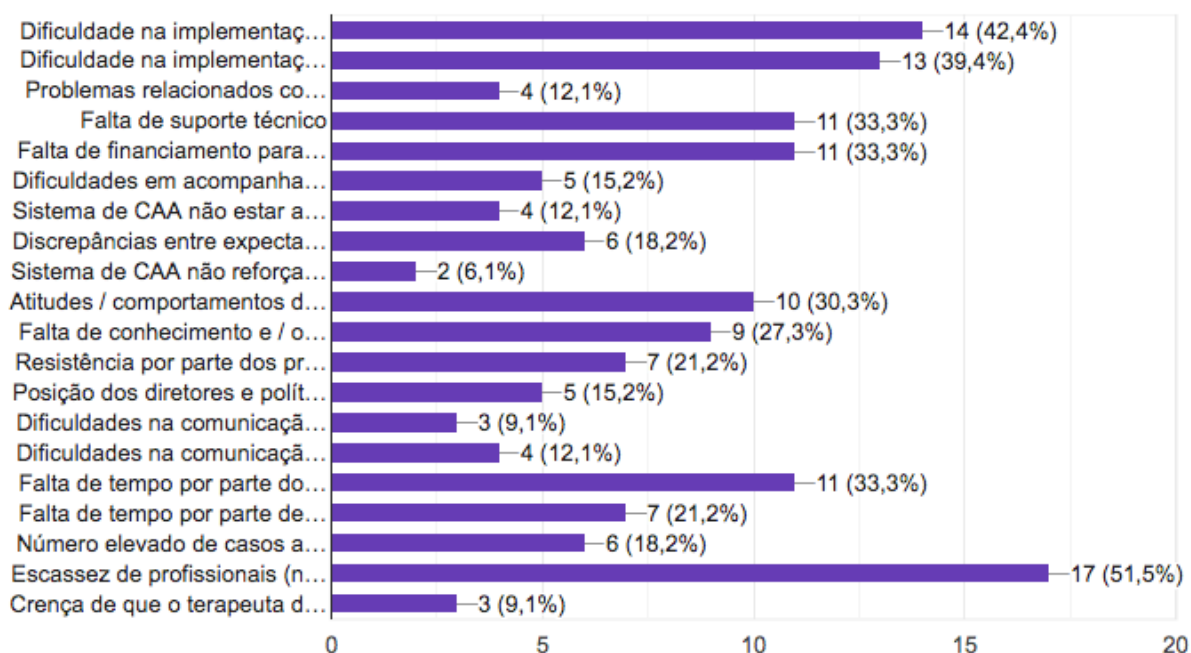


Gráfico 5. Constrangimentos/barreiras do uso de CAA na perspectiva de pais/cuidadores.

Atendendo aos resultados obtidos pelos Gráficos 2 e 5 verifica-se que, no que concerne a constrangimentos/barreiras, profissionais e pais/cuidadores têm em comum dois dos três itens que cada grupo identificou com maior percentagem: dificuldade na implementação de CAA em diferentes contextos (ex: sala de aula, domicílio) e escassez de profissionais (nomeadamente, terapeutas da fala) para dar resposta a alunos com necessidades complexas de comunicação. O terceiro item com maior percentagem difere entre

pais/cuidadores e profissionais. Os profissionais identificaram como constrangimento/barreira falta de conhecimento e/ou treino dos pais/cuidadores e profissionais sobre CAA com maior evidência enquanto, na perspetiva dos pais/cuidadores a dificuldade na implementação de CAA nas rotinas diárias foi identificada com mais percentagem dentro deste grupo.

Outro aspeto passível de ser enunciado é o facto de, para itens com percentagens superiores a 50%, foram considerados pelos profissionais seis itens nestas condições, enquanto os pais/cuidadores apenas consideraram um item.

Observa-se ainda que, relativamente ao constrangimento/barreira que recebeu menor percentagem pelos participantes, é idêntico em ambos os grupos: sistema de CAA não reforçar o utilizador no ponto de vista social.

Estratégias facilitadoras ao uso de CAA: comparação entre profissionais e pais/cuidadores

A comparação entre profissionais e pais/cuidadores no que respeita às estratégias facilitadoras, foi realizada mediante a análise dos Gráficos 3 e 6.

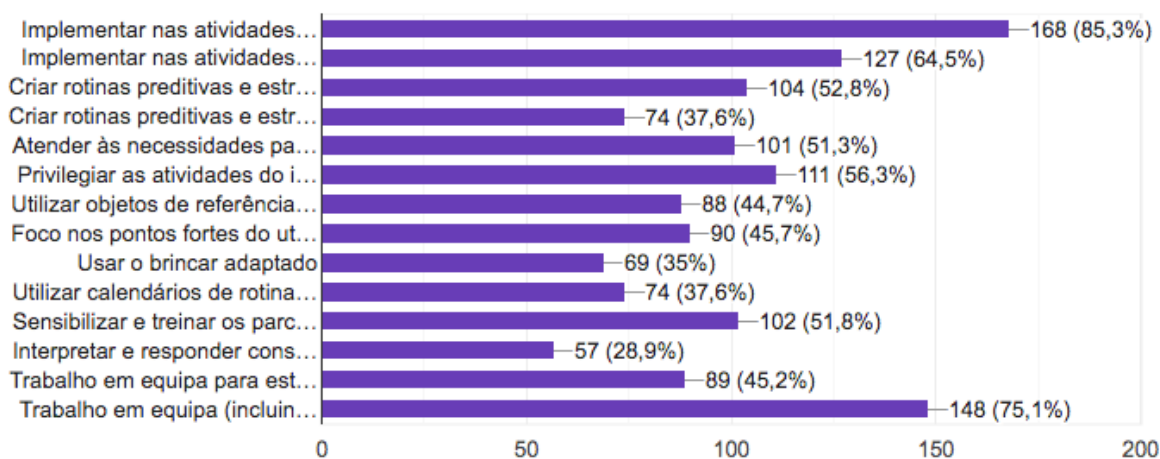


Gráfico 3. Estratégias facilitadoras ao uso de CAA na perspetiva de profissionais.

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

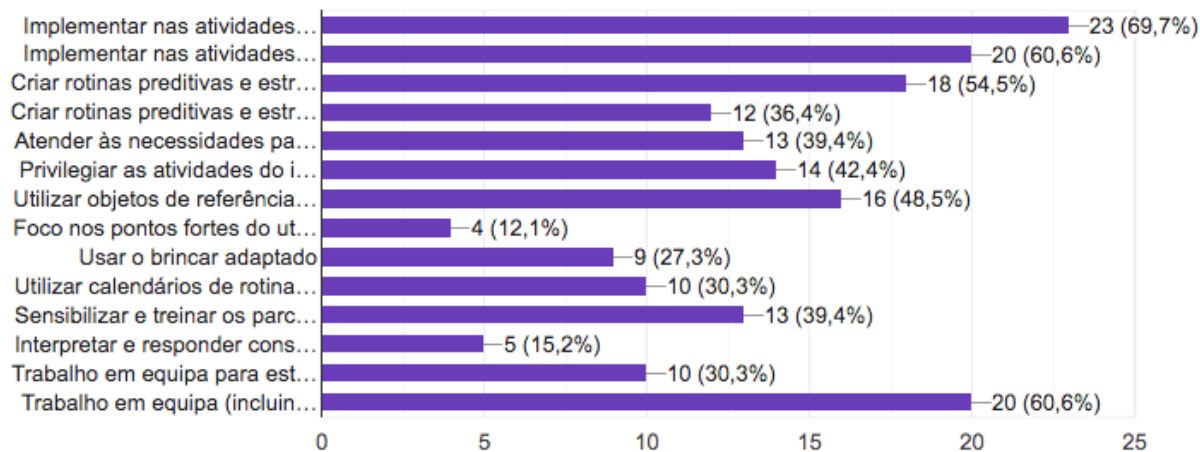


Gráfico 6. Estratégias facilitadoras ao uso de CAA na perspectiva de pais/cuidadores.

Quanto às estratégias facilitadoras ao uso de CAA, à semelhança do sucedido nos benefícios/vantagens do uso de CAA, profissionais e pais/cuidadores identificaram com maior percentagem as mesmas estratégias: implementar nas atividades das rotinas em contexto escolar, implementar nas atividades das rotinas em contexto domiciliário e trabalho em equipa (incluindo a família) para a implementação de CAA. Assim, pode concluir-se que ambos os grupos se encontram em sintonia no que respeita às estratégias facilitadoras ao uso de CAA que mais importância têm para as crianças/jovens com MD.

Verificou-se divergência entre os grupos no que respeita à estratégia facilitadora com menor percentagem. Os profissionais consideraram com menor percentagem o interpretar e responder consistentemente perante os comportamentos do utilizador enquanto os pais/cuidadores, apesar da estratégia mencionada anteriormente também deter uma percentagem baixa, identificaram o foco nos pontos fortes do utilizador em detrimento dos seus pontos fracos, em menor frequência.

Capítulo IV – Discussão de resultados

Nesta parte serão discutidos os resultados obtidos neste estudo e que foram descritos no capítulo anterior. A apresentação da discussão dos dados seguirá a estrutura adotada no capítulo dos resultados, pelo que conduzirá-se a uma reflexão sobre os objetivos de investigação do presente estudo, procurando explorar-se, da melhor forma possível, os dados obtidos e referentes a cada um para responder aos mesmos. Toda esta análise irá ser alvo de interpretação e reflexão, sendo comparada com dados relevantes da literatura e de outros estudos na área, com o intuito de melhor responder e compreender as necessidades existentes na prática sobre a implementação de CAA em crianças/jovens com MD em contexto escolar.

Objetivo 1.1. Identificar as percepções dos profissionais relativamente ao uso de CAA em contexto escolar por crianças/jovens com MD, no que se refere a benefícios/vantagens

Na perspetiva dos profissionais que participaram neste estudo, e tal como já explicitado no capítulo III, destacam-se com percentagens acima de 50% oito benefícios/vantagens do uso de CAA que se relacionam, principalmente, com socialização e com o aumento de competências comunicativas diferenciadas da criança/jovem com MD. Três deles apresentam percentagens de escolha pelos profissionais superiores a 70% (permitir a comunicação em diferentes contextos (familiar, escolar, recreativo e vocacional); aumentar o nível de participação do utilizador nas atividades diárias; aumentar a autonomia/independência do utilizador), pelo que se considera importante destacar a sua relevância neste objetivo.

A literatura tem vindo a documentar com bastante ênfase a importância e o efeito da CAA em crianças/jovens com MD no aumento e melhoria da sua comunicação e participação. Adaptada às características individuais do seu utilizador, é inequívoco o efeito da CAA no aumento da independência, no aumento da autonomia e no desenvolvimento de competências comunicativas, linguísticas, intelectuais e sociais (Afonso et al., 2019; Beukelman & Mirenda, 2010; Dada, Flores, et al., 2020; Light et al., 2019; Simion, 2014; von Tetzchner & Martinsen, 2000). Os benefícios/vantagens do uso desta ferramenta, e

apontados pelos profissionais com maior percentagem neste estudo, encontram-se documentados na literatura, tendo os vários autores destacado a sua ocorrência e importância com o uso bem sucedido de CAA (Bailey et al., 2006a; Bailey et al., 2006b; O'Neill & Wilkinson, 2020; Radici et al., 2019).

Assim, pode depreender-se que a percepção dos profissionais sobre os benefícios/vantagens do uso de CAA vai ao encontro dos achados da literatura na área, pelo que os resultados deste estudo vêm reforçar o impacto positivo do uso desta ferramenta em crianças/jovens com MD, levando-os a alcançar não só um nível de funcionalidade maior e progressivamente mais adequado, como contribuindo para a sua qualidade de vida e participação nos diferentes contextos.

Objetivo 1.2. Identificar as percepções dos profissionais relativamente ao uso de CAA em contexto escolar por crianças/jovens com MD, no que se refere aos constrangimentos/barreiras na implementação de CAA neste contexto

Relativamente ao objetivo 1.2., os profissionais identificaram três constrangimentos/barreiras ao uso de CAA com percentagem superior a 50%: dificuldade na implementação de CAA em diferentes contextos (exemplo: sala de aula, domicílio), falta de conhecimento e/ou treino dos pais/cuidadores e profissionais sobre a CAA e escassez de profissionais (nomeadamente, terapeutas da fala) para dar resposta aos alunos com necessidades complexas de comunicação). À semelhança do que se verificou relativamente ao objetivo anterior, estes constrangimentos/barreiras encontram-se descritos na literatura como possíveis elementos que podem vir a restringir o uso de CAA e levar ao seu abandono, pelo que se pode considerar que, mais uma vez, as percepções dos profissionais que participaram neste estudo vão ao encontro dos estudos na área (Bailey et al., 2006b; Beukelman & Mirenda, 2010; Bortagarai & Ramos, 2013; De Bortoli et al., 2014; Douglas et al., 2020; Johnson et al., 2006; O'Neill & Wilkinson, 2020; Radici et al., 2019).

O terapeuta da fala em contexto escolar é um profissional essencial para intervir sobre as perturbações da comunicação e, de acordo com a experiência profissional da investigadora, a falta destes profissionais no contexto escolar é uma realidade, o que nem sempre facilita a intervenção com crianças/jovens com MD. Contudo, e uma vez que o

terapeuta da fala não deve intervir sobre as competências comunicativas sozinho, o trabalho com a equipa escolar poderá francamente ajudar estes alunos. Para que o mesmo se concretize de forma harmoniosa e eficiente para a criança/jovem com MD utilizadora de CAA, há um ponto de extrema importância referido pelos profissionais que participaram neste estudo: a falta de conhecimento e/ou treino dos pais/cuidadores e profissionais sobre a CAA.

Mais uma vez, destaca-se a formação de profissionais e o treino de parceiros de comunicação como dois aspetos essenciais e amplamente discutidos por vários autores de referência na área. Tal como já mencionado anteriormente neste trabalho, os profissionais/parceiros de comunicação que são alvos de treino tornam-se mais capacitados para responder aos comportamentos comunicativos das crianças/jovens com MD e desenvolvem competências que lhes permitem facilitar a implementação de CAA através do conhecimento e prática de estratégias específicas e compreender melhor todo o processo comunicativo através do uso destes sistemas (Binger & Kent-Walsh, 2012; Copley & Ziviani, 2007; Flink et al., 2020; Johnson et al., 2006; Kent-Walsh, 2008; Kent-Walsh & McNaughton, 2005; Kent-Walsh et al., 2015; Light et al., 2019; O'Neill & Wilkinson, 2020; von Tetzchner & Martinsen, 2000). Assim, reforça-se a importância e necessidade que tanto a formação de profissionais como o treino de parceiros de comunicação assumem na implementação bem sucedida de CAA. Considera-se que, em contexto escolar, a existência de formação/treino de forma mais efetiva possibilitará a eliminação da falta de conhecimento/treino como uma barreira, passando-a a um fator de sucesso na implementação destes sistemas, uma vez que dotará os profissionais de conhecimentos e favorecerá as boas práticas no âmbito da CAA. A existência desta barreira/constrangimento coloca desafios não só aos profissionais quanto às práticas a adotar (de carácter colaborativo e que permitam a participação dos pais) mas também à organização dos próprios serviços, de modo a que possam ser implementadas medidas que efetivamente possibilitem essa articulação entre pais e profissionais e o desenvolvimento de um trabalho conjunto e em parceria.

Outra barreira/constrangimento mencionada com percentagem superior a 50% prende-se com a dificuldade na implementação de CAA em diferentes contextos. Apesar da importância que o contexto escolar assume no quotidiano da criança/jovem com MD, a realidade é que a mesma não se insere apenas num único contexto. O uso de CAA em

diferentes contextos é altamente relevante uma vez que a comunicação é uma competência que permite à criança/jovem com MD iniciar e manter interações/conversações em qualquer situação ou contexto natural que faça parte do seu quotidiano, favorecendo-se a sua participação na sociedade e comunidade e o desenvolvimento das interações e inter-relações, tal como indica a literatura (Beukelman & Mirenda, 2010; Bronfenbrenner, 2011; Clarke et al., 2016; Collier et al., 2010; Light & McNaughton, 2014, 2015). Afonso et al. (2019) enumeram alguns estudos com crianças/jovens com MD e utilizadoras de CAA que se desenvolveram nos seus diferentes contextos, e que demonstram a eficácia do seu uso, reforçando a importância e necessidade de existir uma transferência das competências e estratégias de implementação de CAA nos diferentes contextos de vida nesta população (Cohen et al., 2001; Cosbey & Johnston, 2006; Lancioni et al., 2009; Lee et al., 2013; Trief, 2007; Trief et al., 2013).

De acordo com as referências mencionadas nos parágrafos anteriores, é inegável a importância do uso de CAA contemplar os vários contextos onde o seu utilizador se insere, sendo que a dificuldade em implementá-la nos mesmos constitui um constrangimento/barreira face à mesma, estando a percepção dos profissionais de acordo com a literatura (Bailey et al., 2006b; O'Neill & Wilkinson, 2020). Esta lacuna existente na implementação em diferentes contextos poderá estar associada à falta de conhecimento ou treino de parceiros de comunicação, reforçando-se novamente a importância da formação no âmbito da CAA. Poderá também levantar-se a dúvida sobre a aplicação/utilização do Modelo de Participação por parte dos profissionais, cuja ênfase no campo da CAA lhes permitiria analisar globalmente as competências comunicativas necessárias ao utilizador nos seus contextos de vida, bem como os apoios e as barreiras existentes de forma a se constituir maiores e melhores oportunidades comunicativas (Beukelman & Mirenda, 2010). Transversalmente ao que foi referido até agora, será importante destacar o papel determinante que tem o desenvolvimento de um trabalho em equipa efetivo, bem articulado, sistematizado, desenvolvido precisamente para ir não só ao encontro das especificidades existentes neste tipo de situações, mas também, na lógica de assegurar uma implementação sistemática de estratégias comunicativas nos diversos contextos de vida (American Speech-Language-Hearing Association, 2022c; Bailey et al., 2006a; Bailey et al., 2006b; Beukelman & Mirenda, 2010; Johnson et al., 2006; von Tetzchner & Martinsen, 2000).

Para além dos constrangimentos/barreiras identificados com maiores percentagens pelos profissionais (acima de 50%), a resposta a este objetivo foi complementada pelo contributo escrito dos profissionais. As informações dadas pelos profissionais enfatizam como barreiras alguns aspetos já discutidos anteriormente para este objetivo como a falta de formação sobre CAA, as características do utilizador e os condicionalismos quanto aos contextos. Contudo, a análise das respostas obtidas permitiu identificar outros constrangimentos/barreiras ao uso de CAA que se discutem em seguida.

Os profissionais levantaram questões relativamente às condições de trabalho em contexto escolar e à disponibilidade de materiais necessários à implementação de CAA. Estas ideias apontam para a discussão sobre a própria política das escolas e sobre a existência de financiamento. Os diretores dos agrupamentos de escolas/escolas não agrupadas detêm um papel determinante na implementação de CAA uma vez que, de acordo com a literatura, podem providenciar condições de horário e espaço de trabalho que favoreçam a colaboração entre os profissionais da equipa e os pais/cuidadores, a criação e organização do processo de implementação de CAA e providenciar algum financiamento (no que está ao seu alcance) para a aquisição de dispositivos e materiais (Copley & Ziviani, 2007; De Bortoli et al., 2014; Douglas et al., 2020). Quando estas condições não são fornecidas aos profissionais, todo o processo de implementação de CAA se encontra comprometido constituindo, desta forma, uma barreira ao mesmo. Assim, considera-se que seria relevante existir uma sensibilização aos diretores sobre a importância da intervenção em CAA e as exigências que a mesma requer para que se possam eliminar barreiras relacionadas com os horários dos profissionais e disponibilidade de alguns materiais.

Outro aspeto relaciona-se com os SAAC. Na literatura, são explicitados vários constrangimentos envolvendo as características dos dispositivos de alta tecnologia (dificuldades de acesso, dificuldades de programação, *design* pouco adequado, não servir as necessidades do utilizador, tamanho, peso, falhas na tecnologia, vocabulário) bem como a sua manutenção (nem sempre fácil/intuitiva e de grande exigência) (Bailey et al., 2006a; Bailey et al., 2006b; Beukelman & Mirenda, 2010; Douglas et al., 2020; Johnson et al., 2006; O'Neill & Wilkinson, 2020). Estes constrangimentos vão ao encontro das respostas dos participantes neste estudo, reforçando-se novamente os achados na literatura. Para colmatar as barreiras relacionadas com o SAAC, e mediante as respostas

dos participantes neste estudo, considera-se que há novamente um reforço à necessidade de formação dos profissionais sobre a CAA, bem como à disponibilidade de tempo para organizar e criar todo o processo de implementação de CAA. Mais uma vez, remonta-se para a grande ênfase que estes aspetos podem ter no sucesso do uso de CAA em crianças/jovens com MD.

Quanto às motivações/attitudes do utilizador e de parceiros de comunicação, os profissionais referiram vários aspetos que condicionam a implementação de CAA. As posições tomadas pelos parceiros de comunicação são um fator determinante e a literatura explora diferentes attitudes que se constituem como barreiras/constrangimentos de CAA. A falta de criação de oportunidades comunicativas para favorecer a interação do utilizador de CAA e a ausência de reforço positivo para a criança/jovem ou resposta inconsistente perante as tentativas comunicativas são aspetos mencionados na literatura como barreiras, estando a percepção dos profissionais de acordo com a mesma (Beukelman & Mirenda, 2010; Johnson et al., 2006; O'Neill & Wilkinson, 2020). Outro aspeto mencionado pelos profissionais é a desvalorização da comunicação pelas famílias/cuidadores. Esta situação surge, muitas vezes, devido à proximidade dos parceiros de comunicação com o utilizador de CAA e ao facto de compreenderem e interpretarem os seus comportamentos de carácter não-verbal, desvalorizando o SAAC e acreditando que, ao utilizarem, não há lugar ao desenvolvimento de competências comunicativas orais (Bailey et al., 2006a; Bailey et al., 2006b; Bortagarai & Ramos, 2013; De Bortoli et al., 2014; Johnson et al., 2006). Ambos os aspetos mencionados neste parágrafo restringem significativamente o uso de CAA, contudo, permitem enaltecer mais uma vez o papel determinante da formação e treino de parceiros de comunicação, visto este dotá-los de competências para atuar devidamente ao longo do processo de CAA e desmistificar algumas crenças erróneas sobre esta ferramenta, tal como já explicitado anteriormente.

Novamente o investimento de tempo de cuidadores/profissionais é visto pelos participantes deste estudo como uma barreira, reforçando a necessidade da disponibilidade de horário e condições laborais que permitam aos profissionais dedicarem-se a este processo (De Bortoli et al., 2014; Douglas et al., 2020), tal como disponibilidade por parte de pais/cuidadores para acompanhar o processo de implementação de CAA e as diretrizes dadas pelos profissionais (De Bortoli et al., 2014).

Para finalizar, os profissionais referiram a existência de imposição no uso da CAA e não de uma forma ativa pelo utilizador como uma desvantagem. Esta premissa pode ser justificada pelo facto de nem sempre as tomadas de decisão de CAA terem em consideração a inclusão do utilizador ou suas famílias/cuidadores nas mesmas, encontrando-se centrados nos profissionais, sendo os mesmos a tomarem todas as decisões sobre a CAA (Beukelman & Mirenda, 2010; De Bortoli et al., 2014; Johnson et al., 2006). Este comportamento por parte dos profissionais poderá vir a gerar desconforto tanto no futuro utilizador de CAA como nos seus pais/cuidadores, levando à rejeição do SAAC. Tal como a literatura indica, e para evitar o insucesso no uso de CAA, os profissionais devem incluir pais/cuidadores e o próprio utilizador em todo o processo de implementação de CAA, levando-os também a participar e a tomar decisões, partilhando com os profissionais as suas necessidades, fazendo-os sentir-se como parte integrante da equipa (Amaral & Gil, 2008; Bailey et al., 2006a; Bailey et al., 2006b; Beukelman & Mirenda, 2010; Copley & Ziviani, 2007; Jansen et al., 2016; O'Neill & Wilkinson, 2020; Pereira, 2008a; Saramago et al., 2004).

Objetivo 1.3. Identificar estratégias facilitadoras ao uso de CAA com crianças/jovens com MD, por profissionais

No que se remete para o presente objetivo, os profissionais destacaram com percentagens superiores a 50% estratégias facilitadoras relacionadas com a implementação de CAA em diferentes contextos (escolar e domiciliário), com o trabalho em equipa (incluindo a família), com a criação de rotinas preditivas e estruturadas no contexto escolar, com o treino de parceiros de comunicação e com o atendimento das necessidades participativas e comunicacionais do utilizador e dos seus interesses.

O recurso aos contextos naturais onde a criança se insere, ao trabalho em equipa e ao treino de parceiros de comunicação como estratégias amplamente adotadas pelos profissionais como facilitadoras ao uso de CAA reforçam a extrema importância destes pontos, como já descrito anteriormente para outros objetivos. O facto dos profissionais do contexto escolar frisarem estes pontos com percentagens altas demonstra claramente a sua eficácia na implementação e uso de CAA pela criança/jovem com MD, constituindo assim fatores inequívocos de sucesso de CAA, tal como a literatura referenciada anteriormente indica.

Para este objetivo, os profissionais indicaram outros aspetos significativos que ainda não foram mencionados anteriormente. O recurso por parte da equipa do contexto escolar às preferências ou às rotinas do utilizador é uma mais valia e tem vindo a ser adotado em vários estudos como estratégia de implementação de CAA (Cohen et al., 2001; Cosbey & Johnston, 2006; Lee et al., 2013; Trief, 2007; Trief et al., 2013). Para além do seu reconhecimento em estudos na área, estas estratégias também são referenciadas na literatura como promotoras de interações significativas com crianças com NCC nos seus contextos naturais (Beukelman & Mirenda, 2010; Bricker, Johnston, & Rahn, 2015; Dunst, Rabb, Trivette, & Swanson, 2012; Nunes, 2009; Pereira, 2008a; Saramago et al., 2004). Constata-se então que os profissionais que participaram neste estudo demonstraram agir de acordo com o que é referido por autores de referência no âmbito da CAA, aplicando estratégias altamente significativas e cujos resultados se encontram espelhados em estudos internacionais.

A ideia de adotar como estratégia para a implementação de CAA o recurso às rotinas e preferências do utilizador visa a satisfação das suas necessidades ou o pedido de algo do seu interesse (objetos, comida), fazendo com que as crianças/jovens com MD tenham iniciativa para começar a interação com quem as rodeia. Estas estratégias permitem às crianças/jovens com MD antecipar os acontecimentos que ocorrem nos seus contextos naturais, reduzir os seus níveis de ansiedade e facilitam as interações comunicativas (Goldbart et al., 2014).

Apesar de constituir um ponto muito positivo para os profissionais do contexto escolar que participaram neste estudo, a literatura indica que recorrer a preferências ou a rotinas diárias deverá ser uma estratégia de implementação de CAA numa fase inicial, uma vez que a longo prazo torna-se limitadora para o desenvolvimento de competências sociais/comunicativas (Clarke et al., 2016; Light & McNaughton, 2015; Simacek et al., 2018). Desta forma, e uma vez que o foco da implementação em CAA é ver a comunicação como um todo, seria interessante investigar o efeito da continuidade da aplicação de estratégias de comunicação que visassem o desenvolvimento de competências comunicativas mais avançadas em crianças/jovens com MD em estudos futuros.

Objetivo 1.4. Identificar as percepções dos profissionais relativamente às suas atitudes em relação a crianças/jovens com MD que usam CAA

No que se refere aos profissionais, a aplicação da **APRCCA** revelou médias de respostas que se encontravam nas extremidades da escala de Likert para 31 dos 36 itens que a compõem. Os referidos itens foram cotados com médias entre 1 e 2 (sendo 1 – discordo totalmente e 2 – discordo) sempre que as afirmações se baseavam em fatores ou atitudes negativas e com médias entre 4 e 5 (sendo 4 – concordo e 5 – concordo totalmente) quando as afirmações se referiam a fatores ou atitudes positivas para com o utilizador de CAA. Estes resultados revelam a atitude por parte dos profissionais sobre a importância de incluir o utilizador de CAA em contexto escolar. Poderá inferir-se que, de acordo com as médias da maioria dos itens, os resultados sugerem que os profissionais promovem boas práticas de inclusão com os seus alunos com MD, acompanhando e facilitando a sua participação e interação nas atividades diárias escolares e pós-escolares e proporcionando-lhes experiências significativas, organizadas e estruturadas, contribuindo para a sua autonomia e aprendizagem, tal como é referido e recomendado por vários autores (Amaral & Celizic, 2015; Bennett et al., 2014; Dada et al., 2020; Flink et al., 2020; Ladeira & Amaral, 1999; Pereira, 2008a; Saramago et al., 2004; UNESCO, 1994). Assim, a adoção de uma educação inclusiva por parte dos profissionais (e da própria escola) afigura-se como uma chave para a promoção da equidade para todos os alunos com deficiência (Correia, 2017; Pereira, 2008b, 2018; Rodrigues, 2017; UNESCO, 1994).

No entanto, é importante referir que, de acordo com vários autores, é comum em estudos que recorrem ao autorrelato existir um efeito de desejabilidade social, que se refere à tendência de participantes para escolher respostas nos questionários que acreditam ser socialmente aceitáveis/desejáveis em detrimento de outras que refletem os seus verdadeiros pensamentos/sentimentos face a uma determinada situação, ou seja, atendendo à ideia do que é “politicamente correto” (Grimm, 2010). A desejabilidade social é um viés que tem vindo a ser muito debatido e investigado por vários autores, uma vez que ocorre com alguma frequência quando há recolha de informação relacionada com atitudes, comportamentos ou normas sociais (Caputo, 2017; Cerri, Thøgersen, & Testa, 2018; Grimm, 2010; Latkin, Edwards, Davey-Rothwell, & Tobin, 2017; Vesely & Klöckner, 2020). Apesar das boas práticas inclusivas terem vindo a ser cada vez mais

debatidas e disseminadas ao longo dos anos, e de existir um aumento de consciência gradual do pessoal docente e não docente para a aceitação e promoção das mesmas, o efeito de desajustabilidade social foi referido por existir uma pequena possibilidade de influência nas respostas dos profissionais.

No que concerne aos itens da APRCCA que apresentam valores de média mais centrais, após análise do valor de moda, verifica-se que quatro deles apresentam atitudes concordantes com o teor dos próprios itens (itens com menções negativas classificados maioritariamente com “discordo” e itens com associações positivas com “concordo”). Assim, pode confirmar-se que estes mesmos itens, pelo valor de moda, seguem a tendência descrita nos parágrafos anteriores e estão de acordo com as recomendações dos autores citados sobre as boas práticas educativas e inclusivas. Contudo, o item 32 apresenta um valor de moda de 3 que, na escala de *likert* considerada, remete para “não concordo nem discordo” relativamente à percepção “*Quando tentam comunicar, as crianças/jovens que usam CAA são difíceis de compreender*”. Este item pertence à dimensão cognitiva que, de acordo com os autores da APRCCA, se relaciona com os julgamentos sobre as competências da criança utilizadora de CAA (Beck et al., 2001).

De facto, as características do próprio utilizador podem influenciar a percepção dos profissionais quanto às suas expectativas para com o mesmo. A literatura identifica características em crianças/jovens com MD limitantes a vários níveis (Amaral & Celizic, 2015; Folch-Mas et al., 2017; Pereira, 2008a; Saramago et al., 2004; van der Putten et al., 2017; Villemeur et al., 2012), que condicionam a sua capacidade de utilizar linguagem, fala ou símbolos de forma assertiva e de estabelecer interações comunicativas (Flink et al., 2020; Nunes, 2009; Pereira, 2008a).

Esta inabilidade para comunicar de forma eficaz pode levar a dificuldades na sua compreensão por parte de terceiros, nomeadamente dos seus principais parceiros de comunicação, o que poderá ter levado à neutralidade de um número significativo das respostas dos profissionais para este item. A literatura corrobora este facto, uma vez que as próprias características/competências do utilizador de CAA, no sentido das possíveis dificuldades existentes na compreensão de comportamentos comunicativos e das próprias competências comunicativas, constitui uma barreira ao uso de CAA (De Bortoli et al., 2014; O’Neill & Wilkinson, 2020).

Outro aspeto que poderá constituir-se como uma justificação para a neutralidade da resposta dos profissionais é a falta de informação/formação. A formação de profissionais e de parceiros de comunicação tem vindo a ser debatida como um ponto fulcral na utilização e implementação de CAA. Este aspeto apresenta-se como um facilitador substancial nesta temática, permitindo aos profissionais/parceiros de comunicação ter um maior conhecimento e domínio tanto sobre o sistema de CAA utilizado como sobre as técnicas e estratégias de comunicação que melhor promovem as oportunidades comunicativas atendendo às características da criança/jovem com MD (Binger & Kent-Walsh, 2012; Copley & Ziviani, 2007; Flink et al., 2020; Johnson et al., 2006; Kent-Walsh, 2008; Kent-Walsh & McNaughton, 2005; Kent-Walsh et al., 2015; O'Neill & Wilkinson, 2020; von Tetzchner & Martinsen, 2000). Assim, poderá inferir-se que a existência de uma possível fraca formação nesta área possa ter condicionado a percepção dos profissionais no sentido de deter uma visão positiva face ao compreender o utilizador de CAA.

Objetivo 1.5. Identificar as percepções de terapeutas da fala relativamente ao uso de CAA no que se refere a fatores de sucesso e de abandono

Relativamente à percepção de terapeutas da fala, acedida em específico através do **Questionário CAA: sucesso versus abandono**, observou-se uma grande ênfase aos fatores que contribuem para o sucesso da implementação desta ferramenta de comunicação encontrando-se os mesmos, na sua maioria, com médias atribuídas entre 4 e 5 (sendo 4 – frequentemente e 5 – sempre). Este facto reflete a elevada importância dos mesmos neste processo, estando em conformidade com a literatura e com estudos desenvolvidos na área (Bailey et al., 2006b; Beukelman & Mirenda, 2010; Bortagarai & Ramos, 2013; Johnson et al., 2006; Radici et al., 2019; von Tetzchner & Martinsen, 2000).

No que concerne aos itens com médias abaixo do valor 4 (ou seja, frequentemente), analisando-se o valor de moda, três deles apresentam valores de moda 3 (algumas vezes; itens 2, 27 e 28) e um valor de moda 4 (frequentemente; item 16). Ao analisar-se o teor de cada item, verifica-se que, dos itens com menor valor de moda, dois deles se referem a aspetos relacionados com o apoio às famílias (Item 2 – *A família do utilizador receber apoio de outras famílias de utilizadores de CAA* e item 28 – *Apoio de outras famílias que*

usam sistemas de CAA semelhantes) e um ao apoio dos fabricantes (Item 27 – *Apoio dos fabricantes dos dispositivos*). Atendendo a estes resultados, verifica-se que os terapeutas da fala que participaram neste estudo consideraram que estes fatores, comparativamente aos outros, possuem menos influência no sucesso da implementação de CAA, contrariamente aos estudos na área (Bailey et al., 2006a; Johnson et al., 2006; O’Neill & Wilkinson, 2020). O teor dos itens relacionados com o apoio às famílias baseia-se na existência de grupos de suporte e apoio entre famílias de utilizadores de CAA. Esta prática é comum noutros países, contudo, de acordo com a experiência profissional da investigadora, ainda não se observa a mesma com regularidade no contexto escolar. Este apoio entre famílias de utilizadores de CAA poderá (e deverá) ser favorecido pelos profissionais que intervêm no contexto escolar. A articulação com a família/cuidadores e a intervenção junto dos mesmos tem vindo a ser alvo de reflexões patentes na literatura, pois enquanto participantes ativos providenciam aos profissionais informações imprescindíveis sobre a criança/jovem com MD, sobre a realidade do seu contexto familiar, preferências e rotinas que promovem e favorecem o uso de CAA, facilitando os profissionais no alcance da generalização/manutenção do apoio no âmbito comunicativo, otimizando-se a qualidade de vida da criança/jovem com MD (Amaral & Gil, 2008; Bennett et al., 2014; Copley & Ziviani, 2007; Jansen et al., 2016; Pereira, 2008a; Saramago et al., 2004).

No caso específico dos terapeutas da fala, devido à sua importância altamente relevante na intervenção em perturbações de comunicação, é essencial que estes profissionais tenham uma atitude proativa no contexto escolar, de forma a promover e incentivar a criação de grupos de apoios de pais de crianças/jovens com MD e utilizadoras de CAA, favorecendo desta forma as relações e o apoio entre as famílias/cuidadores. Crê-se que com este passo se possa contribuir de modo ainda mais efetivo sobre a fomentação de boas práticas quanto à implementação de CAA, podendo vir a ser um método de intervenção indireta de grande significância para o contexto escolar (American Speech-Language-Hearing Association, 2022a; Johnson et al., 2006; Light & Drager, 2005; O’Neill & Wilkinson, 2020).

Já no que se relaciona com o apoio dos fabricantes, também classificado maioritariamente pelos terapeutas da fala como um fator de sucesso que influencia o uso de CAA “algumas vezes”, pode inferir-se que este apoio não é percecionado por esta classe profissional

como um fator de sucesso decisivo, face a outros itens do questionário. Apesar da existência de estudos que apontam para a importância da intervenção dos fabricantes no que respeita ao apoio e suporte técnico para com os dispositivos de CAA (Bailey et al., 2006; Beukelman & Mirenda, 2010; Douglas et al., 2020; Johnson et al., 2006), na prática, em contexto escolar, este fator não parece ter uma influência forte sobre a implementação de CAA. De acordo com a experiência profissional da investigadora, o apoio direto dos fabricantes na implementação de CAA é pouco comum na prática do terapeuta da fala em contexto escolar, existindo outros fatores de sucesso de maior alcance para as crianças/jovens com MD, como se irá explorar ao longo deste capítulo.

Quanto aos fatores de abandono de CAA, à semelhança do refletido anteriormente, foram observadas médias idênticas na maioria dos itens (entre 3 e 4, sendo 3 – algumas vezes e 4 – frequentemente), reforçando assim que diversos fatores relacionados com o dispositivo, contextos, parceiros de comunicação e com o próprio utilizador se constituem como constrangimentos/barreiras à implementação de CAA, potenciando o seu insucesso e abandono, tal como indicado na literatura (Bailey et al., 2006b; Beukelman & Mirenda, 2010; Bortagarai & Ramos, 2013; De Bortoli et al., 2014; Douglas et al., 2020; Johnson et al., 2006; Moorcroft et al., 2018; Radici et al., 2019).

Relativamente aos quatro itens com médias inferiores a 3 (itens 21 - *O sistema ser demasiado sofisticado para as habilidades do utilizador*, 22 - *O sistema ser demasiado simples para as habilidades do utilizador*, 24 - *As habilidades físicas do utilizador serem superestimadas ou subestimadas* e 33 - *Receio da tecnologia*), ao analisar-se o valor de moda, constata-se que o mesmo é para todos os itens 3 (ou seja, alguma vezes). Comparativamente aos itens que possuem médias mais altas, pode concluir-se que, considerando o valor de moda, estes quatro itens apresentam a mesma tendência. Desta forma, pode afirmar-se que se encontram também em concordância com a literatura na área, constituindo-se como fatores de abandono de CAA, tal como indicam os autores referenciados anteriormente.

Quando se comparam os resultados entre fatores de sucesso e fatores de abandono de CAA repara-se que, na perspetiva dos terapeutas da fala que participaram neste estudo, aparenta existir uma maior relevância sobre os fatores de sucesso face aos fatores de abandono (médias dos itens associados a sucesso superiores às médias dos itens relativos

a abandono). Este aspeto também foi verificado no estudo original do Questionário CAA: sucesso versus abandono, onde os autores associaram esta diferença de médias ao facto dos fatores de sucesso poderem ser aplicados globalmente, enquanto que os fatores de abandono remetem para situações individualizadas (Johnson et al., 2006). Assim, conclui-se que os terapeutas da fala consideram que os fatores de sucesso de CAA podem ocorrer de forma geral para qualquer caso acompanhado, enquanto que os fatores de abandono são mais restritos e próprios de cada situação da criança/jovens com MD.

Objetivo 2.1. Identificar se a percepção dos profissionais varia de acordo com a sua profissão

Como descrito no capítulo III, no âmbito deste objetivo foram comparadas as médias dos grupos PD e PND face aos itens da escala APRCCA, tendo-se achado valores estatisticamente significativos em sete dos 36 itens. Para este número de itens, constatou-se que o PND tem médias significativamente superiores em cinco itens. O PD apenas em dois itens alcançou médias superiores ao PND.

No que respeita às dimensões da escala APRCCA, dois itens pertencem ao domínio cognitivo (itens 19 e 27), três itens pertencem ao domínio afetivo (itens 7, 18 e 25) e dois itens ao domínio comportamental (itens 13 e 33). Uma vez que a escala APRCCA é constituída por três dimensões, optou-se por realizar uma análise e discussão por cada uma, detalhando-se também o conteúdo de cada item. Acredita-se que, desta forma, se conseguirá desenvolver uma análise mais meticulosa aos resultados obtidos neste estudo.

No que respeita ao domínio cognitivo, que se refere aos julgamentos dos profissionais sobre as competências da criança/jovem utilizadora de CAA (Beck et al., 2001), os itens em que se verificaram diferenças de médias estatisticamente significativas envolvem o reconhecimento de competências sobre a participação ativa do utilizador de CAA numa conversação e a capacidade de modificar palavras, caso os utilizadores não estejam a ser compreendidos. Em ambas as afirmações, a média do PND foi superior à média do PD. Este resultado pode demonstrar que os profissionais que englobam o PND reconhecem mais as capacidades/competências da criança/jovem com MD a utilizar CAA face ao PD. Ao analisar-se os motivos pelos quais o mesmo possa ter ocorrido, poderá levantar-se a hipótese da existência de lacunas na formação sobre MD/CAA ou no treino dos

profissionais do grupo PD como parceiros de comunicação. Como já foi debatido anteriormente, o papel da formação de professores tem um impacto relevante na sua preparação e nas suas práticas educativas e tem vindo a ser demonstrada a sua importância e necessidade ao longo do tempo (Correia, 2017; Pereira, 2008a; UNESCO, 1994; Zagona et al., 2017). Na CAA, este processo é igualmente importante, pois a formação/treino de parceiros de comunicação irá permitir aumentar os conhecimentos dos formandos/parceiros sobre o processo de implementação de CAA, reconhecer comportamentos comunicativos das crianças/jovens com MD e dotá-los de estratégias específicas que possam ser aplicadas na sua prática, favorecendo as interações comunicativas com os alunos utilizadores de CAA, devendo a mesma ocorrer de forma contínua (Beukelman & Mirenda, 2010; Binger & Kent-Walsh, 2012; Flink et al., 2020; Kent-Walsh, 2008; Kent-Walsh & McNaughton, 2005; Kent-Walsh et al., 2015; Light et al., 2019; von Tetzchner & Martinsen, 2000). Assim, considera-se que quanto maior for o conhecimento dos profissionais sobre CAA e MD, maior será a sua capacidade para reconhecer e promover o desenvolvimento de competências da criança/jovem.

No estudo original da escala APRCCA, os autores concluíram que quanto maior a experiência dos profissionais com crianças utilizadoras de CAA, mais elevadas foram as médias relativas às atitudes positivas no domínio cognitivo (Beck et al., 2001). Isto leva-nos a refletir sobre a diferença de resultados entre PND e PD no que respeita à experiência com a criança/jovem com MD utilizadora de CAA. No presente estudo, os elementos que integram o grupo PD possuem uma variabilidade muito grande de anos de experiência profissional, contudo, a dúvida que se levanta remete para a experiência com o aluno utilizador de CAA. Da própria prática escolar da investigadora, o PD muitas vezes apresenta uma capacidade de acompanhamento diferente do PND, devido a constrangimentos de horário laboral. Deste modo, é com frequência que se verifica que o PD detém outras funções a nível de cargos e burocráticas, para além do acompanhamento direto aos seus alunos, que não lhe permitem dedicar-se com o afincado por eles próprios pretendido à implementação de CAA. Desta forma, é possível que o PND tenha outra capacidade no que respeita a horário laboral para o acompanhamento direto dos utilizadores de CAA detendo percepções mais positivas sobre as competências da criança/jovem com MD utilizadora de CAA devido à disponibilidade para lidar e intervir com a mesma. Este aspeto levanta questões relacionadas com o horário laboral, já

discutidas anteriormente, reforçando assim a sua importância na prática da CAA (Copley & Ziviani, 2007; De Bortoli et al., 2014; Douglas et al., 2020).

No que concerne ao domínio comportamental, referente às ações que o profissional toma perante a criança utilizadora de CAA (Beck et al., 2001), dois itens apresentam diferenças estatisticamente significativas (itens 13 e 33). Quanto ao seu conteúdo, o item 13 é relativo à disponibilidade por parte do participante para se envolver numa conversa social com a criança/jovem que use CAA e o grupo PND apresentou média estatisticamente superior. Já no item 33, relacionado com a disponibilidade para modificar atividades em sala de aula para crianças/jovens utilizadoras de CAA, o grupo PD teve média significativamente superior.

O resultado superior em termos de média do grupo PND revela que os profissionais que os incluem detêm percepções mais positivas face ao grupo PD, quanto ao envolvimento numa conversação com a criança/jovem utilizadora de CAA. À semelhança do discutido anteriormente para o domínio cognitivo, considera-se que este resultado reforça a importância indiscutível tanto da formação como do treino de parceiros de comunicação, para que a implementação de CAA e a criação de oportunidades comunicativas para a criança/jovem com MD ocorra de forma plena. Como a literatura demonstra, as interações são imprescindíveis no processo educativo da criança/jovem com MD permitindo maximizar competências, aprendizagens e a sua participação, pelo que a ausência da mesma compromete todo o seu desenvolvimento nas diferentes áreas (Bennett et al., 2014; Dada et al., 2020; Flink et al., 2020; Hostyn & Maes, 2009; Østvik et al., 2016).

Quanto à modificação de atividades em sala de aula para crianças/jovens com MD, onde o grupo PD obteve uma média estatisticamente superior, considera-se que a mesma vai ao encontro das suas funções. Uma vez que este grupo é constituído por docentes de ensino regular e docentes de educação especial, o resultado encontra-se adequado ao exercício das suas funções, uma vez que estes profissionais intervêm com as crianças/jovens com MD em contexto de sala de aula e são os mais habilitados à realização de adaptações de atividades nesse contexto, face ao grupo PND. Este resultado está em concordância com o enquadramento legislativo atual, onde estão previstas a identificação de barreiras à aprendizagem e aposta em estratégias diversificadas para ajudar os alunos a superá-las (Decreto-Lei n.º 54/2018 de 6 de julho; Pereira, 2018). As

adaptações às atividades em sala de aula estão incluídas no DUA, onde um dos seus princípios indica que o professor deverá promover a utilização de meios e processos o mais diversificados possível, de forma a garantir que os alunos participem nas aprendizagens e manifestem as competências que adquiriram (Castanho, 2020; Nunes & Madureira, 2015; Sebastián-Heredero, 2020). Assim, pode inferir-se que os membros do grupo PD que participaram neste estudo assumiram ter atitudes inclusivas em sala de aula, o que demonstra no terreno um contributo importante para a inclusão de crianças/jovens com MD utilizadoras de CAA nesse contexto.

Quanto ao domínio afetivo, onde se incluem sentimentos e respostas emocionais perante a criança utilizadora de CAA (Beck et al., 2001), verificaram-se médias estatisticamente significativas em três itens (7, 18 e 25). No que respeita ao conteúdo, dois referem-se à sensação de à vontade/conforto ao trabalhar com uma criança/jovem utilizadora de um sistema de CAA de baixa tecnologia e ao trabalho individual com a mesma, tendo o PND médias estatisticamente superiores ao PD (itens 7 e 25). O terceiro item relaciona-se com o não se sentir confortável em ter uma criança/jovem utilizadora de CAA em sala de aula, onde o PD teve média superior ao PND. Este resultado contradiz o que anteriormente foi transmitido relativamente às atitudes inclusivas na sala de aula, que PD diz ter face a estas crianças/jovens.

Ao analisar-se os resultados para este domínio, pondera-se novamente o papel da formação e treino de parceiros de comunicação nos profissionais do contexto escolar. Tal como já explicitado anteriormente, o seu efeito tem como objetivo não só o aumento do conhecimento sobre a CAA e o seu processo de implementação, como também desmistificar e aumentar as atitudes positivas perante a criança/jovem com MD utilizadora de CAA, de forma a facilitar a sua participação nos diversos contextos. De acordo com os itens mencionados no início deste ponto, denota-se que o PND, por apresentar médias superiores, aparenta estar afetivamente mais disponível para lidar com a criança/jovem com MD utilizadora de CAA face ao PD. O item onde o PD detém médias superior ao PND, devido ao seu conteúdo de cariz negativo, depreende que o PD se sente menos confortável em ter um utilizador de CAA na sala de aula, o que confere a este grupo menos disponibilidade no ponto de vista afetivo. Outro aspeto fundamental para além da formação, também já mencionado noutros pontos, prende-se com a necessidade do desenvolvimento de um trabalho em equipa, de um modo integrado e em

contexto, uma vez que a capacitação dos ambientes, parceiros e contextos é realizada num trabalho articulado ao longo do tempo, de acordo com as várias atividades e necessidades (tal como a literatura referida anteriormente nos indica). Este facto remete para a reflexão da forma como o trabalho em equipa se concretiza na prática no contexto escolar.

Após a análise dos três domínios e das diferenças entre PND e PD, é de ressaltar a possibilidade da necessidade de formação ou da efetividade do treino de parceiros de comunicação para os profissionais do grupo PD. Considera-se que, desta forma, está demonstrada a importância da formação de professores no processo de implementação de CAA e que a mesma influencia positivamente as percepções sobre o seu utilizador, tal como se pode verificar ao longo deste ponto com o PND. Na perspetiva da inclusão, estes resultados levam a ponderar de que forma a mesma deve acontecer, suscitando algumas dúvidas sobre a inclusão na prática de crianças/jovens com MD no contexto escolar.

Objetivo 2.2. Identificar se a percepção dos profissionais varia de acordo com a sua experiência profissional

Relembrando-se brevemente o descrito no capítulo III, para este objetivo foram consideradas as variáveis “experiência profissional no contexto educativo” e “experiência profissional no acompanhamento de crianças/jovens com MD”. Para ambas, foi efetuada a comparação de médias entre grupos e correlações com os itens da escala APRCCA.

No que respeita à variável “experiência profissional no contexto educativo”, foram encontradas diferenças de médias estatisticamente significativas em cinco itens e, para todos, o grupo -20anos obteve médias superiores ao grupo +20anos.

Quanto aos domínios a que cada item pertence, um refere-se ao domínio cognitivo e o seu conteúdo relaciona-se com a capacidade dos utilizadores de CAA para modificarem as suas palavras, caso não estejam a ser compreendidos (item 27); dois itens (25 e 31) pertencem ao domínio afetivo, cujo conteúdo envolve o sentir-se confortável para trabalhar individualmente com o utilizador de CAA e com utilizadores de sistemas de CAA sem ajuda; e dois itens referem-se ao domínio comportamental (8 e 13), remetendo para a não envolvência na facilitação de uma atividade lúdica entre uma criança/jovem

utilizadora de CAA e um colega e para a envolvimento numa conversa social com um utilizador de CAA.

Assim, após análise destes resultados e verificando-se que o grupo -20anos detém médias superiores em todos os itens face ao grupo +20anos, poderão existir alguns aspetos que possam ter influência nestas diferenças entre os grupos. De acordo com a experiência profissional da investigadora, os profissionais com mais tempo de experiência profissional também são aqueles que, em contexto educativo, acumulam mais cargos e possuem um maior volume de trabalho burocrático face aos profissionais com menos tempo de serviço. Nesta linha de pensamento, existem constrangimentos de tempo devido às implicações com o próprio serviço que poderão estar na base destes resultados. O fator tempo tem vindo a ser muito debatido na literatura, tal como já foi focado anteriormente, como determinante no processo de implementação de CAA, pois é a partir dele que o profissional se consegue dedicar a todos os passos inerentes ao mesmo (Bailey et al., 2006a; Bailey et al., 2006b; Beukelman & Mirenda, 2010; Copley & Ziviani, 2007; De Bortoli et al., 2014; Douglas et al., 2020; Johnson et al., 2006; Moorcroft et al., 2018). Este fator restringe de forma considerável a capacidade de trabalho e de dedicação destes profissionais pois, por mais que desejem responder a todas as solicitações gerais e exigências do acompanhamento de crianças/jovem com MD utilizadoras de CAA, nem sempre lhes é possível.

Um estudo sobre a percepção de terapeutas da fala quanto à implementação de CAA na MD, apresentou algumas conclusões que podem justificar as diferenças entre os grupos em análise no presente objetivo. Os participantes neste estudo verificaram que o interesse manifestado pelos professores no acompanhamento de crianças/jovens com MD e a sua experiência profissional, conhecimentos e atitudes têm influência na eficiência da intervenção no âmbito da CAA (De Bortoli et al., 2014). Contudo, constataram que os professores com mais anos de experiência no acompanhamento destas crianças/jovens têm pouco conhecimento sobre CAA e sobre as necessidades educativas das mesmas, revelando menos flexibilidade e resistência face à intervenção em CAA, muitas vezes, devido a expectativas muito altas ou muito baixas face ao aluno com MD e à sua percepção quanto ao seu próprio papel como parceiro de comunicação (De Bortoli et al., 2014). Apesar deste estudo ser relativo a professores, a investigadora, ao longo da sua prática em contexto escolar, tem vindo a observar que estas características também são

apresentadas por alguns técnicos especializados e assistentes operacionais. Por outro lado, professores com menos experiência com alunos com MD e com CAA, apesar de deterem poucos conhecimentos e *skills* para dar um acompanhamento efetivo, podem vir a ter atitudes mais proativas e apresentar mais motivação, o que lhes permite colaborar mais eficazmente e estarem mais recetivos às estratégias de implementação de CAA (De Bortoli et al., 2014). Os resultados deste estudo comprovam que as atitudes dos profissionais variam em função da sua experiência no contexto educativo.

As atitudes e comportamentos que os profissionais possuem perante o utilizador de CAA têm vindo a ser referenciados na literatura como potenciais fatores de facilitação (atitudes positivas) ou inibição à implementação de CAA (atitudes negativas/resistência) (Copley & Ziviani, 2007; De Bortoli et al., 2014; Moorcroft et al., 2018; O'Neill & Wilkinson, 2020). Assim, considera-se que as atitudes dos profissionais possam ter tido alguma influência nos resultados obtidos e, por conseguinte, a possível adoção de atitudes/comportamentos menos positivos pela maioria do grupo +20 anos possam ter resultado em médias mais baixas quanto à sua perceção do uso de CAA atendendo às características do utilizador, às emoções e aos comportamentos perante o mesmo. Mais ainda, atitudes menos positivas e apresentação de resistência face ao próprio processo de implementação de CAA também não favorecem a colaboração entre profissionais. O trabalho em equipa é essencial na implementação de CAA devido à complexidade que crianças/jovens com MD apresentam, às suas características e contextos que vivenciam, pelo que todo este processo deve ser pensado e estruturado por todos os profissionais que os acompanham, inclusivamente a sua família (Bailey et al., 2006a; Beukelman & Mirenda, 2010; Copley & Ziviani, 2007; Jansen et al., 2016; O'Neill & Wilkinson, 2020; Pereira, 2008a; Saramago et al., 2004). A fraca existência desta colaboração não permite desenvolver adequadamente o processo de implementação de CAA na criança/jovem com MD, podendo dar origem a percepções menos adequadas quanto ao seu uso por alunos com esta condição.

Os achados na literatura nacional e internacional, em conjunto com os dados mencionados resultantes do percurso profissional em contexto escolar da investigadora até à data, favorecem a compreensão dos resultados obtidos neste objetivo, podendo vir a justificar as médias mais baixas do grupo +20anos.

Contudo, existe um item cujo conteúdo detém conotação negativa (remete para a não envolvimento na facilitação de uma atividade lúdica entre uma criança/jovem utilizadora de CAA e um colega), onde o grupo -20anos também teve média superior. Atendendo à forma como o mesmo se encontra escrito, depreende-se que o facto do alcance superior do valor de média deste grupo não é positivo, pois significa que existe uma maior concordância com o teor do item. O facto do mesmo se relacionar com a não facilitação de uma interação entre o utilizador de CAA e um colega significa que os profissionais do grupo -20anos poderão não estar de acordo com a mediação de relacionamentos entre a criança/jovem com MD utilizadora de CAA e os seus pares. O papel da interação no desenvolvimento/aprendizagem da criança/jovem com MD, tal como descrito para o objetivo 2.1, é de extrema importância no desenvolvimento comunicativo, no aumento de oportunidades para a interação e na participação na vida social (Bennett et al., 2014; Dada et al., 2020; Flink et al., 2020; Hostyn & Maes, 2009; Østvik et al., 2016). Assim, e uma vez que a criança/jovem com MD é dependente de terceiros para participar ativamente nos seus contextos naturais, esta percepção do grupo -20anos é prejudicial à mesma. Os pares têm um papel importante na socialização destas crianças/jovens e na promoção da sua participação plena no contexto escolar, pelo que devem ser envolvidos no processo de implementação de CAA, numa perspetiva de inclusão neste contexto (Bailey et al., 2006a; Beukelman & Mirenda, 2010; Cosby & Johnston, 2006).

Para além da comparação das médias entre os grupos +20anos e -20 anos, foi realizada ainda a correlação de *Pearson* para verificar se existem correlações entre os itens da escala APRCCA e os anos de experiência profissional no contexto educativo. Obteve-se uma correlação negativa estatisticamente significativa para o item 31, cujo conteúdo se refere ao sentir-se confortável a trabalhar com crianças/jovens que usam sistemas de CAA sem ajuda. Desta forma, conclui-se que quanto maior o número de anos de experiência profissional no contexto educativo, menor é a concordância com o item em questão, ou seja, menos à vontade os profissionais se sentem para trabalhar com um utilizador de CAA cujo sistema se engloba na categoria de sem ajuda.

O resultado desta correlação vai ao encontro dos resultados obtidos anteriormente, onde os profissionais com mais experiência no contexto educativo detêm percepções menos adequadas quanto ao utilizador de CAA. Esta correlação pode ser explicada pelos aspetos descritos nos parágrafos acima (constrangimentos de tempo, falta de colaboração entre

profissionais na implementação de CAA) mas, uma vez que este item em específico remete para uma tipologia de CAA, poderá inferir-se ainda que este resultado possa também dever-se a lacunas na formação. Conforme descrito anteriormente, o papel da formação em CAA, bem como o treino de parceiros de comunicação é extremamente importante para que os profissionais consigam implementar e dar continuidade ao uso de CAA com a criança/jovem com MD, reforçando-se desta forma a aplicabilidade e a necessidade deste fator (Beukelman & Mirenda, 2010; Binger & Kent-Walsh, 2012; Flink et al., 2020; Kent-Walsh, 2008; Kent-Walsh & McNaughton, 2005; Kent-Walsh et al., 2015; Light et al., 2019; von Tetzchner & Martinsen, 2000).

No que concerne à variável “experiência profissional no acompanhamento de crianças/jovens com MD”, foram encontradas diferenças de médias estatisticamente significativas em dois itens, onde o -9anos obteve médias superiores ao +9anos.

Relativamente aos domínios da escala APRCCA, ambos pertencem ao domínio comportamental e o seu conteúdo refere-se ao acompanhar uma criança/jovem que use CAA durante uma reunião de alunos/debate escolar (item 21) e ao não pedir a uma criança/jovem com funcionamento típico para trabalhar num projeto escolar com um utilizador de CAA (item 20).

Os resultados relativos a esta variável, apesar de se terem encontrado menos itens com diferenças estatisticamente significativas, reforçam os achados já descritos e fundamentados ao longo da discussão do objetivo 2.2. O facto de os itens com diferenças estatisticamente significativas diferirem entre as variáveis exploradas neste objetivo, leva a ponderar a relevância de, em estudos futuros, entender as divergências entre os resultados obtidos recorrendo a diferentes análises estatísticas e a diferentes indicadores de duração de experiência profissional.

Pode então concluir-se que, relativamente aos profissionais, a sua experiência profissional está relacionada com as percepções sobre o uso de CAA em crianças/jovens com MD. Relativamente às variáveis em estudo, constata-se que as atitudes dos profissionais diferiram mais em função dos anos de experiência no contexto escolar face aos anos de experiência profissional no acompanhamento de crianças/jovens com MD. O facto de se ter obtido um número reduzido de itens faz pensar que outras variáveis possam

ser mais importantes do que a experiência profissional, nomeadamente os resultados dessa mesma experiência (e.g. ocorrência de experiências de sucesso ou não).

Objetivo 2.3. Identificar se a percepção dos profissionais varia de acordo com a sua experiência com CAA

Para explorar a existência de uma variação da percepção dos profissionais de acordo com a sua experiência com CAA, foram realizadas comparações de médias com os itens da escala APRCCA e duas variáveis: “anos de experiência profissional a utilizar CAA” e “frequência de utilização de CAA”. Foram realizadas também correlações entre as variáveis.

A comparação de médias dos grupos +4anos e -4anos com a variável “anos de experiência profissional a utilizar CAA”, revelou valores estatisticamente significativos em apenas dois itens. Ambos pertencem ao domínio afetivo e o seu conteúdo refere-se a não se sentir confortável para trabalhar com a criança/jovem que use um sistema de CAA de alta tecnologia (item 22) e a sentir-se confortável para trabalhar individualmente com uma criança/jovem que use CAA (item 25). Nestes dois itens, o grupo +4anos obteve médias superiores às do grupo -4anos.

Embora esta comparação tenha revelado poucos resultados significativos do ponto de vista estatístico, ao atender-se ao seu conteúdo, observa-se que existem algumas considerações a tecer. Nomeadamente, o facto do grupo +4anos apresentar média superior no item relacionado com o não se sentir confortável para trabalhar com um utilizador de CAA com sistema de alta tecnologia e, por conseguinte, estar em maior concordância com o mesmo face ao grupo -4anos, pode demonstrar que este grupo tem maior noção e conhecimento sobre sistemas de CAA. Este item refere efetivamente o uso de sistemas de CAA de alta tecnologia que se encontram associados, muitas vezes, a dispositivos eletrónicos. A literatura refere que os SAAC de alta tecnologia possuem um grande impacto nas crianças/jovens com MD que os utilizam, pois são mais eficientes na captação da atenção dos seus parceiros de comunicação, permitindo-lhes interagir de forma mais ativa nos seus contextos de vida (Afonso et al., 2019; Goldbart et al., 2014; Rispoli et al., 2010; Roche et al., 2015). Este impacto, em contexto escolar, favorece também a participação do seu utilizador em sala de aula e serve ainda uma variedade de

funções comunicativas importantes para o seu próprio desenvolvimento/aprendizagem e motivação para a interação social (Bailey et al., 2006b; Johnson et al., 2006; O'Neill & Wilkinson, 2020). Contudo, a utilização de alta tecnologia em CAA envolve momentos de programação e manutenção do dispositivo, períodos de adaptação inicial do próprio dispositivo às características individuais do utilizador e às suas necessidades comunicativas, sendo essencial uma atualização frequente ao nível das funções comunicativas e vocabulário, consoante a evolução/regressão da criança/jovem com MD, para além do treino do utilizador e de parceiros de comunicação (Bailey et al., 2006a; Bailey et al., 2006b; Beukelman & Mirenda, 2010; Douglas et al., 2020; Johnson et al., 2006; O'Neill & Wilkinson, 2020). Todo este processo exige mais tempo e maior disponibilidade por parte dos profissionais do contexto escolar.

Como já foi argumentando anteriormente em relação a outros objetivos, os profissionais nem sempre possuem o tempo e a disponibilidade necessária para se dedicarem inteiramente a este processo (devido aos inúmeros compromissos profissionais que podem ter de assumir), o que os pode levar a não se sentirem confortáveis a trabalhar com utilizadores de CAA que usem sistemas de alta tecnologia. Este sentimento menos positivo perante esta tipologia de SAAC também pode ser justificado pela dificuldade em acompanhar a evolução da tecnologia relativamente à CAA e a própria investigação na área (Douglas et al., 2020), muitas vezes causada também por constrangimentos de tempo.

Quanto à média superior do grupo +4anos no item relativo ao sentir-se confortável para trabalhar individualmente com uma criança/jovem que use CAA, este fator encontra-se de acordo com a literatura uma vez que, quanto maior a experiência do profissional no uso de CAA, mais competências e estratégias possui para intervir com crianças/jovens com MD que dela necessitem (De Bortoli et al., 2014). O ganho de experiência e de conhecimento é visto como um grande suporte à implementação de CAA na criança/jovem com MD (Copley & Ziviani, 2007; De Bortoli et al., 2014).

A partir do teste de correlação de *Pearson*, foram verificadas correlações estatisticamente significativas em oito itens em relação aos anos de experiência profissional a utilizar CAA. Quatro destes itens pertencem ao domínio cognitivo, cujo conteúdo remete para a capacidade do utilizador de CAA ser tão capaz de se envolver em atividades não letivas

como os colegas com funcionamento típico (item 11), poder participar ativamente numa conversa (item 19), poder modificar as suas palavras, se não estiver a ser compreendido (item 27) e compreender o que é a comunicação (item 35). Dois itens englobam-se no domínio afetivo e o conteúdo relaciona-se com o sentir-se intimidado a trabalhar com uma criança/jovem que use CAA (item 4) e com o sentir-se à vontade para trabalhar com uma criança/jovem que use um sistema de CAA de baixa tecnologia (item 7). Por fim, no domínio comportamental, foram constatados dois itens relacionando-se em termos de conteúdo com o não levar uma criança/jovem que use CAA numa visita de estudo (item 14) e com o não pedir a uma criança/jovem com funcionamento típico para trabalhar num projeto escolar com uma criança/jovem que use CAA (item 20).

Denota-se a existência de correlações negativas nos itens que detêm conteúdos negativos para com o utilizador de CAA (dois do domínio comportamental e um do domínio afetivo), concluindo-se que quanto mais anos de experiência na utilização de CAA os profissionais têm, menor é a sua concordância com estes comportamentos e emoções. Por outro lado, todos os itens que apresentam conteúdos positivos para com o utilizador de CAA (quatro do domínio cognitivo e um do domínio afetivo), apresentam correlações positivas, isto é, quanto maior o número de anos de experiência do profissional a utilizar CAA, maior é a sua concordância com o conteúdo dos itens em questão.

Estes resultados encontram-se de acordo com a literatura na área pois, tal como mencionado anteriormente, reforçam a importância da experiência na utilização de CAA no conhecimento e comportamentos perante a criança/jovem com MD que faz uso deste recurso para comunicar (Copley & Ziviani, 2007; De Bortoli et al., 2014). Na prática em contexto educativo com CAA, estes resultados demonstram a eficiência do próprio profissional na promoção da interação e do desenvolvimento comunicativo da criança/jovem com MD, pois a sua experiência na implementação de sistemas de CAA com esta população favorece a compreensão das características intrínsecas do aluno e a adaptação das mesmas tanto ao sistema como às suas necessidades educativas/comunicativas ao longo do tempo. Este conhecimento e adaptações que o profissional preconiza são indispensáveis à inclusão da criança/jovem com MD, pois permite-lhe participar de forma mais ativa em todas as vertentes do contexto escolar, criar e aumentar as oportunidades comunicativas para o utilizador e, por conseguinte, a sua socialização e qualidade de vida. Estes fatores são de extrema importância na mudança

de comportamentos e sentimentos para com a criança/jovem com MD que utiliza CAA, sendo amplamente referenciados pela literatura como essenciais para o sucesso da implementação de CAA (Anderson et al., 2011; Bailey et al., 2006a; Bennett et al., 2014; Beukelman & Mirenda, 2010; Dada et al., 2020; Hostyn & Maes, 2009; Johnson et al., 2006; Light et al., 2019; Nunes, 2009; O'Neill & Wilkinson, 2020; Radici et al., 2019; Saramago et al., 2004; Simion, 2014).

No estudo original da escala APRCCA, os autores concluíram que os participantes que estavam mais familiarizados com crianças com deficiências tendiam a ter respostas mais positivas nos domínios afetivo e comportamental face aos participantes menos familiarizados (Beck et al., 2001). No âmbito do presente objetivo, pode considerar-se que os resultados obtidos vão ao encontro do estudo original pois verifica-se que, nos domínios afetivo e comportamental, as respostas dos profissionais são mais positivas conforme aumenta o número de anos de experiência na utilização de CAA.

Para a variável “frequência de utilização de CAA”, a comparação de médias entre os grupos “frequentemente/sempre” (FS) e “nunca/raramente” (NR) resultou em oito itens com diferenças estatisticamente significativas. Quanto aos domínios, seis itens pertencem à dimensão cognitiva (conteúdos relacionados com o utilizador de CAA ser sociável (item 9), ser tão capaz de se envolver em atividades não letivas como os colegas com funcionamento típico (item 11), compreender o que lhe dizem (item 17), poder participar ativamente numa conversa (item 19), poder modificar as suas palavras, se não estiver a ser compreendido (item 27) e não se preocupar se é compreendido (item 36)). Os restantes dois itens pertencem ao domínio afetivo e remetem para o sentimento de à vontade para trabalhar com o utilizador de CAA (item 7) e ao sentir-se confortável a trabalhar individualmente com o utilizador de CAA (item 25). Nos oito itens, o grupo FS obteve médias estatisticamente superiores ao grupo NR.

Desta forma, verifica-se que o grupo FS, que detém maior frequência na utilização de CAA, tem perceções mais positivas face à criança/jovem com MD utilizadora de CAA, reforçando os achados da literatura já referidos anteriormente sobre o facto de a experiência/frequência na utilização de CAA dotar os profissionais de competências e atitudes mais facilitadoras do seu processo de implementação.

O impacto da frequência de utilização de CAA nas percepções de profissionais e a sua importância no processo de implementação de CAA na criança/jovem com MD voltou a ser sugerido pelos resultados do teste de correlação de *Pearson*, onde foram identificadas 18 correlações estatisticamente significativas.

À semelhança das correlações para a variável “anos de experiência profissional a utilizar CAA”, também para esta variável se verificaram correlações positivas para itens com conteúdos com valor positivo, ou seja, quanto maior a frequência de utilização de CAA maior a concordância com estes itens. Por outro lado, existem correlações negativas para os itens com conteúdos pouco abonatórios ao utilizador de CAA, pelo que quanto maior a frequência de utilização de CAA, menor a concordância com estes itens. Mais uma vez, os resultados sugerem que a frequência de utilização constitui um fator que promove mudanças no comportamento e no conhecimento dos profissionais perante a criança/jovem com MD e o processo de implementação de CAA, facilitando a sua interação e participação no contexto escolar e, por conseguinte, melhorias na sua qualidade de vida (Anderson et al., 2011; Bailey et al., 2006a; Bennett et al., 2014; Beukelman & Mirenda, 2010; Dada et al., 2020; Hostyn & Maes, 2009; Johnson et al., 2006; Light et al., 2019; Nunes, 2009; O’Neill & Wilkinson, 2020; Radici et al., 2019; Saramago et al., 2004; Simion, 2014).

Quanto aos domínios da escala, a maioria (oito itens) pertence ao domínio comportamental, seis ao domínio cognitivo e quatro ao domínio afetivo. Constata-se novamente, tal como já mencionado anteriormente, que estes resultados vão ao encontro dos achados do estudo original da escala APRCCA, onde os participantes do mesmo demonstraram atitudes mais positivas nos três domínios explorados por este instrumento, quanto maior foi a sua frequência de utilização de CAA (Beck et al., 2001). O estudo de Almeida (2015) também verificou esta condição (quanto maior a frequência de utilização de CAA, maior o sucesso da sua implementação).

Após a exposição realizada neste ponto, conclui-se que a percepção dos profissionais estudados varia de acordo com a sua experiência profissional a utilizar CAA e também com a frequência de uso de CAA. Ambas se relacionam significativamente com as percepções dos mesmos, tendo-se observado diferenças nas atitudes dos profissionais (nos domínios cognitivo, afetivo e comportamental) perante a criança/jovem com MD e sobre

o processo de implementação de CAA. Ao comparar-se as duas variáveis, de acordo com o número de itens com valores estatisticamente significativos, poderá afirmar-se que a frequência de utilização de CAA tem maior relação com as percepções dos profissionais. Os resultados corroboram os achados na literatura, ressaltando-se a importância destes fatores na inclusão da criança/jovem com MD utilizadora de CAA e, por conseguinte, nas boas práticas no contexto educativo.

Objetivo 2.4. Identificar se a percepção dos profissionais varia de acordo com o seu conhecimento em CAA

Para se tentar obter dados que permitissem responder a este objetivo, recorreu-se às comparações das médias dos grupos dos profissionais que afirmaram ter conhecimento em CAA (grupo “sim”) e dos profissionais que afirmaram não ter conhecimento em CAA (grupo “não”) em relação aos itens da escala APRCCA.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em 12 itens. Quanto aos domínios, cinco itens pertencem ao domínio comportamental, cujo conteúdo se relaciona com encorajar interações entre utilizadores de CAA e crianças/jovens com funcionamento típico, não pedir a um utilizador de CAA que execute uma tarefa em contexto escolar, incluir em contexto de sala de aula o utilizador de CAA, envolver-se numa conversa social com um utilizador de CAA e acompanhar um utilizador de CAA durante uma reunião de alunos/debate escolar. Quatro itens são do domínio afetivo e envolvem o sentir-se intimidado para trabalhar com um utilizador de CAA, sentir-se à vontade para trabalhar com um utilizador de sistema de CAA de baixa tecnologia, sentir-se confortável a trabalhar individualmente com um utilizador de CAA e sentir-se confortável para trabalhar com um utilizador de sistema de CAA sem ajuda. Finalmente, o domínio cognitivo refere-se à capacidade do utilizador de CAA para poder participar ativamente numa conversa, poder modificar as suas palavras se não estiver a ser compreendido e ao facto de não se preocupar se não estiver a ser compreendido. Nestes 12 itens, grupo “sim” apresentou médias superiores ao grupo “não”.

O conhecimento constitui-se como um meio para que os profissionais se tornem, progressivamente, mais aptos e capacitados a intervirem com crianças/jovens com MD dentro das suas funções. Especificamente no âmbito da CAA, tal como se tem vindo a

constatar, a literatura tem atribuído um valor considerável ao conhecimento sobre esta temática, devendo o mesmo ser compartilhado por todos os membros da equipa escolar (Beukelman & Mirenda, 2010; Copley & Ziviani, 2007; Correia, 2017; Pereira, 2008a), pois só desta forma se poderão adotar as medidas e procedimentos mais adequados à situação do aluno para o sucesso desta implementação.

Partindo deste ponto, os resultados obtidos em relação a este objetivo demonstram claramente a importância do conhecimento em CAA por parte dos profissionais na prática em contexto escolar com crianças/jovens com MD. Denota-se que os profissionais que afirmaram ter conhecimentos em CAA (grupo “sim”), cujas médias de resposta foram superiores aos profissionais que não possuem conhecimento em CAA, aparentam ter atitudes afetivas e comportamentais mais positivas face ao utilizador de CAA tal como um maior reconhecimento das competências cognitivas do mesmo, podendo contribuir estes fatores para o sucesso da implementação em CAA e, por conseguinte, para uma participação mais plena da criança/jovem com MD no contexto escolar (Anderson et al., 2011; Bailey et al., 2006a; Bennett et al., 2014; Beukelman & Mirenda, 2010; Dada et al., 2020; Hostyn & Maes, 2009; Johnson et al., 2006; Light et al., 2019; Nunes, 2009; O’Neill & Wilkinson, 2020; Radici et al., 2019; Saramago et al., 2004; Simion, 2014). Assim, conclui-se que o conhecimento em CAA por parte dos profissionais é uma mais valia ao processo de implementação de CAA e que os resultados alcançados vão ao encontro da literatura na área.

Contudo, constataram-se também médias mais altas por parte do grupo “sim” nos itens que contêm conteúdos (afetivos, comportamentais e cognitivos) menos positivos face ao utilizador de CAA, o que não está de acordo com a literatura mencionada no parágrafo anterior. Tal como a mesma indica, o aumento do conhecimento dos profissionais sobre esta temática promove a diminuição de atitudes negativas e favorece a adoção de estratégias no terreno sempre que os mesmos surjam com o intuito de os eliminar, pelo que estas médias mais altas neste tipo de conteúdo são contraditórias ao facto de deterem conhecimento em CAA. Pensa-se que, possivelmente, este facto possa ter sido um pouco influenciado pela discrepância entre o número de profissionais de cada grupo (grupo “sim” – $n=164$; grupo “não” – $n=31$), pelo que os resultados destes itens (e dos restantes) poderão não revelar adequadamente uma realidade sobre a percepção dos profissionais do contexto escolar que participaram neste estudo. Seria interessante analisar, em estudos

futuros, o impacto e qualidade da formação formal dos profissionais do grupo “sim” sobre as percepções face à criança/jovem com MD utilizadora de CAA, numa perspetiva de tipologia e número de horas de formação formal que cada profissional já realizou sobre a CAA.

Objetivo 3.1. Identificar as percepções de pais/cuidadores relativamente ao uso de CAA por crianças/jovens com MD, no que se refere a benefícios/vantagens

No que respeita à percepção de pais/cuidadores quanto a benefícios/vantagens do uso de CAA, foram identificados seis exemplos com percentagens superiores a 50%: permitir a comunicação em diferentes contextos (familiar, escolar, recreativo e vocacional), aumentar o nível de participação do utilizador nas atividades diárias, aumentar a autonomia/independência do utilizador, aumentar as oportunidades comunicativas para o utilizador, aumentar as oportunidades de aprendizagem para o utilizador e permitir a comunicação com pessoas para além da família mais próxima (ex: parentes, membros da comunidade,...). Deste seis benefícios/vantagens, dois tiveram percentagens acima de 70% (permitir a comunicação em diferentes contextos (familiar, escolar, recreativo e vocacional) e aumentar o nível de participação do utilizador nas atividades diárias), verificando-se desta forma a sua importância na percepção destes participantes.

Os benefícios/vantagens identificados por pais/cuidadores encontram-se descritos na literatura na área da CAA como fatores de sucesso relevantes à implementação desta ferramenta. Estes focam pontos fundamentais que a intervenção em CAA com a criança/jovem com MD deve contemplar e que melhoram substancialmente a vida e a participação das mesmas em várias vertentes (contextos, interações sociais, aumento de competências próprias do utilizador) (Afonso et al., 2019; Bailey et al., 2006a; Bailey et al., 2006b; Beukelman & Mirenda, 2010; Johnson et al., 2006; O’Neill & Wilkinson, 2020; Radici et al., 2019).

Desta forma, pode inferir-se que os pais/cuidadores que participaram neste estudo têm noção/conhecimento dos principais benefícios/vantagens da utilização de CAA com os seus educandos, o que se revela de extrema importância na sua prática com CAA uma vez que demonstra que reconhecem o seu valor no desenvolvimento comunicativo e linguístico da criança/jovem com MD e, progressivamente, no aumento da sua

independência/autonomia e participação nos contextos naturais, tal como a literatura tem vindo a relevar ao longo do tempo (Afonso et al., 2019; Beukelman & Mirenda, 2010; Dada et al., 2020; Light et al., 2019; Simion, 2014; von Tetzchner & Martinsen, 2000).

Objetivo 3.2. Identificar as percepções de pais/cuidadores relativamente ao uso de CAA por crianças/jovens com MD, no que se refere aos constrangimentos/barreiras no uso de CAA

Concretamente em relação a constrangimentos/barreiras ao uso de CAA, os pais/cuidadores que participaram neste estudo consideraram apenas um exemplo com percentagem superior a 50%: a escassez de profissionais (nomeadamente, terapeutas da fala) para dar resposta aos alunos com necessidades complexas de comunicação.

O terapeuta da fala detém um papel central na intervenção em CAA, pois é o profissional que, de acordo com a sua formação de base, tem maior capacidade para avaliar, diagnosticar e intervir com crianças/jovens que necessitem de utilizar esta ferramenta (American Speech-Language-Hearing Association, 2022a). Desta forma, e atendendo às necessidades inerentes de crianças/jovens com MD em contexto escolar, é natural que a escassez destes profissionais nesse mesmo contexto constitua uma barreira à implementação de CAA, tal como indica a literatura (De Bortoli et al., 2014).

O facto de os pais/cuidadores identificarem com maior percentagem este constrangimento/barreira, poderá indicar que há um reconhecimento por parte dos mesmos da importância do papel do terapeuta da fala em contexto escolar e na intervenção comunicativa com os seus educandos e no aconselhamento/consultadoria sobre o processo de implementação de CAA.

No âmbito deste objetivo foram consideradas as respostas dadas por pais/cuidadores a questões de resposta aberta constantes no questionário que lhe foi pedido para preencher (questão 11 – “*Caso tenha respondido nunca na resposta anterior, indique quais os motivos que, na sua opinião, levaram à não utilização de CAA (no máximo 3 motivos)*” e questão “comentários” no final do questionário). A partir da análise de conteúdo às referidas respostas, foram constatados vários aspetos que, na perspetiva e vivência de pais/cuidadores, são constrangimentos/barreiras à implementação de CAA.

No que respeita ao utilizador, foram feitas várias referências às suas características individuais como lacunas cognitivas, desafios comportamentais e questões de saúde. As características individuais do utilizador constituem-se como barreiras quando existem competências cognitivas e motoras deficitárias e deterioração do seu estado de saúde, podendo dar origem a dificuldades no acesso, baixo nível de espontaneidade, capacidade de resposta limitada e progressos demorados que, muitas vezes, levam à desistência do uso do SAAC (De Bortoli et al., 2014; Johnson et al., 2006; O'Neill & Wilkinson, 2020). Particularmente no caso de crianças/jovens com MD, as suas combinações severas ao nível cognitivo, motor, sensorial e de saúde (Flink et al., 2020; Folch-Mas et al., 2017; Pereira, 2008a; Saramago et al., 2004; Villemeur et al., 2012), podem constituir-se como barreiras à implementação de CAA, pelo que a percepção de pais/cuidadores destas crianças/jovens sobre as suas capacidades e as dificuldades sentidas devido às mesmas se encontra de acordo com a literatura na área. Contudo, apesar de se reconhecer que essas características do utilizador podem influenciar as expectativas e o investimento por parte dos parceiros de comunicação quanto à implementação e uso de CAA, se se tiver em consideração quais os objetivos da mesma, bem como a máxima de que deverá ser o SAAC a adaptar-se às características do utilizador e não o contrário, as características do utilizador e as suas necessidades comunicativas deverão ser encaradas como elementos orientadores para a implementação de meios mais facilitadores do processo comunicativo (Afonso et al., 2019; Beukelman & Mirenda, 2010; Johnson et al., 2006; von Tetzchner & Martinsen, 2000).

Também foi referido por pais/cuidadores, ainda relativamente ao utilizador, que o mesmo já verbaliza melhor ou que se faz entender, sendo este o motivo pelo qual não há uso de CAA. Esta situação é recorrente quando os parceiros de comunicação têm proximidade com a criança/jovem com MD, acabando por interpretar os comportamentos não-verbais do mesmo ou algumas vocalizações, descredibilizando desta forma a CAA (Bailey et al., 2006a; Bailey et al., 2006b; Beukelman & Mirenda, 2010; Bortagarai & Ramos, 2013; Johnson et al., 2006). Deste modo, constata-se que este fator constitui mais uma barreira ao uso de CAA e que a mesma é recorrente na intervenção com crianças/jovens com MD, pelo que os profissionais deverão estar atentos e informar/acompanhar estreitamente estes pais/cuidadores de forma a ultrapassá-la, a fim do sucesso da implementação e do uso de CAA. Quanto às preferências individuais do utilizador, um pai/cuidador referiu o facto do seu educando não gostar de usar CAA. Englobada nesta preferência específica, podem

levantar-se algumas questões: motivação da criança/jovem para utilizar o sistema de CAA ou o mesmo não se encontrar adaptado às suas características individuais. A motivação para a comunicação é um dos fatores mais importantes para que o futuro utilizador se sinta confortável ao usar CAA, à semelhança de outros aspetos psicossociais como atitude positiva em relação a esta ferramenta, confiança na capacidade de comunicar de forma efetiva e persistência perante algumas ocorrências menos positivas que possam surgir (American Speech-Language-Hearing Association, 2022a).

Neste sentido, para desenvolver estas competências psicossociais, o utilizador terá de experienciar sucesso nas interações comunicativas e sociais com os seus parceiros de comunicação e deverá sentir que a CAA lhe suprime as suas necessidades e funções comunicativas e que está adaptada às suas características individuais (Afonso et al., 2019; Bailey et al., 2006a; Bailey et al., 2006b; Bennett et al., 2014; Johnson et al., 2006; O'Neill & Wilkinson, 2020; Radici et al., 2019). Sem a motivação, atitude, confiança e persistência por parte do utilizador, todo o processo de implementação de CAA poderá estar comprometido, pelo que pais/cuidadores deverão estar alerta e deter conhecimentos que lhes permitam, sempre com o apoio da equipa de profissionais que acompanha o seu educando, motivá-lo para o uso de CAA criando oportunidades comunicativas em todos os contextos onde se insere.

Os fatores descritos no parágrafo anterior encontram-se interligados a outra categoria identificada: “motivação/attitudes do utilizador/parceiros de comunicação”. Nesta categoria, os pais/cuidadores enumeraram alguns comportamentos que lhes causaram constrangimentos à implementação de CAA, nomeadamente “*má vontade por parte de técnicos/escola*”, “*incompetência da escola*”.

De acordo com a literatura, as atitudes podem constituir-se como benefícios ou constrangimentos ao uso da CAA, mediante a postura que o parceiro de comunicação assuma perante a criança/jovem com MD (Moorcroft et al., 2018; O'Neill & Wilkinson, 2020). Neste caso em específico, pais/cuidadores enumeraram atitudes pouco abonatórias que profissionais adotaram perante os seus educandos. Assim, estas constituem-se como constrangimentos/barreiras ao uso de CAA, estando a literatura em concordância com as práticas observadas por pais/cuidadores nos contextos naturais (Bailey et al., 2006a; Bailey et al., 2006b; Beukelman & Mirenda, 2010; Bortagarai & Ramos, 2013; Johnson

et al., 2006; O'Neill & Wilkinson, 2020). Na sua prática profissional, a investigadora também tem vindo a observar alguns comportamentos e atitudes menos positivos para com a implementação de CAA, verificando que os mesmos se devem, na sua maioria, a desconhecimento sobre esta temática e sobre os benefícios que a mesma pode induzir na criança/jovem com MD. Como já visto anteriormente, as mudanças de atitudes e comportamentos são possíveis mediante a aquisição de conhecimento em CAA através da formação. Mais uma vez, é demonstrado o papel claro e evidente que a formação de profissionais/pais/cuidadores e o treino de parceiros de comunicação detém em todo o processo de implementação de CAA, tal como já foi discutido ao longo deste capítulo (Beukelman & Mirenda, 2010; Binger & Kent-Walsh, 2012; Copley & Ziviani, 2007; Correia, 2017; Flink et al., 2020; Kent-Walsh, 2008; Kent-Walsh & McNaughton, 2005; Kent-Walsh et al., 2015; Light et al., 2019; Pereira, 2008a; von Tetzchner & Martinsen, 2000).

Isto ressalta a necessidade que existe deste tipo de formação na prática em contexto educativo, pelo que os resultados desta investigação podem contribuir para a melhoria da mesma nesse sentido.

Na categoria “profissionais”, os pais/cuidadores que participaram neste estudo fizeram referência à existência de dificuldades na implementação de CAA por falta de tempo e de experiência por parte dos profissionais do contexto escolar. Tanto a experiência dos profissionais como a falta de tempo para se dedicarem ao processo de implementação de CAA (e não só), são aspetos que já foram alvos de discussão anteriormente pela sua necessidade e pertinência neste processo (Bailey et al., 2006a; Bailey et al., 2006b; Beukelman & Mirenda, 2010; Copley & Ziviani, 2007; De Bortoli et al., 2014; Douglas et al., 2020; Johnson et al., 2006; Moorcroft et al., 2018). Desta forma, reforça-se novamente a importância dos mesmos na prática com CAA.

Quanto aos aspetos relacionados com “Família/cuidadores”, os próprios pais/cuidadores assumem necessitar de ajuda para o seu educando com MD e que realizaram diferenças/adaptações no seu modo de viver. O nascimento de um filho com deficiência é um acontecimento que mexe com toda a estrutura familiar, não só dos pais da criança como de outros membros próximos, existindo a necessidade de se passar por um período de choque inicial até aceitarem a sua nova realidade (Correia, 2013). Ao longo do

desenvolvimento e percurso de vida da criança com deficiência, pais/cuidadores irão sentir necessidade de apoio em várias vertentes, pelo que é essencial a colaboração dos profissionais e que os mesmos desenvolvam competências para apoiar e intervir de forma mais eficaz nas suas diferentes fases, utilizando o seu conhecimento específico para melhorar atitudes e dar novas perspetivas a pais/cuidadores (Gronita, Pimentel, Bernardo, Matos, & Marques, 2016). A colaboração entre profissionais e pais/cuidadores, já referenciada também neste capítulo, é fundamental devido à importância que as práticas centradas na família assumem no contexto educativo (Dunst, 2002) e, também, na implementação de CAA (Amaral & Gil, 2008; Copley & Ziviani, 2007; De Bortoli et al., 2014; Jansen et al., 2016; O'Neill & Wilkinson, 2020; Pereira, 2008a; Saramago et al., 2004). As práticas centradas na família no âmbito da CAA são um ponto fulcral, pois a família irá acompanhar a criança/jovem com MD ao longo da sua vida, devendo estas práticas incluir avaliações e intervenções que respeitem as preferências, funcionalidade e preocupações da família, fornecer informações estratégicas e orientações no âmbito da implementação e uso do sistema de CAA com a criança/jovem com MD, respeitar, reconhecer e valorizar a disponibilidade, os recursos e os aspetos culturais de cada seio familiar, atendendo a possíveis mudanças que possam ocorrer ao longo do tempo na sua dinâmica (American Speech-Language-Hearing Association, 2022d).

Após esta breve exposição dos achados da literatura sobre esta temática, esclarece-se o papel fundamental da colaboração entre os profissionais e os pais/cuidadores, de forma que os mesmos se sintam encorajados e envolvidos em todo o processo de intervenção em CAA com os seus educandos. O facto desta colaboração ter vindo a ser referenciada por respostas de questão aberta ou até mesmo atendendo aos resultados obtidos na análise descritiva da escala EIFTA-CAA38 pode significar que pais/cuidadores sintam que a mesma não se está a desenvolver da melhor forma na prática, devendo constituir um ponto de reflexão e monitorização em estudos futuros.

Objetivo 3.3. Identificar estratégias facilitadoras ao uso de CAA com crianças/jovens com MD, por pais/cuidadores

Os resultados deste objetivo demonstraram que pais/cuidadores identificaram com percentagens superiores a 50% as seguintes estratégias facilitadoras: implementar nas atividades das rotinas em contexto escolar, implementar nas atividades das rotinas em

contexto domiciliário, trabalho em equipa (incluindo a família) para implementação de CAA e criar rotinas preditivas e estruturadas no contexto escolar.

Volta a destacar-se o foco do uso de CAA nos contextos onde a criança/jovem com MD se insere, desta vez por pais/cuidadores, reforçando a importância e eficácia deste tipo de estratégias neste processo, por esta população. Assim, verifica-se que a percepção de pais/cuidadores se encontra de acordo com a literatura na área, podendo afirmar-se que os mesmos reconhecem os contextos como primordiais para que a criança/jovem com MD utilizadora de CAA aumente e desenvolva a sua capacidade para interagir socialmente onde quer que esteja inserida, o que lhe irá permitir participar mais ativamente na sociedade/comunidade (Beukelman & Mirenda, 2010; Bronfenbrenner, 2011; Clarke et al., 2016; Collier et al., 2010; Light & McNaughton, 2014, 2015; von Tetzchner & Martinsen, 2000).

O trabalho em equipa, com a família incluída, também já bastante discutido ao longo deste capítulo, é agora referenciado por pais/cuidadores como uma estratégia importante de implementação de CAA. Este aspeto, tal como referido na discussão do objetivo 3.2., é um dos pilares da implementação de CAA pelo que a sua aplicação também como estratégia é ressaltada pela literatura pela sua pertinência na prática neste âmbito (Amaral & Gil, 2008; American Speech-Language-Hearing Association, 2022c, 2022a; Bailey et al., 2006a; O'Neill & Wilkinson, 2020; Owens, 2014).

Efetivamente, sem a existência de trabalho em colaboração entre profissionais e pais/cuidadores, todo o processo de implementação de CAA se encontra comprometido. O papel das rotinas na implementação de CAA, outra estratégia já enunciada e justificada pela sua importância neste capítulo, também é referenciada por pais/cuidadores com percentagem superior a 50% o que demonstra, claramente, o seu peso neste processo. A literatura demonstra que as rotinas permitem criar oportunidades para a realização de interações comunicativas entre o utilizador de CAA e os pares/adultos que o rodeiam nos diferentes contextos onde se insere e reduzem níveis de ansiedade (Beukelman & Mirenda, 2010; Bricker et al., 2015; Dunst et al., 2012; Goldbart et al., 2014; Nunes, 2009; Pereira, 2008a; Saramago et al., 2004). Desta forma, considera-se que pais/cuidadores reconhecem a importância deste tipo de estratégia na facilitação do uso de CAA com a criança/jovem com MD, o que vai ao encontro da literatura na área.

Objetivo 3.4. Identificar as percepções de pais/cuidadores relativamente às competências de crianças/jovens com MD para comunicar com os seus parceiros de comunicação

Concretamente no caso dos pais/cuidadores, e tal como já explicitado no capítulo III, o padrão das médias da escala **EIFTA-CAA38** revelou que a maioria dos itens foram classificados com valores intermédios. Verificou-se ainda que os itens relativos às dimensões *educação* e *comportamento* se encontram na sua totalidade classificados com valores intermédios (médias entre 3 e 4 – discordo parcialmente e não concordo nem discordo; e médias entre 4 e 5 – não concordo nem discordo e concordo parcialmente) .

Esta manifestação por parte de pais/cuidadores poderá sugerir a existência de alguma falta de informação entre pais/cuidadores e os profissionais que acompanham a criança/jovem com MD visto não existir uma posição clara sobre as dimensões anteriormente mencionadas. A parceria entre pais/cuidadores e profissionais é de extrema importância sendo fundamental este envolvimento no contexto educativo e, especificamente, no processo de implementação de CAA devido à contribuição que pode ser dada de ambas as partes para uma resposta adequada à criança/jovem com MD (Amaral & Gil, 2008; Copley & Ziviani, 2007; De Bortoli et al., 2014; Jansen et al., 2016; O’Neill & Wilkinson, 2020; Pereira, 2008a; Saramago et al., 2004). De facto, a intervenção centrada na família tem vindo a ser documentada na literatura devido à sua alta significância, encontrando-se os seus resultados documentados desde a intervenção na primeira infância como na intervenção nos ensinos básico e secundário (Dunst, 2002). Contudo, esta prática encontra-se muito mais disseminada na intervenção precoce e nos programas do ensino pré-escolar face aos programas do ensino básico e secundário, onde a família ou cuidadores nem sempre são reconhecidos como elementos da equipa, nem a sua colaboração é solicitada consistentemente (Dunst, 2002).

O sucesso da parceria educativa entre profissionais e pais/cuidadores é uma mais valia para a criança/jovem com MD. Bourke-Taylor, Cotter, Johnson e Lalor (2018) encontraram evidências do sucesso desta parceria nos ensinos básico e secundário, onde os estudantes com deficiência vivenciaram boas experiências no que respeita à sua inclusão, à assistência recebida e aos ajustes ao programa curricular e às atividades em

sala de aula que os ajudaram a participar de forma mais efetiva em sala de aula de acordo com as suas dificuldades.

Desta forma, pode constatar-se que a evidência científica aponta para os benefícios e para a necessidade de uma intervenção colaborativa com a família por parte dos profissionais que integram o contexto escolar, devendo a mesma ser consistente ao longo do percurso escolar da criança/jovem com MD (American Speech-Language-Hearing Association, 2022d; Bourke-Taylor et al., 2018; Decreto-Lei n.º 54/2018 de 6 de julho; Dunst, 2002). No entanto, os resultados obtidos nesta análise de respostas de pais/cuidadores sugerem que, na prática de implementação de CAA em contexto escolar, nem sempre há uma parceria entre os mesmos e os profissionais, o que poderá contribuir para a falta de informação na perspetiva de pais/cuidadores neste estudo.

Para além das dimensões relativas à *educação* e ao *comportamento*, existem ainda classificações mais centrais na escala de *likert* para mais de metade dos itens das seguintes dimensões: *versatilidade social*, *autoconfiança*, *segurança* e *comunicação face-a-face*. Esta classificação nas dimensões anteriormente enumeradas também pode ser justificada por uma fraca existência na prática escolar de um trabalho de articulação entre pais/cuidadores e profissionais e de uma intervenção colaborativa com a família, de acordo com os participantes neste estudo, tal como já explicitado nos parágrafos anteriores pelos diferentes autores referidos.

Outro aspeto mencionado pela investigação científica que poderá também justificar estes resultados assenta sobre a falta de tempo por parte de pais/cuidadores para acompanhar e treinar os seus filhos no processo de implementação de CAA, podendo esta lacuna dever-se a compromissos de nível profissional que nem sempre lhes permitem ter a disponibilidade necessária para priorizar a sua comunicação e o seu acompanhamento escolar (Bailey et al., 2006a; Beukelman & Mirenda, 2010; De Bortoli et al., 2014; Moorcroft et al., 2018). O fator tempo é determinante em todo este processo, pois quanto maior a disponibilidade por parte de pais/cuidadores e de profissionais para colaborarem em conjunto e estabelecerem as condições essenciais à implementação de CAA, maior possibilidade de sucesso terá o seu uso pela criança/jovem com MD, devido ao acompanhamento que é dado por ambos. De Bortoli et al. (2014) fundamentam que, relativamente à disponibilidade de tempo por parte de pais/cuidadores, nem sempre esta

colaboração decorre de forma adequada, visto poder existir compromissos profissionais por parte dos mesmos, que os levam a nem sempre conseguir seguir as indicações/orientações dos profissionais para o aumento das competências comunicativas dos seus filhos, podendo até este fator não ser uma prioridade para eles. Na prática educativa da investigadora, tem-se vindo a observar a premissa descrita anteriormente: pais/cuidadores de crianças/jovens com MD, para além dos compromissos profissionais, enfrentam uma realidade distinta, nem sempre fácil do ponto de vista emocional/psicológico, devido às características inerentes à MD e aos desafios que a mesma coloca no quotidiano destas famílias (tanto a nível da aprendizagem, comunicação e saúde), onde se torna difícil a gestão e participação plena dos pais/cuidadores em todas as áreas de vida dos seus filhos, tendo de existir prioridades que, muitas vezes, assentam sobre aspetos de saúde física.

Nesta linha de pensamento, as características próprias da criança/jovem com MD e utilizadora de CAA também podem condicionar as percepções de pais/cuidadores. Tal como já discutido anteriormente, as crianças/jovens com MD apresentam especificidades complexas a nível cognitivo, motor e/ou sensorial e de saúde que lhes conferem limitações de gravidade considerável na sua participação e qualidade de vida (Amaral & Celizic, 2015; Flink et al., 2020; Folch-Mas et al., 2017; Pereira, 2008a; Saramago et al., 2004; van der Putten et al., 2017; Villemeur et al., 2012), sendo inegável a sua influência na intervenção com CAA (O'Neill & Wilkinson, 2020).

De facto, as percepções de pais/cuidadores recolhidas neste estudo podem ser justificadas pelos diversos fatores expostos e enumerados pela literatura nacional e internacional referenciada. Este ponto, para além das necessidades e prioridades identificadas pela família para a intervenção que podem de algum modo justificar o seu grau de envolvimento, remete para o modo como os profissionais/serviços criam condições para que essa participação por parte das famílias possa ocorrer. Assim, identifica-se que se deverá atender ao modo como se trabalha com as famílias, para que a implementação de práticas mais colaborativas ocorra e possibilitem uma participação mais ativa e esclarecida da sua parte.

Objetivo 4.1. Identificar se a percepção de pais/cuidadores varia de acordo com o seu grau de escolaridade

Para verificar este objetivo, foi efetuada uma comparação entre os grupos “sem ensino superior” (SES) e “com ensino superior” (CES) de pais/cuidadores no que se refere aos itens da escala EIFTA-CAA38, não tendo sido encontradas quaisquer diferenças estatisticamente significativas. O estudo original desta escala (Delarosa et al., 2012), bem como o estudo referente ao processo de tradução da mesma para a língua italiana (Carlioni et al., 2020), também não fazem referência a esta variável, pelo que não se podem estabelecer comparações entre os dados obtidos.

Ainda na tentativa de se obter resposta a este objetivo, foi realizada uma correlação de *Spearman*, de forma a identificar uma possível existência de correlação entre o grau de escolaridade e os itens da escala EIFTA-CAA38. Obteve-se uma correlação negativa para o item 4 – “Ser independente aumenta a autoestima do/a meu/minha filho/a”, o que significa que quanto maior o grau de escolaridade concluído dos pais/cuidadores participantes neste estudo, menor é a sua concordância de que ser independente aumenta a autoestima dos seus filhos/educandos.

O conceito de independência, ou seja, a condição de não ser dependente de alguém, é uma qualidade difícil de se atingir na criança/jovem com MD. Como já discutido anteriormente, estas crianças/jovens têm acentuadas limitações em vários domínios (cognitivo, motor, sensorial), necessitando constantemente de um acompanhamento especializado no âmbito da educação, saúde, comunicação e socialização (Flink et al., 2020; Folch-Mas et al., 2017; Pereira, 2008a; Saramago et al., 2004; Villemeur et al., 2012).

Isto faz com que detenham um baixo nível de funcionalidade e uma grande dependência na sua vida diária (Petry et al., 2007), pelo que o conceito de independência para uma criança/jovem com MD poderá ser bem diferente do normalmente idealizado. A autoestima da criança/jovem com MD, bem como a sua qualidade de vida, podem ser indicadas pelas relações interpessoais pois, como apresentam uma dependência considerável de terceiros, os relacionamentos com quem os rodeiam têm uma importância

substancial na sua autoestima e qualidade de vida (Bennett et al., 2014; Flink et al., 2020; Hostyn & Maes, 2009).

Ao analisar-se o resultado obtido, pode inferir-se que, provavelmente, pais/cuidadores com maior grau de escolaridade possam ter mais acesso a informação e, por conseguinte, possuírem um maior conhecimento do impacto que a MD tem na vida dos seus educandos. Ao mesmo tempo, também pode ter ocorrido uma interpretação do termo “independência” na generalidade e não referente à área da comunicação. Daí poder ter-se obtido esta correlação negativa, pondo-se a hipótese de não ter sido ponderado o conteúdo do item em relação à implementação de CAA.

Objetivo 4.2. Identificar se a percepção de pais/cuidadores varia de acordo com a sua experiência com CAA

A exploração deste objetivo assentou na relação dos itens da escala EIFTA-CAA38 com duas variáveis.

Na primeira análise, efetuada a partir da variável relativa à utilização ou não de meios aumentativos de comunicação (utilizam/já utilizaram CAA vs nunca utilizaram CAA), foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em três itens (O/A meu/minha filho/a diz-me o que quer (item 5); O/A meu/minha filho/a brinca com os amigos (item 16); O/A meu/minha filho/a quer ficar comigo quando saio de uma divisão (item 29)). No que se refere às dimensões da escala, o item 5 pertence à dimensão “comunicação face a face”, o item 16 à “versatilidade social” e o item 29 à “supervisão”. Em todos os itens, o grupo que contém os participantes que utilizam ou já utilizaram CAA apresentou valores de mediana superiores face às percepções sobre a criança/jovem com MD utilizadora de CAA.

Analisando-se os resultados obtidos, pode verificar-se que os pais/cuidadores que têm ou já tiveram contacto com o uso de CAA detêm percepções mais positivas face a pais/cuidadores que nunca utilizaram esta ferramenta. A literatura indica que o ganho de experiência e de conhecimento no âmbito da CAA é uma mais valia para o seu processo de implementação na criança/jovem com MD (Copley & Ziviani, 2007; De Bortoli et al., 2014). Assim, é possível afirmar que estes pais/cuidadores se encontram mais aptos para

apoiar os seus educandos no uso de CAA. Contudo, este conhecimento que demonstram ter pode não advir apenas da sua experiência no manuseio/contacto com a CAA, uma vez que o treino de parceiros de comunicação também pode ter contribuído para o mesmo. Tal como já referido várias vezes ao longo deste capítulo, o treino de parceiros de comunicação é essencial ao processo de implementação de CAA, pelo que o seu impacto nos pais/cuidadores parece ter reforçado atitudes positivas alcançadas nos itens com valores estatisticamente significativos, tal como nos indica a literatura (Bailey et al., 2006a; Bailey et al., 2006b; Beukelman & Mirenda, 2010; Douglas et al., 2020; Johnson et al., 2006; O'Neill & Wilkinson, 2020).

A articulação com a família evidencia esta necessidade, uma vez que desempenha um papel fulcral desde o processo de avaliação até à intervenção, devendo o pais/cuidadores ser assumidos pelos profissionais como figuras centrais nas tomadas de decisão em CAA devido ao conhecimento que detêm sobre a criança/jovem e as suas competências e ao facto de serem estes os cuidadores do utilizador ao longo da sua vida (American Speech-Language-Hearing Association, 2022d).

No que respeita à relação entre os itens da escala EIFTA-CAA38 e a variável relativa à frequência de utilização de CAA, os participantes foram agrupados distintamente de acordo com a frequência com que usam esta ferramenta: frequentemente/sempe (FS) e nunca/raramente (NR). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em dois itens: item 33 - Fico preocupada com a segurança do/a meu/minha filho/a quando ele/a é deixado/a sozinho/a (dimensão “supervisão”) e item 38 - O/A meu/minha filho/a perturba os seus colegas (dimensão “comportamento”). Quanto aos valores de mediana, verifica-se que no item 33 o valor mais alto pertence ao grupo FS e no item 38 ao grupo NR.

É de notar que o item 33 da escala EIFTA-CAA38 surge também como o único a apresentar uma correlação estatisticamente significativa com a frequência de utilização de CAA, a partir da aplicação do teste de correlação de *Spearman*. Esta correlação é positiva, ou seja, quanto maior a frequência de utilização de CAA, maior é a preocupação com a segurança da criança/jovem com MD quando é deixada sozinha. Este resultado parece indicar que os pais/cuidadores que utilizam mais frequentemente a CAA reconhecem o seu valor enquanto ferramenta que serve a comunicação dos seus filhos,

logo desde que estes estejam acompanhados, com o recurso à CAA, eles poderão compreender melhor o que se passa à sua volta bem como comunicar o que necessitam. De algum modo, estando acompanhados (independentemente de estarem com a família ou com outros cuidadores), com o devido apoio à comunicação, as suas necessidades comunicativas poderão ser asseguradas. Tal não se passará se estiverem sozinhos, pelo que as inseguranças e receios destes pais poderão tender a aumentar. Contudo, uma vez que se trata de um resultado interessante, considera-se que fará sentido esta questão ser explorada em estudos futuros, com recurso a entrevista ou grupo focal.

Relativamente ao item 38, e ao facto do grupo NR ter apresentado valor mais alto de mediana, pode representar um aspeto relacionado com lacunas nas competências comunicativas. A literatura evidencia que, quando privada de comunicar, a criança/jovem com MD poderá ter consequências severas no seu desenvolvimento e há um risco elevado para a ocorrência de alterações comportamentais (Bailey et al., 2006b; Beukelman & Mirenda, 2010; Costantino & Bonati, 2014; Radici et al., 2019). Estes comportamentos, desafiantes ou até mesmo de alguma agressividade, muitas vezes representam tentativas para comunicar ou suprir necessidades, pelo que é importante intervir no sentido de substituí-lo por uma alternativa que sirva as funções comunicativas inerentes (American Speech-Language-Hearing Association, 2022b; Nungesser & Watkins, 2005). A implementação de CAA, para além dos diversos benefícios que apresenta, muitos deles já explorados neste capítulo, ainda detém um papel importante nas questões comportamentais. A eficácia da intervenção em CAA em crianças/jovens com comportamentos desafiantes e NCC tem sido demonstrada em vários estudos, resultando na diminuição dos mesmos (Bopp, Brown, & Mirenda, 2004; Dropik & Reichle, 2001; Walker & Snell, 2013).

Desta forma, pode concluir-se que a concordância do grupo NR com este item vai ao encontro do descrito na literatura. Uma vez que estes pais/cuidadores aparentam não valorizar ou não ser capazes de usar CAA com os seus educandos com MD, e visto que a sua frequência de uso de CAA é escassa ou inexistente, não possuem conhecimento do poder desta ferramenta e do quanto a mesma os poderia ajudar a ultrapassar os desafios comportamentais das crianças/jovens com MD. Com esta premissa, é reforçada, novamente, a necessidade de formação/treino de parceiros de comunicação, como já referido neste capítulo.

Concluindo-se a análise relativa a este objetivo, pode verificar-se que a experiência com CAA está relacionada com a percepção de pais/cuidadores sobre o processo de implementação de CAA na criança/jovem com MD.

Objetivo 5 – Identificar as convergências e as divergências nas percepções dos profissionais e de pais/cuidadores relativamente ao uso de CAA com crianças/jovens com MD, especificamente em termos de benefícios/vantagens, constrangimentos/barreiras e estratégias que possam ser facilitadoras no âmbito da CAA

Relativamente a **benefícios/vantagens do uso de CAA**, profissionais e pais/cuidadores estão em concordância no que respeita ao exemplos escolhidos. Os seis benefícios/vantagens considerados por pais/cuidadores com percentagens superiores a 50% são coincidentes com os escolhidos pelos profissionais, tendo-se verificado que, dos dois exemplos restantes (uma vez que os profissionais selecionaram oito exemplos com percentagem superior a 50%), um situa-se logo abaixo da linha dos 50% na perspetiva de pais/cuidadores e o outro segue-se na hierarquia (melhorar as relações sociais do utilizador, com 42,5% e promover a eficiência na comunicação, com 39,4%).

Consoante o parágrafo anterior, verifica-se que pais/cuidadores e profissionais demonstram a mesma tendência no reconhecimento dos principais benefícios/vantagens do uso de CAA em crianças/jovens com MD, estando ambos os grupos de participantes de acordo com as indicações da literatura nesta área (Afonso et al., 2019; Bailey et al., 2006a; Bailey et al., 2006; Beukelman & Mirenda, 2010; Dada et al., 2020; Light et al., 2019; O'Neill & Wilkinson, 2020; Radici et al., 2019; Simion, 2014; von Tetzchner & Martinsen, 2000), tal como já mencionado anteriormente.

Esta concordância nos benefícios/vantagens do uso de CAA com crianças/jovens com MD pode revelar que, tanto profissionais como pais/cuidadores, têm uma real noção do alcance da CAA enquanto promotora do desenvolvimento comunicativo e da interação/participação social. Este conhecimento é importante na motivação destes elementos enquanto parceiros de comunicação e parte integrante de todo o processo de implementação de CAA, para garantir o uso bem sucedido da mesma em crianças/jovens com MD nos seus principais contextos naturais.

No que respeita a **constrangimentos/barreiras**, como já visto na discussão dos objetivos 1.2 e 3.2, os profissionais classificaram três constrangimentos/barreiras com percentagens acima de 50%, enquanto os pais/cuidadores consideraram apenas um. Esse constrangimento/barreira, escassez de profissionais (nomeadamente, terapeutas da fala) para dar resposta a alunos com necessidades complexas de comunicação, é comum para ambos, embora numa ordem distinta. Isto é, para pais/cuidadores esta barreira foi a que obteve maior percentagem, enquanto para profissionais constitui-se como a terceira com maior percentagem de escolha.

Tal como já visto anteriormente, a importância do terapeuta da fala no processo de implementação de CAA encontra-se bem fundamentada na literatura e é reconhecida a sua competência no desenvolvimento das diferentes fases do mesmo, pelo que a escassez do número destes profissionais no contexto escolar pode condicioná-lo substancialmente (American Speech-Language-Hearing Association, 2022a; De Bortoli et al., 2014). Acredita-se que, tanto profissionais como pais/cuidadores, reconhecem a relevância do terapeuta da fala no contexto escolar, contudo, a diferença de posicionamento do constrangimento/barreira associado aos mesmos pode dever-se a diferenças nos contextos em que cada grupo se insere, tal como para os restantes itens indicados. Isto poderá demonstrar, na prática, que cada elemento detém necessidades específicas a partir das vivências dos contextos onde se inserem. Assim, sobressai, novamente, a importância do trabalho em equipa para a implementação de CAA, favorecendo uma troca de informações sobre os vários aspetos envolventes à criança/jovem com MD, bem como às questões culturais e dinâmicas familiares que devem ser tidas em consideração durante este processo (Amaral & Gil, 2008; Bailey et al., 2006a; Bailey et al., 2006b; Beukelman & Mirenda, 2010; Copley & Ziviani, 2007; Jansen et al., 2016; O'Neill & Wilkinson, 2020; Pereira, 2008a; Saramago et al., 2004).

No caso dos profissionais, o constrangimento que obteve maior percentagem foi a dificuldade na implementação de CAA em diferentes contextos (ex: sala de aula, domicílio), seguido da falta de conhecimento e/ou treino dos pais/cuidadores e profissionais sobre CAA e, para finalizar os itens com percentagens superiores a 50%, a escassez de terapeutas da fala. Refletindo-se sobre o contexto profissional destes participantes (escolar), os dois primeiros constrangimentos/barreiras que os mesmos consideraram com maior preponderância encontram-se adequados ao seu contexto

profissional. A literatura dá relevância tanto à dificuldade na implementação de CAA em diferentes contextos como à falta de conhecimento e treino de parceiros de comunicação como dois grandes constrangimentos neste processo, demonstrando também a sua pertinência como já constatado anteriormente (Binger & Kent-Walsh, 2012; Copley & Ziviani, 2007; Flink et al., 2020; Johnson et al., 2006; Kent-Walsh, 2008; Kent-Walsh & McNaughton, 2005; Kent-Walsh et al., 2015; Light et al., 2019; O'Neill & Wilkinson, 2020; von Tetzchner & Martinsen, 2000). Desta forma, pode inferir-se que tanto a dificuldade em implementar CAA nos contextos, quer a falta de conhecimento/treino de pais/cuidadores para utilizar CAA são constrangimentos que os profissionais sentem no seu próprio contexto de trabalho e que, provavelmente, mais condicionam as suas práticas.

Já no caso de pais/cuidadores, como já referido, a escassez de terapeutas da fala surge como o constrangimento/barreira mais preponderante, seguindo-se das dificuldades na implementação de CAA nas rotinas diárias e da dificuldade na implementação de CAA em diferentes contextos (ex: sala de aula, domicílio), respetivamente. Seguindo-se o raciocínio adotado para os profissionais, também para pais/cuidadores se pode verificar que as dificuldades de implementação de CAA nas rotinas diárias e nos contextos podem estar diretamente relacionadas com o domicílio e a própria rotina familiar, sendo os aspetos onde sentem maiores dificuldades.

No que concerne a **estratégias facilitadoras**, com percentagens acima de 50%, os profissionais classificaram sete estratégias e pais/cuidadores apenas quatro. Contudo, ao analisar-se o conteúdo das mesmas, verifica-se que são concordantes. Os participantes deste estudo deram alta relevância às estratégias: implementar nas atividades das rotinas em contexto escolar, implementar nas atividades das rotinas em contexto domiciliário, trabalho em equipa (incluindo a família) para a implementação de CAA e criar rotinas preditivas e estruturadas no contexto escolar. As restantes três estratégias identificadas pelos profissionais com percentagens superiores a 50% associam-se a privilegiar as atividades do interesse do utilizador, sensibilizar e treinar parceiros de comunicação e atender às necessidades participativas e comunicativas do utilizador.

Todas estas estratégias, como já referido anteriormente, são essenciais à implementação de CAA devendo, por isso, ser adotadas ao longo deste processo pelos principais

parceiros de comunicação. O foco nos contextos (Beukelman & Mirenda, 2010; Bronfenbrenner, 2011; Clarke et al., 2016; Collier et al., 2010; Light & McNaughton, 2014, 2015), nas rotinas (Clarke et al., 2016; Light & McNaughton, 2015; Simacek et al., 2018) e no trabalho em equipa (Amaral & Gil, 2008; Bailey et al., 2006a; Beukelman & Mirenda, 2010; Copley & Ziviani, 2007; Pereira, 2008a) tem vindo a ser amplamente explicitado pela literatura, pelo que o facto de profissionais e pais/cuidadores estarem em uníssono sobre estes pontos destaca a sua importância e reconhecimento da sua aplicabilidade na prática em CAA.

Desta forma, conclui-se que tanto pais/cuidadores como profissionais aparentam deter conhecimento sobre as principais estratégias que devem ser implementadas aquando a utilização de CAA, o que é abonatório para o sucesso da mesma.

Conclusão

Iniciou-se esta investigação a partir da motivação pela compreensão, de uma forma mais aprofundada, da prática em contexto educativo com crianças/jovens com MD no que se relaciona ao desenvolvimento das suas competências comunicativas e interações sociais. Tal como demonstrado ao longo deste trabalho, a área da comunicação/linguagem é considerada de intervenção prioritária com esta população, sendo a CAA uma ferramenta que contribui eficazmente para o desenvolvimento da mesma (American Speech-Language-Hearing Association, 2022a; Horn & Kang, 2012; Kent-Walsh & Binger, 2018).

Ao longo dos anos, a investigação tem trazido ao domínio da CAA o merecido reconhecimento, através da evidência científica de todos os seus benefícios na comunicação em crianças/jovens com NCC (Bailey et al., 2006a; Bailey et al., 2006b; Bortagarai & Ramos, 2013; Johnson et al., 2006; O'Neill & Wilkinson, 2020; Radici et al., 2019). Esta revelou-se uma parte imprescindível da intervenção com crianças/jovens com MD, onde o terapeuta da fala assume um papel central na avaliação e em todo o processo de implementação da CAA, incluindo a capacitação dos adultos/pares que as rodeiam nos seus diferentes contextos de vida (American Speech-Language-Hearing Association, 2022a; Light & Drager, 2005; Owens, 2014). A exploração de todos os contextos em termos de comunicação é uma necessidade deste processo, contudo, o contexto educativo assume-se como primordial, visto que dele que advêm aprendizagens importantes para o desenvolvimento de crianças/jovens com MD, onde os mesmas passam grande parte do seu tempo e onde surgem, provavelmente, as oportunidades comunicativas para a interação com maior frequência.

A utilização bem sucedida de CAA traz à criança/jovem com MD benefícios muito significativos quanto ao desenvolvimento de competências comunicativas, aumenta as suas aprendizagens e melhora a sua participação. Partindo-se desta evidência científica, e associando à experiência em contexto escolar da investigadora, pretendeu-se refletir sobre o facto de, na prática, esta intervenção nem sempre ocorrer da forma desejada, levando muitas vezes ao seu abandono. Assim, recorreu-se às percepções dos principais

parceiros de comunicação destas crianças/jovens, auscultando-se professores, terapeutas, assistentes operacionais e pais/cuidadores, para tentar responder da melhor forma possível às cinco questões de investigação que foram delineadas.

Para recolher as percepções de parceiros de comunicação, foram escolhidos três instrumentos distintos (APRCCA, Questionário CAA: sucesso versus abandono e EIFTA-CAA38), após extensa e criteriosa pesquisa, devido ao seu conteúdo, tendo-se procedido à sua tradução e adaptação para a língua portuguesa. A análise dos dados obtidos através destes três instrumentos constitui um importante contributo para a melhor compreensão da realidade portuguesa de crianças/jovens com MD face à CAA, na perspetiva de diversos agentes neste processo, possibilitando uma base reflexiva para desafios constatados e também referenciados na literatura.

Relativamente à questão investigação “1 - Quais as percepções dos profissionais quanto ao uso de CAA com crianças/jovens com MD em contexto escolar?”, no âmbito da qual foram exploradas as suas percepções quanto aos benefícios/vantagens, constrangimentos/barreiras e estratégias facilitadoras, conclui-se que os principais benefícios/vantagens que os profissionais atribuíram ao uso de CAA se relacionam com o facto de a mesma permitir a comunicação em diferentes contextos, aumentar o nível de participação, a autonomia/independência, as oportunidades comunicativas e as oportunidades de aprendizagem do seu utilizador, promover a eficiência na comunicação, melhorar as relações sociais do utilizador e permitir a comunicação com pessoas para além da família mais próxima. Nos constrangimentos/barreiras, os profissionais consideraram que os principais assentam sobre dificuldades de implementação de CAA em diferentes contextos, lacunas no conhecimento/treino de parceiros de comunicação para profissionais e pais/cuidadores e escassez de profissionais, nomeadamente, de terapeutas da fala. Para além dos fatores anteriormente mencionados, os profissionais, nas questões de resposta aberta, identificaram ainda como barreiras à implementação de CAA as características da criança/jovem com MD e a dificuldade de realizar adaptações às necessidades do mesmo, dificuldades na comunicação entre escola/família, aspetos relacionados com a tipologia e manutenção dos SAAC (e.g. custos e dificuldades de atualização) e com as motivações/attitudes tanto do utilizador como dos parceiros de comunicação (e.g. postura dos parceiros de comunicação perante o utilizador, ausência de reforço positivo para o utilizador e de investimento de tempo de

cuidadores/profissionais). As principais estratégias que mais facilitam o uso de CAA contam com a implementação em diferentes contextos, com o trabalho em equipa, com a criação de rotinas preditivas e estruturadas no contexto escolar, com a sensibilização e treino de parceiros de comunicação e com os interesses e as necessidades participativas e comunicacionais do utilizador e a adaptação do ambiente ao mesmo. É importante referir que todas estes benefícios/vantagens, constrangimentos/barreiras e estratégias facilitadoras se encontram descritas na literatura e em estudos de referência na área, onde a sua importância é assinalada.

Ainda dentro da questão de investigação 1, foram analisadas as percepções dos profissionais quanto às suas atitudes em relação a crianças/jovens com MD que usam CAA, tendo os resultados sugerido que os profissionais, na globalidade, demonstraram ter atitudes que promovem boas práticas de inclusão com esta população. Existiu apenas algum condicionalismo num item da escala APRCCA relacionado com a compreensão do utilizador de CAA que poderá remeter para barreiras relacionadas com as características do próprio ou para a falta de conhecimento/formação dos profissionais para adaptar o SAAC às mesmas. Quanto às percepções de terapeutas da fala relativamente ao uso de CAA no que se refere a fatores de sucesso e de abandono, verificou-se que estes profissionais atribuíram uma importância significativa à maioria dos fatores de sucesso à implementação desta ferramenta (contidos no Questionário CAA: sucesso versus abandono), tendo-se identificado como fatores de sucesso menos influentes a existência de grupos de suporte e apoio entre famílias de utilizadores de CAA e o apoio dos fabricantes. No que se refere a fatores de abandono, os terapeutas da fala consideram que os fatores contidos no Questionário CAA: sucesso versus abandono, contribuem de igual forma para o insucesso e, posterior, abandono da CAA.

Na questão de investigação “2 - As características dos profissionais estão relacionadas com a percepção dos mesmos relativamente ao uso de CAA com crianças/jovens com MD em contexto escolar?”, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas na percepção dos profissionais em função da sua categoria profissional, onde o PND apresentou, na globalidade, atitudes mais positivas face à criança/jovem com MD comparativamente ao PD. A experiência profissional também se revelou associada (de modo estatisticamente significativo) às percepções dos profissionais, tendo-se encontrado mais associações entre as percepções e a experiência profissional no contexto educativo

do que entre as percepções e a experiência profissional no acompanhamento de crianças/jovens com MD. De uma forma geral, em ambas as tipologias de experiência profissional, os resultados sugerem que as atitudes dos profissionais com menos anos de experiência são mais positivas do que as dos profissionais com mais anos de experiência no que se refere às percepções sobre a criança/jovem com MD utilizadora de CAA. No que respeita à variável anos de experiência na utilização de CAA, os resultados demonstraram a existência de uma tendência inversa, ou seja, os profissionais com mais anos de experiência no uso desta ferramenta apresentaram atitudes mais positivas perante o utilizador de CAA, face aos profissionais com menor experiência em CAA. Na mesma linha, quanto maior a frequência de utilização de CAA, mais positivas são as atitudes dos profissionais quanto às percepções perante a criança/jovem com MD. Por último, a existência de conhecimento em CAA pelos profissionais aparenta ter influência nas suas percepções, contudo, devido ao facto do número de profissionais que detêm conhecimento em CAA ser significativamente superior ao número dos profissionais que não o possuem, sugere-se que esta variável deva ser investigada em estudos futuros.

No que respeita à questão de investigação “3 - Quais as percepções de pais/cuidadores quanto ao uso de CAA com crianças/jovens com MD?”, os benefícios/vantagens, constrangimentos/barreiras e estratégias facilitadoras no uso de CAA indicados por pais/cuidadores encontram-se de acordo com a literatura e os estudos nesta área. Como principais benefícios/vantagens do uso de CAA, pais/cuidadores indicaram permitir a comunicação em diferentes contextos, aumentar o nível de participação, as oportunidades comunicativas, as oportunidades de aprendizagem e a autonomia/independência do utilizador e permitir a comunicação com pessoas para além da família mais próxima. Como constrangimento/barreira, estes participantes identificaram a escassez de profissionais, nomeadamente, terapeutas da fala para dar resposta às crianças/jovens com MD. As respostas às questões abertas de pais/cuidadores apontam ainda para a existência de constrangimentos/barreiras relacionados com as características do utilizador, com as atitudes/competências dos profissionais e dos familiares, com as lacunas na experiência e tempo disponível por parte de profissionais, com as adaptações da família à criança/jovem com MD quanto ao modo de viver e à necessidade de ajuda para a mesma e, para finalizar, com as dificuldades em aplicar o SAAC. Relativamente a estratégias facilitadoras, pais/cuidadores identificaram a implementação de CAA em atividades nas

rotinas nos contextos da criança/jovem com MD, o trabalho em equipa e a criação de rotinas como principais estratégias.

Continuando dentro do âmbito da questão de investigação 3, foram identificadas as percepções de pais/cuidadores relativamente às competências de crianças/jovens com MD para comunicar com os seus parceiros de comunicação, a partir da aplicação da escala EIFTA-CAA38, cujos resultados apontaram para uma neutralidade quanto às suas percepções no âmbito dos domínios relativos à educação e ao comportamento. Este resultado poderá estar relacionado com uma possível falta de articulação entre pais/cuidadores e profissionais do contexto escolar, com a falta de tempo por parte de pais/cuidadores para acompanhar o treinar os seus educandos ou com as próprias características da criança/jovem com MD.

Quanto à questão de investigação “4 - As características de pais/cuidadores estão relacionadas com a percepção dos mesmos relativamente ao uso de CAA com crianças/jovens com MD?”, os resultados mostraram que o grau de escolaridade não estava relacionado com as percepções de pais/cuidadores, contudo, a experiência na utilização de CAA sim, à semelhança do observado nos profissionais.

No que concerne à questão de investigação “5 - Quais são as convergências e as divergências nas percepções dos profissionais e de pais/cuidadores quanto ao uso de CAA com crianças/jovens com MD?”, efetuou-se uma comparação das percepções de pais/cuidadores e de profissionais quanto a benefícios/vantagens, constrangimentos/barreiras e estratégias facilitadoras do uso de CAA. Os resultados indicam que, globalmente, existe uma forte concordância entre vários aspetos dentro destas categorias, tendo-se observado algumas semelhanças entre as escolhas dos profissionais e dos pais/cuidadores que participaram neste estudo. Assim, verifica-se que o facto de os resultados terem indicado uma convergência relativamente aos aspetos mais referidos pelos dois grupos de participantes, destaca a pertinência dos mesmos.

Um dos *outcomes* principais e mais importantes desta investigação traduz-se na disponibilização da versão portuguesa do FIATS-AAC38 *online* (EIFTA-CAA38 em português). Considera-se que a versão traduzida e adaptada para a língua portuguesa desta escala, devido ao seu conteúdo específico sobre a CAA, poderá contribuir de forma muito

positiva para as boas práticas dos profissionais de educação e saúde, ao fornecer-lhes informação sobre as percepções que pais/cuidadores de crianças/jovens com NCC possuem sobre as competências que as mesmas têm para comunicar. Assim, poderá facilitar-se o estabelecimento de uma intervenção progressivamente mais direcionada para as necessidades de pais/cuidadores e da própria criança/jovem, fortalecendo os elos de ligação e a relação colaborativa e de parceria entre pais/cuidadores e profissionais, o que vai ao encontro das práticas recomendadas (American Speech-Language-Hearing Association, 2022d; Bourke-Taylor et al., 2018; Dunst et al., 2012).

Outro *outcome* desta investigação é o contributo para a validação dos instrumentos APRCCA e Questionário de CAA: sucesso versus abandono, através da sua tradução e adaptação, e pré-teste realizados.

No que se refere aos principais aspetos indicados pelos resultados deste estudo, considera-se que os mesmos se constituem como um importante contributo para a melhoria das práticas adotadas com crianças/jovens com MD, no contexto educativo, na medida em que proporcionam uma base reflexiva, que se encontra alicerçada em percepções dos principais agentes na vida das crianças/jovens, a qual foi ao encontro, na sua globalidade, com os achados noutros estudos e com o referenciado na literatura. Neste sentido, considera-se importante salientar que emergem deste estudo necessidades para as quais são efetuadas as seguintes recomendações: existência de mais formação sobre CAA tanto para profissionais como para pais/cuidadores; criação/implementação de programas de treino de parceiros de comunicação; maior articulação entre os profissionais e pais/cuidadores em contexto escolar, com maior ênfase em práticas colaborativas; adoção das práticas centradas na família no acompanhamento a crianças com NCC; potenciação do trabalho em equipa em contexto educativo; reflexão e adaptação da organização dos serviços no apoio a crianças/jovens com NCC utilizadoras de CAA.

Esta investigação foi, todavia, alvo de alguns constrangimentos, que são de referir, nomeadamente, a mudança da legislação da educação especial em julho de 2018 (revogação do decreto-lei nº3/2008 e entrada em vigor do decreto-lei nº54/2018) levou a uma reestruturação de todo o projeto, passando a haver a necessidade de se reorganizar conteúdos e objetivos de investigação; e o período de confinamento devido à pandemia causada pela COVID-19 que levou à adaptação de alguns aspetos relacionados com o

pré-teste, tendo existido necessidade de contornar os possíveis contactos diretos que, noutras circunstâncias, teriam ocorrido naturalmente.

No que respeita a limitações, considera-se a escassez de respostas válidas de participantes do grupo pais/cuidadores (apesar dos esforços descritos nesta tese para colmatar esta lacuna). No grupo dos profissionais, as questões relativas à sua formação sobre CAA poderiam ter sido complementadas com dados sobre número de horas e tipo de formação, metodologias de ensino/aprendizagem e sistema de avaliação de que foi alvo, de forma a poder analisar mais adequadamente a relação deste fator com o uso de CAA com crianças/jovens com MD em contexto escolar. Todavia, face à extensão do protocolo de avaliação, optou-se por não aprofundar estes aspetos.

Assim, quanto a considerações futuras, crê-se que será de grande importância a continuação do processo de validação dos instrumentos traduzidos e adaptados que foram utilizados neste trabalho (EIFTA-CAA38, APRCCA e Questionário CAA: sucesso versus abandono).

Outro aspeto a ponderar seria a replicação deste estudo com uma amostra mais ampla (tanto de profissionais como de pais/cuidadores) que permitisse caracterizar as suas percepções quanto ao uso de CAA em crianças/jovens com MD com maior robustez, bem como analisar os seus correlatos. Considera-se ainda que a realização de uma análise mais aprofundada, relativamente aos terapeutas da fala, poderia constituir-se como um marco de grande importância para a prática clínica e educativa destes profissionais, uma vez que possibilitará uma exploração mais exaustiva dos fatores de sucesso e de abandono de CAA no ponto de vista de elementos-chave na implementação desta ferramenta comunicativa. Deixa-se ainda como sugestão para investigações futuras a replicação deste estudo, realizando-se uma análise dos scores/pontuações globais/parciais dos instrumentos utilizados, de forma a compará-los mais facilmente com os resultados obtidos nos estudos originais.

A concretização deste trabalho teve um impacto profundo na investigadora, uma vez que permitiu alcançar um importante objetivo de vida e contribuiu significativamente para o seu crescimento profissional e pessoal. Este teve o intuito de dar a conhecer achados relevantes para a prática com CAA com crianças/jovens com MD, acreditando-se que a

mesma possa fazer toda a diferença nas suas vidas. Assim, mantém-se a expectativa de contribuir para a reflexão desta temática, junto de pais/cuidadores e profissionais do contexto escolar, com reflexo nas práticas adotadas dentro deste campo.

Referências bibliográficas

- Afonso, I., Maia, F., & Meneses, R. F. (2019). Intervenção com comunicação aumentativa e alternativa na multideficiência e surdocegueira: revisão sistemática. *Distúrbios Da Comunicação*, 31(3), 394–410. <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2019v31i3p394-410>
- Ainscow, M., & Ferreira, W. (2003). Compreendendo a educação inclusiva: algumas reflexões sobre experiências internacionais. In *Perspectivas sobre inclusão: da educação à sociedade* (pp. 103–116). Porto: Porto Editora.
- Almeida, P. (2015). *A Comunicação Alternativa e Aumentativa, com alunos com Paralisia Cerebral: concepções dos professores dos 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico dos Açores*. Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.
- Amaral, I., & Gil, T. (2008). Famílias, multideficiência e parcerias educativas. *Re(Habilitar) - Revista Da ESSA*, 6, 5–27.
- Amaral, I., & Celizic, M. (2015). Quality indicators in the education of children with Profound Intellectual and Multiple Disabilities. *Da Investigação Às Práticas. Estudos de Natureza Educacional (INVEP)*, 5(2), 112–125. <https://doi.org/10.25757/invep.v5i2.83>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2021). Guidelines for meeting the communication needs of persons with severe disabilities. Retrieved August 18, 2021, from <https://www.asha.org/policy/gl1992-00201/>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2022a). Augmentative and Alternative Communication. Retrieved June 13, 2022, from https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/augmentative-and-alternative-communication/#collapse_1
- American Speech-Language-Hearing Association. (2022b). Challenging Behavior as Communication. Retrieved June 15, 2022, from <https://www.asha.org/njc/challenging-behavior-as-communication/>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2022c). Collaboration and Teaming. Retrieved June 29, 2022, from <https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/intellectual-disability/collaboration-and-teaming/>

- American Speech-Language-Hearing Association. (2022d). Family-Centered Practice. Retrieved June 14, 2022, from <https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/autism/family-centered-practice/>
- Anderson, K., Balandin, S., & Clendon, S. (2011). “He cares about me and i care about him.” Children’s experiences of friendship with peers who use AAC. *AAC: Augmentative and Alternative Communication*, 27(2), 77–90. <https://doi.org/10.3109/07434618.2011.577449>
- Bailey, R, Parette, H., Stoner, J., Angell, M., & Carroll, K. (2006a). Family Members’ Perceptions of Augmentative and Alternative Communication Device Use. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 37(1), 50–60.
- Bailey, Rita, Stoner, J., Parette, H., & Angell, M. (2006b). AAC Team Perceptions : Augmentative and Alternative Communication Device Use. *Education and Training in Developmental Disabilities*, 41(2), 139–154.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições Setenta.
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2007). Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH &. *Institute for Work & Health*, 1–45.
- Beck, A., Thompson, J., Clay, S., Hutchins, M., Vogt, W., Romaniak, B., & Sokolowski, B. (2001). Preservice Professionals’ Attitudes Toward Children Who Use Augmentative / Alternative Communication. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 36(3), 255–271.
- Bennett, D., Arthur-Kelly, M., Foreman, P., & Neilands, J. (2014). Tailoring communication supports for students with multiple and severe disability using a mentor-model approach: Four case studies from classrooms in special schools. *Developmental Neurorehabilitation*, 17(2), 90–98. <https://doi.org/10.3109/17518423.2013.861528>
- Beukelman, D., & Mirenda, P. (2010). *Augmentative & alternative communication: supporting children & adults with complex communication needs* (3^a). Baltimore (MD): Brookes.
- Binger, C., Ball, L., Dietz, A., Kent-Walsh, J., Lasker, J., Lund, S., ... Quach, W. (2012). Personnel roles in the AAC assessment process. *AAC: Augmentative and Alternative Communication*, 28(4), 278–288. <https://doi.org/10.3109/07434618.2012.716079>

- Binger, C., & Kent-Walsh, J. (2012). Selecting Skills To Teach Communication Partners: Where Do I Start? *Perspectives on Augmentative and Alternative Communication*, 21(4), 127–135. <https://doi.org/10.1044/aac21.4.127>
- Bonança, R., Castanho, M., & Morgado, E. (2022). O Decreto-Lei n.º 54 / 2018 : Um desafio para a inclusão. *Brazilian Journal of Education, Technology and Society (BRAJETS)*, 13(4), 361–369. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.14571/brajets.v13.n4.361-369>
- Bopp, K., Brown, K., & Mirenda, P. (2004). Speech-Language Pathologists' Roles in the Delivery of Positive Behavior Support for Individuals With Developmental Disabilities. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 13(1), 5–19. [https://doi.org/https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2004/003\)](https://doi.org/https://doi.org/10.1044/1058-0360(2004/003))
- Bordenave, D., & McCune, L. (2021). Grunt Vocalizations in Children With Disabilities: Relationships With Assessed Cognition and Language. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 64(11), 4138–4148.
- Bortagarai, F., & Ramos, A. P. (2013). A Comunicação Suplementar e/ou alternativa na sessão de fisioterapia. *Revista CEFAC*, 15(3), 561–571. <https://doi.org/10.1590/s1516-18462012005000086>
- Bourke-Taylor, H., Cotter, C., Johnson, L., & Lalor, A. (2018). Belonging, school support and communication: Essential aspects of school success for students with cerebral palsy in mainstream schools. *Teaching and Teacher Education*, 70, 153–164. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2017.11.016>
- Bowling, A. (2004). *Research methods in health: investigating health and health services*. Berkshire: Open University Press.
- Brandt, Å., Jensen, M. P., Søbørg, M. S., Andersen, S. D., & Sund, T. (2020). Information and communication technology-based assistive technology to compensate for impaired cognition in everyday life: a systematic review. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 15(7), 810–824. <https://doi.org/10.1080/17483107.2020.1765032>
- Bricker, D., Johnston, J., & Rahn, N. (2015). *An Activity-based Approach to Early Intervention*. Baltimore (MD): University Park Press.
- Bronfenbrenner, U. (2011). *Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos*. Porto Alegre: Artmed.

- Brown, M., Grames, L., & Skolnick, G. (2021). Augmentative and alternative communication (AAC) use among patients followed by a multidisciplinary cleft and craniofacial team. *The Cleft Palate–Craniofacial Journal*, 58(3), 324–331. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1055665620947606>
- Buckingham, J. (2011). Writing histories of disability in India: strategies of inclusion. *Disability & Society*, 26(4), 419–431. <https://doi.org/10.1080/09687599.2011.567792>
- Caputo, A. (2017). Social desirability bias in self-reported well-being measures: evidence from an online survey. *Universitas Psychologica*, 16(2), 1–13. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-2.sds>
- Carlioni, J., Magni, R., Veglio, E., Ryan, S. E., Gherardini, A., & Desideri, L. (2020). Translation and preliminary validation of the Italian version of the Family Impact of Assistive Technology Scale for Augmentative and Alternative communication (FIATS-AAC.it). *Technology and Disability*, 32(2), 129–135. <https://doi.org/10.3233/TAD-200261>
- Castanho, G. (2020). A educação inclusiva e o desenho universal da aprendizagem. In R. Bonança, T. Medeiros, & T. Botelho (Eds.), *Referencial de boas práticas: as perturbações da aprendizagem específicas e os princípios da educação inclusiva* (pp. 16–25). Guarda: Disbedo Editora.
- Center for Parent Information & Resources. (2022). Multiple disabilities. Retrieved June 22, 2022, from <https://www.parentcenterhub.org/multiple/#causes>
- Cerri, J., Thøgersen, J., & Testa, F. (2018). Social desirability and sustainable food research: A systematic literature review. *Food Quality and Preference*, 71, 136–140. <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2018.06.013>
- Clarke, M., Price, K., & Griffiths, T. (2016). Augmentative and alternative communication for children with cerebral palsy. *Paediatrics and Child Health (United Kingdom)*, 26(9), 373–377. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2016.04.012>
- Cohen, E. T., Allgood, M., Heller, K. W., & Castle, M. (2001). Use of picture dictionaries to promote written communication by students with hearing and cognitive impairments. *Augmentative and Alternative Communication*, 17(4), 245–254. <https://doi.org/10.1080/714043388>

- Collier, B., McGhie-Richmond, D., & Self, H. (2010). Exploring communication assistants as an option for increasing communication access to communities for people who use augmentative communication. *AAC: Augmentative and Alternative Communication*, 26(1), 48–59. <https://doi.org/10.3109/07434610903561498>
- Copley, J., & Ziviani, J. (2007). Use of a team-based approach to assistive technology assessment and planning for children with multiple disabilities: A pilot study. *Assistive Technology*, 19(3), 109–127. <https://doi.org/10.1080/10400435.2007.10131869>
- Correia, L. (2013). *Inclusão e necessidades educativas especiais: um guia para pais e professores*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. (2017). *Fundamentos da educação especial - guia prático para educadores e professores*. Braga: Flora Editora.
- Correia, S., Sousa, C., & Pérez, M. (2017). Percepciones de docentes sobre el uso de CIF-IA en la evaluación especializada. *Revista de Estudios e Investigación En Psicología y Educación*, 11(6), 311–316. <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.11.3058>
- Cosbey, J. E., & Johnston, S. (2006). Using a single-switch voice output communication aid to increase social access for children with severe disabilities in inclusive classrooms. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 31(2), 144–156. <https://doi.org/10.1177/154079690603100207>
- Costa, R. P. (2007). Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. *Mental*, 5(8), 107–124.
- Costantino, M. A., & Bonati, M. (2014). A scoping review of interventions to supplement spoken communication for children with limited speech or language skills. *PLoS ONE*, 9(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090744>
- Cowan, R. E., Fregly, B. J., Boninger, M. L., Chan, L., Rodgers, M. M., & Reinkensmeyer, D. J. (2012). Recent trends in assistive technology for mobility. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*, 9(20), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1743-0003-9-20>
- Cummins, R. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 699–706. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00738.x>

- Dada, S., Andersson, A. K., May, A., Andersson, E. E., Granlund, M., & Huus, K. (2020). Agreement between participation ratings of children with intellectual disabilities and their primary caregivers. *Research in Developmental Disabilities, 104*(May). <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103715>
- Dada, S., Flores, C., Bastable, K., & Schlosser, R. W. (2020). The effects of augmentative and alternative communication interventions on the receptive language skills of children with developmental disabilities: A scoping review. *International Journal of Speech-Language Pathology, 23*(3), 247–257. <https://doi.org/10.1080/17549507.2020.1797165>
- De Bortoli, T., Arthur-Kelly, M., Mathisen, B., & Balandin, S. (2014). Speech-language pathologists' perceptions of implementing communication intervention with students with multiple and severe disabilities. *AAC: Augmentative and Alternative Communication, 30*(1), 55–70. <https://doi.org/10.3109/07434618.2014.881916>
- Decreto-Lei n.º 54/2018 de 6 de julho do Ministério da Educação, Pub. L. No. Diário da República, 1.ª série-N.º 129, de 6 de julho, 2918 (2018).
- Decreto-Lei nº 3 / 2008 de 7 de janeiro do Ministério da Educação, Pub. L. No. Diário da República, 1ª série-Nº4 de 7 de janeiro, 154 (2008).
- Delarosa, E., Horner, S., Eisenberg, C., Ball, L., Renzoni, A. M., & Ryan, S. E. (2012). Family impact of assistive technology scale: Development of a measurement scale for parents of children with complex communication needs. *AAC: Augmentative and Alternative Communication, 28*(3), 171–180. <https://doi.org/10.3109/07434618.2012.704525>
- Desmond, D., Layton, N., Bentley, J., Boot, F. H., Borg, J., Dhungana, B. M., ... Scherer, M. J. (2018). Assistive technology and people: a position paper from the first global research, innovation and education on assistive technology (GREAT) summit. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology, 13*(5), 437–444. <https://doi.org/10.1080/17483107.2018.1471169>
- Dietz, A., Quach, W., Lund, S. K., & McKelvey, M. (2012). AAC assessment and clinical-decision Making: The impact of experience. *Augmentative and Alternative Communication, 28*(3), 148–159. <https://doi.org/10.3109/07434618.2012.704521>
- Donnelly, J. (2008). Human rights and social provision. *Journal of Human Rights, 7*(2), 123–138. <https://doi.org/10.1080/14754830802071968>

- Douglas, S. N., West, P., & Kammes, R. (2020). The Training Experiences of Augmentative and Alternative Communication Practitioners in One Midwestern State. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 5(1), 219–230. https://doi.org/10.1044/2019_pers-19-00053
- Dropik, P., & Reichle, J. (2001). Developing an Intervention Strategy to Replace Challenging Behavior Used to Escape Undesired Activities: A Case Example. *Perspectives on Augmentative and Alternative Communication*, 10(1), 8–10. <https://doi.org/https://doi.org/10.1044/aac10.1.8>
- Dunst, C. (2002). Family-Centered Practices: Birth Through High School. *The Journal of Special Education*, 36(3), 141–149. <https://doi.org/10.1177/00224669020360030401>
- Dunst, C., Rabb, M., Trivette, C., & Swanson, J. (2012). Oportunidades de aprendizagem para a criança no cotidiano da comunidade. In R. McWilliam (Ed.), *Trabalhar com as famílias de crianças com necessidades especiais* (pp. 73–106). Porto: Porto Editora.
- Elsahar, Y., Hu, S., Bouazza-Marouf, K., Kerr, D., & Mansor, A. (2019). Augmentative and alternative communication (AAC) advances: A review of configurations for individuals with a speech disability. *Sensors*, 19(8). <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/s19081911>
- Fishman, I. (2011). Guidelines for Teaching Speech-Language Pathologists About the AAC Assessment Process. *Perspectives on Augmentative and Alternative Communication*, 20(3), 82–86. <https://doi.org/10.1044/aac20.3.82>
- Flink, A., Johnels, J., Broberg, M., & Thunberg, G. (2020). Examining perceptions of a communication course for parents of children with profound intellectual and multiple disabilities. *International Journal of Developmental Disabilities*, 0(0), 1–12. <https://doi.org/10.1080/20473869.2020.1721160>
- Folch-Mas, A., Cortés-Ruiz, M. J., Calderón, P. V., & Martínez-Leal, R. (2017). Health profiles in people with intellectual developmental disorders. *Salud Publica de Mexico*, 59(4), 400–407. <https://doi.org/10.21149/8199>
- Follin-Arbelet, A. (2017). *Percepção dos profissionais acerca do uso da comunicação aumentativa e alternativa com crianças com patologia neuromotora*. Universidade Fernando Pessoa.

- Funke, A., Spittel, S., Grehl, T., Grosskreutz, J., Kettemann, D., Petri, S., ... Meyer, T. (2018). Provision of assistive technology devices among people with ALS in Germany: A platform-case management approach. *Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration*, 19(5–6), 1–9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/21678421.2018.1431786>
- Goldbart, J., Chadwick, D., & Buell, S. (2014). Speech and language therapists' approaches to communication intervention with children and adults with profound and multiple learning disability. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 49(6), 687–701. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12098>
- Gomes, C., Silva, D., Amaral, I., Monteiro, F., Gomes, A., & Truta, L. (2016). Análise do potencial comunicativo de crianças com multideficiência em atividades do brincar. *Revista Portuguesa de Terapia Da Fala*, 6(4), 46–50. <https://doi.org/10.21281/rptf.2016.06.07>
- Granlund, M. (2013). Participation - challenges in conceptualization, measurement and intervention. *Child: Care, Health and Development*, 39(4), 470–473. <https://doi.org/10.1111/cch.12080>
- Grimm, P. (2010). Social Desirability Bias. *Wiley International Encyclopedia of Marketing*, (1999), 2010. <https://doi.org/10.1002/9781444316568.wiem02057>
- Gronita, J., Pimentel, J., Bernardo, A., Matos, C., & Marques, J. (2016). *E quando atendemos crianças...diferentes*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Hall, D. A., Zaragoza Domingo, S., Hamdache, L. Z., Manchaiah, V., Thammaiah, S., Evans, C., & Wong, L. L. N. (2018). A good practice guide for translating and adapting hearing-related questionnaires for different languages and cultures. *International Journal of Audiology*, 57(3), 161–175. <https://doi.org/10.1080/14992027.2017.1393565>
- Hanzen, G., Waninge, A., Vlaskamp, C., van Nispen, R. M. A., & van der Putten, A. A. J. (2018). Participation of adults with visual and severe or profound intellectual disabilities: Analysis of individual support plans. *Research in Developmental Disabilities*, 83(3), 132–141. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.08.012>
- Hill, M., & Hill, A. (2016). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Horn, E., & Kang, J. (2012). Supporting Young Children With Multiple Disabilities: What Do We Know and What Do We Still Need To Learn? *Topics in Early Childhood Special Education, 31*(4), 241–248. <https://doi.org/10.1177/0271121411426487>
- Hostyn, I., & Maes, B. (2009). Interaction between persons with profound intellectual and multiple disabilities and their partners: A literature review. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 34*(4), 296–312. <https://doi.org/10.3109/13668250903285648>
- IASSIDD. (2022). Profound Intellectual and Multiple Disabilities. Retrieved June 21, 2022, from <https://iassidd.org/sirgs/profound-intellectual-and-multiple-disabilities/>
- Ikart, E. M. (2019). Survey Questionnaire Survey Pretesting Method: An Evaluation of Survey Questionnaire via Expert Reviews Technique. *Asian Journal of Social Science Studies, 4*(2), 1. <https://doi.org/10.20849/ajsss.v4i2.565>
- ISAAC. (2022a). What is AAC? Retrieved June 28, 2022, from <https://isaac-online.org/english/what-is-aac/>
- ISAAC. (2022b). What is communication? Retrieved June 27, 2022, from <https://isaac-online.org/english/what-is-aac/what-is-communication/>
- Jansen, S. L. G., Van Der Putten, A. A. J., & Vlaskamp, C. (2016). Parents' experiences of collaborating with professionals in the support of their child with profound intellectual and multiple disabilities: A multiple case study. *Journal of Intellectual Disabilities, 21*(1), 1–15. <https://doi.org/10.1177/1744629516641843>
- Johnson, J. M., Inglebret, E., Jones, C., & Ray, J. (2006). Perspectives of speech language pathologists regarding success versus abandonment of AAC. *AAC: Augmentative and Alternative Communication, 22*(2), 85–99. <https://doi.org/10.1080/07434610500483588>
- Kent-Walsh, J. (2008). Communication Partner Interventions for Students Who Use AAC. *Perspectives on Augmentative and Alternative Communication, 17*(1), 27–32. <https://doi.org/10.1044/aac17.1.27>
- Kent-Walsh, J., & Binger, C. (2018). Methodological advances, opportunities, and challenges in AAC research. *AAC: Augmentative and Alternative Communication, 34*(2), 93–103. <https://doi.org/10.1080/07434618.2018.1456560>
- Kent-Walsh, J., & McNaughton, D. (2005). Communication partner instruction in AAC: Present practices and future directions. *AAC: Augmentative and Alternative Communication, 21*(3), 195–204. <https://doi.org/10.1080/07434610400006646>

- Kent-Walsh, J., Murza, K. A., Malani, M. D., & Binger, C. (2015). Effects of Communication Partner Instruction on the Communication of Individuals using AAC: A Meta-Analysis. *AAC: Augmentative and Alternative Communication*, 31(4), 271–284. <https://doi.org/10.3109/07434618.2015.1052153>
- Kristoffersson, E., Sandber, A., & Holck, P. (2020). Communication ability and communication methods in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 62(8), 933–938. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/dmcn.14546>
- Ladeira, F., & Amaral, I. (1999). *Alunos com Multideficiência nas Escolas de Ensino Regular* (Ministério). Lisboa.
- Lancioni, G., O'Reilly, M., Singh, N., Sigafoos, J., Didden, R., Oliva, D., ... Groeneweg, J. (2009). Persons with multiple disabilities accessing stimulation and requesting social contact via microswitch and VOCA devices: New research evaluation and social validation. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 1084–1094. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2009.03.004>
- Lancioni, G., O'Reilly, M., Singh, N., Sigafoos, J., Oliva, D., & Severini, L. (2008). Enabling two persons with multiple disabilities to access environmental stimuli and ask for social contact through microswitches and a VOCA. *Research in Developmental Disabilities*, 29, 21–28. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2006.10.001>
- Latkin, C., Edwards, C., Davey-Rothwell, M., & Tobin, K. (2017). The relationship between social desirability bias and self-reports of health, substance use, and social network factors among urban substance users in Baltimore, Maryland. *Addict Behav*, 73, 133–136. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.05.005>.
- Lee, Y., Jeong, S. W., & Kim, L. S. (2013). AAC intervention using a VOCA for deaf children with multiple disabilities who received cochlear implantation. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 77(12), 2008–2013. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2013.09.023>
- Light, J., & Drager, K. (2005). *Maximizing language development with young children who require AAC*. Paper presented at the annual convention of the American Speech-Language-Hearing Association, San Diego.
- Light, J., & McNaughton, D. (2014). Communicative competence for individuals who require augmentative and alternative communication: A new definition for a new era of communication? *AAC: Augmentative and Alternative Communication*, 30(1), 1–18. <https://doi.org/10.3109/07434618.2014.885080>

- Light, J., & McNaughton, D. (2015). Designing AAC research and intervention to improve outcomes for individuals with complex communication needs. *AAC: Augmentative and Alternative Communication*, 31(2), 85–96. <https://doi.org/10.3109/07434618.2015.1036458>
- Light, J., McNaughton, D., & Caron, J. (2019). New and emerging AAC technology supports for children with complex communication needs and their communication partners: State of the science and future research directions. *AAC: Augmentative and Alternative Communication*, 35(1), 26–41. <https://doi.org/10.1080/07434618.2018.1557251>
- Lima, J. (2013). Por uma análise de conteúdo mais fiável. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 47(1), 7–29. https://doi.org/10.14195/1647-8614_47-1_1
- Lund, S., Wendy, Q., Weissling, K., McKelvey, M., & Dietz, A. (2017). Assessment with children who need augmentative and alternative communication (AAC): Clinical decisions of AAC specialists. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 48(1), 56–68. <https://doi.org/10.1044/2016>
- Lyons, G. (2005). The life satisfaction matrix: An instrument and procedure for assessing the subjective quality of life of individuals with profound multiple disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 766–769. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00748.x>
- Ministério da Educação /Direção-Geral da Educação. (2022). Declaração dos Direitos da Criança. Retrieved June 27, 2022, from https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ECidadania/Docs_referencia/declaracao_universal_direitos_crianca.pdf
- Ministério Público/Procuradoria-Geral da República. (2022). Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes. Retrieved June 27, 2022, from <http://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/decl-dtosdeficientes.pdf>
- Moorcroft, A., Scarinci, N., & Meyer, C. (2018). A systematic review of the barriers and facilitators to the provision and use of low-tech and unaided AAC systems for people with complex communication needs and their families. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 14(7), 710–731. <https://doi.org/10.1080/17483107.2018.1499135>

- Moreira, A. (2017). *Boas práticas na implementação de Sistemas Aumentativos e Alternativos de Comunicação nas Unidades de Apoio Especializado para a educação de alunos com Multideficiência em Portugal continental: uma exigência por cumprir?* Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti. <https://doi.org/10.17346/se.vol23.289>
- Nakken, H., & Vlaskamp, C. (2007). A Need for a taxonomy for profound intellectual and multiple disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 4(2), 83–87. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2007.00104.x>
- Neto, M. (2018). *O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com multideficiência no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala*. Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde.
- Nieuwenhuijse, A. M., Willems, D. L., van Goudoever, J. B., Echteld, M. A., & Olsman, E. (2019). Quality of life of persons with profound intellectual and multiple disabilities: A narrative literature review of concepts, assessment methods and assessors. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 44(3), 261–271. <https://doi.org/10.3109/13668250.2017.1388913>
- Nunes, C., & Madureira, I. (2015). Desenho Universal para a Aprendizagem: Construindo práticas pedagógicas inclusivas. *Da Investigação Às Práticas: Estudos de Natureza Educacional*, 5(2), 126–143. Retrieved from <https://ojs.eselx.ipl.pt/index.php/invep/article/view/84/html%0Ahttps://ojs.eselx.ipl.pt/index.php/invep/article/view/84>
- Nunes, C. (2001). *Aprendizagem activa na criança com multideficiência - guia para educadores* (Ministério). Lisboa.
- Nunes, C. (2009). Crianças com multideficiência sem linguagem oral expressiva: formas de comunicação mais utilizadas para formular pedidos. *Cadernos de Educação de Infância*, 87, 30–35.
- Nungesser, N., & Watkins, R. (2005). Preschool Teachers' Perceptions and Reactions to Challenging Classroom Behavior. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 36(2), 139–151. [https://doi.org/https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2005/013\)](https://doi.org/https://doi.org/10.1044/0161-1461(2005/013))
- O'Brolcháin, F. (2018). Autonomy benefits and risks of assistive technologies for persons with intellectual and developmental disabilities. *Frontiers in Public Health*, 6(November), 1–7. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00296>

- O'Neill, T., & Wilkinson, K. (2020). Preliminary investigation of the perspectives of parents of children with cerebral palsy on the supports, challenges and realities of integrating augmentative and alternative communication into everyday life. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(1), 238–254.
- Orellove, F., Sobsey, D., & Silbberman, R. (2004). *Educating children with multiple disabilities: a collaborative approach* (4th ed.). Baltimore (MD): Brookes.
- Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade (2004).
- Organização Mundial da Saúde. CIF - Classificação Internacional da Funcionalidade Incapacidade e Saúde : Versão para Crianças e Jovens (2007).
- Østvik, J., Ytterhus, B., & Balandin, S. (2016). Friendship between children using augmentative and alternative communication and peers: A systematic literature review. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 42(4), 403–415. <https://doi.org/10.3109/13668250.2016.1247949>
- Owens, R. (2014). *Language disorders: a functional approach to assessment and intervention* (6th ed.). Boston: Pearson.
- Parnes, P., Cameron, D., Christie, N., Cockburn, L., Hashemi, G., & Yoshida, K. (2009). Disability in low- income countries: issues and implications. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 31(14), 1170–1180. <https://doi.org/10.1080/09638280902773778>
- Pereira, F. (coord). (2008a). *Alunos com multideficiência e com surdocegueira congénita - organização da resposta educativa*. Lisboa: DGIDC.
- Pereira, F. (coord). (2008b). *Educação especial - manual de apoio à prática*. Lisboa: DGIDC.
- Pereira, F. (coord). (2018). *Para uma Educação Inclusiva: Manual de Apoio à Prática*. Lisboa: Ministério da Educação/Direção Geral de Educação.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS* (6ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Petry, K., Maes, B., & Vlaskamp, C. (2007). Operationalizing quality of life for people with profound multiple disabilities: A Delphi study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(5), 334–349. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00882.x>
- Pocinho, M. (2012). *Metodologia de investigação e comunicação do conhecimento científico*. Lisboa: Lidel - edições técnicas, lda.
- Pombo, O. (2004). *Interdisciplinaridade: ambições e limites*. Viseu: Relógio d'Água.

- Project IDEAL. (2022). Multiple Disabilities. Retrieved June 22, 2022, from <http://www.projectidealonline.org/v/multiple-disabilities/>
- Radici, E., Heboyan, V., Mantovani, F., & De Leo, G. (2019). Teachers' Attitudes Towards Children Who Use AAC in Italian Primary Schools. *International Journal of Disability, Development and Education*, 66(3), 284–297. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2018.1495321>
- Rispoli, M. J., Franco, J. H., Van Der Meer, L., Lang, R., & Camargo, S. P. H. (2010). The use of speech generating devices in communication interventions for individuals with developmental disabilities: A review of the literature. *Developmental Neurorehabilitation*, 13(4), 276–293. <https://doi.org/10.3109/17518421003636794>
- Roche, L., Sigafos, J., Lancioni, G. E., Oreilly, M. F., & Green, V. A. (2015). Microswitch Technology for Enabling Self-Determined Responding in Children with Profound and Multiple Disabilities: A Systematic Review. *AAC: Augmentative and Alternative Communication*, 31(3), 246–258. <https://doi.org/10.3109/07434618.2015.1024888>
- Rodrigues, D. (2017). Os desafios da equidade e da inclusão na formação de professores. In I. Oliveira, D. Rodrigues, & D. Jesus (Eds.), *Formação de professores, práticas pedagógicas e inclusão escolar - perspectivas luso-brasileiras* (EDUFES, pp. 23–47). Espírito Santo.
- Rosenberg, M., Westling, D., & McLeskey, J. (2011). *Special Education for Today's Teachers: An Introduction* (2ª edição). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Santos, A., & Carona, C. (2009). Qualidade de vida de cuidadores familiares de crianças com alterações no desenvolvimento psicomotor. *Re(Habilitar) - Revista Da ESSA*, 8/9, 37–61.
- Santos, F., & Silveira-Maia, M. (2016). Interação De Crianças Com Multideficiência. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 16, 666–670. <https://doi.org/10.1111/1471-3802.12328>
- Saramago, A., Gonçalves, A., Nunes, C., Duarte, F., & Amaral, I. (2004). *Avaliação e intervenção em multideficiência*. Lisboa: DGIDC.
- Schalock, R. (2004). The concept of quality of life: What we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(3), 203–216. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2003.00558.x>

- Schalock, R., Bonham, G., & Verdugo, M. (2008). The conceptualization and measurement of quality of life: Implications for program planning and evaluation in the field of intellectual disabilities. *Evaluation and Program Planning, 31*(2), 181–190. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2008.02.001>
- Schalock, R., Brown, I., Brown, R., Cummins, R., Felce, D., Matikka, L., & Parmenter, T. (2002). Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: Report of an international panel of experts. *Mental Retardation, 40*(6), 457–470. [https://doi.org/10.1352/0047-6765\(2002\)040<0457:CMAAOQ>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0047-6765(2002)040<0457:CMAAOQ>2.0.CO;2)
- Sciubba, J. (2016). Securing rights in the twenty-first century: A comparison of the disability and older persons' rights conventions. *Journal of Human Rights, 15*(4), 533–549. <https://doi.org/10.1080/14754835.2015.1103162>
- Sebastián-Heredero, E. (2020). Diretrizes para o desenho universal para a aprendizagem (DUA). *Revista Brasileira de Educação Especial, 26*(4), 733–768. <https://doi.org/10.1590/1980-54702020v26e0155>
- Shin, H. K., Byeon, E. J., & Kim, S. H. (2015). Effects of seat surface inclination on respiration and speech production in children with spastic cerebral palsy. *Journal of Physiological Anthropology, 34*(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s40101-015-0057-3>
- Sigafoos, J. (1996). Teaching requests for food and drink to children with multiple disabilities in a graphic communication mode. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 8*(3), 247–262. <https://doi.org/10.1007/BF02578393>
- Simacek, J., Pennington, B., Reichle, J., & Parker-McGowan, Q. (2018). Aided AAC for people with severe to profound and multiple disabilities: A systematic review of interventions and treatment intensity. *Advances in Neurodevelopmental Disorders, 2*(1), 100–115. <https://doi.org/10.1007/s41252-017-0050-4>
- Simion, E. (2014). Augmentative and Alternative Communication – Support for People with Severe Speech Disorders. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 128*, 77–81. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.03.121>
- Speech-Language & Audiology Canada. (2015). *SAC position paper on the role of speech-language pathologists with respect to augmentative and alternative communication (AAC)*. Ottawa: Speech-Language and Audiology Canada.

- Speech Pathology Australia. (2020). *Augmentative and alternative communication clinical guideline*. Melbourne: Speech Pathology Australia. <https://doi.org/10.1055/a-1086-1241>
- SPTF. (2022). Comunicação aumentativa. Retrieved June 27, 2022, from <https://sptf.org.pt/portfolio-items/comunicacao-aumentativa/>
- Tao, G., Charm, G., Kabacińska, K., Miller, W. C., & Robillard, J. M. (2020). Evaluation Tools for Assistive Technologies: A Scoping Review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *101*(6), 1025–1040. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2020.01.008>
- Taukeni, S. G. (2020). Biopsychosocial Model of Health Psychology and Psychiatry. *Psychology and Psychiatry: Open Access*, *4*(1), 13–14.
- Trief, E. (2007). The Use of Tangible Cues for Children with Multiple Disabilities and Visual Impairment. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, *101*(10), 613–619. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0145482X0710101006>
- Trief, E., Cascella, P. W., & Bruce, S. M. (2013). A field study of a standardized tangible symbol system for learners who are visually impaired and have multiple disabilities. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, *107*(3), 180–191. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0145482X1310700303>
- UNESCO. (1994). *Declaração de Salamanca e enquadramento da ação na área das necessidades educativas especiais*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- UNICEF. (2022). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Retrieved June 27, 2022, from <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>
- van der Putten, A. A. J., Bossink, L. W. M., Frans, N., Houwen, S., & Vlaskamp, C. (2017). Motor activation in people with profound intellectual and multiple disabilities in daily practice. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, *42*(1), 1–11. <https://doi.org/10.3109/13668250.2016.1181259>
- Vesely, S., & Klöckner, C. A. (2020). Social Desirability in Environmental Psychology Research: Three Meta-Analyses. *Frontiers in Psychology*, *11*(July), 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01395>
- Vieira, F., & Pereira, M. (2012). *“Se houvera quem me ensinara...”: a educação de pessoas com deficiência mental*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vilelas, J. (2020). *Investigação - O Processo de construção do conhecimento* (3ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.

- Villemeur, T., Mathieu, S., Tallot, M., Grimont, E., & Brisse, C. (2012). Le parcours de santé de l'enfant polyhandicapé. *Archives de Pédiatrie*, *19*(2), 105–108. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2011.11.013>
- von Tetzchner, S., & Martinsen, H. (2000). *Introdução à comunicação aumentativa e alternativa*. Porto: Porto Editora.
- Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2017). The biopsychosocial model of illness: A model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*, *31*(8), 995–1004. <https://doi.org/10.1177/0269215517709890>
- Walker, V. L., & Snell, M. E. (2013). Effects of augmentative and alternative communication on challenging behavior: A meta-analysis. *AAC: Augmentative and Alternative Communication*, *29*(2), 117–131. <https://doi.org/10.3109/07434618.2013.785020>
- Webb, E. J. D. ., Meads, D., Lynch, Y., Randall, N., Judge, S., Goldbart, J., ... Murray, J. (2019). What's important in AAC decision making for children? Evidence from a best-worst scaling survey. *AAC: Augmentative and Alternative Communication*, *35*(2), 80–94. <https://doi.org/10.1080/07434618.2018.1561750>
- Westling, D., Fox, L., & Carter, E. (2015). *Teaching students with severe disabilities*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Zaal-Schuller, I., Vos, M., Ewals, F., van Goudoever, J., & Willems, D. (2016). End-of-life decision-making for children with severe developmental disabilities: The parental perspective. *Research in Developmental Disabilities*, *49–50*, 235–246. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.12.006>
- Zagona, A. L., Kurth, J. A., & MacFarland, S. Z. C. (2017). Teachers' views of their preparation for inclusive education and collaboration. *Teacher Education and Special Education*, *40*(3), 163–178. <https://doi.org/10.1177/0888406417692969>

Anexo I – Parecer da Comissão de Ética da UFP



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

Exma. Senhora
Prof. Doutora Sandra Gavinha
Directora da FCS

Porto, 29 de Julho de 2019

Exma. Senhora Prof. Doutora,

A Comissão de Ética, depois de apreciado o projeto de investigação de Irina Alexandra do Livramento Afonso, intitulado "Perceção de parceiros de comunicação relativamente ao uso de comunicação aumentativa / alternativa em crianças e jovens com multideficiência", realizado no âmbito do Doutoramento em Terapia da Fala, sob orientação de Prof. Doutora Fátima Maia e co-orientação de Prof. Doutora Rute Meneses, considera o estudo pertinente, com o título e objetivos concordantes, sem nada a opor.

A Comissão de Ética aprova o estudo tal como foi submetido.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP

Susana Teixeira Magalhães

dar cc a todos
Jan
2019



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

NIPC: 502 057 602 - Reg. Comercial nº: 26 Conservatório do Registo Comercial do Porto
REITORIA - [Faculdade de Ciências Humanas e Sociais] - [Faculdade de Ciência e Tecnologia] Praça 9 de Abril, 349 - 4249-004 Porto - Portugal - T. +351 22 507 1300 - F. +351 22 550 8269 - geral@ufp.pt
[Faculdade de Ciências da Saúde] - [Escola Superior de Saúde] R. Carlos Da Maia, 296 - 4200-150 Porto - Portugal - T. +351 22 507 4630 - F. +351 22 507 4637 - R. Delfim Maia, 334 - 4200-253 Porto - Portugal
T. +351 22 509 6371 - geral.asaude@ufp.pt UNIDADE de Ponte de Lima - Casa da Garrida - R. Conde de Bertiandos - 4990-078 Ponte de Lima-Portugal - T. +351 258 741 026 - F. +351 258 741 412 - geral.plima@ufp.pt

Anexo II – Pedidos de autorização aos autores dos instrumentos selecionados

Escala PARCCA

04/07/2022

Fundação Fernando Pessoa Correio - PARCCA Scale - PhD Research



Irina Alexandra do Livramento Afonso <34353@ufp.edu.pt>

PARCCA Scale - PhD Research

Irina Alexandra do Livramento Afonso <34353@ufp.edu.pt>

21 de maio de 2019 às 22:57

Para: arbeck@ilstu.edu

Bcc: Fatima Maia <fmaia@ufp.edu.pt>, Rute Meneses <rmeneses@ufp.edu.pt>

Dear Professor Ann R. Beck,

My name is Irina Afonso, I'm a PhD student at Fernando Pessoa University in Porto, Portugal. At the moment, I'm working in my thesis on "Augmentative and Alternative Communication (AAC) use with children and youth with Multiple Disabilities – School Teams' and Caregivers' Perceptions", which pretends to describe the Portuguese reality about this issue. Professor Fátima Maia, PhD, and Professor Rute F. Meneses, PhD, from Fernando Pessoa University are supervising this research. I've found your article "Preservice Professionals' Attitudes Toward Children Who Use Augmentative / Alternative Communication", published in 2001, in which the PARCCA Scale was used. After reading the article, we considered that the PARCCA scale could be very interesting for our study. We think this instrument could be useful for one of our research questions: "Which are the professionals' perceptions about AAC use with children / youth with multiple disabilities in the school context?".

I'm writing you to request your permission to analyze a copy of the PARCCA Scale that we are considering using in our research. I would also like to ask you more information about the PARCCA Scale quotation and interpretation of results.

In the possibility of using it, we propose the following conditions:

- Use the PARCCA Scale only for this research study and not sell or use it for any other purposes;
- Carry out the translation and cultural adaptation, and the results obtained would constitute a contribution to the validation of the instrument for the Portuguese population;
- Apply the PARCCA Scale to school team members (special education teachers, speech therapists, physical therapists, occupational therapists and others) from Portuguese Schools. Since this research is a national study, we intend to apply the PARCCA Scale online, in order to facilitate access to a greater number of respondents;
- Present research results also in scientific meetings and publish them in scientific journals.

If these are acceptable terms and conditions, please indicate so by replying to me through the e-mail 34353@ufp.edu.pt.

Thank you very much for your attention.

I look forward to your response.

Sincerely,

Irina Afonso

AAC Survey

04/07/2022

Fundação Fernando Pessoa Correio - PhD Research Request



Irina Alexandra do Livramento Afonso <34353@ufp.edu.pt>

PhD Research Request

Irina Alexandra do Livramento Afonso <34353@ufp.edu.pt>

23 de maio de 2019 às 00:17

Para: einglebret <einglebret@wsu.edu>

Bcc: Fatima Maia <fmaia@ufp.edu.pt>, Rute Meneses <rmeneses@ufp.edu.pt>

Dear Professor Ella Inglebret,

My name is Irina Afonso, I'm a PhD student from Fernando Pessoa University in Porto, Portugal. At the moment, I'm working in my thesis on "Augmentative and Alternative Communication (AAC) use with children and youth with Multiple Disabilities – School Teams' and Caregivers' Perceptions", which pretends to describe the Portuguese reality about this issue. Professor Fátima Maia, PhD and Professor Rute F. Meneses, PhD from Fernando Pessoa University are supervising this research. I've found your article "Perspectives of Speech Language Pathologists Regarding Success versus Abandonment of AAC", published in 2006, in which where used an 106-item questionnaire. After reading the article and analyzing the questionnaire sample in the appendix, we considered that it could be very interesting for our study. We think this instrument could be useful for one of our research questions "Which are the professionals' perceptions about AAC use with children / youth with multiple disabilities in school context?", in which the speech therapists' perceptions are included.

I'm writing you to request your permission to analyze a copy of this 106-item questionnaire that we are considering using in our research.

I would also like to ask you if there is a shorter version of this questionnaire. In our search, we haven't found any other version besides the original. If there is only the 106-item version, I would like to ask your permission to select and use some of them.

In the possibility of using it, we propose the following conditions:

- Use the questionnaire for this research study and not sell or use it for any other purposes;
- Carry out the translation and cultural adaptation, and the results obtained would constitute a contribution to the validation of the instrument for the Portuguese population;
- Apply the questionnaire to speech therapists, working as school team members from Portuguese Schools. Whereas this research is a national study, we intend to apply the questionnaire via online, in order to facilitate access to a greater number of respondents;
- Present research results also in scientific meetings and publish them in scientific journals.

If these are acceptable terms and conditions, please indicate so by replying to me through the e-mail 34353@ufp.edu.pt.

Thank you very much for your attention.

I look forward to your response.

Sincerely,

Irina Afonso.

FIATS-AAC38

04/07/2022

Fundação Fernando Pessoa Correio - FIATS-AAC PhD Research



Irina Alexandra do Livramento Afonso <34353@ufp.edu.pt>

FIATS-AAC PhD Research

Irina Alexandra do Livramento Afonso <34353@ufp.edu.pt>
Para: "swong@hollandbloorview.ca" <swong@hollandbloorview.ca>

29 de maio de 2019 às 21:20

Dear Professor Sharon Wong,

My name is Irina Afonso, I'm a PhD student at Fernando Pessoa University in Porto, Portugal. At the moment, I'm working in my thesis on "Augmentative and Alternative Communication (AAC) use with children and youth with Multiple Disabilities – School Teams' and Caregivers' Perceptions", which pretends to describe the Portuguese reality about this issue. Professor Fátima Maia, PhD and Professor Rute F. Meneses, PhD from Fernando Pessoa University are supervising this research. I've found Professor Stephen Ryan's article "Family Impact of Assistive Technology Scale:

Development of a Measurement Scale for Parents of Children with Complex Communication Needs", published in 2012, in which the FIATS-AAC Scale was developed. After reading the article, we considered that the FIATS-AAC Scale could be very interesting for our study. We had access to the online FIATS-AAC documents and, after analyzing those, we think this instrument could be useful for one of our research questions: "Which are the families / caregivers' perceptions about AAC use with children / youth with multiple disabilities?".

I've contacted Professor Stephen Ryan through ResearchGate, and he recommended me to contact you, to let you know about our research. I'm writing you to request your permission to use the FIATS-AAC Scale (short version) in our research and to ask you if you are aware that other researchers could be doing similar works.

In the possibility of using it, we propose the following conditions:

- Use the FIATS-AAC Scale (short version) only for this research study and not sell or use it for any other purposes;
- Carry out the translation and cultural adaptation, and the results obtained would constitute a contribution to the validation of the instrument for the Portuguese population;
- Apply the FIATS-ACC Scale to Portuguese families and / or caregivers with children with Multiple Disabilities. Since this research is a national study, we intend to apply the FIATS-AAC Scale via online, in order to facilitate access to a greater number of respondents. We intend the families / caregivers to respond to FIATS-AAC Scale twice: first, considering children communication abilities without AAC and second, considering communication abilities using AAC;
- Present research results also in scientific meetings and publish them in scientific journals.

If these are acceptable terms and conditions, please indicate so by replying to me through the e-mail 34353@ufp.edu.pt.

Thank you very much for your attention.

I look forward to your response.

Sincerely,

Irina Afonso.

Anexo III – Autorização dos autores para o uso dos instrumentos

Escala PARCCA

Google Apps da Universidade Fernando Pessoa Correio - PARCCA Scale - PhD Research

08/07/19, 00:18



Irina Alexandra do Livramento Afonso <34353@ufp.edu.pt>

PARCCA Scale - PhD Research

Beck, Ann <arbeck@ilstu.edu>

22 de maio de 2019 às 14:24

Para: Irina Alexandra do Livramento Afonso <34353@ufp.edu.pt>

Please feel free to use the PARCCA and best luck with your research!

Ann

> On May 21, 2019, at 5:57 PM, Irina Alexandra do Livramento Afonso <34353@ufp.edu.pt> wrote:
>
> [This message came from an external source. If suspicious, report to abuse@ilstu.edu<mailto:abuse@ilstu.edu>]
>
> Dear Professor Ann R. Beck,
>
> My name is Irina Afonso, I'm a PhD student at Fernando Pessoa
> University in Porto, Portugal. At the moment, I'm working in my thesis
> on "Augmentative and Alternative Communication (AAC) use with children
> and youth with Multiple Disabilities – School Teams' and Caregivers'
> Perceptions", which pretends to describe the Portuguese reality about
> this issue. Professor Fátima Maia, PhD, and Professor Rute F. Meneses,
> PhD, from Fernando Pessoa University are supervising this research.
> I've found your article "Preservice Professionals' Attitudes Toward
> Children Who Use Augmentative / Alternative Communication", published
> in 2001, in which the PARCCA Scale was used. After reading the
> article, we considered that the PARCCA scale could be very interesting
> for our study. We think this instrument could be useful for one of our
> research questions: "Which are the professionals' perceptions about
> AAC use with children / youth with multiple disabilities in the school
> context?".
> I'm writing you to request your permission to analyze a copy of the
> PARCCA Scale that we are considering using in our research. I would
> also like to ask you more information about the PARCCA Scale quotation
> and interpretation of results.
> In the possibility of using it, we propose the following conditions:
> • Use the PARCCA Scale only for this research study and not sell or
> use it for any other purposes;
> • Carry out the translation and cultural adaptation, and the results
> obtained would constitute a contribution to the validation of the
> instrument for the Portuguese population;
> • Apply the PARCCA Scale to school team members (special education
> teachers, speech therapists, physical therapists, occupational
> therapists and others) from Portuguese Schools. Since this research is
> a national study, we intend to apply the PARCCA Scale online, in order
> to facilitate access to a greater number of respondents;
> • Present research results also in scientific meetings and publish
> them in scientific journals.
>
> If these are acceptable terms and conditions, please indicate so by
> replying to me through the e-mail 34353@ufp.edu.pt.
>
>
> Thank you very much for your attention.
>

AAC Survey



UNIVERSIDADE
FERNANDO PESSOA

Irina Alexandra do Livramento Afonso <34353@ufp.edu.pt>

PhD Research Request

Inglebret, Ella <einglebret@wsu.edu>

24 de maio de 2019 às 00:30

Para: Irina Alexandra do Livramento Afonso <34353@ufp.edu.pt>

Hello Irina,

You have my permission to use and modify the questionnaire identified below.
Best wishes for your research!

Ella Inglebret, PhD, ASHA Fellow
Associate Professor Emeritus
Department of Speech & Hearing Sciences
Washington State University

-----Original Message-----

From: Irina Alexandra do Livramento Afonso <34353@ufp.edu.pt>
Sent: Wednesday, May 22, 2019 4:17 PM
To: Inglebret, Ella <einglebret@wsu.edu>
Subject: PhD Research Request

Dear Professor Ella Inglebret,

My name is Irina Afonso, I'm a PhD student from Fernando Pessoa University in Porto, Portugal. At the moment, I'm working in my thesis on "Augmentative and Alternative Communication (AAC) use with children and youth with Multiple Disabilities – School Teams' and Caregivers' Perceptions", which pretends to describe the Portuguese reality about this issue. Professor Fátima Maia, PhD and Professor Rute F. Meneses, PhD from Fernando Pessoa University are supervising this research.

I've found your article "Perspectives of Speech Language Pathologists Regarding Success versus Abandonment of AAC", published in 2006, in which where used an 106-item questionnaire. After reading the article and analyzing the questionnaire sample in the appendix, we considered that it could be very interesting for our study. We think this instrument could be useful for one of our research questions "Which are the professionals' perceptions about AAC use with children / youth with multiple disabilities in school context?", in which the speech therapists' perceptions are included.

I'm writing you to request your permission to analyze a copy of this 106-item questionnaire that we are considering using in our research.

I would also like to ask you if there is a shorter version of this questionnaire. In our search, we haven't found any other version besides the original. If there is only the 106-item version, I would like to ask your permission to select and use some of them.

In the possibility of using it, we propose the following conditions:

- Use the questionnaire for this research study and not sell or use it for any other purposes;
- Carry out the translation and cultural adaptation, and the results obtained would constitute a contribution to the validation of the instrument for the Portuguese population;
- Apply the questionnaire to speech therapists, working as school team members from Portuguese Schools. Whereas this research is a national study, we intend to apply the questionnaire via online, in order to facilitate access to a greater number of respondents;
- Present research results also in scientific meetings and publish them in scientific journals.

If these are acceptable terms and conditions, please indicate so by replying to me through the e-mail 34353@ufp.edu.pt.

Thank you very much for your attention.

FIATS-AAC38

Google Apps da Universidade Fernando Pessoa Correio - FIATS-AAC PhD Research

08/07/19, 00:23



Irina Alexandra do Livramento Afonso <34353@ufp.edu.pt>

FIATS-AAC PhD Research

Sharon Wong <sharon.wong@hollandbloorview.ca>
Para: "34353@ufp.edu.pt" <34353@ufp.edu.pt>

4 de junho de 2019 às 19:35

Hello Irina,

Thank you for contacting me. We'd be happy to license your translation of the FIATS-AAC into Portuguese. I've attached a copyright license with details on the translation protocol. You'll also see directions with regard to publication acknowledgments (in section 4 of the license).

Please take a look and let me know if you have any questions. If not, you can complete and have an authorized person representing your university sign the license.

Once we approve the translation, we can make it available online.

Thanks and I look forward to your response.

Sharon

Sharon Wong
Director, Commercialization
Bloorview Research Institute

Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital
150 Kilgour Road, Toronto, ON Canada M4G 1R8
416-425-6220 ext. 6107

sharon.wong@hollandbloorview.ca
www.hollandbloorview.ca

No boundaries Personalize pathways | Discover for action | Connect the system

Anexo IV – Copyright License da escala FIATS-AAC38

COPYRIGHT LICENSE

This License Agreement (the "License") is effective _____, between Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital, with an address at 150 Kilgour Road, Toronto, Ontario M4G 1R8, Canada ("Holland Bloorview") and FFP - Fernando Pessoa University, with an address at Pr. 9 de Abril, 349 4249-004 Porto, Portugal ("Recipient").

WHEREAS the Licensed Work (as defined below) is protected by copyright law and any use of the Licensed Work other than as authorized under this License is strictly prohibited;

WHEREAS by exercising any rights to the Licensed Work, Recipient accepts and agrees to be bound by the terms of this License;

AND WHEREAS Holland Bloorview grants to Recipient the rights contained herein in consideration of Recipient's acceptance of these terms and conditions.

1. Definitions

- a. "**Licensed Work**" means the literary work described in Schedule A to this Agreement, which is owned by Holland Bloorview as well as all accompanying user documentation, Translations, if applicable thereto, and any related trade-marks.
- b. "**Original Authors**" means the author(s) of the Licensed Work, described in Schedule A to this Agreement.
- c. "**Commercial Purposes**" means the sale, lease, license or use of the Licensed Work for any commercial purpose or for the commercial benefit of any for-profit entity, including the use of the Licensed Work to perform research for the benefit of a for-profit entity.
- d. "**Distribute**" means to make available to the public the original and copies of the Licensed Work.
- e. "**Reproduce**" means to make copies of the Licensed Work by any means.
- f. "**Translation**" means a translation of the Licensed Work derived from the Licensed Work in a manner described in Schedule B to this Agreement.

2. License Grant. Subject to the terms and conditions of this License, Holland Bloorview hereby grants Recipient a worldwide, royalty-free, non-exclusive, license to exercise the rights in the Licensed Work only as stated below:

- a. to use and Reproduce the Licensed Work;
- b. to create Translations provided that any such Translations meet the requirements of a Translation as described in Schedule B to this agreement and that any such Translation in any medium takes reasonable steps to clearly label, demarcate or otherwise identify that changes were made to the Licensed Work.

3. Restrictions. The license granted in Section 2 above is expressly made subject to and limited by the following restrictions:

- a. Recipient may not exercise any rights to the Licensed Work or Translations granted hereunder for Commercial Purposes.
- b. Recipient may not modify, adapt or create any other derivative work of the Licensed Work except as permitted in Section 2 (Translations).
- c. Recipient shall not distribute the Licensed Work or Translations to any third party without the express written permission of Holland Bloorview.
- d. Recipient may Reproduce the Licensed Work only under the terms of this License and shall not publicly display the Licensed Work, Translations or any part of the Licensed Work or Translations.
- e. Recipient may not remove or obscure any copyright, trademark or other proprietary notices contained in or associated with the Licensed Work.
- f. Recipient must keep intact all copyright notices for the Licensed Work and provide, reasonable to the medium or means Recipient is utilizing: (i) the name of the Original Authors and (ii) the title of the Licensed Work.

4. Publications. Subject to publication restrictions listed in Schedule A to this Agreement (“Publication Restrictions”) Recipient may publish research and other articles based on data obtained using the Licensed Work provided that Recipient does not publish any part of the Licensed Work and that all research publications include (i) the name of the Original Authors (ii) the title of the Licensed Work and (iii) and the statement “used under license from Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital, Toronto”.

5. Representations, Warranties and Disclaimer

UNLESS OTHERWISE MUTUALLY AGREED TO BY THE PARTIES IN WRITING, HOLLAND BLOORVIEW OFFERS THE WORK AS-IS AND MAKES NO REPRESENTATIONS OR WARRANTIES OF ANY KIND CONCERNING THE LICENSED WORK, EXPRESS, IMPLIED, STATUTORY OR OTHERWISE, INCLUDING, WITHOUT LIMITATION, WARRANTIES OF TITLE, MERCHANTABILITY, FITNESS FOR A PARTICULAR PURPOSE, NONINFRINGEMENT, OR THE ABSENCE OF LATENT OR OTHER DEFECTS, ACCURACY, OR THE PRESENCE OF ABSENCE OF ERRORS, WHETHER OR NOT DISCOVERABLE.

RECIPIENT ACKNOWLEDGES THAT RECIPIENT HAS HAD THE OPPORTUNITY TO REVIEW THE LICENSED WORK AND HAS DETERMINED THAT ITS FORM IS ACCEPTABLE FOR RECIPIENT’S USE.

6. Limitation on Liability.

RECIPIENT ASSUME ALL LIABILITY FOR DAMAGES, WHICH MAY ARISE FROM RECIPIENTS USE OF THE LICENSED WORK. HOLLAND BLOORVIEW WILL NOT BE LIABLE TO RECIPIENT OR ANY OTHER PARTY FOR ANY LOSS, CLAIM OR DEMAND MADE BY RECIPIENT, OR MADE AGAINST RECIPIENT BY ANY OTHER PARTY, DUE TO OR ARISING FROM RECIPIENT’S USE OF THE LICENSED WORK, EXCEPT TO THE EXTENT PERMITTED BY LAW WHEN CAUSED BY THE NEGLIGENCE OR WILFUL MISCONDUCT OF HOLLAND BLOORVIEW.



7. Termination

- a. This License and the rights granted hereunder will terminate automatically upon any breach by Recipient of the terms of this License. Sections 1 and 4 through 8 will survive any termination of this License.
- b. Notwithstanding the above, Holland Bloorview reserves the right to release the Licensed Work under different license terms or to stop distributing the Licensed Work at any time; provided, however that any such election will not serve to withdraw this License and this License will continue in full force and effect unless terminated as stated above.

8. Miscellaneous

- a. This License constitutes the entire agreement between Recipient and Holland Bloorview with respect to the Licensed Work licensed here. There are no understandings, agreements or representations with respect to the Licensed Work not specified here. Holland Bloorview shall not be bound by any additional provisions that may appear in any communication from Recipient. This License may not be modified without the written agreement of Holland Bloorview.
- b. Recipient acknowledges that the terms of this Agreement are relevant to this Agreement only and will not be considered as a template or precedent for any future agreements. Recipient will not use the name of Holland Bloorview in any publicity, advertising or announcement without the prior written approval of Holland Bloorview. For clarity, Recipient has no right to use the following names: "Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital"; "Bloorview"; "Holland Bloorview"; "Bloorview Research Institute"; or the title of the Licensed Work, except as is incidental to the purposes of this Agreement.

In witness whereof the parties agree to be bound by the terms and conditions of this Agreement

HOLLAND BLOORVIEW KIDS REHABILITATION HOSPITAL

RECIPIENT

Signed

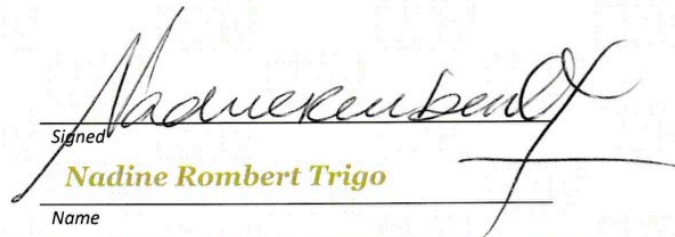
Tom Chau

Name

Vice President, Research

Title

Date

Signed


Nadine Rombert Trigo

Name

Pro-Rector Institutional development

Title

July 1 2019

Date

SCHEDULE A – LICENSED WORK

Licensed Work: Family Impact of Assistive Technology Scale for Augmentative and Alternative Communication Systems (FIATS-AAC)

Original Authors: Anne Marie Renzoni, Stephen E. Ryan

Description: The Family Impact of Augmentative and Alternative Communication Systems (**FIATS-AAC**) is an 89-item questionnaire designed to detect the functional effects of augmentative and alternative communication (AAC) interventions on the lives of children and their families. Parents read each item and indicate their degree of agreement using a 7-point Likert scale. The items are assigned to one of 13 dimensions to measure both the overall and domain-specific impacts of AAC system use. The domains include seven child-related factors (behavior, communication, contentment, doing activities, education, self-reliance, social versatility) and six parent- and family-related factors (caregiver relief, energy, family roles, finances, security, supervision). A clinical scoring workbook (Excel) is available to automate FIATS-AAC scoring, and produce functional outcome reports for clinical applications.

The Short Version of the FIATS-AAC (**FIATS-AAC38**) is a 38-item questionnaire designed to detect the functional effects of augmentative and alternative communication (AAC) interventions on the lives of children and their families. Parents read each item and indicate their degree of agreement using a 7-point Likert scale. The items are assigned to one of 7 dimensions to measure both the overall and domain-specific impacts of AAC system use. The domains include five child-related factors (behavior, communication, education, self-reliance, social versatility) and two parent- and family-related factors (security, supervision). A clinical scoring workbook (Excel) is available to automate FIATS-AAC38 scoring, and produce functional outcome reports for clinical applications.

The Face-to-Face Communication (**F2FC**) Scale is a single-factor indicator of face-to-face communicative performance within the ICF-CY domains of *activity* and *participation*. The 8-item F2FC is a standalone measure that is also included wholly as a core dimension of both the FIATS-AAC and FIATS-AAC38. A clinical scoring workbook (Excel) is available to automate F2FC scale scoring, and produce functional outcome reports for clinical applications.

Publication Restrictions: None



SCHEDULE B – TRANSLATION POLICY AND GUIDELINES

Below are the specific guidelines necessary to translate the Licensed Work into Portuguese.

1. The title, instructions, item statements, rating scale, and scoring form the FIATS-AAC questionnaire. All pages require translation.
2. At a minimum, two translators, of known language expertise in English and the language of interest, will do the forward and backward translation with the first translator translating into the language of interest and the second translator translating back into English. The translator(s) who translates from the language of interest back to English should initially be naive to the English version of the FIATS-AAC. If resources permit, two sets of two translators will independently perform the same process.
3. The translator doing the translation back to English, will compare the results to the original English version and identify translation variation or difficulties that involve multiple meanings possible from the original English. If discussion between the translators does not resolve the interpretation problem, the variation in meaning will be shared with Holland Bloorview and its experts who are knowledgeable about the intended meaning of the items in the original English version.
4. The translated questionnaire will be pretested on 5-10 parents of children and youth who have complex communication needs to ensure that they are able to follow the instructions and understand the meaning of the items as written. The participants will be queried about the cause of any difficulty to understand the questionnaire and their answers will be collated. The translated version will be altered, according to this feedback, as long as the translators agree that the word choice is true to the English version meaning.
5. The final back-translated English version will be shared with Sharon Wong, Director of Commercialization at Holland Bloorview (sharon.wong@hollandbloorview.ca) before accepting the translation into the language of interest.
6. Licensee is solely responsible for the costs of translation and the linguistic validation.
7. The ownership of and copyright to any translation will be the sole property of Holland Bloorview.
8. Each authorized translation must include the following notice in English and the foreign language: "This is a translation from the original English version of the FIATS-AAC and protected under copyright laws. Copyright © 2015 Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital. Any further use or copying of this questionnaire must be authorized by a separate licensing agreement."



Anexo V – KIT Pais/cuidadores

Questionário aos Principais Cuidadores (Pais/Encarregados de Educação)

O meu nome é Irina Afonso e encontro-me a realizar um estudo no âmbito do Doutoramento em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem, na Universidade Fernando Pessoa, sob a orientação da Professora Doutora Fátima Maia e coorientação da Professora Doutora Rute F. Meneses.

Esta investigação, que decorrerá a nível nacional, tem o intuito de conhecer as perceções de profissionais e pais / encarregados de educação de crianças e jovens com multideficiência (MD) acerca do uso de Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA)*.

A comunicação assume-se como uma das áreas de maior relevo na intervenção com estas crianças e jovens, sendo essencial atender à perspectiva de quem com elas interage diariamente e que se constituem como os seus principais parceiros de comunicação. Por este motivo, a sua opinião é muito importante para melhor compreender este processo e assim contribuir para a melhoria das práticas de apoio prestado.

O presente questionário **destina-se aos principais cuidadores (pais / encarregados de educação) de crianças e / ou jovens com MD, com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos**, e é constituído por três partes: a parte I que contém questões de caracterização sociodemográfica, a parte II onde constam algumas questões para caracterização da criança/jovem e a parte III onde se encontra a Escala EIFTA-CAA38. Note-se que este questionário não é um teste, não existindo respostas certas ou erradas. As respostas obtidas são absolutamente confidenciais, pelo que o tratamento destes dados não irá identificar pessoas individuais ou instituições, sendo apenas realizado com fins académicos e posterior divulgação dos resultados em comunicações e publicações científicas. O seu preenchimento tem uma duração de 20 a 30 minutos.

Poderá contactar-me para eventuais esclarecimentos pelo email: 34353@ufp.edu.pt.
Agradeço a sua preciosa colaboração!

***Neste estudo entende-se por CAA** qualquer dispositivo ou meio de comunicação utilizado pela criança/jovem com MD (por exemplo, gestos, sistemas de comunicação com objetos reais, fotografias, símbolos gráficos).

Caso aceite os termos e condições deverá confirmar através de “clique” em “aceito os termos e condições”. Sem o referido “clique” não será possível aceder às questões do questionário.

Parte I - Caracterização sociodemográfica

Indique, por favor, os seus dados pessoais:

(Sempre que necessário, assinale com uma cruz (X) os quadrados relativos às suas respostas)

1 – Género:

- Feminino
- Masculino
- Prefiro não responder

2 – Idade:

3 - Estado civil:

- Solteiro(a)
- Casado(a)/União de facto
- Divorciado(a)/Separado(a)
- Viúvo(a)

4 - Nível de ensino concluído:

- 1º ciclo (até ao 4º ano de escolaridade)
- 2º ciclo (5º e 6º ano de escolaridade)
- 3º ciclo (7º ao 9º ano de escolaridade)
- Secundário (10º ao 12º ano de escolaridade)

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

- Bacharelato
- Licenciatura
- Pós-graduação
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-Doutorado
- Outra: _____

5 – Exerce ou já exerceu alguma profissão/trabalho?

- Sim
- Não

6 – Se respondeu **sim** na questão anterior, indique a sua profissão (*No caso de estar desempregado, indique a última profissão que teve*): _____

7 - Grau de parentesco com a criança / jovem:

- Mãe
- Pai
- Avô
- Avó
- Outra: _____

Parte II – Caracterização da criança/jovem

1 – Género:

- Feminino
- Masculino

2 - Idade da criança / jovem:

3 - Ano de escolaridade:

4 - Patologia(s) do seu filho / educando:

5 - Indique o grau de afetação de cada área no quadro que se segue, pensando no perfil do seu filho / educando (*Indique apenas uma resposta por linha*)

Áreas	Não afetada	Ligeiramente afetada	Afetada	Gravemente afetada	Não sei
Cognição / Inteligência					
Comunicação e Linguagem					
Mobilidade					
Visão					
Audição					

6 - Relativamente às áreas mencionadas no quadro anterior, existe alguma que, para si, seja uma prioridade na intervenção?

- Sim
- Não

7 - Caso tenha respondido **sim** na questão anterior, qual é essa área?

- Cognição / Inteligência
- Comunicação e Linguagem
- Mobilidade
- Visão
- Audição

8 - A criança / jovem utiliza / utilizou algum meio de comunicação aumentativa / alternativa (CAA)?

- Sim
- Não

9 – Caso tenha respondido sim, na questão anterior, indique qual/ quais o(s) meio(s) de CAA

10 - Indique, por favor, com que frequência, atualmente, a criança / jovem utiliza CAA no seu dia-a-dia:

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

11 - Caso tenha respondido **nunca** na resposta anterior, indique quais os motivos que, na sua opinião, levaram à não utilização de CAA (no máximo 3 motivos):

12 – Considerando o processo de implementação de CAA, indique os principais benefícios/vantagens de usar CAA (se necessário, assinale mais do que uma opção)

- Permitir a comunicação em diferentes contextos (familiar, escolar, recreativo e vocacional)
- Aumentar o nível de participação do utilizador nas atividades diárias
- Permitir a gravação do trabalho do utilizador, a sua comunicação e participação nas atividades na sala de aula
- Permitir ao utilizador aceder a múltiplas funções e recursos
- Aumentar as oportunidades de aprendizagem para o utilizador
- Possibilitar a adequação do sistema de CAA às características do utilizador
- Facilitar o envolvimento e captar melhor a atenção dos parceiros de comunicação (com a utilização de sistemas de CAA de alta tecnologia)
- Permitir a comunicação com pessoas para além da família mais próxima (ex: parentes, membros da comunidade...)
- Melhorar o vínculo entre o utilizador e o profissional quando a CAA é usada na intervenção
- Utilizador experienciar sucesso nas interações com o sistema de CAA
- Promover a eficiência na comunicação
- Aumentar as oportunidades comunicativas para o utilizador

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

- Aumentar / desenvolver competências comunicativas, sociais e pragmáticas do utilizador
- Melhorar as relações sociais do utilizador
- Melhorar o comportamento do utilizador
- Facilitar os processos de regulação das emoções do utilizador
- Aumentar a autonomia / independência do utilizador

13 – Considerando o processo de implementação de CAA, indique as principais barreiras/constrangimentos em usar CAA (se necessário, assinale mais do que uma opção)

- Dificuldade na implementação de CAA nas rotinas diárias
- Dificuldade na implementação de CAA em diferentes contextos (exemplo: sala de aula, domicílio)
- Problemas relacionados com o sistema / dispositivo
- Falta de suporte técnico
- Falta de financiamento para formação sobre CAA ou aquisição de dispositivos de CAA
- Dificuldades em acompanhar evolução dos sistemas e investigação em CAA
- Sistema de CAA não estar adaptado às características do utilizador
- Discrepâncias entre expectativas e competência real do utilizador de CAA
- Sistema de CAA não reforçar o utilizador no ponto de vista social
- Atitudes / comportamentos dos parceiros de comunicação
- Falta de conhecimento e / ou de treino dos pais / cuidadores e profissionais sobre a CAA
- Resistência por parte dos professores à intervenção em CAA
- Posição dos diretores e política das escolas
- Dificuldades na comunicação entre pais/cuidadores e a escola
- Dificuldades na comunicação entre profissionais
- Falta de tempo por parte dos profissionais
- Falta de tempo por parte de pais / cuidadores
- Número elevado de casos acompanhados pelos profissionais no contexto escolar
- Escassez de profissionais (nomeadamente, terapeutas da fala) para dar resposta aos alunos com necessidades complexas de comunicação

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

- Crença de que o terapeuta da fala é o profissional que deve intervir sobre as competências comunicativas sozinho

14 – Considerando o processo de implementação de CAA, indique as principais estratégias que facilitam o uso de CAA (se necessário, assinale mais do que uma opção)

- Implementar nas atividades das rotinas em contexto escolar
- Implementar nas atividades das rotinas em contexto domiciliário
- Criar rotinas predefinidas e estruturadas no contexto escolar
- Criar rotinas predefinidas e estruturadas no contexto domiciliário
- Atender às necessidades participativas e comunicacionais do utilizador nos seus contextos naturais, adaptando o ambiente às mesmas
- Privilegiar as atividades do interesse do utilizador
- Utilizar objetos de referência para o utilizador
- Foco nos pontos fortes do utilizador em detrimento dos seus pontos fracos
- Usar o brincar adaptado
- Utilizar calendários de rotinas / atividades com signos
- Sensibilizar e treinar os parceiros de comunicação para facilitar o reconhecimento de comportamentos comunicativos não simbólicos do utilizador (gestos naturais, movimentos corporais, expressões faciais)
- Interpretar e responder consistentemente perante os comportamentos do utilizador
- Trabalho em equipa para estudo da acessibilidade ao produto de apoio (ex: seleção direta, utilização de “switches”)
- Trabalho em equipa (incluindo a família) para implementação de CAA

Parte III

Versão Reduzida da Escala de Impacto Familiar de Tecnologias de Apoio para a CAA (EIFTA-CAA38)

(Short-Form Version of The Family Impact of Assistive Technology Scale for Augmentative and Alternative Communication - FIATS-AAC38, Delarosa et al, 2012)

Traduzido por: Irina Afonso - UFP(FCS/ESS), Fátima Maia - UFP(FCS/ESS/FP-B2S),
Rute F. Meneses - UFP(FCHS/CTEC/OLD/APASD/PPP/FP-B2S), Paulo Rodrigues – Tradutor Licenciado.

Leia por favor: Este questionário irá ajudar-nos a conhecer um pouco mais a si, ao seu/sua filho/a e a sua vida familiar no que respeita às habilidades da criança para comunicar com os seus parceiros de comunicação. Por favor, indique o quanto concorda com cada afirmação. Por exemplo, o primeiro item diz: “O/A meu/minha filho/a necessita de ajuda de outras pessoas quando comunica”. Se concorda totalmente com esta afirmação porque o/a seu/sua filho/a necessita sempre de ajuda de outros quando comunica, escolha “7”. Se discorda totalmente da mesma afirmação porque o/a seu/sua filho/a nunca necessita de ajuda de outras pessoas para comunicar, então escolha “1”. Escolha outra opção mediante o seu nível de concordância ou discordância. Por favor, escolha apenas uma opção por afirmação.

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

		Concordo totalmente	Concordo	Concordo Parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo	Discordo totalmente
1	O/A meu/minha filho/a necessita de ajuda de outras pessoas quando comunica.							
2	O/A meu/minha filho/a avisa-me se algo está errado.							
3	Considero que é fácil brincar com o/a meu/minha filho/a.							
4	Ser independente aumenta a autoestima do/a meu/minha filho/a.							
5	O/A meu/minha filho/a diz-me o que quer.							
6	Se o/a meu/minha filho/a se perdesse, ele/ela poderia pedir indicações a alguém.							
7	O/A meu/minha filho/a conta-me como foi o seu dia.							

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

		Concordo totalmente	Concordo	Concordo Parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo	Discordo totalmente
8	O/A meu/minha filho/a gosta de ser independente.							
9	O/A meu/minha filho/a consegue telefonar a pedir ajuda numa emergência.							
10	O/A meu/minha filho/a sabe como fazer trocas de turno durante uma conversa.							
11	O/A meu/minha filho/a está a aprender a comunicar de forma independente.							
12	O/A meu/minha filho/a comunica com outras pessoas por telefone.							
13	O/A meu/minha filho/a comunica com os membros da família.							
14	O/A meu/minha filho/a comunica com pessoas com quem está menos familiarizado.							

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

		Concordo totalmente	Concordo	Concordo Parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo	Discordo totalmente
15	O/A meu/minha filho/a sabe como manter uma conversa.							
16	O/A meu/minha filho/a brinca com os amigos.							
17	O/A meu/minha filho/a diz-me quando está com medo.							
18	A independência do/a meu/minha filho/a está a aumentar.							
19	O/A meu/minha filho/a transmite as suas ideias.							
20	O/A meu/minha filho/a participa em atividades na comunidade.							
21	O/A meu/minha filho/a diz-me quando se sente doente.							
22	O/A meu/minha filho/a conversa bem com os amigos.							

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

		Concordo totalmente	Concordo	Concordo Parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo	Discordo totalmente
23	O/A meu/minha filho/a socializa com outros na hora da refeição.							
24	O professor do/a meu/minha filho/a está satisfeito com o seu desempenho na escola.							
25	Eu tenho pouco tempo para realizar tarefas em casa.							
26	O/A meu/minha filho/a comporta-se bem quando estou por perto.							
27	O/A meu/minha filho/a participa na sala de aula.							
28	O/A meu/minha filho/a age apropriadamente junto de outros membros da família.							
29	O/A meu/minha filho/a quer ficar comigo quando saio de uma divisão.							

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

		Concordo totalmente	Concordo	Concordo Parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo	Discordo totalmente
30	O/A meu/minha filho/a está com um bom desempenho na escola.							
31	O/A meu/minha filho/a é bem comportado na escola.							
32	Tenho de levar o/a meu/minha filho/a comigo quando mudo de divisão.							
33	Fico preocupada com a segurança do/a meu/minha filho/a quando ele/a é deixado/a sozinho/a.							
34	Estou satisfeito com a conquista dos objetivos pessoais do/a meu/minha filho/a na escola.							
35	Estou preocupado com a forma com que o/a meu/minha filho/a se comporta.							
36	O/A meu/minha filho/a está orgulhoso do seu trabalho escolar.							

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

		Concordo totalmente	Concordo	Concordo Parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo	Discordo totalmente
37	O/A meu/minha filho/a precisa de mim por perto para realizar várias atividades							
38	O/A meu/minha filho/a perturba os seus colegas.							

Comentários:

Muito obrigada pela sua preciosa contribuição!

Anexo VI – KIT Profissionais

Questionário aos Profissionais

O meu nome é Irina Afonso e encontro-me a realizar um estudo no âmbito do Doutoramento em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem, na Universidade Fernando Pessoa, sob a orientação da Professora Doutora Fátima Maia e coorientação da Professora Doutora Rute F. Meneses.

Esta investigação, que decorrerá a nível nacional, tem o intuito de conhecer as percepções dos elementos das equipas pluridisciplinares que acompanham ou acompanharam crianças e jovens com multideficiência (MD) em contexto educativo, acerca do uso de Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA)*, bem como as percepções dos seus principais cuidadores (pais/encarregados de educação).

A comunicação assume-se como uma das áreas de maior relevo na intervenção com estas crianças e jovens, sendo essencial atender à perspectiva de quem com elas interage diariamente e que se constituem como os seus principais parceiros de comunicação, para que possa existir uma melhor compreensão deste processo, de forma a contribuir-se para a melhoria das práticas de apoio prestado à referida população.

O presente questionário **destina-se a professores do ensino regular, professores de educação especial, técnicos especializados (fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, psicólogos e outros) e assistentes operacionais que acompanham ou acompanharam crianças e/ou jovens com MD em contexto educativo**. É constituído por quatro partes: as partes I e II que contêm questões de caracterização socioprofissional, a parte III onde se encontra a Escala de Atitudes dos Profissionais em relação a crianças que comunicam de forma aumentativa e a parte IV onde consta a Escala de Sucesso Vs Abandono de CAA a ser preenchida apenas por terapeutas da fala. Note-se que este questionário não é um teste, não existindo respostas certas ou erradas. As respostas obtidas são absolutamente confidenciais, pelo que o tratamento destes dados não irá identificar pessoas individuais ou instituições, sendo apenas realizado com fins académicos e posterior divulgação dos resultados em comunicações e publicações científicas. O seu preenchimento tem uma duração de 20 a 30 minutos. Poderá contactar-me para eventuais esclarecimentos pelo email: 34353@ufp.edu.pt. Agradeço a sua preciosa colaboração!

***Neste estudo entende-se por CAA** qualquer dispositivo ou meio de comunicação utilizado pela criança/jovem com MD (por exemplo, gestos, sistemas de comunicação com objetos reais, fotografias, símbolos gráficos).

Caso aceite os termos e condições deverá confirmar através de “clique” em “aceito os termos e condições”.

Parte I - Caracterização Socioprofissional

(Sempre que necessário, assinale com uma cruz (X) os quadrados relativos às suas respostas)

1 – Género

- Feminino
- Masculino
- Prefiro não responder

2 - Idade

3 - Grau de escolaridade

- 3º ciclo (7º ao 9º ano de escolaridade)
- Secundário (10º ao 12º ano de escolaridade)
- Bacharelato
- Licenciatura
- Pós-graduação
- Mestrado
- Doutoramento
- Pós-Doutoramento
- Outra: _____

4 - Profissão

- Professor(a) do Ensino Regular
- Professor(a) de Educação Especial
- Terapeuta da Fala

Perceções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

- Fisioterapeuta
- Terapeuta Ocupacional
- Psicólogo(a)
- Assistente Operacional
- Outra: _____

5 – Área geográfica onde exerce funções

- Norte
- Centro
- Lisboa e Vale do Tejo
- Alentejo
- Algarve
- Arquipélago dos Açores
- Arquipélago da Madeira

6 - Número de anos de experiência profissional em contexto educativo:

7 - Número de anos de experiência profissional no acompanhamento de crianças/jovens com multideficiência: _____

8 - Níveis de ensino em que acompanha/acompanhou alunos com multideficiência: *(Se necessário assinale mais do que uma opção)*

- 1º Ciclo
- 2º Ciclo
- 3º Ciclo
- Secundário

Parte II - Comunicação Aumentativa/Alternativa (CAA)

Neste estudo entende-se por CAA qualquer meio de comunicação ou dispositivo utilizado pela criança/jovem com MD (por exemplo, gestos, sistemas de comunicação com objetos reais, fotografias, signos gráficos).

1 – Possui conhecimentos relacionados com CAA?

- Sim
- Não

2 - Caso tenha respondido **sim** na pergunta anterior, indique em que contexto(s) tal ocorreu (*Se necessário assinale mais do que uma opção*)

- Formação inicial (Bacharelato/Licenciatura)
- Formação Contínua (Ações de sensibilização, Seminários, Conferências, Ações de Formação de Curta Duração, *Workshops*)
- Formação Especializada (Pós-Graduação, Cursos de Longa Duração)
- Pesquisa autónoma
- Outra: _____

3 - Número de anos de experiência profissional a utilizar CAA:

4 - Indique qual a frequência com que, de acordo com a sua experiência profissional, utiliza CAA com crianças/jovens com multideficiência, considerando a escala indicada.

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

5 - Considerando o processo de implementação de CAA, indique os principais benefícios/vantagens de usar CAA (se necessário, assinale mais do que uma opção)

- Permitir a comunicação em diferentes contextos (familiar, escolar, recreativo e vocacional)
- Aumentar o nível de participação do utilizador nas atividades diárias
- Permitir a gravação do trabalho do utilizador, a sua comunicação e participação nas atividades na sala de aula
- Permitir ao utilizador aceder a múltiplas funções e recursos
- Aumentar as oportunidades de aprendizagem para o utilizador
- Possibilitar a adequação do sistema de CAA às características do utilizador

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

- Facilitar o envolvimento e captar melhor a atenção dos parceiros de comunicação (com a utilização de sistemas de CAA de alta tecnologia)
- Permitir a comunicação com pessoas para além da família mais próxima (ex: parentes, membros da comunidade...)
- Melhorar o vínculo entre o utilizador e o profissional quando a CAA é usada na intervenção
- Utilizador experienciar sucesso nas interações com o sistema de CAA;
- Promover a eficiência na comunicação
- Aumentar as oportunidades comunicativas para o utilizador
- Aumentar / desenvolver competências comunicativas, sociais e pragmáticas do utilizador
- Melhorar as relações sociais do utilizador
- Melhorar o comportamento do utilizador
- Facilitar os processos de regulação das emoções do utilizador
- Aumentar a autonomia / independência do utilizador

6 - Considerando o processo de implementação de CAA, indique as principais barreiras/constrangimentos em usar CAA (se necessário, assinale mais do que uma opção)

- Dificuldade na implementação de CAA nas rotinas diárias
- Dificuldade na implementação de CAA em diferentes contextos (exemplo: sala de aula, domicílio);
- Problemas relacionados com o sistema / dispositivo
- Falta de suporte técnico
- Falta de financiamento para formação sobre CAA ou aquisição de dispositivos de CAA
- Dificuldades em acompanhar evolução dos sistemas e investigação em CAA
- Sistema de CAA não estar adaptado às características do utilizador
- Discrepâncias entre expectativas e competência real do utilizador de CAA
- Sistema de CAA não reforçar o utilizador no ponto de vista social
- Atitudes / comportamentos dos parceiros de comunicação
- Falta de conhecimento e / ou de treino dos pais / cuidadores e profissionais sobre a CAA
- Resistência por parte dos professores à intervenção em CAA

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

- Posição dos diretores e política das escolas
- Dificuldades na comunicação entre pais/cuidadores e a escola
- Dificuldades na comunicação entre profissionais
- Falta de tempo por parte dos profissionais
- Falta de tempo por parte de pais / cuidadores
- Número elevado de casos acompanhados pelos profissionais no contexto escolar
- Escassez de profissionais (nomeadamente, terapeutas da fala) para dar resposta aos alunos com necessidades complexas de comunicação
- Crença de que o terapeuta da fala é o profissional que deve intervir sobre as competências comunicativas sozinho

7 - Considerando o processo de implementação de CAA, indique as principais estratégias que facilitam o uso de CAA (se necessário, assinale mais do que uma opção)

- Implementar nas atividades das rotinas em contexto escolar
- Implementar nas atividades das rotinas em contexto domiciliário
- Criar rotinas preditivas e estruturadas no contexto escolar
- Criar rotinas preditivas e estruturadas no contexto domiciliário
- Atender às necessidades participativas e comunicacionais do utilizador nos seus contextos naturais, adaptando o ambiente às mesmas
- Privilegiar as atividades do interesse do utilizador
- Utilizar objetos de referência para o utilizador
- Foco nos pontos fortes do utilizador em detrimento dos seus pontos fracos
- Usar o brincar adaptado
- Utilizar calendários de rotinas / atividades com signos
- Sensibilizar e treinar os parceiros de comunicação para facilitar o reconhecimento de comportamentos comunicativos não simbólicos do utilizador (gestos naturais, movimentos corporais, expressões faciais)
- Interpretar e responder consistentemente perante os comportamentos do utilizador
- Trabalho em equipa para estudo da acessibilidade ao produto de apoio (ex: seleção direta, utilização de “switches”)
- Trabalho em equipa (incluindo a família) para implementação de CAA

Parte III

Atitudes dos Profissionais em Relação a Crianças Que Utilizam Comunicação Aumentativa

(Professionals' Attitudes Regarding Children Who Communicate Augmentatively – PARCCA – Beck et al, 2001)

Traduzido por: Irina Afonso - UFP(FCS/ESS), Fátima Maia - UFP(FCS/ESS/FP-B2S), Rute F. Meneses - UFP(FCHS/CTEC/OLD/APASD/PPP/FP-B2S), Paulo Rodrigues – Tradutor Licenciado.

Instruções: Leia atentamente cada frase. Assinale o número ao qual corresponde a sua percepção. Por favor, use a seguinte escala:

Discordo totalmente (DT); Discordo (D); Não concordo, nem discordo (N);

Concordo (C); Concordo totalmente (CT); Não se aplica (NA).

#	Item	DT	D	N	C	CT	NA
1.	Eu encorajaria interações entre crianças/jovens que usem CAA e crianças/jovens com funcionamento típico.						
2.	Eu não pediria a uma criança/jovem que use CAA para executar uma tarefa no contexto escolar.						
3.	Eu incluiria em contexto de sala de aula uma criança/jovem que use CAA.						
4.	Intimida-me trabalhar com uma criança/jovem que use CAA.						
5.	Um aluno que use CAA pode alcançar sucesso académico.						
6.	As crianças/jovens que usam CAA não querem falar sobre os mesmos assuntos que outras crianças/jovens.						
7.	Eu sentir-me-ia à vontade para trabalhar com uma criança/jovem que use um sistema de CAA de baixa tecnologia.						

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

#	Item	DT	D	N	C	CT	NA
8.	Eu não me envolveria na facilitação de uma atividade lúdica entre uma criança/jovem que use CAA e um colega.						
9.	As crianças/jovens que usam CAA são sociáveis.						
10.	Eu não acompanharia uma criança/jovem que use CAA em atividades extracurriculares.						
11.	As crianças/jovens que usam CAA são tão capazes de se envolver em atividades não letivas como os seus colegas com funcionamento típico.						
12.	Eu sinto pena de crianças/jovens que usam CAA.						
13.	Eu envolver-me-ia numa conversa social com uma criança/jovem que use CAA.						
14.	Eu não levaria uma criança/jovem que use CAA numa visita de estudo.						
15.	Uma criança/jovem que use CAA consegue manter a atenção de outra pessoa enquanto comunica.						
16.	Eu não levaria uma criança/jovem que use CAA numa saída pela comunidade.						
17.	Uma criança/jovem que use CAA compreende o que lhe dizem.						
18.	Eu não me sentiria confortável em ter uma criança/jovem que use CAA regularmente em sala de aula.						
19.	As crianças/jovens que usam CAA podem paripar ativamente numa conversa.						
20.	Eu não pediria a uma criança/jovem com funcionamento típico para trabalhar num projeto escolar com uma criança/jovem que usa CAA.						
21.	Eu acompanharia uma criança/jovem que usa CAA durante uma assembleia escolar.						

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

#	Item	DT	D	N	C	CT	NA
22.	Eu não me sentiria confortável para trabalhar com uma criança/jovem que usa um sistema de CAA de alta tecnologia.						
23.	As crianças/jovens que usam CAA são tão inteligentes como os seus colegas com funcionamento típico.						
24.	As crianças/jovens que usam CAA não possuem o vocabulário necessário para se expressarem na maioria dos casos.						
25.	Eu sentir-me-ia confortável a trabalhar individualmente com uma criança/jovem que use CAA.						
26.	Eu não pediria a uma criança/jovem que perdesse o seu intervalo para ajudar o seu colega que usa CAA.						
27.	As crianças/jovens que usam CAA podem modificar as suas palavras, se não estiverem a ser compreendidas.						
28.	Eu não pediria a uma criança/jovem com funcionamento típico para trabalhar num projeto não académico com uma criança/jovem que use CAA.						
29.	Eu pediria a uma criança/jovem que permanecesse na escola após as aulas para ajudar um colega que use CAA.						
30.	As crianças/jovens que usam CAA não são tão capazes de se envolver em atividades escolares comparativamente aos colegas com funcionamento típico.						
31.	Eu sentir-me-ia confortável em trabalhar com crianças/jovens que usam sistemas de CAA sem ajuda.						
32.	Quando tentam comunicar, as crianças/jovens que usam CAA são difíceis de compreender.						
33.	Eu modificaria atividades em sala de aula para crianças/jovens que usam CAA.						

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

#	Item	DT	D	N	C	CT	NA
34.	Eu não pediria a uma criança/jovem que usa CAA para responder a uma questão durante uma aula.						
35.	As crianças/jovens que usam CAA compreendem o que é a comunicação.						
36.	As crianças/jovens que usam CAA não se preocupam se são compreendidas.						

Comentários:

É Terapeuta da Fala?

- Sim
- Não

Parte IV

Questionário CAA: Sucesso versus Abandono (AAC Survey – Johnson et al, 2006)

Traduzido por: Irina Afonso - UFP(FCS/ESS), Fátima Maia - UFP(FCS/ESS/FP-B2S), Rute F. Meneses - UFP(FCHS/CTEC/OLD/APASD/PPP/FP-B2S), Paulo Rodrigues – Tradutor Licenciado.

Sumário de itens:

Por favor, utilize as seguintes definições para este questionário:

CAA – Comunicação aumentativa e alternativa.

Sistema – Meios de comunicação com ajuda (dispositivo eletrónico/computorizado ou meio de comunicação construído manualmente) ou sem ajuda (gestos, sinais).

Utilizador – Utilizador de CAA (exclui indivíduos com surdez e que usam língua gestual de modo proficiente e adequado à idade, como principal meio de comunicação).

Parceiros – Parceiros de comunicação dos utilizadores de CAA.

Membros de equipa – Utilizador, família, profissionais (professores, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, etc.) que intervêm com o utilizador de CAA.

Sucesso – Uso a longo prazo de um ou vários sistemas de CAA com a maioria dos parceiros.

Abandono – O utilizador para o uso de um sistema de CAA, embora ainda necessite do mesmo.

Para cada questão, indique a opção que reflete a sua percepção: Nunca (N), Raramente (R), Algumas vezes (AV), Frequentemente (F), Sempre (S), Não se aplica NA)

SECÇÃO I: SUCESSO

Com base na sua experiência com sistemas de CAA bem-sucedidos, o sucesso a longo prazo de CAA depende de:

Fatores de sucesso	N	R	AV	F	S	NA
Realização de modelagem de pares com o sistema						
A família do utilizador receber apoio de outras famílias de utilizadores de CAA						
Dar tempo suficiente para experimentar sistemas de CAA antes de haver comprometimento com um sistema em particular						
A família e o utilizador estarem confortáveis com tecnologia						
Atualizações frequentes de vocabulário e mensagens de acordo com a condição, necessidades e habilidades do utilizador						
Dar aos membros da equipa (incluindo família) suporte e treino contínuos para manter o sistema operacional e realizar as revisões necessárias						
O utilizador experienciar sucesso comunicativo com o sistema						
Os membros da equipa (incluindo a família) terem tempo para manter o sistema operacional						
Existirem recursos suficientes para efetuar uma avaliação completa e um seguimento periódico pelo(s) avaliador(es)						
Utilizar o sistema de CAA para a comunicação e não apenas como um brinquedo ou ferramenta para terapia						
Motivação do utilizador para comunicar numa ampla variedade (vs. número limitado) de contextos						
O utilizador ter sentido de posse do sistema						

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

Fatores de sucesso	N	R	AV	F	S	NA
Incluir os principais parceiros de comunicação na avaliação e nas reavaliações e considerar as necessidades desses parceiros						
Existir uma relação adequada entre as habilidades cognitivas do utilizador e as características do sistema						
O sistema ser adaptável, flexível e acessível						
Implementar múltiplos sistemas ou modalidades com o utilizador de CAA						
O utilizar gostar da aparência, do som e do modo como o sistema chama as outras pessoas para as interações comunicativas						
O sistema poder ser transportado para vários contextos						
A facilidade com que o sistema pode ser configurado e/ou programado						
O conforto e facilidade com que o sistema pode ser acedido, mesmo quando o utilizador está cansado						
Existir uma relação adequada entre as habilidades físicas do utilizador e as características do sistema						
O utilizador ser capaz de aceder ao sistema de forma precisa e independente						
Apoio da família e do utilizador						
Apoio da equipa (ex. professores, assistentes operacionais, terapeutas da fala, mas, neste caso, excluindo a família e o utilizador)						
Apoio dos diretores dos serviços (ex. valorizando este tipo de intervenção, criando condições adequadas para os profissionais poderem dar este apoio...)						
Apoio dos especialistas em tecnologias de apoio						
Apoio dos fabricantes dos dispositivos						
Apoio de outras famílias que usam sistemas de CAA semelhantes						

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

Fatores de sucesso	N	R	AV	F	S	NA
O nível de valorização que o utilizador e os seus parceiros atribuem ao sistema enquanto meio de comunicação						
A família e o utilizador serem realistas quanto às capacidades do sistema de CAA						
A família e o utilizador serem realistas quanto ao potencial do utilizador para a comunicação						
O utilizador e a família estarem emocionalmente preparados para aceitar que o sistema é necessário						
Realizar treinos suficientes para novos parceiros no contexto atual ou entre transições para novos contextos						
O sistema servir uma variedade de funções comunicativas (ex. pedidos, protestos, comentários, narrativas, uso de linguagem figurativa, anedotas, histórias, provocações) que sejam adequadas às competências do utilizador						

Que outros fatores considera importantes no sucesso a longo prazo de sistemas de CAA?

SECÇÃO II: ABANDONO

Baseando-se na sua experiência com abandono na utilização de sistemas de CAA, o abandono diretamente relacionado com:

Para cada questão, indique a opção que reflete a sua percepção: Nunca (N), Raramente (R), Algumas vezes (AV), Frequentemente (F), Sempre (S), Não se aplica NA)

Fatores de abandono	N	R	AV	F	S	NA
Falta de tempo para treino inicial						
Falta de tempo para programação/preparação de materiais						
Falta de tempo para colaboração em equipa						
Falta de tempo para treino de seguimento						
Falta de tempo para ajustes às novas condições identificadas no perfil comunicativo do utilizador						
A ausência da necessidade ou de oportunidade de usar o sistema de CAA						
Os profissionais que trabalham com o utilizador não estarem treinados para operar (ligar, desligar, carregar, substituir imagens) e/ou programar com o sistema						
A família não ser treinada para operar (ligar, desligar, carregar, substituir imagens) e/ou programar o sistema						
O utilizador e os parceiros não serem treinados para adaptar o seu estilo conversacional às características do sistema						
O utilizador de CAA ser treinado para utilizar apenas uma modalidade de comunicação (ex. com ajuda, sem ajuda)						
O utilizador preferir utilizar outro meio de comunicação mais simples						

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

Fatores de abandono	N	R	AV	F	S	NA
O utilizador ser mais independente com um meio mais simples de comunicação sem ajuda						
O utilizador não estar envolvido na seleção do dispositivo, método de acesso, tópicos, símbolos e/ou palavras e mensagens exatas						
O sistema não ser visto como aceitável do ponto de vista social e/ou não ser reforçado dentro do grupo de pares do utilizador						
O utilizador sentir que o sistema não é socialmente reforçado						
A comunicação com o sistema ser “tortuosa” para o utilizador (ou seja, a recompensa não justifica os meios)						
Os mesmos parceiros responderem de forma inconsistente às mesmas mensagens						
Os parceiros sentirem que conseguem compreender o utilizador completamente sem o uso do sistema						
Uns parceiros utilizarem o sistema de forma diferente de outros parceiros						
A falta de acompanhamento na realocação de materiais associados (manuais, biblioteca de imagens, equipamento) ao novo contexto/localização do utilizador						
O sistema ser demasiado sofisticado para as habilidades do utilizador						
O sistema ser demasiado simples para as habilidades do utilizador						
As habilidades cognitivas do utilizador serem superestimadas ou subestimadas						
As habilidades físicas do utilizador serem superestimadas ou subestimadas						

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

Fatores de abandono	N	R	AV	F	S	NA
O vocabulário/mensagens não servirem uma variedade de funções comunicativas (ex. pedidos, protestos, comentários, narrativas, piadas, mudança de tópicos)						
O sistema ser usado inapropriadamente para servir apenas uma necessidade ou função						
O sistema não ser modificado relativamente ao progresso ou retrocesso do utilizador na comunicação						
A falta de motivação da parte do utilizador						
A falta de motivação da parte dos parceiros de comunicação						
Os parceiros de comunicação não providenciarem oportunidades comunicativas legítimas para que o utilizador se envolva numa conversa com o sistema						
Os parceiros não modelarem o sistema para o utilizador						
Existirem discrepâncias entre expectativas e a capacidade real do utilizador com o sistema						
Receio da tecnologia						
Falta de experiências positivas com a tecnologia entre o utilizador, terapeuta da fala, membros da família ou outros membros da equipa						
Falta de apoio de especialistas em tecnologias de apoio						
Falta de apoio de membros da equipa (exclui família e utilizador)						
Falta de apoio de membros da família						
Falta de apoio de fabricantes dos dispositivos						
Falta de apoio de outras famílias que usam sistemas de CAA semelhantes						
Falta de apoio de diretores dos serviços (ex. valorizando este tipo de intervenção, criando condições adequadas para os profissionais poderem dar este apoio...)						

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

Fatores de abandono	N	R	AV	F	S	NA
Ter pouco tempo para treino inicial com o utilizador						
Ter pouco tempo para treino inicial com os parceiros						
Ter pouco tempo para treino de seguimento com o utilizador e os parceiros						
Ter pouco tempo para colaborar com novos membros da equipa em novos locais						
Ter pouco tempo para avaliar e reavaliar de forma completa						
Ter pouco tempo para manter o sistema operacional						
Discrepâncias culturais entre a visão da família de como os serviços devem ser fornecidos ao utilizador versus a visão do profissional (ex. holística versus específica da disciplina)						
Diferenças culturais entre a família e os profissionais relacionadas com falhas de comunicação sobre as necessidades comunicativas do utilizador						

Que outros fatores considera que estão relacionados com o abandono de sistemas de CAA?

Muito obrigada pela sua preciosa colaboração!

Anexo VII – Análise de conteúdo de questões de resposta aberta respondidas por profissionais

Análise de Conteúdo de Questões Abertas

Questionário Profissionais

Questão	Participante	Resposta	Categoria/subcategoria
Comentários	141	"sistemas de CAA sem ajuda"... fiquei na dúvida, por falta de vírgula, o que queriam dizer com esta afirmação (considerarei que 'sem ajuda' se referia à criança e o seu uso de CAA, e não ao profissional: não ser ajudado/orientado para o seu correto daquele CAA). Outra coisa: senti que algumas respostas minhas são influenciadas pela experiência não eficaz que temos com CAA. Se calhar, sem todos os impedimentos que encontramos, as minhas respostas seriam mais fortes (mais nas pontas: ou CT ou DT).	Profissionais/experiência profissional
	176	Hesito em solicitar a uma criança ou jovem tipicamente desenvolvida para ajudar o colega nos seus tempos livres porque é da minha opinião que a criança/jovem deverá tomar essa opção livremente e não ser forçada a tal. Obviamente que lhe perguntaria e se assim o desejasse poderia ajudar o colega, se não o desejasse, nunca a julgaria.	Motivação/attitudes dos parceiros de comunicação
	138	É difícil dar respostas numa escala. Cada criança/jovem tem as suas próprias características, funcionalidades e, níveis de conhecimento do CAA. Por isso muitas das vezes gostaria de responder - depende da criança/jovem e da sua situação.	Utilizador/Características individuais
	31	Como não sei exatamente o que são CAA nem qual o seu processo de implementação, foi-me difícil responder à maioria das questões; talvez não tenha compreendido integralmente o alcance das mesmas.	Profissionais/ Formação

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

Questão	Participante	Resposta	Categoria/subcategoria
	82	Existe uma enorme diversidade de sistemas de CAA e, por vezes, o desconhecimento dos docentes do seu funcionamento é a verdadeira barreira à sua implementação em contexto escolar.	Profissionais/ Formação
	74	As questões são muito abrangentes e as crianças que usam CAA são muito diferentes em termos de capacidades pelo que depende o nível de utilização e compreensão.	Utilizador/Características individuais
	92	Todas as minhas respostas consideraram apenas o défice de comunicação/ fala, ou seja um utilizador de CAA com capacidades cognitivas e sociais.	Utilizador/Características individuais
	173	Acompanho crianças com vários tipos de alterações, algumas compreendem perfeitamente o que é pedido outras nem tanto.	Utilizador/Características individuais
	127	Deve-se a olhar à verdadeira inclusão e adaptar-nos às necessidades da criança/ jovem.	Utilizador/Características individuais
	187	A maioria das vezes, é a "escola/família" que condiciona o uso adequado da CAA	Utilizador/ Contextos comunicativos
	175	A comunicação é inerente ao ser humano, podendo ser um processo multimodal.	SAAC/ Tipologia
	79	É pena a falta de conhecimento sobre a CAA nos educadores e professores.	Profissionais/ Formação
	75	Pensei em alunos que utilizaram o Grid e o Go talk.	SAAC/ Tipologia
	140	Turmas reduzidas. Máximo 15 alunos por turma.	Utilizador/ Contextos comunicativos
Que outros fatores considera importantes no sucesso a longo prazo de sistemas	13	os terapeutas terem as condições necessárias ao apoio destes alunos. Acesso a equipamento simples como velcro, folhas plastificadoras e impressões a cores.	Profissionais/ Condições de trabalho
	162	Por parte dos parceiros e cuidadores haver uma real aceitação e a perceção de ser fundamental para criar oportunidade de comunicar com os outros.	Motivação/atitudes dos parceiros de comunicação
	37	Redefinição constante do vocabulário de referência para o utilizar; alargar os contextos comunicativos para além da escola/domicílio.	SAAC/ Manutenção

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

Questão	Participante	Resposta	Categoria/subcategoria
de CAA? (Questionário só para TFs)			Utilizador/ Contextos comunicativos
	156	Haver um centro especializado e estágios no estrangeiro.	Profissionais/ Formação
Que outros fatores considera que estão relacionados com o abandono de sistemas de CAA? (Questionário só para TFs)	37	Serem utilizados por imposição e não de forma ativa pelo utilizador; custos elevados na aquisição dificuldades nas atualizações.	SAAC/ Tipologia SAAC/ Manutenção Motivação/ atitudes dos parceiros de comunicação
	162	Falta de reforço positivo para o utilizador e investimento de tempo de cuidadores e profissionais.	Motivação/ atitudes dos parceiros de comunicação (2) Profissionais/ Condições de trabalho
	40	Comodismo das famílias, desvalorização da comunicação efetiva.	Motivação/ atitudes dos parceiros de comunicação

Anexo VIII – Análise de conteúdo de questões de resposta aberta respondidas por pais/cuidadores

Análise de Conteúdo de Questões Abertas

Questionário Pais/cuidadores

Questão	Participante	Resposta	Categoria/subcategoria
Caso tenha respondido nunca na resposta anterior, indique quais os motivos que, na sua opinião, levaram à não utilização de CAA (no máximo 3 motivos)	3	A má vontade dos técnicos que seguem o meu filho na escola, e que defendem que a CAA só traz benefícios as crianças que efetivamente não falam!!!	Motivação/attitudes do utilizador/parceiros de comunicação
	17	Já verbaliza melhor ou tenta explicar-se ao recorrer a situações anteriormente feitas.	Utilizador/características individuais
	28	Consegue repetir a informação quando não é entendido; faz-se entender habitualmente.	Utilizador/características individuais
	23	Incompetência da escola (não dos técnicos do CRTIC).	Motivação/attitudes do utilizador/parceiros de comunicação
	2	Sem capacidade de compreensão. Falta de concentração.	Utilizador/características individuais
	11	Difícil, grita muito e muito seletiva.	Utilizador/características individuais
	19	Má vontade por parte da escola.	Motivação/attitudes do utilizador/parceiros de comunicação
	26	Dificuldade de entendimento.	Utilizador/características individuais
	33	Difícil de aplicar.	SAAC/processo de implementação

Percepções de parceiros de comunicação sobre o uso de comunicação aumentativa e / ou alternativa em crianças e jovens com multideficiência

Questão	Participante	Resposta	Categoria/subcategoria
	5	Ela não gosta.	Utilizador/preferências individuais
Comentários	23	Preciso de ajuda, para a minha filha se sentir bem a nível físico, cognitiva mente é muito muito difícil ter conquista, também devido a convulsões que fazem regredir o pouco que conquista.	Utilizador/características individuais Família-cuidadores/necessidades
	25	A minha filha é totalmente dependente. Não sei se as minhas respostas a este questionário lhe serão úteis, mas ficam aqui.	Utilizador/características individuais
	42	Burocraticamente é-me imposto matricular o meu filho, mas não frequenta, nem nunca frequentou nenhum estabelecimento de ensino, visto não existir acompanhamento profissional em contexto da complexidade do seu quadro de saúde. Sou cuidadora principal, 24/24h.	Utilizador/características individuais Motivação/attitudes do utilizador/parceiros de comunicação
	46	A questão citada PC não é problemática para a família. É "apenas" uma maneira diferente de viver, com as devidas e necessárias adaptações. O problema maior é a situação de saúde frágil que o torna muito mais incapacitado do que a PC. Os maiores desafios sempre foram na escola onde não tivemos a sorte de encontrar profissionais com tempo e experiência para a utilização de CAA que não se limite a atividades ao nível de jardim-de-infância!	Utilizador/características individuais Família-cuidadores/necessidades Profissionais/experiência profissional Profissionais/condições de trabalho (tempo)