

ANA CAROLINA MARTINS DOS SANTOS DE CARVALHO ARADAS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM TERAPÊUTICA DA FALA – LINGUAGEM
NA CRIANÇA

“ABORDAGEM BASEADA NAS ROTINAS - PERCEÇÃO DOS TERAPEUTAS DA
FALA”



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PORTO, 2019

ANA CAROLINA MARTINS DOS SANTOS DE CARVALHO ARADAS

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM TERAPÊUTICA DA FALA – LINGUAGEM
NA CRIANÇA**

**“ABORDAGEM BASEADA NAS ROTINAS- PERCEÇÃO DOS TERAPEUTAS
DA FALA”**



**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

PORTO, 2019

Nome da autora: Ana Carolina Martins dos Santos de Carvalho Aradas

Nº de aluno: 35247

Mestrado: Terapêutica da Fala – Ramo de Especialização Linguagem na Criança

Data: fevereiro de 2019

Titulo da dissertação: Abordagem Baseada nas Rotinas – Perceção dos Terapeutas da Fala

Docente Orientadora: Professora Doutora Fátima Maia

Docente Coorientadora: Professora Doutora Maria da Conceição Manso

Atesto a originalidade do trabalho

(Ana Carolina Martins dos Santos de Carvalho Aradas)

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção de grau de
Mestre em Terapêutica da Fala – Ramo de
Especialização Linguagem na Criança.

Universidade Fernando Pessoa

Porto 2019

RESUMO

A Abordagem Baseada nas rotinas é preconizada na intervenção precoce, pois valoriza as rotinas das crianças nos contextos naturais e com os cuidadores de maior afeto, sendo também as Práticas Centradas na Família um pilar desta abordagem.

Esta investigação procurou auscultar os Terapeutas da Fala (TF) portugueses sobre a Abordagem Baseada nas Rotinas, recolhendo a sua percepção sobre a mesma e indagando se a utilizam na sua prática profissional. Para a operacionalização destes objetivos formularam-se 5 questões que envolveram os graus de importância e frequência na prática profissional dos TF, bem como a identificação de fatores facilitadores e barreira à sua implementação e vantagens e desvantagem neste tipo de intervenção. Estes Terapeutas também foram questionados sobre quais as estratégias que consideram pertinentes para a implementação desta abordagem. Para obtenção das respostas desenvolveu-se um estudo com desenho quantitativo recorrendo-se à aplicação de um questionário divulgado *online*, tendo sido salvaguardadas questões éticas, não esquecendo o anonimato dos intervenientes e a confidencialidade das informações recolhidas. Os dados foram recolhidos entre os meses de novembro e dezembro do ano transato, sendo a amostra constituída por 55 Terapeutas da Fala que responderam ao questionário. Os dados foram tratados com recurso à estatística inferencial através do Statistical Package for the Social Sciences e técnicas de análise de conteúdo para as respostas semiabertas. Após estas duas análises - quantitativa e qualitativa – conclui-se que os Terapeutas consideram muito importante a Abordagem Baseada nas Rotinas, embora apresentem alguma dificuldade em a executar de uma forma regular na sua prática profissional. Também foram encontrados alguns fatores facilitadores e fatores barreira, que poderão justificar as dificuldades sentidas na sua implantação. Por fim, foram destacadas vantagens e desvantagens, bem como algumas estratégias que são reconhecidas e implementadas pelos TF no âmbito desta Abordagem.

Palavra-chave: Intervenção Precoce, Abordagem Baseada nas rotinas, Práticas Centradas na Família, Práticas em Contextos Naturais, Terapeuta da Fala.

ABSTRACT

The Routine-Based intervention is advocated in early intervention, as it values children's routines in natural settings and with caregivers of greater affection and, Family-Centered Practices are also a pillar of this Approach.

In this investigation we sought to listen to the Portuguese speech-language therapists (SLT) about the routine-based intervention, gathering their perception about it and asking if they use it in their professional practice. In order to implement these objectives, 5 questions were asked involving the degrees of importance and frequency in the SLTs' work experience, as well as the facilitating factors and barrier to the implementation, and if there are advantages and disadvantages in this type of intervention. These therapists were also asked what strategies they considered relevant to the implementation of this approach. To obtain answers, a quantitative study was developed using a online questionnaire, where all ethical questions were safeguarded, not forgetting the anonymity of the participants and the confidentiality of the information collected. Data were collected between November and December of last year, 55 Speech-language Therapists answered the questionnaire. Statistical analysis was done through the Statistical Package for the Social Sciences, and content analysis for descriptive answers. After these two reviews - quantitative and qualitative - we can conclude that the Therapists consider the Routine-based intervention very important, although they have some difficulty in performing it on a regular basis in their professional practice. We also found some facilitating factors and barrier factors, which may justify the difficulties experienced in its implementation. Finally, advantages and disadvantages were found, as well as some strategies recognized and implemented by Speech-language therapist in this Approach.

Keywords: Early Intervention, Routine Based Approach, Family-Centered Practices, Practices in Natural Settings, Speech-Language Therapist.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos amores da minha vida, os meus filhos Gustavo e Lourenço.

AGRADECIMENTOS

Estas palavras são de agradecimento profundo a todos aqueles que tornaram possível este trabalho, e que me incentivaram ao longo deste percurso, sem nunca me deixarem desistir.

Ao meu pai Daniel e à minha mãe Delfina que são o pilar da minha vida, por tudo o que ensinaram, e o amor que têm por mim. Trilharam comigo este caminho, incentivando a perseguir novos desafios, a nunca desistir dos meus sonhos e dar sempre o meu melhor em tudo aquilo a que me proponho. Ao meu irmão João e cunhada Joana, e futura sobrinha Mariana, que mesmo estando longe, não deixaram de me enviar palavras de carinho e incentivo para terminar este projeto.

Ao Gonçalo, meu marido, meu melhor amigo, meu amor, obrigada pelo incentivo para realizar este projeto desde o início, sempre com palavras de ânimo, carinho, amor, e, principalmente, pela paciência que demonstrou, mesmo nos períodos mais difíceis deste projeto.

Agradeço aos meus filhos Gustavo, por ser o impulsionador desta aventura, e Lourenço, que nasceu pelo meio deste mestrado, e me veio trazer mais resiliência e motivação. Obrigada pelas alegrias, pelos sorrisos, e pelos abraços que me dão todos os dias, e pelo orgulho que tenho neles.

À Professora Doutora Fátima Maia, por tudo o que me ensinou ao longo deste caminho, pelo conhecimento, encorajamento e incentivo em todas as etapas desta jornada. À Professora Doutora Maria da Conceição Manso, pela disponibilidade em acompanhar-me neste projeto, por me ajudar a alargar o meu conhecimento na área da investigação.

A todas as minhas colegas de curso que partilharam comigo as alegrias e angústias neste percurso, em especial a minha amiga Helena, minha companheira desde o início, pela sua grande e generosa amizade, pelas palavras de carinho, incentivo e ajuda para manter o foco até ao fim.

E por fim, a todos os meus amigos que, de uma forma ou de outra, me ajudaram a concretizar este trabalho, o meu obrigada.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
CAPÍTULO I – INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA.....	6
1.1. Vantagem dos programas de intervenção precoce	13
1.2. Contributos para a Abordagem em Intervenção Precoce na Infância	14
CAPÍTULO II – ABORDAGEM BASEADA NAS ROTINAS.....	19
2.1. Rotinas.....	19
2.2. Práticas em Contextos Naturais.....	24
2.3. Práticas Centradas na Família	29
2.4. Trabalho em equipa	38
CAPÍTULO III – O TERAPEUTA DA FALA NA ABORDAGEM BASEADA NAS ROTINAS.....	43
3.1. O Terapeuta da Fala.....	43
3.2. Recomendações e boas práticas do TF na IP.....	45
PARTE II. ENQUADRAMENTO EMPIRICO	51
CAPÍTULO IV – METODOLOGIA.....	52
4.1 Metodologias de investigação	52
4.2. Objetivos do Estudo e questões de investigação	52
4.3. Definição e Estatuto das Variáveis	55
4.4. Definição da Amostra do Estudo.....	56
4.5. Instrumentos de Recolha de Dados	56
4.5.1. Questionário aos Terapeutas da Fala.....	56
4.5.2. Recolha de Dados e Procedimentos.....	58

4.6. Tratamento e análise dos Dados	59
4.6.1. Análise dos Dados Quantitativos.....	60
4.6.2. Análise dos Dados Qualitativos.....	61
CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	62
5.1. Caracterização sócio-profissional.....	62
5.2. Questões de investigação.....	65
CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO	87
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	98
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
ANEXOS	111

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Níveis do Modelo Transacional num Modelo de Desenvolvimento Coerente.....	Erro! Marcador não definido.
Quadro 2 - Atividades e oportunidades de aprendizagem familiar	20
Quadro 3 - Atividades e oportunidades de aprendizagens Comunitárias e de Serviços..	21
Quadro 4 - Diferentes abordagens de trabalho com as famílias	30
Quadro 5 - Paradigma da Construção de Capacidades Vs Paradigma Tradicional	35
Quadro 6 - O que diferencia uma perspetiva transdisciplinar, multidisciplinar e interdisciplinar no processo de avaliação e intervenção	39
Quadro 7 - O que diferencia uma perspetiva transdisciplinar, multidisciplinar e interdisciplinar no funcionamento da equipa	40

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Equipa interserviços e transdisciplinar das Equipas Locais de Intervenção Precoce.....	9
Figura 2 - Estrutura do SNIPI	10
Figura 3 - Modelo da ecologia de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner.....	17
Figura 4 – Interações entre as componentes da CIF	18
Figura 5 - Componentes principais do Modelo das PCM	25
Figura 6 - Contextos de atividades quotidianas como oportunidades de aprendizagem em meio natural, baseada nos interesses da criança e promotora de competência.....	26
Figura 7 - Processo de planificação, implementação e avaliação da eficácia das Práticas Contextualmente Mediadas.....	27
Figura 8 - Exemplo de Ecomapa	33

Figura 9 - Componentes do modelo de coresponsabilização e capacitação familiar.	34
Figura 10 – Corresponsabilização e práticas de ajuda eficazes no trabalho com a família.....	36
Figura 11 – Forma como os profissionais interagem nos diferentes modelos.....	39
Figura 12 - Dificuldades de comunicação	45
Figura 13 - Etapas da análise de conteúdo.....	61
Figura 14 - Contexto onde os inquiridos exercem a sua profissão	63

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Níveis de colaboração e integração num Sistema de Intervenção Precoce	10
Tabela 2 - Princípios orientadores para profissionais em IPI.....	12
Tabela 3 - Benefícios dos Serviços de Intervenção Precoce na Infância	14
Tabela 4 - Comparação da intervenção em contexto clínico tradicional e intervenção em contexto natural.....	28
Tabela 5 - Tipos de apoio e recursos da família.....	32
Tabela 6 – Idade, experiência profissional e habilitação académica dos inquiridos	62
Tabela 7 - Formação Específica na Abordagem Baseada nas Rotinas.....	63
Tabela 8 - Faixa etária da população com a qual trabalha maioritariamente.	64
Tabela 9 - Problemáticas com que trabalham maioritariamente os inquiridos.....	64
Tabela 10 - Grau de importância que atribui à adoção da Abordagem Baseada nas Rotinas no processo de avaliação e intervenção.	66
Tabela 11 – Relação entre a formação específica em Abordagem Baseada nas Rotinas e o grau de importância atribuído à adoção da mesma.	66
Tabela 12 - Relação entre a contexto da prática profissional e o grau de importância atribuído na adoção da ABR	67

Tabela 13 - Relação entre a Experiência Profissional e o grau de importância atribuído na adoção da ABR	69
Tabela 14 - Relação entre a problemáticas e o grau de importância atribuído na adoção da ABR	70
Tabela 15 - Relação entre a faixa etária da população com a qual trabalha e o grau de importância atribuído na adoção da ABR	71
Tabela 16 - Grau de frequência atribuído na adoção da Abordagem Baseada nas Rotinas.....	73
Tabela 17 - Relação entre a formação específica e o grau de frequência atribuído na adoção da ABR	73
Tabela 18 - Relação entre a o contexto de trabalho e o grau de frequência atribuído na adoção da ABR	75
Tabela 19 - Relação entre a Experiência profissional e o grau de frequência atribuído na adoção da ABR	76
Tabela 20 - Relação entre a problemáticas e o grau de frequência atribuído na adoção da ABR	77
Tabela 21 - Relação entre a faixa etária da população com a qual trabalha e o grau de frequência atribuído na adoção da ABR	78
Tabela 22 - Fatores Facilitadores para a adoção de uma ABR.....	80
Tabela 23 - Fatores Barreira para a adoção de uma ABR	81
Tabela 24 - Vantagens da adoção de uma Abordagem Baseada nas Rotinas.....	83
Tabela 25 - Desvantagens da adoção da abordagem Baseada nas Rotinas	84
Tabela 26 - Principais estratégias usadas pelos TF portugueses na adoção desta abordagem na sua prática profissional	85

ABREVIATURAS

ABR - Abordagem Baseada nas rotinas

APTF – Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala

ASHA – American Speech-Language-Hearing Association

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

EBR - Entrevista Baseada nas Rotinas

ELI – Equipa Local de Intervenção Precoce

EUA – Estados Unidos da América

IPI – Intervenção Precoce na Infância

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCM – Práticas Contextualmente Mediadas

PCF – Práticas Centradas na Família

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

SATIRE – Escala de Perceções dos educadores acerca das rotinas da criança

SNIPI – Sistema Nacional da Intervenção Precoce na Infância

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SPTF – Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala

TF – Terapeuta da Fala

TSSS – Técnico Superior de Serviço Social

INTRODUÇÃO

Problemáticas e motivações

A Abordagem Baseada nas Rotinas (ABR) poderá ser amplamente utilizada na intervenção com qualquer faixa etária, no entanto, é na Infância que a mesma tem maior expressão (Carvalho *et al.*, 2018). Tal como o nome indica, apresenta uma valorização significativa das rotinas do dia a dia da criança, nos contextos onde esta está inserida e onde tem relações de afeto com os principais cuidadores. Estes providenciam alavancas para aquisições mais complexas baseadas nas suas experiências (Carvalho *et al.*, 2018; Jennings, *et al.*, 2012). É em idades precoces que as crianças aprendem de forma contínua, nas atividades que desenvolvem nos contextos em que estão (Carvalho *et al.*, 2018; Dunst *et al.*, 2012). O terapeuta da Fala inserido numa Equipa Local de Intervenção Precoce, tem um papel importante na avaliação e intervenção em crianças com dificuldades na comunicação e alimentação (American Speech-Language-Hearing Association - ASHA 2008).

Assim, neste trabalho iremos dar um enfoque maior à Abordagem Baseada nas Rotinas em crianças pequenas, a qual, como já foi referido, é recomendada na Intervenção Precoce na Infância (McWilliam, R. A., 2012; Dunst *et al.*, 2006).

O presente estudo insere-se no âmbito da dissertação de Mestrado em Terapêutica da Fala, Área de Especialização Linguagem na Criança, tendo sido desenvolvido com a orientação da Professora Doutora Fátima Maia e coorientação da Professora Doutora Conceição Manso.

O tema Abordagem Baseada nas Rotinas encontra-se intimamente relacionado com a área de interesse da investigadora, a qual trabalha no Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) desde 2013, integrando Equipas Locais de Intervenção Precoce, onde esta abordagem é preconizada. A elaboração deste trabalho teve como finalidade tanto o crescimento profissional, fazendo aprofundamento teórico e estabelecendo a ponte com a

prática profissional, como o crescimento pessoal, na proposta de novos desafios e superação dos mesmos.

Questões de investigação

O presente estudo pretendeu auscultar os Terapeutas da Fala (TF) portugueses sobre a Abordagem Baseada nas Rotinas, recolhendo a percepção sobre a mesma e indagando se a utilizam na sua prática profissional. Para isso formularam-se cinco questões de investigação:

1. A **primeira questão** interroga se os TF portugueses consideram importante a adoção desta abordagem na sua prática profissional, pretendendo-se a identificação do grau de importância atribuído tanto na avaliação como na intervenção, bem como em que medida a formação específica, o contexto e a experiência profissionais, as problemáticas e a faixa etária das crianças com as quais trabalham, influenciam o grau de importância atribuído.
2. A **segunda questão** interroga se os TF portugueses adotam a ABR na sua prática profissional, pretendendo-se a identificação do grau de frequência atribuído tanto na avaliação como na intervenção, bem como em que medida a formação específica, o contexto e a experiência profissionais, as problemáticas e a faixa etária das crianças com as quais trabalham, influenciam o grau frequência atribuído.
3. A **terceira questão** remete para os fatores que se constituem como principais facilitadores e barreiras na adoção da ABR na prática profissional dos TF portugueses.
4. A **quarta questão** remete para as vantagens e desvantagens na adoção da mesma, na prática profissional dos TF portugueses.
5. A **quinta questão** inquire quais as principais estratégias utilizadas pelos TF portugueses na adoção da ABR na sua prática profissional.

Procedimentos

Para a realização da investigação foi feita uma pesquisa sobre o tema, de forma a aprofundar os conhecimentos relacionados com o mesmo, formulando-se posteriormente as questões de investigação, identificaram-se as variáveis dependentes e independentes bem como os critérios de inclusão e exclusão. De seguida, procedeu-se à elaboração de um questionário de autopreenchimento, especialmente para esta investigação, tendo este sido difundido online, com a colaboração de algumas entidades. O questionário apresentava questões fechadas de resposta múltipla, e questões semiabertas. No seu processo de elaboração recorreu-se a um painel de peritos, tendo sido salvaguardadas todas as questões de ética. Utilizou-se uma amostra por rede, constituída por 55 TF Portugueses, tendo os dados sido recolhidos durante aproximadamente 1 mês.

Após a recolha de dados procedeu-se à análise dos mesmos. Para o tratamento dos dados quantitativos foi utilizado o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) com recurso à estatística descritiva e inferencial, com o objetivo de ter dados concretos e poder realizar a correlação entre as variáveis dependentes e independentes. Para os dados qualitativos foram utilizadas técnicas de análise de conteúdo, com o objetivo de aumentar a compreensão sobre as percepções recolhidas.

Estrutura do trabalho

O presente estudo está dividido em duas partes, Parte I – Enquadramento Teórico e Parte II – Enquadramento Empírico. A Parte I está dividida em três capítulos. No *capítulo I – Intervenção Precoce em Portugal*, irá debruçar-se sobre a Intervenção Precoce a nível nacional e internacional, fazendo referência SNIPI implementado em Portugal, bem como algumas vantagens de programas de intervenção precoce em crianças com necessidades especiais. Por fim, apresentaremos alguns modelos explicativos do desenvolvimento humano precursores de uma intervenção mais ecológica e sistémica. No *capítulo II – Abordagem Baseada nas Rotinas*, irá ser abordada a importância das rotinas da criança no seu desenvolvimento, bem como as práticas em contextos naturais, práticas centradas

na família e o trabalho em equipa, nomeadamente transdisciplinar, por se constituírem como aspetos fundamentais e intimamente relacionados com a mesma. No *Capítulo III – O Terapeuta da Fala na Abordagem Baseada nas Rotinas*, será enfatizado o papel deste profissional nas várias áreas de intervenção tendo sempre em conta a sua especificidade na avaliação e intervenção, bem como as recomendações de boas práticas a nível internacional, nomeadamente quando se encontra inserido numa Equipa Local de Intervenção Precoce (ELI). Por fim, serão ainda apontados alguns estudos que evidenciam percepções dos TF acerca desta abordagem.

A parte II – Enquadramento Empírico está também dividida três capítulos. No *Capítulo IV - Metodologia*, são apresentadas as opções metodológicas efetuadas neste estudo, com a explanação dos objetivos e questões da investigação, a definição das variáveis e da amostra, a justificação e apresentação dos instrumentos de recolha de dados, bem como os procedimentos de tratamento e análise dos mesmos. No *Capítulo V - Apresentação dos Resultados*, irá ser exposta a apresentação dos resultados, através de tabelas e gráficos, de forma a conseguir-se compreender a caracterização da amostra e os resultados relativos às questões formuladas. No *Capítulo VI – Discussão* irá ser discutidos os resultados, tendo como base o enquadramento teórico que sustentou o desenvolvimento deste estudo.

Por fim, irão ser apresentadas as principais conclusões do estudo, bem como recomendações para futuras investigações, seguindo-se as referências bibliográficas e os anexos.

PARTE I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA

Neste capítulo iremos apresentar a evolução da IPI a nível nacional e internacional, explanando o Decreto-Lei, bem como a formação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce atualmente em vigor em Portugal, tendo por base algumas teorias ecológicas e sistémicas que tiveram um peso significativo para a implementação da IPI.

A Intervenção Precoce na Infância (IPI), programa de primeira geração teve o seu início nos anos 60, tendo maior enfoque e nos Estados Unidos da América (EUA). Através do Programa *Head Start* os profissionais começaram por apoiar sobretudo crianças socialmente desfavorecidas, alargando-se, depois, às crianças com deficiência (Bairrão e Almeida, 2003) Este programa, visava a diminuição do risco de atraso de desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar, apoiando-as nas áreas da saúde, social e envolvimento da família (Correia e Serrano, 2002). Ainda muito focado na intervenção na criança, o programa *Head Start* centrava-se nos défices da mesma e seguia uma abordagem monodisciplinar (Bairrão e Almeida, 2003). Foi o início de uma intervenção de carácter ecológica, envolvendo as famílias de crianças até aos 4 anos (Aleixo, 2014).

Nos anos 70, observou-se um aumento de programas de IPI nos EUA, em que os profissionais, no sentido de reduzirem os comportamentos atípicos e inadequados das crianças, orientavam os pais de forma a que estes interagissem mais com os seus filhos, com a finalidade de melhorar o seu desenvolvimento e generalizar os conhecimentos adquiridos (Meisels e Shonkoff, 2000). Nesta altura, os profissionais intervinham capacitando os pais, por forma a estes ensinarem novas competências aos seus filhos, integrando estratégias no dia a dia que fossem promotoras do desenvolvimento dos mesmos (Aleixo, 2014).

Na década de 80, o modelo de IPI de segunda geração, após a emergência dos modelos teóricos ecológico-sistémicos e bioecológicos de Bronfenbrenner (1979) e da perspectiva

transacional de Sameroff e Chandler (1975) a intervenção descentraliza-se da criança e foca-se também na família. Esta passa a ser vista como um todo que deve participar ativamente no processo de intervenção com a criança (Ferro, 2012). Nesta fase, Dunst (1985) propõe uma nova definição de Intervenção Precoce, como uma prestação de serviços às famílias nos primeiros anos de vida da criança, salientando o papel fundamental que a família, e as redes de apoio da mesma (formais e informais), têm no desenvolvimento da criança, destacando a importância do fortalecimento das competências dos familiares bem como da sua autoconfiança (Dunst, 1985; Dunst, Trivett e Deal, 1988).

Nos anos 90, surgem programas de IPI de terceira geração com uma perspectiva mais sistémica e ecológica, considerando que quanto maior for o envolvimento familiar, maior será o sucesso da intervenção (Ferro, 2012). O foco é colocado nas práticas centradas na família, abrangendo as oportunidades de aprendizagem das crianças, a capacitação parental e a ênfase aos recursos da família e da comunidade (Dunst, 2000).

Atualmente, na IPI há um enfoque maior no sistema familiar (Ferro, 2012; Aleixo, 2014), tendo como o seu objetivo primordial o fortalecimento das competências e recursos da família, ajudando-a a ultrapassar as dificuldades da criança (Dunst, 2000).

Para Dunst *et al.* (2010, p. 62) a IPI refere-se:

“a experiências e oportunidades, que os bebês e crianças têm no seu dia a dia, proporcionadas pelos pais e cuidadores, inseridas nas atividades de aprendizagem que ocorrem nos contextos naturais da criança. Estas promovem as aquisições e a utilização de competências ao nível do comportamento, que moldam e influenciam a criança nas suas interações pró-sociais com pessoas e materiais.”

A IPI deverá ser um sistema abrangente com serviços e recursos de apoio com crianças vulneráveis, planeado de forma a otimizar as interações familiares, que promovam o desenvolvimento das crianças, numa perspectiva sistémica e desenvolvimental, centrada na família (Guralnick, 2001).

Em 2008, Guralnick (*cit. in* Maia, 2012) apresenta 10 princípios de IPI que reúnem consenso a nível internacional, de forma a padronizar as práticas em IPI, nas diferentes culturas, políticas, recursos e compromisso social, nos diferentes países do mundo:

1. O enquadramento desenvolvimental está na base de todas as componentes do sistema de intervenção precoce e centra-se nas famílias;
2. A integração e coordenação são essenciais em todos os níveis do sistema de intervenção precoce;
3. A inclusão e a participação das crianças e das famílias nas atividades e programas comunitários típicos são maximizadas;
4. A presença de uma deteção precoce e de procedimentos de identificação;
5. A vigilância e a monitorização constituem partes integrais do sistema;
6. Todas as partes do sistema são individualizadas;
7. Uma forte avaliação e processo de feedback são evidentes;
8. As verdadeiras parcerias com as famílias não podem ocorrer sem que haja sensibilidade às diferenças culturais e uma compreensão das suas implicações desenvolvimentais;
9. As recomendações às famílias e as práticas devem ser baseadas na evidência;
10. É mantida uma perspetiva sistémica, com reconhecimento das inter-relações existentes entre todas as componentes.

Em Portugal, a Intervenção Precoce surgiu nos anos 80, no sentido de implementar a IPI, muito fundamentada pela investigação internacional e inspirada na evolução do modelo já existente nos EUA (Ferro, 2012).

O Sistema Nacional da Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) foi criado ao abrigo do Decreto-Lei nº 281/2009, após os princípios estabelecidos na Convenção das Nações Unidas dos Direitos da Criança e a partir do Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade de 2006-2009.

O SNIPI, visa a promoção o desenvolvimento e bem-estar das crianças dos 0 aos 6 anos, sendo um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa (Decreto-lei nº 281/2009, artigo 3). Os objetivos SNIPI são:

1. Assegurar às crianças a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, através de ações de IPI em todo o território nacional;
2. Detetar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento;
3. Intervir, após a deteção e sinalização nos termos da alínea anterior, em função das necessidades do contexto familiar de cada criança elegível, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento;
4. Apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação;
5. Envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social
6. Envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social.

O SNIPI assenta num sistema integrado de colaboração (Figura 1) entre o Ministério da Saúde, que está representado por médicos e enfermeiros, o Ministério da Educação, que disponibiliza os educadores, e o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, que habitualmente aloca profissionais das áreas da terapia da fala, terapia ocupacional, psicologia e técnicos superiores de serviço social (TSSS), integrando políticas, sistemas e serviços (Carvalho *et al.*, 2018).

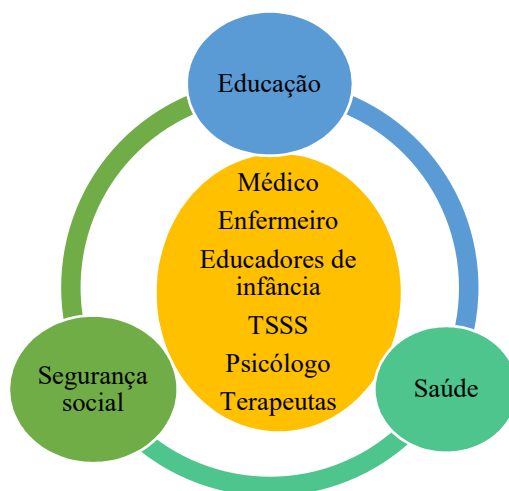


Figura 1 - Equipa interserviços e transdisciplinar das Equipas Locais de Intervenção Precoce (adaptado, Carvalho *et al.*, 2018).

A estrutura do SNIPI divide-se em 4 níveis de colaboração (Figura 2 e Tabela 1) Comissão Nacional de Coordenação, Subcomissões Regionais, Núcleos de Supervisão Técnica e Equipas Locais de Intervenção (ELIs).



Figura 2 - Estrutura do SNIPI

<i>Comissão de Coordenação do SNIPI</i>	Define políticas, medidas legislativas, planeamento a nível nacional (Carvalho et al, 2018). Articula as ações dos ministérios, acompanha, regula e avalia o funcionamento do SNIPI, entre outros (SNIPI, 2016).
<i>Subcomissões de Coordenação Regionais do SNIPI</i>	Apoiam a Comissão de Coordenação do SNIPI, transmitindo as suas orientações aos profissionais das ELIs (SNIPI, 2016), planeiam e organizam as equipas de intervenção e monitorização do sistema (Carvalho et al., 2018).
<i>Núcleos de Supervisão Técnica</i>	São constituídos por membros dos três ministérios com formação e experiência reconhecida na área da Intervenção Precoce na Infância. Apresentam funções específicas às subcomissões bem como ao apoio das ELIs e à comunidade (SNIPI, 2016).
<i>Equipas Locais de Intervenção (ELI)</i>	São a base funcional de todo o sistema, sendo uma equipa pluridisciplinar (educadores de infância, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos e terapeutas) que trabalham em equipa transdisciplinar através da colaboração entre os profissionais da equipa e a família, realizam avaliação, elaboração, e implementação de um plano de intervenção (Carvalho et al, 2018).

Tabela 1 - Níveis de colaboração e integração no SNIPI (2016).

São elegíveis para acesso ao SNIPI as crianças que apresentem critérios de elegibilidade para o mesmo, os quais se encontram divididos em dois grandes grupos: 1º grupo – *Alterações nas funções ou estruturas do corpo* e o 2º grupo - *Risco grave de atraso de desenvolvimento* (SNIPI, 2016).

1. *Alterações nas funções ou estruturas do corpo*

1.1 *Atrasos de desenvolvimento sem etiologia conhecida*, que podem abranger as múltiplas áreas do desenvolvimento - motora, física, cognitiva, linguagem e comunicação, emocional, social e adaptativa (SNIPI, 2016);

1.2 *Condições específicas* que se baseiam num diagnóstico específico, tais como alterações genéticas, perturbação neurológica, malformações congénitas, doenças metabólicas, défices sensoriais, perturbações relacionadas com exposição pré-natal a agentes teratogénicos ou a narcóticos, perturbações relacionadas com infeções severas, desenvolvimento atípico com alteração na relação e comunicação, perturbações graves da vinculação e outras perturbações emocionais (SNIPI, 2016).

2. *Risco grave de atraso de desenvolvimento*

2.1 *Crianças expostas a fatores de risco biológico* que incluem antecedentes familiar de deficiências, exposição intra-uterina a tóxicos, prematuridade, muito baixo peso à nascença, atraso de crescimento intra-uterino, complicações neonatais graves, hemorragia cerebral, infeções congénitas, HIV, do sistema nervoso central, traumatismos cranianos graves, otite média crónica com risco de défice auditivo (SNIPI, 2016);

2.2 *Crianças expostas a fatores de risco ambiental de risco parental* mães adolescentes, abuso de álcool ou outras substâncias, violência ativa e passiva, doença psiquiátrica, física incapacitante ou limitativa idade da mãe. Os riscos podem ser isolados ou combinados (SNIPI, 2016).

2.3 *Crianças expostas a fatores de risco por fatores contextuais*: isolamento e/ou Pobreza, desorganização familiar, preocupações acentuadas da família tanto como pessoa que presta cuidados à criança ou profissional de saúde, relativo ao desenvolvimento da criança, ao estilo parental ou à interação mãe/pai-criança (SNIPI, 2016)

A IPI apresenta-se como apoio integrado centrado na criança e na família, tendo por base uma intervenção preventiva e reabilitativa, no âmbito educacional, saúde e ação social. Visa assegurar condições facilitadoras do desenvolvimento da criança, potenciando uma melhoria na interação familiar e reforçar as suas competências através da capacitação e autonomia da mesma (Pinto e Ferronha, 2011).

Raver e Childress (2015) apresentam sete princípios fundamentais que poderão guiar o profissional da IPI aquando da sua prática profissional com famílias com crianças em risco de desenvolvimento. Os autores referem que as crianças aprendem melhor com as pessoas significativas, sendo a família um pilar no desenvolvimento da criança e o foco da intervenção, tal como descrito na Tabela 2.

Tabela 2 - Princípios orientadores para profissionais em IPI

As crianças pequenas aprendem melhor através das experiências do dia a dia e interagindo com os familiares e nos seus contextos;

As famílias através do apoio das suas necessidades e recursos, ajudam no desenvolvimento da criança;

A primeira regra na IPI deverá ser trabalhar com a família e cuidadores;

O processo desde o primeiro contacto até à transição deverá ser dinâmico, individualizado e refletindo as prioridades, estilo de aprendizagem e crenças da família

O Plano Individual de Intervenção Precoce, deverá ter objetivos funcionais com base as características, necessidades e prioridades da família;

As prioridades, necessidades e interesses da família deverão ser ouvidas pelo mediador de caso que representa toda a equipa e comunidade;

A intervenção com crianças e família deve ter por base princípios explícitos, práticas com evidência científica e ética profissional.

1.1. Vantagem dos programas de intervenção precoce

Correia e Serrano (1994) referem benefícios dos programas de intervenção precoce na infância em desenvolvimento dos EUA. Estes autores apontam que há uma melhoria nas aquisições pedagógicas por parte dos cuidadores, desenvolvendo interações mais positivas com as crianças havendo um desenvolvimento das crianças.

Com estes programas de intervenção há um favorecimento na interação entre crianças e pais, assim como a melhoria de qualidade de vida das famílias. Também Almeida (2016) no seu estudo, menciona que as famílias de uma forma geral se sentem mais satisfeitas com a intervenção segundo o modelo preconizado na intervenção precoce.

Carvalho *et al.* (2018) referem que quanto mais nova for a criança, maior é a sua capacidade de reestruturação das estruturas e funções do cérebro a partir das experiências do seu dia a dia e, conseqüentemente estará mais recetiva às mudanças.

Hanson (*cit in*, Correia e Serrano, 1994) apresenta alguns benefícios dos serviços da Intervenção precoce, tais como a intervenção iniciar-se mais cedo, os programas apresentam efeitos mais positivos e duradouros, com eficácia comprovada em crianças com atraso global de desenvolvimento, bem como maior participação dos pais na intervenção (Tabela 3).

Tabela 3 - Benefícios dos Serviços de Intervenção Precoce na Infância Hanson (cit in, Correia e Serrano, 1994)

os programas de IPI em crianças de risco produzem efeitos positivos e mais duradouros no seu desenvolvimento, bem como mudanças nas atitudes da criança e da sua família;

eficácia demonstrada em crianças com atraso global de desenvolvimento, ajudando as famílias numa melhor aceitação da criança com dificuldades, promovendo uma variedade de efeitos positivos nas mesmas;

maior participação parental na intervenção, e serviços educacionais precoces sistematizados e personalizado;

elaboração de currículos desenvolvimentais, e atualização constante dos mesmos;

a intervenção inicia-se mais cedo.

1.2. Contributos para a Abordagem em Intervenção Precoce na Infância

A Intervenção Precoce na Infância tem por base alguns modelos de desenvolvimento da criança, modelos estes que se tornaram o foco de atenção de vários autores ao longo dos anos. Destacam-se alguns autores que influenciaram este modelo desde os anos 50, como por exemplo Hunt (cit in Correia e Serrano, 2000) referindo que ambientes pobres em estímulos podem ter efeitos devastadores para o desenvolvimento global da criança; Piaget (1952) e Watson (1966) nas suas teorias apresentaram perspectivas do desenvolvimento por estágio, contribuindo para algumas orientações fundamentais para o modelo de intervenção precoce (Correia e Serrano, 2000).

No entanto, existem alguns modelos teóricos que se apresentaram como precursores e com um maior impacto na estruturação e definição do apoio fornecido no âmbito da Intervenção Precoce, pela influência que tiveram na mudança de perspectiva em que passou a ser encarado o desenvolvimento da criança e, conseqüentemente, os serviços de apoio relacionados com o mesmo: o *Modelo Transacional de Sameroff e Chandler*, o *Modelo da Ecologia do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner*, *Modelo de ecologia de risco de Garbarino*. A *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*, veio também dar um contributo importante relativamente às orientações ao nível da avaliação e intervenção da pessoa com deficiência. Tendo como

base a participação nas atividades nos contextos em que a pessoa está inserida, vai de encontro ao modelo preconizado na intervenção precoce.

- ***Modelo Transacional de Sameroff e Chandler (1975)***

Segundo o Modelo Transacional de Sameroff e Chandler (1975) o desenvolvimento da criança não é um processo linear ou uniforme, ou das características isoladas da criança e do meio que a envolve. Pelo contrário, é um processo de interação dinâmica bidirecional, sendo o resultado de uma complexa interação da criança com o ambiente ao longo do tempo (*cit in* Ferro, 2016).

Segundo este modelo, a família é um elemento fundamental no dia a dia da criança, no ambiente em que esta se desenvolve, o qual é influenciado e influencia a criança num processo contínuo (Sameroff e Chandler, 1975), a criança altera o seu ambiente, mas também sofre alterações pelas mudanças que ocorrem no mesmo compreendendo, definindo e interpretando as suas experiências (Bailey e Wolery, 1992). É nesta dinâmica que resultam aprendizagens em cada momento de interação da criança com o ambiente (Sameroff e Chandler, 1975).

Este modelo foi determinante para a Intervenção Precoce na Infância pois aceita que fatores biológicos podem ser alterados mediante fatores ambientais e que os défices no desenvolvimento podem ter como causa fatores sociais e ambientais (Shonkoff e Meisels, 1990).

- ***Modelo da Ecologia do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner***

A teoria de Bronfenbrenner (1979), menciona que as crianças se desenvolvem num contexto de influências ambientais que têm efeitos diretos e indiretos sobre elas. Ou seja, as crianças estão inseridas num processo de desenvolvimento constante e dinâmico, que progressivamente as vai passando para os diferentes contextos ou sistemas, reestruturando-os. Estes sistemas são interdependentes e conseqüentemente o impacto de

um acontecimento em qualquer um destes sistemas influencia nos outros (Bronfenbrenner, 1979).

Para melhor entender o desenvolvimento humano, é necessário ter a atenção o “Modelo PPCT”, de Bronfenbrenner, que é representado pelos conceitos de *Processo*, *Pessoa*, *Contexto* e o *Tempo* (Benetti, 2013).

No *Processo* são realçadas as interações recíprocas entre a pessoa e o contexto em que esta está inserida. É neste processo de interação que o desenvolvimento da criança ocorre, diferindo de acordo com as características individuais e do próprio contexto (Benetti, 2013). Quanto à *Pessoa*, Bronfenbrenner reconhece fatores genéticos e biológicos no desenvolvimento humano, no entanto, refere que as características pessoais influenciam a sua interação com o contexto. Estas características individuais, tal como a curiosidade, bem como capacidade de resposta, idade, sexo e aparência física, apatia, impulsividade e a determinação, podem ser decisivas na sua relação com o contexto (Bronfenbrenner, 1979).

No *Contexto*, as experiências podem ser perspectivadas em subsistemas em que se podem observar os vários contextos de vida das crianças (Serrano e Pereira, 2010). Estes sistemas podem ser divididos em microssistema, mesossistema, exossistema e macrosistema (Figura 3). Os *microssistemas* são cenários em que ocorre o desenvolvimento da criança, referindo-se a um conjunto de atividades, papéis e as relações interpessoais da criança num contexto. Estes contextos podem ser referentes ao contexto familiar representando as relações de pais e filhos, irmão, etc; ou contexto escolar. O *mesossistema* refere-se à interação de dois ou mais contextos que fazem parte da vida da criança, ou seja, interação entre microssistemas em que a criança experiêcia a realidade. O *exossistema* refere-se a contextos que influenciam a criança, mas esta não se encontra diretamente envolvido, como por exemplo a família alargada. O *macrosistema* refere-se a padrões, valores e crenças culturais das instituições presentes na sociedade onde a criança está inserida (Bronfenbrenner, 1979).

Para o conceito do *Tempo* Bronfenbrenner introduz o cronossistema que é uma dimensão que incorpora todas as outras, introduzindo as mudanças sociais na vida da criança ao longo do tempo, que afetam o seu desenvolvimento (Benetti, 2013; Ferro, 2012).

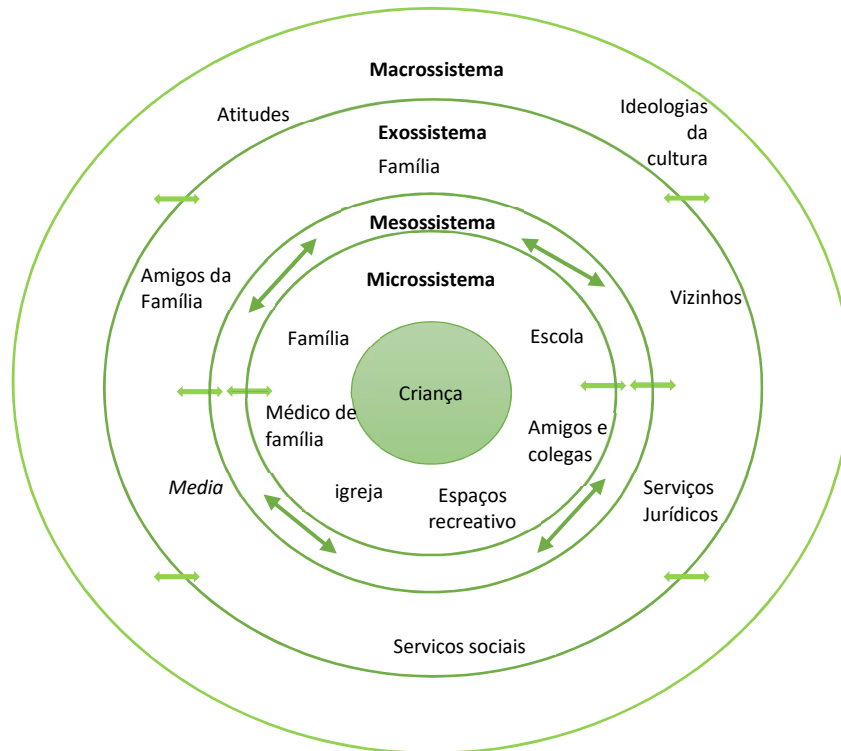


Figura 3 - Modelo da ecologia de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (Correia, 2000, adaptado)

- **Modelo de ecologia de Risco**

Para Garbarino (1982) o desenvolvimento da criança assenta em influências positivas e negativas do meio em que a criança está inserida. Ou seja, este autor identifica fatores de risco e fatores de oportunidade que moldam o desenvolvimento de competências e de comportamento.

Os *fatores de risco* são definidos como influências intra e extrafamiliares que diminuem o desenvolvimento de competências da criança. Os riscos apresentados podem ser biológicos, mas também podem estar inerentes às interações entre as forças biológicas,

psicológicas, sociais e culturais em que a criança está inserida (Garbarino e Ganzel, 2000).

Os *fatores de oportunidade* promovem o desenvolvimento dessas mesmas competências e de comportamento (Garbarino e Ganzel, 2000).

▪ ***Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde***

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, conhecida como CIF foi desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objetivo de uniformizar e padronizar a linguagem relacionada com a descrição da saúde e de estados relacionados com a mesma. Os domínios que são apresentados na CIF dividem-se em dois grandes grupos, sendo eles as *Funções do Corpo* e *Atividade e Participação*. O termo de *funcionalidade*, segundo esta classificação abrange as funções do corpo, as atividade e participação do individuo no seu meio, relacionando com os fatores ambientais em que está inserido. Assim, o componente de *Atividades e Participação* assentam numa perspetiva da funcionalidade tanto a nível individual, mas também social. Esta classificação está também sensível ao impacto que os fatores contextuais (entre os quais os fatores Ambientais) têm sobre o individuo. Como se verifica na Figura 4 a funcionalidade da pessoa é uma interação entre as condições de saúde e os fatores contextuais, que podem ser ambientais ou pessoais, que interferem de forma bidirecional a atividade e participação do mesmo (CIF, 2004).

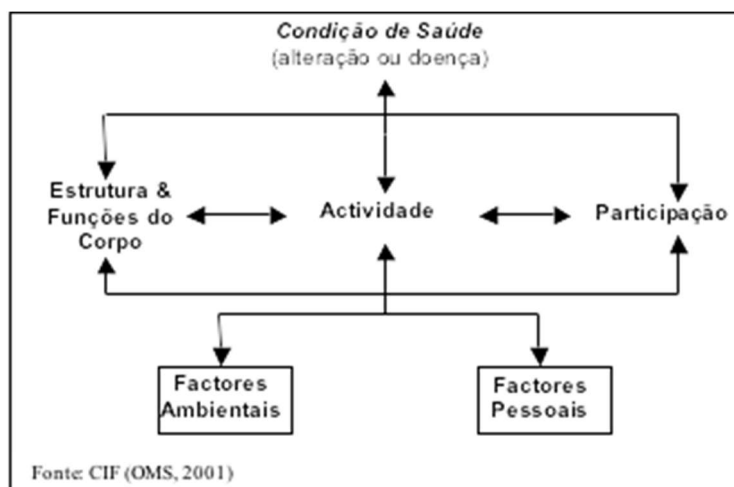


Figura 4 – Interações entre as componentes da CIF

CAPÍTULO II – ABORDAGEM BASEADA NAS ROTINAS

Neste capítulo irão ser abordados temas intimamente ligados com a Abordagem Baseada nas Rotinas, tais como a importância das rotinas no desenvolvimento da criança, bem como a implementação de uma intervenção com base em Práticas em Contextos Naturais e Centradas na Família. Estas práticas são amplamente preconizadas em Intervenção Precoce na Infância em Portugal através de equipas com modelo de atuação transdisciplinar, que serão também realçadas neste capítulo.

2.1. Rotinas

Todas as crianças aprendem através das interações com os outros nos contextos em que estão inseridos, durante as atividades/rotinas do seu dia a dia (Raver e Childress, 2015). Considerando os princípios e objetivos do apoio prestado pelos profissionais no âmbito de uma Intervenção Precoce atempada e o mais eficaz possível, os profissionais da IP deverão então dar o seu apoio orientando e fornecendo estratégias aos pais e cuidadores da criança nessas rotinas, definindo objetivos e metas, de forma a promoverem o desenvolvimento da criança (Raver e Childress, 2015; Johnson, *et al.*, 2015).

Para Dunst *et al.* (2006) as atividades/rotinas quotidianas fornecem à criança contextos significativos que são necessários para as aprendizagens e generalizações. As rotinas são repetitivas, previsíveis e permitem alternância de turnos, rituais e atividades (Yoder e Warren, 1993; McWilliam, R. A., 2010). São momentos de oportunidades de participação, que ocorrem durante o dia das crianças, nos vários contextos em que estão inseridas (McWilliam, R. A., 2007, 2012; Caldeira, 2017), como por exemplo nas refeições, no banho, ao adormecer e viajar (Johnson, *et al.*, 2015; Caldeira, 2017). Estas rotinas oferecem segurança proporcionando à criança uma aprendizagem facilitada através da repetição, tornando as aquisições consistentes e consolidadas (Kashinath *et al.*, 2004).

As rotinas acontecem nos contextos de casa, educativo ou recreativo, de forma frequente. No entanto, podem não acontecer diariamente, mas constituem um padrão na vida da criança (McWilliam, R. A., 2012), sendo significativas e proporcionando um suporte e oportunidades para a interação (Woods *et al.*, 2011; Jennings, *et al.*, 2012). Quando a intervenção é baseada nas rotinas da criança, esta aprende de forma funcional, sendo mais facilitador pelo facto do significado das aprendizagens ser mais evidente quer para a criança quer para a família (Jennings, *et al.*, 2012; Aleixo, 2014).

As rotinas podem apresentar um nível moderado de novidade, podendo ser atividades pouco interessantes para as crianças e levando-as a não colaborar, ou demasiado excitantes, fazendo-as despende muita energia (Warren e Horn, 1996).

Dunst *et al.* (2006) encontraram 22 categorias diferentes de eventos na vida das crianças que criam oportunidades de aprendizagem. No seu estudo Alves (2016) agrupou-as em diferentes categorias de atividades/rotinas entre aquelas que são realizadas no seu meio familiar (estão inseridas algumas rotinas familiares da criança, atividades de brincadeira etc) e as que são realizadas na vida comunitária da família e de serviços (onde se incluem atividades lúdicas ao ar livre, atividades religiosas, passeios, etc) sendo fontes de oportunidades de aprendizagem das crianças, melhorando o seu desenvolvimento. (Quadros 2 e 3).

Quadro 1 - Atividades e oportunidades de aprendizagem familiar (Alves 2016, Adaptação)

Atividades Familiares e Domésticas						
	1. Rotinas Familiares	2. Rotinas parentais	3. Rotinas da criança	4. Atividades de alfabetização	5. Brincadeiras físicas	6. Atividades lúdicas
1	Tarefas domésticas	Banho	Limpar o quarto	Ler/olhar para os livros	Andar de bicicleta	Desenhar
2	Preparar refeições	Dormir	Ir a casa de banho	Passear/caminhar	Fazer jogos de bola	Jogar jogos de tabuleiro
3	Comprar comida	Refeições	Vestir/despir	Histórias para adormecer	Brincar com água/nadar	Jogar vídeo jogos
	7. Atividades de entretenimento	8. Rituais familiares	9. Celebrações Familiares	10. Atividades de Socialização	11. Atividades de Jardinagem	

1	Ouvir música	Dar Graças às refeições	Jantares nos feriados	Reuniões de família	Trabalhar no quintal	
2	Ver Televisão	Rezar	Aniversários dos membros da família	Piqueniques	Plantar árvores/ flores	
3	Brincar sozinho	Reuniões familiares	Decorar a casa	Visitar vizinhos	Fazer uma horta	

Quadro 2 - Atividades e oportunidades de aprendizagens Comunitárias e de Serviços (Alves 2016, Adaptação)

Atividades Comunitárias e de Serviços						
	12. Excursões familiares	13. Passeios em Família	14. Atividades lúdicas	15. Atividades comunitárias	16. Atividades ao ar livre	17. Atividades recreativas
1	Atividades familiares	Comer fora	Recreio ao ar livre	Celebrações comunitárias	Caminhar	Pescar
2	Atividades de fim de semana	Ir as compras	Recreio dentro de casa	Festivais das crianças	Passeio de barco	Natação
3	Passeio de carro/autocarro	Visita aos amigos	Grupos de brincadeiras das crianças	Feiras do município/comunidade	Acampar	Passeios a cavalo
	18. Atrações infantis	19. Atividades de Entretenimento/ Arte	20. Atividades Religiosas/ Igreja	21. Organizações/ Grupos	22. Desporto	
1	Quintas de animais/jardim zoológico	Museus para crianças/centros de ciência	Atividades religiosas	Karaté Artes Marciais	Basquetebol	
2	Parques/reservas naturais	Concertos musicais/ teatro para crianças	Ir à igreja	Escuteiros	Futebol	
3	Loja de animais/abrigo de animais	Contadores de histórias	Escola ao Domingo	Ginástica		

McWilliam R. A. (2010) e Jennings *et al.* (2012) também apresentam variados contextos e outras atividades em que se podem incluir rotinas. Esses contextos referem-se aos locais onde a criança passa a maior parte do tempo, como por exemplo, na sua casa, na creche/jardim de infância ou até na casa de um familiar.

Numa intervenção com base nas rotinas é necessário percebê-las, mas também ter flexibilidade na adaptação a todas as circunstâncias, pois as rotinas podem alterar-se

devido a muitos fatores e é importante ter sempre como objetivo final a promoção das interações positivas entre a criança e os cuidadores (Caldeira, 2017).

Para além das atividades ou rotinas que as crianças realizam ao longo do dia/semana, será também pertinente abordar as transições. Estes são momentos entre as atividades, momentos em que as crianças passam de uma atividade para outra (Johnson, *et al.*, 2015).

O profissional da IPI poderá orientar a família também nas transições, pois estas acontecem com a mesma frequência que as rotinas (Johnson, *et al.*, 2015), sendo também oportunidades de aprendizagem, promotoras de interação da criança com os pais e cuidadores (Raver e Childress 2015). Estas podem ser referenciadas pelos cuidadores como uma grande dificuldade.

Para a uma intervenção baseada nas rotinas Flores e Schwabe (2000), referenciados no estudo de Jennings, *et al.* (2012), recomendam que se faça uma avaliação do desenvolvimento da criança, que se identifique os contextos em que a mesma está inserida, que se analise as atividades e rotinas nos contextos que apresentam potencial de serem intervencionados, que se desenvolva um plano de intervenção baseado nas rotinas da criança e que se avalie os objetivos traçados para monitorizar o progresso.

Ao desenvolver um trabalho com crianças pequenas é ainda fundamental fazer uma recolha de informação junto da família sobre as suas prioridades e perceber as suas necessidades (McWilliam, R. A., *et al.*, 2009). A Entrevista Baseada nas Rotinas (EBR) é um instrumento centrado na família que se pode constituir como uma ferramenta importante na recolha de informações sobre as rotinas e o funcionamento da criança e da família nas mesmas (McWilliam, R. A., *et al.*, 2009; McWilliam, R. A., 2012).

É uma entrevista semiestruturada (Woods e Lindeman, 2008), que apresenta três propósitos:

1. realizar objetivos funcionais;
2. avaliar a funcionalidade da criança e da família;
3. estabelecer uma relação positiva com a família.

Assim, durante a entrevista os profissionais recolhem informação relativa ao funcionamento da criança e da família nas várias rotinas do dia a dia, tanto em casa como noutras atividades que considerem pertinentes. A EBR poderá ainda ser aplicada aos educadores no contexto educativo. A relevância deste instrumento é aqui destacada por ser facilitador da tomada de consciência, por parte dos pais e dos principais cuidadores da criança, acerca do desempenho e participação da mesma nas atividades do dia a dia (McWilliam, R. A., 2012).

Deste modo, no início da entrevista é perguntado à família quais são as suas principais preocupações com a criança e família (McWilliam, R. A., *et al.*, 2009), depois a mesma é questionada sobre as várias rotinas do dia “acordar, uso da fralda/vestir, alimentação/refeições, momento de preparação para sair/viajar, lazer/ver televisão, hora do banho, sesta/hora de dormir, supermercado, no exterior, ou outras”. Em cada uma destas atividades é questionado o envolvimento e a autonomia da criança, bem como as relações sociais que se estabelecem durante a mesma, ou seja, o que a criança faz, como é a sua participação e independência e, por fim, como é a relação da criança com o resto dos participantes (McWilliam, R. A., 2012).

No fim de cada rotina, é questionado o nível de satisfação que a família atribui à mesma sendo a resposta dada através de uma escala de likert com 5 opções, bem como o que gostaria de ver diferente, orientando para a definição de objetivos funcionais (McWilliam, R. A., *et al.*, 2009) e ajudando as famílias a ultrapassarem as dificuldades e melhorarem a interação com a criança (Raver e Childress, 2015).

Da mesma forma, quando aplicada em contexto educativo, a educadora é questionada quanto ao grau de ajuste que considera que a criança em causa possui, comparativamente ao esperado para a sua idade cronológica, e o que gostaria de ver diferente (apelando à sua sensibilidade enquanto profissional) e, de igual modo, facilitando a formulação de objetivos funcionais neste contexto (McWilliam, R. A., 2012).

2.2. Práticas em Contextos Naturais

Dunst *et al.* (2012) introduzem os contextos naturais de aprendizagem como os cenários onde as crianças aprendem de forma funcional, sendo fontes de oportunidade de aprendizagem, que servem de bagagem para as crianças participarem de forma mais ativa em atividades culturalmente relevantes e significativas.

Esta abordagem sustenta que o desenvolvimento inclui a exploração e a manipulação de objetos, experiências autênticas, bem como a participação ativa da criança, adequada à sua idade, cognição, pontos fortes, interesses e também às preocupações e prioridades da família (ASHA, 2008). Aprender em contextos naturais otimiza a aquisição de competências de comunicação e linguagem das crianças, promovendo o seu uso nos outros contextos da sua vida diária (Paul e Roth, 2011).

Dunst *et al.* (2012), referem três características importantes para a intervenção precoce em contextos naturais: o uso das atividades do quotidiano, na medida em que estas são oportunidades de aprendizagem para a criança; os pais terem um papel fundamental ao apoio dessas aprendizagens (enquanto mediadores das mesmas); e, por fim, os objetivos do aumento das competências, que se constituem como medidas de sucesso ou eficácia da intervenção precoce.

As oportunidades de aprendizagem segundo estes autores, podem ser contextualizadas ou descontextualizadas, sendo que as primeiras ocorrem no ambiente natural da criança, sendo por isso mais valiosas do que as segundas.

O Modelo de Práticas Contextualmente Mediadas (PCM), de Dunst, Raab, Trivette e Swanson (2010, 2012), ilustrado na Figura 5, ao ser implementado pela IPI, ajuda na operacionalização das práticas de aprendizagem em contextos naturais.

Assim, através das atividades de aprendizagens, mediante os interesses das crianças, os pais promovem maior número de oportunidades de aprendizagem, melhorando a participação e competências da mesma em todos os contextos onde está inserida (Dunst *et al.*, 2012).



Figura 5 - Componentes principais do Modelo das PCM (Dunst *et al.*, 2012)

Os mesmos autores indicam quatro princípios inerentes a este modelo (Dunst *et al.*, 2012):

1. As experiências cotidianas usadas como fontes de oportunidade de aprendizagem devem ser, para a criança, culturalmente significativas, de forma a promoverem competências comportamentais, funcionais e socialmente adaptativas.
2. As experiências e oportunidades oferecidas às crianças deverão reforçar a sua aprendizagem e desenvolvimento, promovendo a aquisição de competências comportamentais funcionais e o reconhecimento (por parte da criança) das suas aptidões, por forma a conduzirem aos efeitos esperados.
3. A aprendizagem das crianças mediada pelos pais é eficaz pois reforça a confiança e a competência destes quando promovem oportunidades e experiências que melhoram o desenvolvimento da criança em contextos naturais do dia a dia.

4. O papel dos profissionais na aprendizagem mediada pelos pais, é apoiar e reforçar a sua capacidade de promoverem junto dos seus filhos oportunidades de aprendizagem e experiências de acordo com os benefícios já reconhecidos pela comunidade científica, de forma a que a confiança e as competências tanto dos pais como dos filhos sejam reforçadas.

Quando falamos em oportunidades de aprendizagem, temos de ter em conta os interesses específicos de cada criança, pois a aprendizagem só acontece quando há interesse, envolvimento e motivação da criança. Os interesses passam pelos gostos, preferências e as qualidades da criança (Raab e Dunst, 2007). Assim, a implementação das PCM (Figura 6) tem como fundamento os interesses da criança que ocorrem no contexto de atividades de vida diária, para as quais tem motivação e se envolve, interagindo ou não com pessoas e objetos, constituindo-se como oportunidades de aprendizagem para o desenvolvimento de capacidades (Dunst *et al.*, 2012).

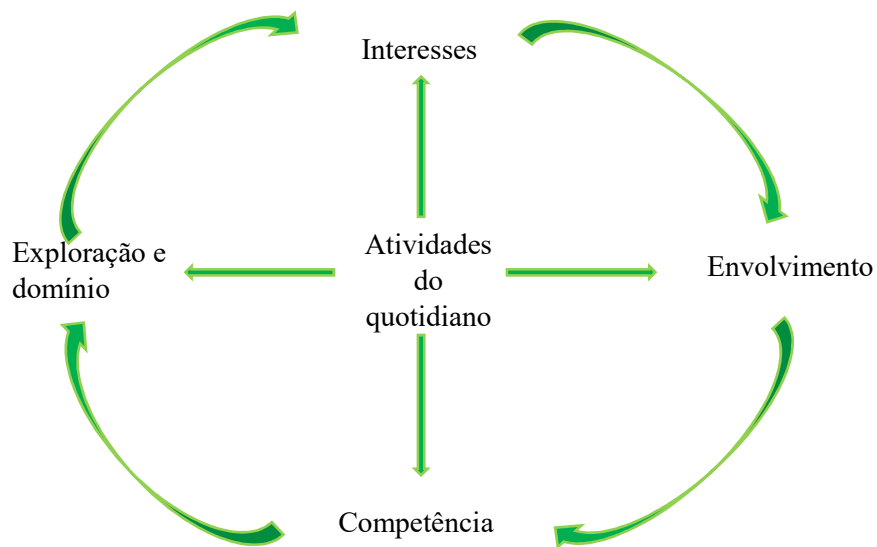


Figura 6 - Contextos de atividades quotidianas como oportunidades de aprendizagem em meio natural, baseada nos interesses da criança e promotora de competências (adaptação Dunst *et al.*, 2012).

Na ótica de Dunst *et al.* (2012) para implementação das PCM são necessários alguns procedimentos entre os quais a identificação dos interesses da criança e as atividades familiares que estruturam a vida da criança, selecionando as que representam maiores oportunidades de aprendizagem, com o objetivo de aumentar a participação da criança. Incentivar e apoiar as competências de exploração interação e domínio nessas atividades e avaliar a eficácia dessas oportunidades de aprendizagem em termos de benefícios para a criança e para a família (Figura 7).

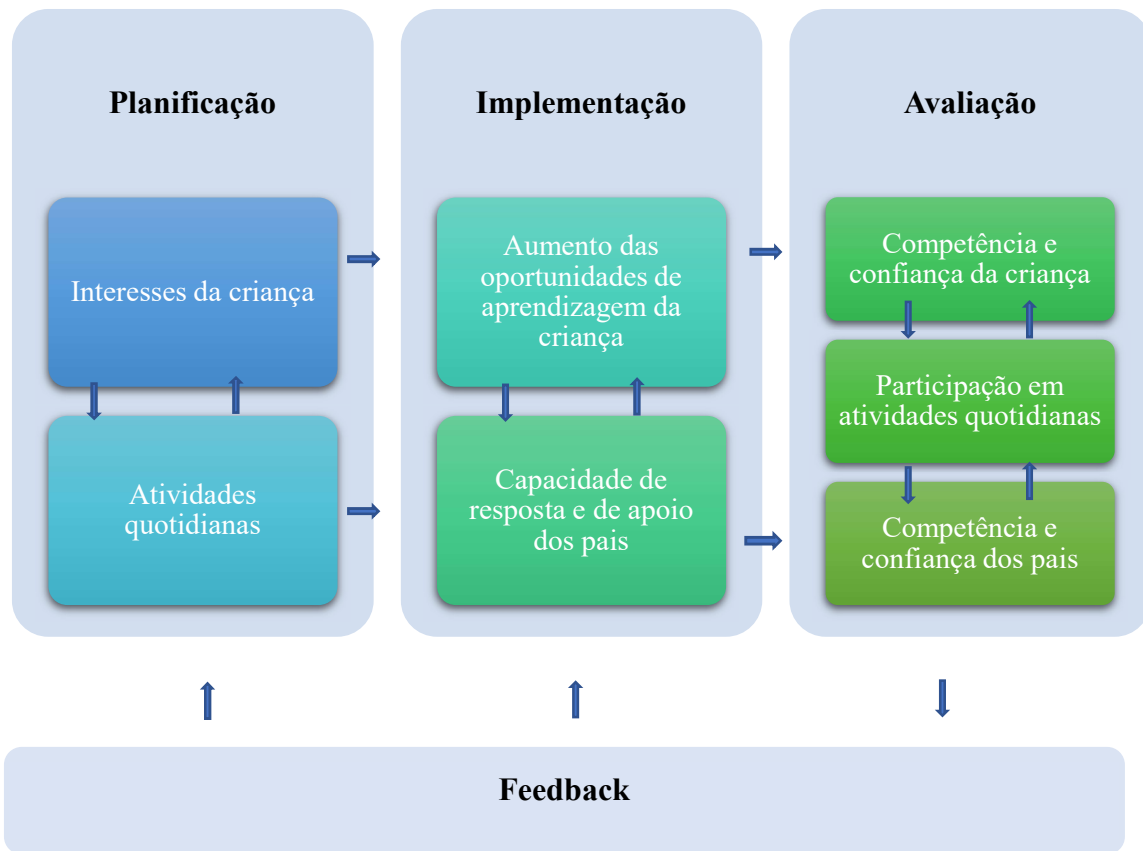


Figura 7 - Processo de planificação, implementação e avaliação da eficácia das Práticas Contextualmente Mediadas (Dunst *et al.*, 2012)

Por estas razões a IPI, é realizada nos contextos de vida diária da criança (Alves, 2016), sendo estes a sua casa, a casa de um familiar, a creche/jardim de infância, os parques, e outros locais da comunidade que a criança e a família frequentem (ASHA, 2018). A

ênfase colocada nestes cenários é reforçada pelo potencial que os mesmos possuem ao contextualizarem as aprendizagens que surgem inseridas nas vivências do dia a dia, de um modo natural, por oposição a uma aprendizagem descontextualizada desenvolvida em ambiente clínico (Dunst *et al.*, 2012). No seu estudo Alves (2016) compara o trabalho de intervenção em contexto clínico mais tradicional com o contexto natural da criança, indicando as diferenças esperadas em cada modelo de intervenção, em que especifica a postura dos técnicos e dos pais nos dois modelos de intervenção (Tabela 4).

Tabela 4 - Comparação da intervenção em contexto clínico tradicional e intervenção em contexto natural (adaptação Alves, 2016)

Princípios	Contexto clínico	Contexto natural
A família é que toma as decisões	As crianças são consumidoras de um serviço terapêutico. Os especialistas de intervenção precoce avaliam a criança e recomendam o tratamento.	Os pais são os especialistas das crianças, partilham as tomadas de decisões com os especialistas. A família estabelece prioridades para a intervenção.
Os pais são pais não são terapeutas	Os pais promovem o desenvolvimento da criança através das orientações dos terapeutas, com de programas domésticos demonstrados em clínica. O terapeuta não tem informação direta sobre os contextos em que a criança está inserida, bem como as suas rotinas ou práticas.	O terapeuta e a família incorporam as intervenções nas atividades do dia a dia da criança desenvolvendo programas de colaboração. O terapeuta experiencia as rotinas e práticas diárias da criança.
Colaboração com os pais	Os pais recebem orientações do terapeuta. A frequência, intensidade e duração da intervenção é predeterminada com o terapeuta. Os pais podem ou não assistir a sessões de intervenção.	As famílias escolhem a intensidade da intervenção em conjunto com os especialistas. Estes aumentam ou diminuem a quantidade de serviço de acordo com a capacidade individual da família.
Intervenção baseada nas necessidades da criança	O terapeuta utiliza um teste padronizado fora do contexto familiar da criança e a sua perspetiva sobre a mesma limita-se ao contexto clínico.	Os especialistas, primeiro avaliam o desenvolvimento da criança, em contexto familiar, tendo por base a brincadeira, envolvendo os familiares, de forma a assegurar o melhor desempenho da criança.
Os serviços variam com as necessidades e preocupações da família	O especialista permanece constante ao longo da intervenção. Poderá haver algumas visitas aos diferentes contextos de forma pouco frequente. As sessões podem ser realizadas com ou sem os pais presentes de forma a colmatar as dificuldades identificadas pelo terapeuta	Os especialistas podem adotar papéis diferentes, como apoio direto, consultoria, capacitar e utilizar abordagens de intervenção diferentes ao longo do tempo. A intervenção depende dos estilos de aprendizagem da própria família.

2.3. Práticas Centradas na Família

Uma prática de intervenção baseada nas rotinas é uma das componentes essenciais de um modelo centrado na família e na comunidade (Caldeira, 2017). As Práticas Centradas na Família (PCF) emergiram das teorias ecológicas e sociais de Bronfenbrenner (1975) e Hobbs *et al.* (1984), com o reconhecimento da influência da família no desenvolvimento da criança, fazendo a criança e a família parte do mesmo sistema (Sameroff, 1983).

Por outro lado, Sameroff (1975) refere também que uma intervenção centrada apenas na criança se torna mais limitada, alertando para a importância de modificações que devem ocorrer durante a intervenção. Estas modificações deverão potenciar melhores condições de desenvolvimento ou anular as influências negativas que afetam o mesmo.

A abordagem centrada na família baseia-se na crença de que a família é o pilar na intervenção, no que diz respeito às tomadas de decisão relativas à criança. Pois é a família que melhor conhece os pontos fortes e fracos da criança, devido à sua ligação social mais importante e próxima (ASHA, 2018).

Assim, as PCF apoiam o envolvimento da família na evolução da criança promovendo interações positivas entre esta e os adultos e os seus pares (Paul e Roth 2011), criando oportunidades para a família envolver a criança em todas as atividades, selecionando os seus desejos e tipos de envolvimento em cada uma delas (ASHA, 2018). Assim, têm como foco principal o suporte da criança e da família, tentando fortalecer as relações familiares (Raver e Childress, 2015).

Raver e Childress, em 2015, apresentam algumas suposições que estão na base das Práticas Centradas na Família:

1. Todas as pessoas são basicamente boas.
2. Todas as pessoas têm pontos fortes.
3. Todas as pessoas necessitam de apoio e encorajamento.
4. Todas as pessoas têm competências, habilidades e conhecimentos, embora diferentes, mas igualmente importantes.
5. Todas as famílias têm esperanças, sonhos e desejos para os seus filhos.

6. Todas as famílias utilizam recursos, mas existe igualdade na acessibilidade aos recursos utilizados.
7. As famílias devem ser apoiadas de modo a manter a sua dignidade e esperança.
8. As famílias devem ser parceiras iguais no seu relacionamento com os profissionais.
9. Os profissionais trabalham para as famílias.

Mahoney e MacDonald (2007) justificam a influência que os pais têm no desenvolvimento da criança pois, em primeiro lugar, estes estabelecem uma relação de afeto e vinculação que ninguém consegue substituir. Em segundo lugar a aprendizagem e o desenvolvimento da criança é um processo contínuo no tempo e ocorre nas atividades do dia a dia em que a criança está inserida. E em terceiro lugar, mesmo que estejam pouco tempo com a criança, os pais criam mais oportunidades de interação e promoção do desenvolvimento da criança do que qualquer outro adulto ou profissional.

Uma abordagem centrada na família tem também em atenção os recursos da família, no sentido de tentar auxiliar a família a identificar a sua rede de apoio (formal e informal), melhorando o seu acesso aos serviços, informação, capacidade e conhecimento, por forma a apoiar o desenvolvimento da criança, bem como a rede de suporte da família e de quem a apoia mediante as suas necessidades (Raver e Childress, 2015).

Dunst *et al.*, (1991) apresentam 4 diferentes abordagens de trabalho com as famílias, que diferem no tipo de papel atribuído à família e ao profissional na abordagem centrada na família, focalizadas na família, aliadas à família e centradas no profissional (Quadro 4), sendo que a abordagem centrada na família a preconizada na IPI.

Quadro 3 - Diferentes abordagens de trabalho com as famílias (Dunst *et al.*, 1991)

Tipo de abordagem	Conceções típicas sobre a família	Conceções típicas sobre o profissional e a intervenção
Centradas na família	A família é considerada como completamente capaz de tomar decisões	O profissional é o agente/instrumento da família.

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

Dunst, em 1985, desenvolveu o Modelo de apoio social centrado na família, apresentando uma visão sistémica, em que o papel da família e comunidade é valorizado e onde a intervenção se baseia na mobilização das redes formais e informais da família.

Bronfenbrenner (1979) refere que as crianças se desenvolvem em contextos que representam influências ambientais que têm efeito sobre as mesmas. Estas influências podem ter um efeito mais direto, no caso dos cuidadores que passam mais tempo com a criança e um efeito indireto, nomeadamente a cuidadores que passam períodos significativamente mais curtos com a criança (McWilliam R. A., 2012).

Considerando esta perspectiva, o enfoque da avaliação e intervenção deixa de estar apenas centrado na criança para passar a ser mais abrangente, sobre a família, inserida na sua comunidade, tendo em conta os seus recursos, forças e as redes de suporte formal e informal que apresenta (Dunst, 1985). As relações entre os vários membros da família e a relação desta com a comunidade são importantes tanto para o funcionamento da família como para o desenvolvimento da criança, pois o bem-estar de cada membro afeta todos os outros (McWilliam P. J., 2003; McWilliam R. A., 2003).

As famílias que experienciam uma intervenção com uma abordagem em práticas centradas na família referem que esta tem influências positivas tanto no empoderamento dos pais, no bem-estar da família, como na eficácia na identificação das necessidades de apoio e recursos. Também referem que há uma maior coesão familiar e interação família-criança (Pereira e Serrano, 2014). Com este enfoque nas relações entre os vários membros da família e a relação da família com a comunidade, é importante ter em atenção os apoios formais e informais, assim como as suas redes sociais de interação das famílias.

Na tabela 5 estão apresentados (McWilliam R. A., 2012; Guralnick, 2005b), os tipos de apoio e recursos que se devem ter em atenção, quando se trabalha com crianças com necessidades educativas, tal como o apoio emocional, apoio material e informativo.

Tabela 5 - Tipos de apoio e recursos da família (McWilliam R. A., 2003; McWilliam R. A., 2012; Guralnick, 2005b)

Apoio emocional	Este tipo de apoio é importante para as famílias com crianças com NE, que experienciam de algum tipo de sofrimento. As famílias que não têm apoio emocional tendem sentir-se isoladas, desesperadas ou deprimidas.
Apoio Material	Este tipo de apoio abrange o acesso aos recursos financeiros e físicos de que as famílias necessitam para atingir os seus objetivos (ex.: alimentação, habitação, roupa). Se as necessidades básicas da família não forem cobertas, esta não vai ser capaz de concentrar em necessidades a um nível mais elevado.
Apoio Informativo	Este tipo de apoio refere-se às necessidades da família de conhecer e compreender o que diz respeito às necessidades da criança, os serviços disponíveis na comunidade, o desenvolvimento da criança, e as estratégias a usar para o desenvolvimento da criança.

O apoio prestado por membros de redes de suporte formal e informal, que têm como alvo as famílias de crianças com idades precoces, que têm um impacto significativo sobre o funcionamento da família, pais e criança (Dunst, 1985).

Todos os tipos de apoio apresentados na tabela 5 podem ser *formais* e *informais*. Os apoios formais são caracterizados por um grupo de pessoas ou instituições organizadas que respondem às necessidades da família, por exemplo, médicos, terapeutas, etc. Relativamente aos apoios informais estes dizem respeito a um grupo de pessoas que fazem parte da vida da família, por exemplo, a família alargada, um vizinho, membros da igreja, etc (Dunst, *et al.*, 1988). Os apoios informais devem ser os apoios primordiais para o fortalecimento do apoio às famílias (Dunst, 2000; Hobbs *et al.*, 1984). De forma a conhecer os recursos e apoios formais e informais das famílias os profissionais podem utilizar algumas ferramentas que aglomerem essa informação.

A realização do Ecomapa (Figura 8) pode ser uma dessas ferramentas, constituindo-se como uma mais valia na recolha deste tipo de informação, considerando tratar-se de um diagrama que representa as ligações, recursos e apoios de uma família bem como as forças de cada um (Jung, 2012), deverá ser usado no âmbito da IPI, por ser um instrumento centrado da família. Na sua aplicação o profissional da IPI deverá ser apenas um facilitador para que a família possa desenhar o seu próprio diagrama.

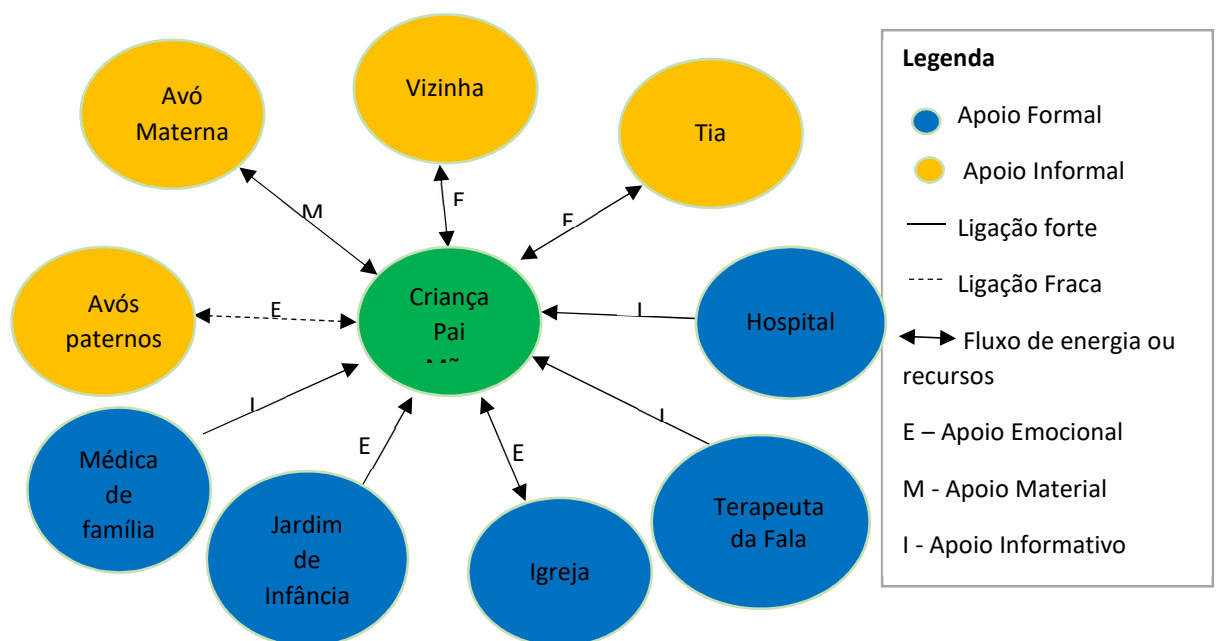


Figura 8 - Exemplo de Ecomapa

Dunst *et al.* (1998) defendem a identificação das necessidades e preocupações da família e as suas forças para mobilizar recursos. Nesta abordagem há um fortalecimento familiar, tornando-se a família corresponsabilizada, propondo três princípios orientadores, para uma mudança de paradigma de tipo de intervenção (Dunst, 1985, 2000):

- 1) **Princípio da Proatividade** - as práticas de intervenção devem enfatizar as forças e não os défices;
- 2) **Princípio do Fortalecimento** - a família deverá ser capacitada para controlar e aceder aos recursos da comunidade, evitando a dependência dos técnicos;
- 3) **Princípio da Parceria** - as práticas deverão basear-se na colaboração entre a família e os técnicos, como forma de apoiar o fortalecimento da família.

Dunst (1998) aparece então como impulsionador da Intervenção Precoce utilizando os termos de “coresponsabilização” e “capacitação” da família na intervenção (McWilliam, 2003). Este modelo de corresponsabilização e capacitação familiar (Figura 9) inclui quatro componentes conceptuais e três componentes operacionais.

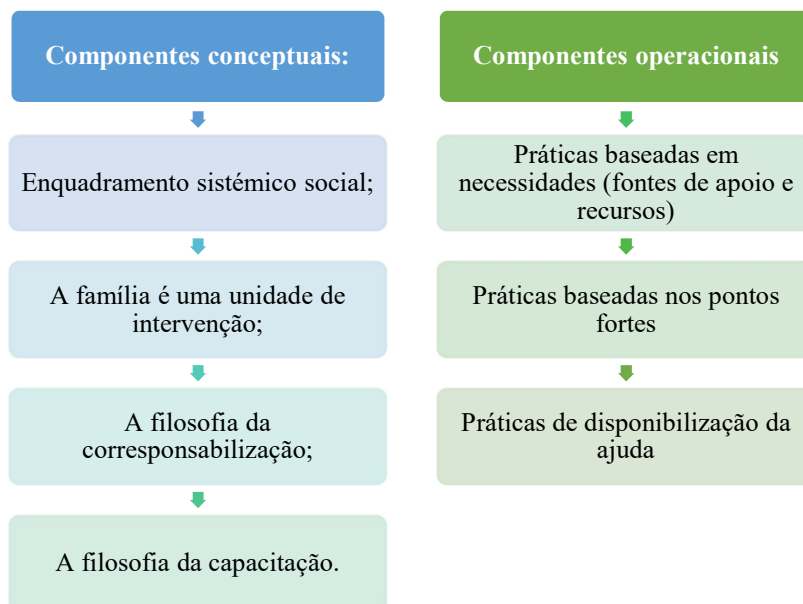


Figura 9 - Componentes do modelo de corresponsabilização e capacitação familiar. (Dunst, 1998)

A mudança para o paradigma de desenvolvimento de competências pressupõe que todas as famílias têm pontos fortes e capacidades para se tornarem mais competentes no desenvolvimento das aprendizagens da criança, tendo em conta os recursos e os apoios necessários. Assim, os pais sentem-se mais competentes e capazes para influenciar de forma positiva o desenvolvimento dos seus filhos (Dunst e Trivette, 2009). No Quadro 5 apresentamos as diferenças entre o Paradigma de Construção de Capacidades, proposto por estes autores explorando modelos de promoção, corresponsabilização, baseado nas forças e nos recursos centrados na família, e o Paradigma Tradicional utilizando modelos de tratamento baseados na especialidade, nos défices, serviços e centrados nos profissionais.

Quadro 4 - Paradigma da Construção de Capacidades Vs Paradigma Tradicional (Dunst e Trivette, 2009 cit. in, Maia, 2012)

Paradigma da Construção de Capacidades	Paradigma Tradicional
<i>Modelo de promoção</i> Focam-se no aumento e otimização das competências e no funcionamento positivo.	<i>Modelos de Tratamento</i> Focam-se na remediação de uma perturbação, problema ou doença, ou nas suas consequências.
<i>Modelos de Corresponsabilização</i> Criam oportunidades para as pessoas aplicarem as capacidades existentes bem como desenvolverem novas competências.	<i>Modelos Baseados na Especialidade</i> Dependem exclusivamente do conhecimento especializado dos profissionais para resolverem os problemas das pessoas.
<i>Modelos Baseados nas Forças</i> Reconhecem os pontos e talentos das pessoas e ajudam-nas no uso dessas competências para fortalecer o seu funcionamento.	<i>Modelos Baseados nos Défices</i> Focam-se na correção dos pontos fracos e problemas das pessoas.
<i>Modelos Baseados nos Recursos</i> Definem as práticas em termos de uma base alargada de experiências e oportunidades comunitárias.	<i>Modelos Baseados nos Serviços</i> Definem as práticas considerando apenas os serviços profissionais.
<i>Modelos Centrados na Família</i> Encaram os profissionais como parceiros das famílias, que demonstram responsividade perante as suas preocupações e desejos.	<i>Modelos Centrados nos Profissionais</i> Encaram os profissionais como peritos que determinam as necessidades das famílias, não considerando a perspetiva das mesmas.

Os modelos tradicionais de Intervenção promovem o afastamento das famílias e podem ter um efeito negativo, não promovendo o envolvimento das mesmas nas decisões de implementação da intervenção, e os serviços de que necessitam, bem como as condições dos mesmos (Marcenko, Herman e Hanzel, 1992; Marcenko e Smith, 1992; Trivette, Dunst e Deal, 1997).

Dunst e Trivette (2009) identificaram as três principais características das práticas de prestação de ajuda eficaz por parte dos profissionais, potenciando as competências, que têm repercussões na família ao nível do *empowerment* – dar o poder aos pais no sentido do conhecimento e da capacidade de decisão na intervenção - as quais encontram-se representadas na Figura 10.



Figura 10 – Corresponsabilização e práticas de ajuda eficazes no trabalho com a família (adaptação Dunst, 1998 *cit. in*, Correia e Serrano, 2000)

A *qualidade técnica* prende-se com o conjunto de conhecimento teóricos e práticos do profissional, que são resultados de formação e experiência profissional, abrangendo o conhecimento especializado e a competência profissional (Dunst *et al.*, 2002.).

As *práticas relacionais*, são as características e representações interpessoais do profissional que influenciam os aspetos relacionais do apoio. Podem ser incluídos os comportamentos dos profissionais associados a uma boa prática clínica, convicções, crenças positivas sobre as competências e capacidades da família (Carvalho, 2004, *cit. in* Carvalho *et al.*, 2018), bem como boas competências comunicativas (compaixão, escuta ativa, empatia, autenticidade, compreensão, etc). Estas competências são a base para o profissional reconhecer os pontos fortes das famílias e usá-los para otimizar o desenvolvimento da criança, bem como o funcionamento da família (Dunst *et al.*, 2002).

As *práticas participativas*, de acordo com Dunst *et al.* (2013), são os comportamentos dos profissionais que apontam para o envolvimento da família nas tomadas de decisão e de escolha informada, e desenvolvimento de competências para encontrar os recursos, apoios e serviços de que a família necessita. Estas práticas permitem a responsabilização de quem procura a ajuda e encontrar soluções para os seus próprios problemas, melhorando competências e conhecimentos de forma a melhorar a sua vida. Pode-se anunciar algumas práticas que proporcionam uma maior colaboração profissional-família, sendo elas oportunidades para discussão de opções de intervenção e informação para tomar decisões; colaboração e partilha de tomadas de decisões; e envolvimento ativo da família na implementação das decisões (Dunst *et al.*, 2013),

Também McWilliam (2012) define os seguintes princípios orientadores que deverão ser adotados pelos profissionais que integram equipas com esta abordagem de forma a capacitar a família: 1) A Família deverá ser encarada como uma unidade de prestação de serviços, reconhecendo e dando resposta às necessidades de cada membro da família e não apenas a criança atraso de desenvolvimento; 2) Os pontos fortes da família deverão ser reconhecidos, pois assim é possível encorajar os pais a sentirem-se orgulhosos do seu filho e neles próprios, potenciando o desenvolvimento da criança. 3) Oferecer uma resposta às principais preocupações e prioridades identificadas pela família. Ou seja, os pais decidem o que é mais importante e prioritário ser desenvolvido e não apenas o que o profissional isolado considera. Estas prioridades variam de família para família. 4) Os serviços prestados, deverão ser individualizados, pois todas as famílias são diferentes e têm prioridades diferentes e requerem um conjunto vasto de serviços, que deverão incluir

essas mesmas prioridades. Também é importante que os profissionais tenham conhecimento e capacidade de encaminhamento da família para os diferentes serviços ou recursos existentes na comunidade. 5) As prioridades da família não são estáticas estando em constante mudança, sendo de extrema importância o profissional estar atento e adaptar novos serviços e planos de intervenção que deem resposta às mesmas. 6) Os valores e o modo de vida de cada família são únicos, sendo necessário apoiar as famílias nas tomadas de decisão, tendo por base esses mesmos valores e crenças.

2.4. Trabalho em equipa

Carvalho *et al.* (2018) referem três tipos de modelos de trabalho em equipa, que evoluem do menos integrado para o mais integrado, quanto ao modo como os profissionais atuam e interagem entre si (Figura 11).

Modelo multidisciplinar

Os vários profissionais de áreas diferentes atuam de forma paralela e separadamente com a criança, em função dos défices avaliados.

Modelo interdisciplinar

Intervenção simultânea dos vários profissionais com planos de intervenção separados, havendo alguma partilha de informação entre eles.

Modelo transdisciplinar

Plano de intervenção elaborado pela equipa de profissionais e pela família (fazendo esta parte integrante da equipa) havendo apenas um profissional que apoia a família na implementação do plano, tendo os outros profissionais com apoio de retaguarda.

Figura 11 – Forma como os profissionais interagem nos diferentes modelos (Almeida, Breia e Colôa, 2005; Shelden e Rush, 2013, Carvalho *et al.*, 2018, adaptação)

São, sem dúvida, formas de trabalhar muito diferentes (Quadro 6), dependendo da equipa e do modelo implementado, sendo importante que os profissionais que se insiram numa equipa percebam claramente o funcionamento de cada modelo e o que os diferencia (Carvalho, *et al.*, 2018)

Quadro 5 - O que diferencia uma perspetiva multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar, no processo de avaliação e intervenção (Carvalho, *et al.*, 2018)

	Equipa Multidisciplinar	Equipa Interdisciplinar	Equipa Transdisciplinar
Processo de avaliação	Elementos da equipa fazem avaliações separadas	Elementos da equipa fazem avaliações por área de disciplina e partilham resultados	Os profissionais e família conjuntamente planeiam e conduzem uma avaliação abrangente
Desenvolvimento do plano de intervenção precoce (PIIP)	Planos separados por disciplina	Os elementos da equipa definem objetivos em separado por área disciplinar e partilham o seu plano com o resto da equipa, podendo integrar um plano do serviço ou equipa	Os profissionais e a família desenvolvem um plano de intervenção baseado nas preocupações, prioridades e recursos da família
Implementação do plano individualizado de intervenção precoce	Cada profissional implementa o seu plano separadamente de acordo com a sua especialidade	Cada profissional implementa a sua parte do plano e incorpora outras áreas se possível	Um elemento (o mediador de caso) fica responsável pela implementação do plano com a família

As equipas das ELI atuam segundo o modelo transdisciplinar (Quadro 7), onde um dos elementos da mesma é escolhido como mediador de caso, mantendo uma interação consistente com a família e a criança, com o apoio de retaguarda dos restantes elementos da equipa. Assim, os elementos da equipa devem trabalhar de forma colaborativa para

responder a todas as necessidades da criança e da família, comprometendo-se a ensinar, trabalhar e aprender para além das fronteiras das diferentes áreas de atuação (Carvalho *et al.*, 2018). Este modelo de prestação de serviços estabelece que o trabalho desenvolvido pelos profissionais aborda não só as áreas tradicionalmente abrangidas pela sua própria disciplina, mas também as áreas normalmente abrangidas por outros profissionais (McWilliam, R. A, 2003; McWilliam, R. A, 2012).

Quadro 6 - O que diferencia uma perspectiva transdisciplinar, multidisciplinar e interdisciplinar no funcionamento da equipa (Carvalho, *et al.*, 2018)

	Equipa Multidisciplinar	Equipa Interdisciplinar	Equipa Transdisciplinar
Filosofia	Os elementos da equipa reconhecem os contributos de outras disciplinas como importantes	Os elementos da equipa desenvolvem o seu próprio programa de forma separada, como sendo uma parte do plano de intervenção, embora trocando alguma informação	Compromisso dos elementos da equipa, entre si, de ensino, aprendizagem e trabalho conjunto, ultrapassando as fronteiras disciplinares para implementarem um plano de intervenção unificado
Participação das famílias	A família encontra-se individualmente com diferentes elementos da equipa	A família pode encontrar-se com a equipa ou com um representante	A família é membro pleno e ativo da equipa e participa em todas as fases do processo
Formas de comunicar entre os elementos da equipa	Geralmente de forma informal	Reuniões periódicas da equipa para estudo de caso	Reuniões de equipa regulares: partilha e troca de informação, de conhecimentos e de competências entre os elementos da equipa.

Mcwilliam (2010) refere que a consultoria é um método de apoio técnico, de forma a envolver decisões conjuntas entre o consultor e a família/cuidador. A consultoria poderá

existir em avaliações, bem como no planeamento de intervenção e ao longo da mesma. Este autor divide ainda os profissionais em generalistas e em especialistas, em que os primeiros referem-se a educadores de infância, psicólogos, técnico superior de serviço social, entre outros, que integram uma grande variedade de necessidades do desenvolvimento e comportamento da criança e da família. Os profissionais especialistas, Terapeutas da Fala, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, focam-se numa área específica do desenvolvimento e funcionamento da criança. Estes trabalham com a criança nas atividades do dia a dia, integrando as estratégias implementadas, de forma a atingir os objetivos e promover o desenvolvimento das crianças (Guralnick, 2005a; McWilliam, 2010).

Nesta abordagem a intervenção não se faz através de apoios especializados e terapias em contexto clínico de forma direta com as crianças, mas sim de forma integrada nos contextos naturais, tendo o foco nas atividades de vida diária, em que o mediador de caso intervém segundo o modelo de consultoria colaborativa com os pais e educadores (Carvalho *et al.*, 2018). A colaboração é um meio para alcançar os objetivos que não poderão ser atingidos quando se atua de forma separada (Bruner, 1991). Uma colaboração eficaz dos serviços e dos recursos da comunidade, tem como premissas uma prestação de serviços mais adequada às necessidades e prioridades da família, através de serviços mais abrangentes, coordenados e integrados; a obtenção de resultados mais duradouros; potenciar e otimizar os recursos da comunidade, havendo uma maior cobertura de crianças apoiadas e adequar as intervenção aos recursos e necessidades da comunidade (Bruder e Bolonha, 1999; Marques, 2014). Estes recursos poderão ser ativados tendo em conta algumas especificidades de etiologia das crianças inseridas do SNIPI que deverão ser salvaguardadas intervenções ou apoios complementares de alguns serviços especializados na comunidade.

CAPÍTULO III – O TERAPEUTA DA FALA NA ABORDAGEM BASEADA NAS ROTINAS

A atuação do Terapeuta da Fala é bastante abrangente. Este capítulo irá focar-se na intervenção do TF dentro de uma Equipa Local de Intervenção Precoce, que se rege pelo modelo transdisciplinar de trabalho em equipa, tendo em conta as recomendações nacionais e internacionais de boas práticas para este profissional, considerando a sua especificidade na avaliação e intervenção.

3.1. O Terapeuta da Fala

O Terapeuta da Fala é o profissional responsável pela prevenção, avaliação e estudo científico das perturbações da comunicação humana, bem como da deglutição. O TF avalia e intervém com indivíduos de todas as faixas etárias, desde recém-nascidos a idosos, tendo como objetivo principal otimizar as capacidades de comunicação e deglutição, melhorando a sua qualidade de vida (ASHA, cit. in APTF, 2018).

A Organização Mundial de Saúde refere que o trabalho do TF é importante para melhorar a qualidade de vida dos utentes, reduzindo as alterações das estruturas e funções do corpo, as limitações na atividade e participação e as barreiras ambientais às quais possam estar sujeitos (Clarisse, 2013).

O TF tem um papel preponderante na avaliação e intervenção de competências pré-verbais, no brincar, uso de gestos e outras formas não verbais de comunicação e interação. À luz da Abordagem Baseada nas Rotinas, poderão realizar-se avaliações através de procedimentos formais e informais, entrevistas aos pais, observação em contextos naturais e rotinas da criança (ASHA, 2008; Guralnick 2000),

O importante papel da família e dos cuidadores e o seu envolvimento na intervenção com crianças e jovens é reconhecido pelo TF há já várias décadas, pois estes contribuem para a generalização das aprendizagens das crianças, nos seus variados contextos, nas suas

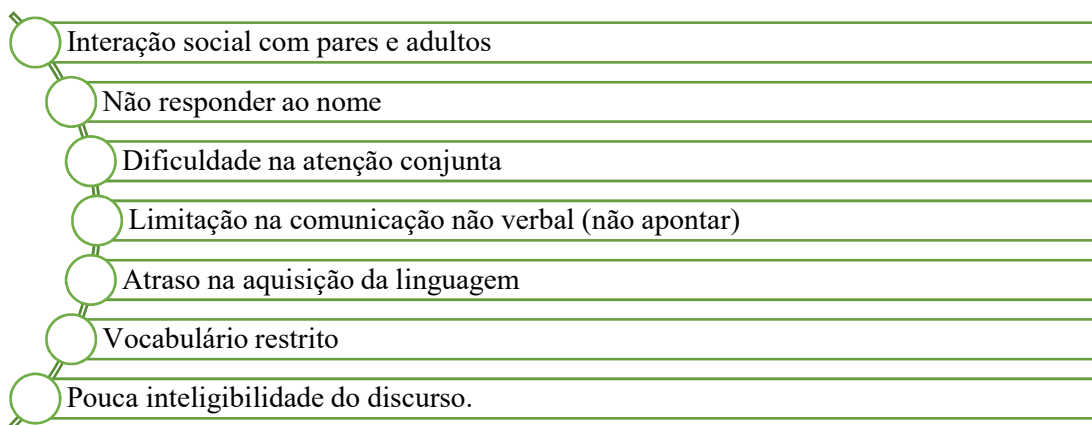
rotinas e com uma variedade de parceiros comunicativos (Woods, 2011). Assim, é importante que este profissional individualize e personalize ao máximo o processo de avaliação de acordo com as atividades/rotinas do dia a dia da criança, bem como a intervenção, a qual deve ser ajustada à participação da mesma em cada rotina, considerando o seu contexto familiar. Para isso, poderão ser criados materiais e atividades, e fornecidas sugestões e estratégias aos pais e cuidadores para serem incluídas nos ambientes naturais das crianças. O Terapeuta da Fala deve estabelecer uma relação terapêutica de aliança com a família, perceber os limites desta relação, usar estratégias de resolução de problemas de forma colaborativa, usar parceiros estratégicos, ter conhecimento dos valores, crenças, atitudes da família, experiências passadas, e estar consciente do impacto das informações transmitidas à família (ASHA, 2008).

Deste modo, o foco da intervenção deixa de ser só o envolver a criança nas atividades educativas e terapêuticas, mas também o apoiar a família e cuidadores para incorporarem as intervenções dentro das atividades e rotinas do dia a dia (Woods, 2011).

A variabilidade de crianças com critérios de elegibilidade, anteriormente apresentados, para integrarem a IPI é grande. Muitas crianças poderão não necessitar de qualquer apoio do TF, no entanto, é necessário ter em atenção quais as crianças que terão necessidade desse tipo de apoio e consultorias mais frequentes por parte desta área profissional. Segundo a ASHA (2008) as crianças elegíveis para a intervenção do TF no contexto de IPI apresentam dificuldades de comunicação e alimentação (mastigação e deglutição). As crianças com risco estabelecido terão maior probabilidade de serem alvo de intervenção por parte do TF, no âmbito do trabalho em equipa transdisciplinar. Algumas das crianças que apresentam apenas risco de atraso de desenvolvimento ou incapacidades ligeiras a severas, necessitam de um serviço que lhes proporcione a articulação com os recursos na comunidade, a articulação de serviços, o acesso a produtos de apoio, entre outros (ASHA, 2008).

Dentro das dificuldades de comunicação são enumeradas pela ASHA (2008) algumas das mais comuns que indicam a necessidade de intervenção do TF integrado numa equipa IPI (Figura 12).

Figura 12 - Dificuldades de comunicação (ASHA, 2008)



3.2. Recomendações e boas práticas do TF na IPI

Os Terapeutas da Fala integram equipas em vários locais de intervenção, hospitais, Equipas Locais de Intervenção Precoce, clínicas privadas, etc, em todas elas os TF poderão usar na sua prática profissional abordagens diferentes, tanto para a sua avaliação como para a intervenção com os utentes. Quando integrado numa ELI, o TF tem um papel centrado na prestação de serviços de apoio às famílias e às suas crianças com necessidades especiais (ASHA, 2016). No caso de crianças que apresentam alterações da comunicação, de linguagem e/ou alterações na mastigação/deglutição, o Terapeuta da Fala deverá assumir um papel de destaque na equipa (ASHA, 2008).

ASHA (2008) apresenta algumas orientações para a prática do TF na IPI. O serviço deverá ser baseado na *Abordagem Centrada na Família*, e promover a participação da criança no seu ambiente natural (*Abordagem em Contextos Naturais*). O TF poderá ter a função de *coordenador de serviços (mediador)*, efetuar *consultorias* e desenvolver um *trabalho colaborativo* com os membros da equipa ou familiares, tendo por base um *trabalho em*

equipa transdisciplinar e em prática baseada na evidência, mantendo a qualidade dos serviços prestados.

A *Abordagem Centrada na Família*, como já foi referido anteriormente, tem como base as prioridades, necessidades e os próprios recursos da família, sendo esta quem toma as decisões, pelo que o TF poderá apresenta-se como elemento consultor para essas famílias. Por outro lado, em algumas situações, a necessidade de ser efetuado um apoio direto com a criança/família pode ocorrer, assumindo o TF um papel mais ativo. Como o processo de desenvolvimento da criança é dinâmico, cabe ao TF em ambos os casos, monitorizar os resultados da intervenção juntamente com a família e adaptar o modelo de intervenção. No entanto, poderá haver alguns pais que não se sintam confortáveis com esta abordagem ou não se sintam capazes de participar tão ativamente no desenvolvimento de um trabalho em parceria com os profissionais de fazerem parte da equipa (Paul e Roth 2011). Pereira e Serrano (2014), enfatizam que uma Abordagem baseada nas rotinas com Práticas Centradas na Família, tem um impacto direto ou indireto na criança e na própria família. Os mesmos autores, sugerem que os profissionais dão maior valor de importância a esta prática centrada na família, do que reconhecem a real implementação das mesmas nas suas práticas profissionais. Ou seja, consideram que é muito importante, embora não as usem tão frequentemente na sua prática profissional.

Para intervir nos *contextos naturais* da criança o TF deverá familiarizar-se com as rotinas e interesses da família, tais como as interações que surgem entre os familiares nas diversas atividades da criança - o brincar, vestir, tomar banho. Nessas rotinas será importante o profissional observar a comunicação entre a criança/adulto e criança/criança (ASHA, 2008). Estas observações servirão para o TF perceber a funcionalidade da criança e o seu comportamento comunicativo durante essas mesmas rotinas (Paul e Roth 2011). Após a observação e o levantamento efetuado acerca das preocupações dos pais, deverão ser dadas as opções de intervenção e os pais decidirão qual o próximo passo (Ferro 2012).

A *articulação dos serviços e a coordenação* dos mesmos é o ponto fundamental na IPI (Paul e Roth 2011). Esta articulação de serviços poderá acontecer, quando em algum momento da intervenção, as famílias necessitam de outro apoio externo à equipa da ELI, sendo importante a existência de uma colaboração e articulação entre os diversos serviços

implicados, que vá de encontro às necessidades da família (Bruder, 2012). Ribeiro (2014), refere que os TF inseridos nas ELIs apresentam um conceito muito próprio sobre a sua intervenção neste modelo, não trabalhando sozinhos, articulando e promovendo a articulação entre os serviços. Também para McWilliam (2003) o trabalho em IPI, nos contextos em que as crianças estão inseridas e nas suas rotinas, depende muito da colaboração desenvolvida com os educadores de infância, pais, e/ou outros cuidadores. Segundo ASHA (2008), o Terapeuta da Fala quando assume o papel de coordenador de serviços/mediador de caso na IPI tem como responsabilidades:

1. Prestar o melhor apoio ao desenvolvimento da criança;
2. Estabelecer uma relação de respeito e colaboração;
3. Reunir informação sobre as prioridades, recursos, preocupações e linguagem usadas pela criança e família nas rotinas diárias e atividades;
4. Ajudar e capacitar as famílias a resolver problemas;
5. Ajudar a família e os outros membros da equipa a estabelecer um plano de avaliação e formular questões que reflitam as preocupações da família;
6. Integrar toda a informação de diferentes fontes de forma a identificar o perfil da criança;
7. Facilitar a comunicação entre a família e os vários membros da equipa, facilitando a delineação de objetivos funcionais dentro da rotina e nas atividades da criança e da família;
8. Realizar o plano de transição da criança.

Desta forma, o TF, na equipa transdisciplinar, poderá auxiliar também como consultor no processo de tomada de decisão, ou quando outros profissionais de outras áreas não estejam disponíveis, pedir consultoria e ser ele a aplicar algumas estratégias mais específicas, que não sejam da sua área profissional (Paul e Roth, 2011). Assim, o trabalho de consultoria, por parte do TF, é visto como um apoio do técnico para envolver decisões conjuntas entre quem consulta e quem é consultado (McWilliam R. A., 2012). Neste sentido, os TF deixam de ser os “peritos”, e passam a parceiros da família fomentando a sua autoestima, autocontrolo e satisfação na intervenção (Almeida, 2016).

É importante que todos os profissionais que trabalham diretamente com a família estejam informados e articulados sobre a intervenção. Esta articulação requer uma comunicação muito ativa dos profissionais, famílias e outros intervenientes que comunicam com a criança (Paul e Roth 2011). No entanto, Ferreira (2017), no seu estudo relativo à realidade portuguesa, faz um levantamento das percepções dos profissionais integrados numa ELI, referindo que embora estes já estejam a interiorizar o modelo colaborativo ainda descrevem um modelo de trabalho baseado no especialista, dificuldades em trabalhar transdisciplinaridade e em envolver a família durante o processo de intervenção. Também indicam alguma dificuldade em trabalhar em contextos naturais, nas rotinas da criança, tendendo a trabalhar ainda num modelo de um para um diretamente com a criança.

A ASHA (2008) define que as funções do TF relacionadas com o trabalho *colaborativo* com a família e membro da equipa passam por:

1. Capacitar a família para ajudar criança a melhorar ao nível da comunicação, mastigação e deglutição;
2. Explicar a importância da IPI e o papel fundamental da família no desenvolvimento da comunicação da criança;
3. Capacitar a família para melhor planear e tomar decisões sobre o desenvolvimento da criança;
4. Transmitir informações que mantenham consistentes a forma como esta prefere aprender;
5. Capacitar os pais e outros profissionais para que a intervenção possa acontecer em todos os contextos onde a criança está inserida;
6. Avaliar a implementação da intervenção;
7. Esclarecer todos os intervenientes sobre as funções da comunicação e comportamento desafiante;
8. Consciencializar a comunidade para as dificuldades de fala, linguagem, comunicação mastigação e deglutição;
9. Selecionar as estratégias, e abordagens e implementar os objetivos da intervenção;
10. Dar estratégias e apresentar recursos à família, e outras informações para que esta tome decisões informadas;

11. Capacitar as famílias para serem mais confiantes e competentes;
12. Para algumas crianças, a intervenção poderá passar por sessões de um para um, para outras poderá ser mais adequado a capacitação das famílias para implementação de estratégias de comunicação e linguagem, e noutros casos, pode ser a combinação de ambas as modalidades.

No *trabalho transdisciplinar* é recomendada a partilha de papéis entre os profissionais das diferentes especialidades e disciplinas (Ribeiro, 2014), havendo uma redução nas barreiras profissionais. Nesta abordagem transdisciplinar, há uma flexibilização nos papéis de cada membro, onde há partilha de informação e conhecimento (ASHA, 2008). É importante, neste tipo de equipa haver uma interação e coordenação consistente entre todos os membros no planeamento, avaliação e intervenção. Franco (2007, *cit in.* Ribeiro, 2014), refere haver um conceito de equipa mais forte, estruturado e dinâmico onde todos os elementos da equipa partilham a responsabilidade das decisões, o dinamismo e apoio mútuo de toda a equipa para uma melhor qualidade de trabalho, sendo a partilha de informação indispensável e a integração de conhecimentos e estratégias vão para além da formação de base de todos os elementos da equipa. Assim, o TF dentro de uma equipa transdisciplinar, aquando da chegada de uma criança com dificuldades de comunicação e alimentação, deverá capacitar os membros da equipa para esta problemática (Paul e Roth, 2011).

A *prática baseada na evidência* em IPI poder ser realizada pelo TF integrando a pesquisa científica atual, a experiência e perícia do TF e a recolha das preferências das famílias e cuidadores (Paul e Roth, 2011).

Enquanto elemento de uma Equipa de Intervenção Precoce na Infância o TF também tem funções de ao nível da *prevenção, rastreio, avaliação, planeamento, implementação e monitorização da intervenção, realização de plano de intervenção e de transição* (Carvalho *et al.*, 2018).

A *prevenção* visa reduzir o atraso de desenvolvimento da criança, retardando os efeitos de fatores de risco no seu desenvolvimento, bem como prevenir problemas futuros e promover um melhor desenvolvimento (ASHA, 1991 *cit. in*, ASHA, 2008).

O *rastreio* é realizado pelo TF podendo ser uma forma de identificação possíveis riscos de desenvolvimento, elegendo ou não para uma avaliação mais formal (ASHA, 2008).

A *avaliação*, por sua vez, refere-se a um processo que determina se a criança apresenta elegibilidade para intervenção na valência de Terapia da Fala. Aqui avaliam-se os pontos fortes e fracos da criança, preocupações da família, prioridades e recursos que a família necessita, identificação da natureza de ajuda que a criança e família carecem, no âmbito da IPI. Esta avaliação foca-se no comportamento pré-verbal, no brincar, utilização do gesto e outras formas de comunicação não verbal e interação podendo também ter enfoque na alimentação (ASHA, 2008).

O *plano de intervenção* deverá ser realizado pela equipa (família e técnicos) desenvolvendo os objetivos, abordagens, métodos e monitorização dos mesmos. Deverá estar de acordo com as prioridades, preocupações e recursos da família, devendo o TF contribuir para a capacitação os contextos de vida da criança de forma a suportar o seu desenvolvimento (ASHA, 2008). Como as crianças mudam muito rapidamente e as famílias respondem à intervenção de forma diferente é importante haver uma monitorização do progresso. Assim, quando há melhorias nos comportamentos comunicativos, ou sucesso nos objetivos traçados deverá realizar-se uma nova reavaliação, bem como, quando não são observados progressos, uma reunião a família e os elementos da equipa de forma a delinear novos objetivos ou rever estratégias (ASHA, 2008).

O *plano de transição* tem como objetivo ajudar as famílias na mudança de um serviço ou contexto para outro. Isto é, orientar a família quando a criança está em casa e vai integrar uma ama/creche/ jardim de infância, ou uma mudança de estabelecimento de ensino ou quando inicia o 1º ciclo do ensino básico (Carvalho *et al.*, 2018).

PARTE II. ENQUADRAMENTO EMPÍRICO

CAPÍTULO IV – METODOLOGIA

É na fase metodológica que se definem os meios de realizar a investigação, em que o investigador demarca a sua forma de proceder para obter as respostas às questões de investigação (Fortin, 2006).

No presente capítulo irá ser apresentado o desenho de investigação, os vários objetivos, as questões de investigação, o tipo de estudo, a população e a amostra do estudo. Também será descrito o instrumento de recolha de dados, os procedimentos, bem como a forma de recolha dos dados.

4.1 Metodologias de investigação

Segundo Quivy e Campenhoudt (2008) uma investigação é um processo que procura algo. O seu propósito principal é dar resposta a determinados questionamentos que conduzem ao conhecimento científico. Por sua vez, Gil (2010) define pesquisa “como o procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar resposta aos problemas que lhe são propostos”. Concordamos com Córdova (2009) quando nos diz “A pesquisa é um processo permanentemente inacabado”.

Esta investigação é de carácter descritivo, transversal e quantitativo, embora inclua alguns dados qualitativos.

4.2. Objetivos do Estudo e questões de investigação

O presente estudo tem como finalidade perceber qual a perceção dos Terapeutas da Fala portugueses sobre a Abordagem Baseada nas Rotinas e se a utilizam na sua prática profissional.

Para a operacionalização do objetivo foram definidas 5 questões de investigação, operacionalizadas através de objetivos definidos para cada uma delas.

A **primeira questão de investigação** é: Os Terapeutas da Fala portugueses consideram importante a adoção de uma Abordagem Baseada nas Rotinas, na sua prática profissional?

- 1.1 Identificar qual o grau de importância atribuído a esta abordagem no processo de avaliação.
- 1.2 Identificar qual o grau de importância atribuído a esta abordagem no processo de intervenção.
- 1.3 Identificar em que medida a formação específica nesta abordagem influencia o grau de importância atribuído.
- 1.4 Identificar em que medida o contexto profissional influencia o grau de importância atribuído.
- 1.5 Identificar em que medida a experiência profissional influencia o grau de importância atribuído.
- 1.6 Identificar em que medida as problemáticas inerentes ao desenvolvimento das crianças/jovens que são acompanhados influenciam o grau de importância atribuído.
- 1.7 Identificar em que medida a faixa etária da população com a qual trabalha influencia o grau de importância atribuído.

A **segunda questão de investigação** é: Os Terapeutas da Fala portugueses adotam uma Abordagem Baseada nas Rotinas na sua prática profissional?

- 2.1. Identificar qual o grau de frequência com que os TF adotam esta abordagem no processo de avaliação.

- 2.2. Identificar qual o grau de frequência com que os TF adotam esta abordagem no processo de intervenção.
- 2.3. Identificar em que medida a formação específica nesta abordagem influencia o grau de frequência atribuído.
- 2.4. Identificar em que medida o contexto profissional influencia o grau de frequência atribuído.
- 2.5. Identificar em que medida a experiência profissional influencia o grau de frequência atribuído.
- 2.6. Identificar em que medida as problemáticas inerentes ao desenvolvimento das crianças/jovens que são acompanhados influenciam o grau de frequência atribuído.
- 2.7. Identificar em que medida a faixa etária da população com a qual trabalha influencia o grau de frequência atribuído.

A **terceira questão de investigação** é: Quais os fatores que se constituem como principais facilitadores e barreiras na adoção de uma Abordagem Baseada nas Rotinas na prática profissional dos Terapeutas da Fala portugueses, na perspetiva dos mesmos?

- 3.1. Identificar os fatores que se constituem como principais facilitadores à adoção de uma Abordagem Baseada nas Rotinas na prática profissional dos TF portugueses.
- 3.2. Identificar os fatores que se constituem como principais barreiras à adoção de uma Abordagem Baseada nas Rotinas na prática profissional dos TF portugueses.

A **quarta questão de investigação** é: Quais as vantagens e desvantagens da adoção de uma Abordagem Baseada nas Rotinas na prática profissional dos Terapeutas da Fala portugueses, na perspetiva dos mesmos?

4.1. Identificar as vantagens da adoção de uma Abordagem Baseada nas Rotinas na prática profissional dos TF portugueses.

4.2. Identificar as desvantagens da adoção de uma Abordagem Baseada nas Rotinas na prática profissional dos TF portugueses.

A quinta questão de investigação é: Quais as principais estratégias utilizadas pelos Terapeutas da Fala portugueses na adoção de uma Abordagem Baseada nas Rotinas na sua prática profissional?

5.1. Identificar as principais estratégias usadas pelos TF portugueses na adoção desta abordagem na sua prática profissional.

4.3. Definição e Estatuto das Variáveis

Mediante os objetivos apresentados, identificam-se as seguintes variáveis independentes e dependentes:

Variáveis independentes

- Idade
- Habilitações literárias
- Formação específica nesta abordagem
- Experiência profissional
- Contexto profissional
- Problemáticas inerentes ao desenvolvimento da população com a qual trabalha
- Faixa etária da população com a qual trabalha

Variáveis dependentes

- O grau de importância que atribui no processo de avaliação
- O grau de importância que atribui no processo de intervenção

- O grau de frequência de adoção desta abordagem na avaliação
- O grau de frequência de adoção desta abordagem na intervenção
- Fatores facilitadores na adoção desta abordagem
- Fatores barreiras na adoção desta abordagem
- Principais vantagens desta abordagem
- Principais desvantagens desta abordagem
- Principais estratégias utilizadas na prática profissional

4.4. Definição da Amostra do Estudo

Os participantes deste estudo cumpriram os critérios de inclusão estabelecidos:

- serem Terapeutas da Fala portugueses;
- trabalharem na área da pediatria (até 18 anos), embora possam também trabalhar com população de outras faixas etárias;
- exerçam a sua profissão em Portugal, podendo fazê-lo em qualquer contexto de trabalho.

Foram contactadas a Sociedade Portuguesa de Terapia de Fala e a Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala, solicitando a colaboração destas duas entidades na divulgação do inquérito e estudo junto dos seus associados. A amostra foi realizada por conveniência.

4.5. Instrumentos de Recolha de Dados

4.5.1. Questionário aos Terapeutas da Fala

O inquérito por questionário, como todos os instrumentos de recolha de informação apresenta uma série de vantagens e inconvenientes. A saber,

Vantagens

- Permite recolher informação de um elevado número de respondentes ao mesmo tempo;
- Uma rápida recolha de informação;
- Tem menos custos;
- Permite a satisfação dos resultados fornecidos;
- Facilita a análise.

Desvantagens

- Elevada taxa de não-respostas;
- Por vezes não respondem por falta de clareza das perguntas;
- Nem sempre é fácil a interpretação dos dados;
- É difícil saber se os inquiridos respondem de acordo com o que sentem ou se respondem de acordo com o que pensam que são as nossas expectativas (Alves, 2012).

Para ajudar a superar algum constrangimento, foi facultado o e-mail da investigadora. Apesar dos inconvenientes apresentados, optou-se por este instrumento.

O presente questionário, desenvolvido pela investigadora especificamente para este estudo (Anexo III), foi construído tendo por base a revisão bibliográfica sobre o tema e os objetivos que se pretende alcançar.

O questionário elaborado para este estudo, inicia-se com a apresentação da investigadora, da própria investigação, bem como o objetivo de compreender a percepção dos TF sobre a Abordagem Baseada nas Rotinas, e se a implementam na sua prática profissional, bem como a identificação das barreiras e facilitadores, vantagens e desvantagens e principais estratégias. Foi explicado que os resultados do questionário são para fins académicos e que a participação dos inquiridos é voluntária e que os resultados irão ser tratados de forma anónima e confidencial. No fim, foi também fornecido o email da investigadora para qualquer informação adicional.

O questionário apresenta duas partes, a parte I - Caracterização sócio-profissional e uma parte II – Abordagem Baseada nas Rotinas.

A parte I contempla a caracterização sócio-profissional, com referência a idade, experiência profissional, habilitações académicas, a formação específica na Abordagem Baseada nas Rotinas, o contexto profissional, a faixa etária e problemática da população com a qual trabalha. Esta parte do questionário é constituída por 6 questões de escolha múltipla, duas dicotómica de filtro e uma questão aberta, que se refere à problemática com quem trabalha maioritariamente e que adote uma Abordagem Baseada nas Rotinas.

Na parte II apresentam-se questões relacionadas com o grau de importância e grau de frequência da adoção da Abordagem Baseada nas Rotinas na prática profissional, tanto na avaliação como na intervenção, utilizando 4 questões com a escala de Likert. Para classificação do grau de importância desta abordagem nos processos de avaliação e de intervenção, com opções de resposta de 1 a 5, em que 1 corresponde a “nada importante” e 5 a “extremamente importante”, e ao grau de frequência com que a mesma é adotada, em ambos os processos e também de 1 a 5, sendo que 1 corresponde a “nunca” e 5 a “Sempre”. Através de 4 perguntas abertas foi pedido aos TF que enunciassem fatores facilitadores e barreiras para a implementação desta abordagem na sua prática profissional, vantagens e desvantagens, bem como estratégias que os TF utilizam na adoção da mesma. Foram realizadas duas questões dicotómicas de filtro de forma a dirigir os inquiridos para questões que diretamente lhe diziam respeito (Fortin, 2005).

4.5.2. Recolha de Dados e Procedimentos

A aplicação prática da investigação foi precedida por um pedido formal à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa a fim de obter o parecer ético para a realização da mesma Anexo I. O questionário foi submetido à análise de um painel de 4 peritos, dois TF com experiência em várias áreas de atuação da terapia da fala, 1 profissional da área da Educação Especial com conhecimentos na Intervenção Precoce, e 1 perito na área da investigação, de modo a identificar eventuais dificuldades de preenchimento, quer

relacionadas com a estrutura do questionário, formulação das questões, e/ou com o seu conteúdo. Posteriormente houve uma reflexão falada sobre as perguntas do questionário com um perito de elaboração de questionários. Em ambas as situações foram revistos e reformulados os itens que se consideraram pertinentes.

Após o painel de peritos e a reflexão sobre o questionário, este foi transformado em versão *online*. Houve um pedido de colaboração à Associação Portuguesa de TF (Anexo II), e à Sociedade Portuguesa de TF (Anexo II), juntamente com a Declaração de Consentimento Informado da Universidade Fernando Pessoa no qual foram contemplados todos os critérios referentes à confidencialidade e anonimato dos participantes no estudo.

Os inquiridos foram informados sobre os objetivos do estudo aquando da sua participação, podendo enviar as suas dúvidas, caso desejassem, via e-mail para a investigadora deste trabalho. Quando o inquirido decidisse responder ao questionário *online*, deveria dar o seu “assentimento” em participar através de um clique em “li, compreendi e aceito”.

4.6. Tratamento e análise dos Dados

O questionário ficou disponível *online*, através do “*Google Forms*”, durante 1 mês, de novembro a dezembro de 2018 sendo as respostas exportadas para um documento Excel. No que se refere à análise e tratamento dos dados, o tratamento estatístico foi efetuado através do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), com recurso à estatística descritiva e inferencial. O tratamento dos dados de carácter qualitativo provenientes das questões semiabertas foi realizado com recurso a técnicas de análise de conteúdo.

A confidencialidade dos dados foi garantida pela investigadora, sendo o anonimato garantido por não haver questões, que quando cruzadas permitam identificar os inquiridos. Os dados foram gravados num ficheiro de dados para tratamento estatístico, sendo este posteriormente eliminado após a conclusão da dissertação e publicação em revista científica.

4.6.1. Análise dos Dados Quantitativos

As variáveis dependentes, de tipologia qualitativas, “grau de importância que atribui no processo de avaliação”, “grau de importância que atribui no processo de intervenção”, “grau de frequência de adoção desta abordagem na avaliação”, “grau de frequência de adoção desta abordagem na intervenção”, “fatores facilitadores na adoção desta abordagem”, “fatores barreiras na adoção desta abordagem”, “principais vantagens desta abordagem”, “principais desvantagens desta abordagem” e “principais estratégias utilizadas na prática profissional” foram descritas através de contagem e respectiva percentagem.

A variável independente quantitativa “idade” foi descrita através de média e respetivo desvio padrão assim como de valor mínimo e máximo. Já as qualitativas “habilitações literárias”, “formação específica nesta abordagem”, “experiência profissional”, “contexto profissional”, “problemáticas inerentes ao desenvolvimento da população com a qual trabalha” e “faixa etária da população com a qual trabalha” foram escritas em análise univariada de igual forma à descrita para as variáveis independentes (contagem e percentagem de cada categoria de resposta).

A relação entre variáveis dependentes e independentes (todas de tipologia qualitativa nominal ou ordinal) foi testada com testes de qui-quadrado (ou de Fisher em situações em que os anteriores não se adequem), considerando sempre as questões de investigação/objetivos propostos.

Em todas as situações de aplicação de inferência estatística se considerou um nível de significância (α) de 0,05.

4.6.2. Análise dos Dados Qualitativos

Para a tratamento dos dados qualitativos foram analisadas individualmente todas as respostas dos inquiridos que estiveram envolvidos no estudo (Anexo IV). A identificação dos mesmos foi salvaguardada pela investigadora durante todo o processo de tratamento dos dados. Após uma primeira leitura dos questionários, procedeu-se a técnicas de análise de conteúdo para análise e tratamento dos dados. A análise de conteúdo é um processo em que se procura e organiza as respostas, com o objetivo de aumentar a compreensão dos materiais e de poder apresentá-los à posteriori (Bardin, 2011).

Para Giorgi (1970) e Colaizzi (1978) (*cit. in*, Fortin, 2006), as técnicas de análise de conteúdo compreendem algumas etapas essenciais que foram usadas (Figura 13):

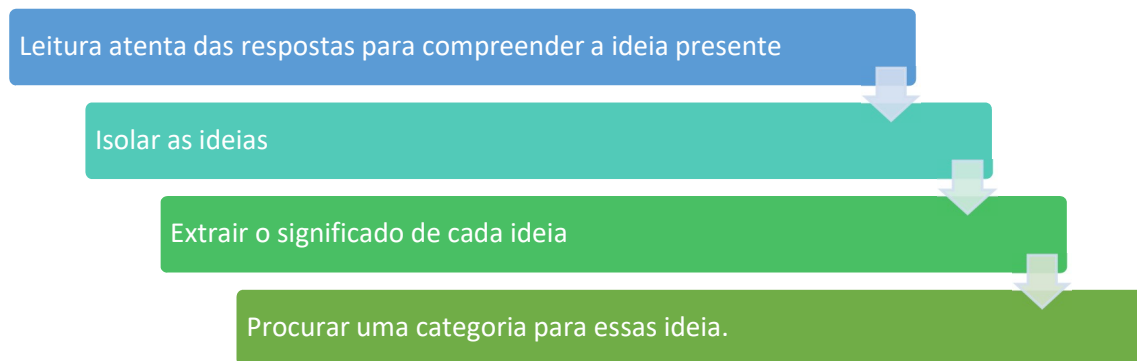


Figura 13 - Etapas da análise de conteúdo

Após a primeira leitura codificou-se as respostas de todos os inquiridos, com o objetivo de preparar e categorizar as ideias e fornecer hipóteses de interpretação (Bardin, 2011). A unidade de análise foi o tema, sendo esta frequentemente utilizada para análise de questões abertas de inquiridos (Bardin, 2011). Após a realização das categorias e subcategorias, estas foram revistas por um terapeuta da fala, perito em intervenção precoce, que, de acordo com a listagem das mesmas, agrupou as respostas obtidas, tendo-se comparado as análises efetuadas e verificado concordância entre ambas. Deste modo assumiu-se com maior confiança a codificação previamente realizada.

CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo irá proceder-se à apresentação dos resultados obtidos, apresentando inicialmente os dados que se encontram relacionados com a caracterização sócio-profissional dos participantes, e de seguida os restantes resultados apresentando-os de acordo com as questões de investigação propostas para este estudo.

5.1. Caracterização sócio-profissional

Os dados relativos à *idade*, *experiência profissional*, *habilitações literárias* estão representadas na Tabela 6.

Tabela 6 – Idade, experiência profissional e habilitação académica dos inquiridos

	<i>Categoria</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Idade (anos)</i> (<i>n</i> º de respostas= 55)	<25 anos	5	9,1
	25-34 anos	37	67,3
	35-44 anos	11	20,0
	45-54 anos	2	3,6
<i>Experiência profissional (anos)</i> (<i>n</i> º de respostas= 55)	0-9 anos	35	63,6
	10-19 anos	16	29,1
	20-29 anos	4	7,3
<i>Habilitações literárias</i> (<i>n</i> º de respostas= 55)	Licenciatura	11	20,0
	Pós-graduação	25	45,5
	Mestrado	17	30,9
	Doutoramento	2	3,6

Como se pode verificar a *idade* dos inquiridos encontram-se maioritariamente na faixa etária dos 25-34 anos (67,3%), sendo a maioria com *experiência profissional* entre 0 a 9 anos (63,6%), com *habilitações literárias* maioritariamente de Pós-Graduação (45,5%), e Mestrado (30,9%).

Quando à *formação específica* em Abordagem Baseada nas Rotinas (Tabela 7) a maior parte (78,2%) refere que *não* tem nenhuma formação específica. Os que responderam *sim*, obtiveram-na maioritariamente através de formação de curta duração (41,7%).

Tabela 7 - Formação Específica na Abordagem Baseada nas Rotinas

	Categoria	n	%
Formação específica na Abordagem Baseada nas Rotinas (n° de respostas= 55)	Não	43	78,2
	Sim	12	21,8
Se recebeu sim, como a recebeu? (n° de respostas= 12)	Curta duração	5	41,7
	Média duração	2	16,7
	Pós-graduação	1	8,3
	Mestrado	4	33,3

No que diz respeito ao *contexto onde os inquiridos exercem a sua profissão* (Figura 14), (salvaguardando que os mesmos podem exercer a sua profissão em mais do que um contexto) o Contexto Clínico Privado (74,5%) apresenta-se com maior referência e o Contexto Hospitalar o menos mencionado (14,5%).

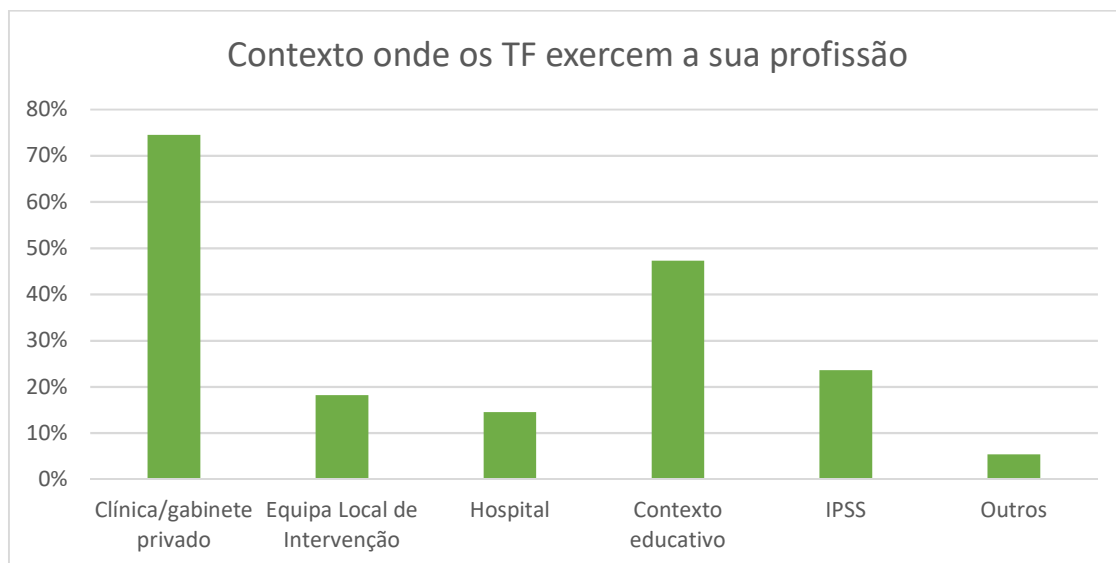


Figura 14 - Contexto onde os inquiridos exercem a sua profissão

Quanto à *faixa etária com a qual trabalha maioritariamente* (Tabela 8), a maior parte dos inquiridos referiu a faixa etária dos 0-6 anos.

Tabela 8 - Faixa etária da população com a qual trabalha maioritariamente.

	Categoria	n	%
Faixa etária da população com a qual trabalha maioritariamente	0-6 anos	32	58,2
	7-12 anos	20	36,4
	13-18 anos	3	5,5

Quanto às *problemáticas da população com a qual os inquiridos trabalham maioritariamente e consideram importante intervir à luz na Abordagem Baseada nas Rotinas*, foram encontradas categorias e subcategorias de acordo com as respostas do (ANEXO IV – 8) através de análise de conteúdo estando espelhadas na Tabela 9.

Tabela 9 - Problemáticas com que trabalham maioritariamente os inquiridos.

Categorias	Subcategoria	Freq. de referências
<i>Perturbações da comunicação e da Linguagem</i> (total de referências = 23)	<i>Perturbações da linguagem</i>	19
	Perturbação da comunicação	4
<i>Perturbações dos sons da fala</i> (total de referências = 12)		12
<i>Perturbações do desenvolvimento</i> (total de referências = 33)	<i>Perturbação do espectro do autismo</i>	16
	Atraso Global de desenvolvimento	7
	Défice cognitivo	3
	Outras (multideficiência, Paralisia Cerebral, Surdez, Síndromes Genéticas, etc)	7
<i>Outras problemáticas</i> (total de referências = 8)	Perturbação da Leitura e da escrita	3
	Voz, deglutição, respiração oral	5

As categorias encontradas foram “*Perturbações da comunicação e da linguagem*” (23 referências), “*Perturbações dos sons da fala*” (12 referências), “*Perturbações do desenvolvimento*” (33 referências), “*Outras problemáticas*” (8 referências).

Na categoria das “*Perturbações da comunicação e da linguagem*”, a subcategoria “*Perturbação da linguagem*” aparece com grande destaque (19 referências) tendo um inquirido referido:

“(…) *atraso e perturbação do desenvolvimento da linguagem* (…)” 8R15

Na categoria das “*Perturbações dos sons da fala*” também se verifica um elevado número de referências (12 referências), tendo um Terapeuta da Fala salientado:

“(…) *Perturbações dos sons da Fala* (…)” 8R31

Na categoria das “*Perturbações do desenvolvimento*” pode destacar-se pelos inquiridos a subcategoria “*Perturbação do espectro do autismo*” (16 referências).

“*Perturbações do Espectro do Autismo* (…)” 8R48

Por fim, na categoria de “*Outras problemáticas*” ressalta a subcategoria “*Perturbação da leitura e escrita*” (3 referências).

“(…) *e perturbação da leitura e da escrita.*” 8R48

Através de uma pergunta filtro foi questionado se os inquiridos adotavam ou não a Abordagem Baseada nas Rotinas, na sua prática profissional, em que 60% (33 Terapeutas da Fala) referem que sim.

5.2. Questões de investigação

Quanto à **primeira questão**, “os Terapeutas da Fala portugueses consideram importante a adoção de uma Abordagem Baseada nas Rotinas, na sua prática profissional?”, irá ser abordado o grau de importância atribuído, tanto durante a avaliação, como na intervenção. Também irá verificar-se a influência que a formação específica na ABR, o contexto profissional, a experiência profissional, as problemáticas inerentes ao desenvolvimento das crianças e a faixa etária das mesmas, influenciam esse mesmo grau de importância.

A Tabela 10 representa o *grau de importância atribuído à adoção desta abordagem no processo de avaliação e intervenção*.

Tabela 10 - Grau de importância que atribui à adoção da Abordagem Baseada nas Rotinas no processo de avaliação e intervenção.

	Categoria	n	%
Grau de importância que atribuído - avaliação (nº de respostas= 33)	Nada importante	0	0
	2	0	0
	3	2	6,1
	4	9	27,3
	Extremamente importante	22	66,7
Grau de importância que atribui - Intervenção (nº de respostas= 33)	Nada importante	0	0
	2	0	0
	3	1	3,0
	4	9	27,3
	Extremamente importante	23	69,7

A maior parte dos inquiridos respondeu categoria 5 (extremamente importante) tanto para o grau de importância atribuído na avaliação como para a intervenção.

A Tabela 11 mostra em que medida a *formação específica em Abordagem Baseada nas Rotinas influencia o grau de importância atribuído*.

Tabela 11 – Relação entre a formação específica em Abordagem Baseada nas Rotinas e o grau de importância atribuído à adoção da mesma.

Grau de importância atribuído - avaliação (nº de respostas = 33)	Formação específica na Abordagem Baseada nas Rotinas	
	Não n (%)	Sim n (%)
Nada importante	0 (0%)	0 (0%)
2	0 (0%)	0 (0%)
3	2 (9,5%)	0 (0%)
4	6 (28,6%)	3 (25%)
Extremamente importante	13 (61,9%)	9 (75%)

Total	21 (100%)	12 (100%)
<i>Grau de importância que atribuído - intervenção</i>	Não n (%)	Sim n (%)
(nº de respostas = 33)		
Nada importante	0 (0%)	0 (0%)
2	0 (0%)	0 (0%)
3	1 (4,8%)	0 (0%)
4	5 (23,8%)	4 (33,3%)
Extremamente importante	15 (71,4%)	8 (66,7%)
Total	21 (100%)	12 (100%)

Pode verificar-se (Tabela 11), quanto à avaliação a maior parte dos inquiridos com e sem formação específica (61,9% e 75%, respetivamente) consideram grau 5 (extremamente importante). Comparativamente à adoção da mesma na *intervenção*, a maior parte dos inquiridos com e sem formação específica (71,4% e 66,7%, respetivamente), consideram grau 5 (extremamente importante).

No entanto, pelos dados apresentado na Tabela 11, verifica-se que não há associação significativa entre ter ou não formação específica na Abordagem baseada nas rotinas e o grau de importância atribuído à adoção da Abordagem Baseada nas Rotinas tanto no processo de avaliação (teste de Qui-quadrado; $Qui^2=1,4$; $p=0,503$) como no processo de intervenção ($Qui^2=0,85$; $p=0,654$).

Quanto à medida em que o *contexto profissional influencia o grau de importância atribuído à adoção da Abordagem Baseada nas Rotinas na avaliação e intervenção* apresentar os dados na Tabela 12.

Tabela 12 - Relação entre a contexto da prática profissional e o grau de importância atribuído na adoção da ABR

<i>Grau de importância</i>	Contexto de Prática Profissional					<i>Total de respostas</i>	<i>Total Terapeutas</i>
	<i>Clínica/ gabinete privado</i>	<i>ELI</i>	<i>Hospital</i>	<i>Contexto educativo</i>	<i>IPSS</i>		

<i>atribuído -</i>							
<i>Avaliação</i>							
Nada importante	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0	0
2	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0	0
3	1 (4,3%)	0 (0%)	1 (25%)	0 (0%)	1 (12,5%)	3	2
4	6 (26,1%)	2 (20%)	2 (50%)	6 (40%)	4 (50%)	20	9
Extremamente importante	16 (69,6%)	8 (80%)	1 (25%)	9 (60%)	3 (37,5%)	37	22
Total	23 (100%)	10 (100%)	4 (100%)	15 (100%)	8 (100%)	60	33
<i>Grau de importância atribuído - intervenção</i>	<i>Clinica/ gabinete privado</i>	<i>ELI</i>	<i>Hospital</i>	<i>Contexto educativo</i>	<i>IPSS</i>	<i>Total de respostas</i>	<i>Total Terapeutas</i>
Nada importante	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0	0
2	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0	0
3	1 (4,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (12,5%)	2	1
4	6 (26,1%)	2 (20%)	2 (50%)	5 (33,3%)	3 (37,5%)	18	9
Extremamente importante	16 (69,6%)	8 (80%)	2 (50%)	10 (66,7%)	4 (50%)	40	23
Total	23 (100%)	10 (100%)	4 (100%)	15 (100%)	8 (100%)	60	33
Percentagens baseadas no total de respostas							

Averigua-se que a importância atribuída a esta abordagem durante a *avaliação*, pelos terapeutas que trabalham em contexto de clínica, ELI e contexto educativo (69,6%, 80%, 60%, respetivamente) referem ser grau 5 (extremamente importante).

Por outro lado, os terapeutas que trabalham maioritariamente em contexto hospital (50%) e IPSS (50%) referem grau 4 (muito importante) a adoção desta abordagem no processo de avaliação. Na adoção da ABR no processo de *intervenção* (Tabela 12), os terapeutas que trabalham em clínica/gabinete privado, ELI e contexto educativo referem grau 5 (extremamente importante). Também 50 % dos terapeutas que trabalham nos restantes contextos referem o grau 5 (extremamente importante).

Nesta questão parece também não haver associação significativa entre o contexto onde Terapeuta da Fala exerce a sua profissão e o grau de importância atribuído à adoção da Abordagem Baseada nas Rotinas tanto no processo de avaliação ($Qui^2=14,3$; $p=0,159$) como na intervenção ($Qui^2=8,0$; $p=0,627$).

A Tabela 13 representa a questão em que medida a *experiência profissional influencia o grau de importância atribuído na adoção da Abordagem Baseada nas Rotinas no processo de avaliação e intervenção*.

Tabela 13 - Relação entre a Experiência Profissional e o grau de importância atribuído na adoção da ABR

	Experiência profissional (anos)			
	0-9 anos	10-19 anos	20-29 anos	Total
<i>Grau de importância atribuído - avaliação</i>	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Nada importante	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
2	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
3	1 (5,9%)	1 (8,3%)	0 (0%)	2 (6,1%)
4	5 (29,4%)	3 (25%)	1 (25%)	9 (27,3%)
Extremamente importante	11 (64,7%)	8 (66,7%)	3 (75%)	22 (66,7%)
Total	17 (100%)	12 (100%)	4 (100%)	33 (100%)
<i>Grau de importância atribuído - intervenção</i>				
Nada importante	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
2	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
3	1 (5,9%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3%)
4	3 (17,6%)	3 (25%)	3 (75%)	9 (27,3%)
Extremamente importante	13 (76,5%)	9 (75%)	1 (25%)	23 (69,7%)
Total	17 (100%)	12 (100%)	4 (100%)	33 (100%)

Verifica-se que à *avaliação* todos os terapeutas nos vários intervalos de anos de experiência profissional, referem grau 5 (extremamente importante). Por outro lado, *no processo de intervenção* os terapeutas no intervalo de experiência profissional 20-29 anos, refere

maioritariamente (75%) grau 4 (muito importante) a adoção desta abordagem no processo de intervenção, enquanto os inquiridos dos intervalos de experiência profissional 0-9 e 10-19 (76,5%, 75%, respetivamente) atribuem grau 5 (extremamente importante).

No entanto, perante os dados apresentados não se verifica associação significativa entre a experiência profissional (anos) do Terapeuta da Fala e o grau de importância atribuído à adoção da Abordagem Baseada nas Rotinas no processo de avaliação e no de intervenção ($\text{Qui}^2=0,5$; $p=0,978$; $\text{Qui}^2=6,2$; $p=0,185$).

Relativamente à *influência das problemáticas inerentes ao desenvolvimento das crianças/jovens que são acompanhados, na atribuição do grau de importância atribuído à adoção da Abordagem Baseada nas Rotinas no processo de avaliação e intervenção* estão descritas na Tabela 14.

Tabela 14 - Relação entre a problemáticas e o grau de importância atribuído na adoção da ABR

Problemáticas inerentes ao desenvolvimento das crianças/jovens acompanhados						
<i>Grau de importância atribuído - avaliação</i>	<i>Pert. da comunicação e da Linguagem</i>	<i>Pert. dos sons da fala</i>	<i>Pert. do desenvolvimento</i>	<i>Outras problemáticas</i>	<i>Total de respostas</i>	<i>Total Terapeutas</i>
Nada importante	0	0	0	0	0	
2	0	0	0	0	0	
3	0 (0%)	0 (0%)	2 (7,7%)	0 (0%)	2	2
4	3 (17,6%)	0 (0%)	6 (23,1%)	2 (33,3%)	11	8
Extremamente importante	14 (82,4%)	5 (100%)	18 (69,2%)	4 (66,7%)	41	22
Total	17 (100%)	5 (100%)	26 (100%)	6 (100%)	54	32
<i>Grau de importância atribuído - Intervenção</i>	<i>Pert. da comunicação e da Linguagem</i>	<i>Pert. dos sons da fala</i>	<i>Pert. do desenvolvimento</i>	<i>Outras problemáticas</i>	<i>Total de respostas</i>	<i>Total Terapeutas</i>

Nada importante	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0
4	5 (29,4%)	0 (0%)	4 (15,4%)	2 (33,3%)	11	9
Extremamente importante	12 (70,6%)	5 (100%)	21 (80,8%)	4 (66,7%)	42	22
Total	17 (100%)	5 (100%)	26 (100%)	6 (100%)	54	32

Percentagens baseadas no total de respostas

Pode referir-se que todos os terapeutas que mencionaram, na *avaliação* a problemática “*Perturbação dos sons da fala*” atribuíram grau 5 (extremamente importante) à adoção desta abordagem na *avaliação*. Os terapeutas que identificaram as problemáticas de “*Perturbações da comunicação e da linguagem*”, “*Perturbações do desenvolvimento*” e “*Outras problemáticas*” (82,4%, 69,2%, 66,7%, respetivamente) também atribuíram grau 5 (extremamente importante). No processo de *intervenção*, pode observar-se que também todos inquiridos que referiram a problemática “*Perturbação dos sons da fala*” atribuíram grau 5 (extremamente importante). Os restantes inquiridos que identificaram as restantes problemáticas também atribuíram Grau 5 (extremamente importante).

Tanto no processo de avaliação como intervenção não se deteta associação significativa entre a problemática das crianças atendidas pelos inquiridos e o grau de importância atribuído à adoção da Abordagem Baseada nas Rotinas (Qui²=7,3; p=0,509; Qui²=5,6; p=0,652).

Quanto à questão em que medida a *faixa etária da população com a qual trabalha influencia o grau de importância atribuído à adoção desta abordagem tanto na avaliação como na intervenção* os resultados encontram-se na Tabela 15.

Tabela 15 - Relação entre a faixa etária da população com a qual trabalha e o grau de importância atribuído na adoção da ABR

<i>Grau de importância atribuído – Avaliação</i>	Faixa etária da população		
	0-6 anos	7-12 anos	Total
	n (%)	n (%)	n (%)

Nada importante	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
2	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
3	2 (8,7%)	0 (0%)	2 (6,1%)
4	4 (17,4%)	5 (50%)	9 (27,3%)
Extremamente importante	17 (73,9%)	5 (50%)	22 (66,7%)
Total	23 (100%)	10 (100%)	33 (100%)
<i>Grau de importância atribuído –</i>	0-6 anos	7-12 anos	Total
<i>Intervenção</i>	n (%)	n (%)	n (%)
Nada importante	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
2	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
3	1 (4,3%)	0 (0%)	1 (3%)
4	4 (17,4%)	5 (50%)	9 (27,3%)
Extremamente importante	18 (78,3%)	5 (50%)	23 (69,7%)
Total	23 (100%)	10 (100%)	33 (100%)

Perante os dados da Tabela 15 percebe-se que nos dois processos os inquiridos que acompanham crianças entre os 0-6 anos consideram grau 5 (extremamente importante) a adoção da Abordagem Baseada nas Rotinas (73,9% avaliação e 78,3%, intervenção). Os inquiridos que trabalham com crianças na faixa etária dos 7-12 anos apenas 50% refere grau 5 (extremamente importante).

Também nesta questão, não se deteta associação significativa entre faixa etária da população com a qual o Terapeuta da Fala trabalha e o grau de importância atribuído à adoção da Abordagem Baseada nas Rotinas tanto no processo de avaliação como no processo de intervenção ($\text{Qui}^2=4,2$; $p=0,123$; $\text{Qui}^2=3,9$; $p=0,139$).

Quanto à **segunda questão de investigação**, “os Terapeutas da Fala portugueses adotam uma Abordagem Baseada nas Rotinas na sua prática profissional?”, iremos averiguar o grau de frequência atribuído, tanto para avaliação, como para a intervenção. Também iremos verificar a influencia que a formação específica na ABR, o contexto profissional, a experiência profissional, as problemáticas inerentes ao desenvolvimento das crianças e a faixa etária das mesmas, têm sobre o grau de frequência.

Os dados referentes à questão de *grau de frequência com que os TF adotam a Abordagem Baseada nas Rotinas* são apresentados na Tabela 16.

Tabela 16 - Grau de frequência atribuído na adoção da Abordagem Baseada nas Rotinas

	Categoria	n	%
Grau de frequência atribuído - avaliação (n° de respostas= 33)	Nunca	1	3,0
	2	0	0,0
	3	8	24,2
	4	15	45,5
	Sempre	9	27,3
Grau de frequência com que adota esta abordagem na sua prática profissional, no processo de intervenção (n° de respostas= 33)	Nunca	1	3,0
	2	4	12,1
	3	19	57,6
	4	9	27,3
	Sempre	1	3,0

Verifica-se que na *avaliação* 45,5% refere grau 4 (bastante frequente), e apenas 3% refere grau 1 (nunca). Quanto ao *grau de frequência* que os TF adotam esta abordagem no processo de *intervenção*, na sua prática profissional 57% refere grau 3 (frequentemente), e tal como na *avaliação* 3% refere grau 1 (nunca).

No que diz respeito em que medida *a formação específica nesta abordagem influencia o grau de frequência atribuído na adoção*, pode observar-se a Tabela 17 de forma a perceber essa relação.

Tabela 17 - Relação entre a formação específica e o grau de frequência atribuído na adoção da ABR

Grau de frequência atribuído - avaliação	Formação específica na Abordagem Baseada nas Rotinas		
	Não n (%)	Sim n (%)	Total n (%)
Nunca	1 (4,8%)	0 (0%)	1 (3%)
2	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
3	6 (28,6%)	2 (16,7%)	8 (24,2%)

4	9 (42,9%)	6 (50%)	15 (45,5%)
Sempre	5 (23,8%)	4 (33,3%)	9 (27,3%)
Total	21 (100%)	12 (100%)	33 (100%)
<i>Grau de frequência atribuído -</i>	Não	Sim	Total
<i>Intervenção</i>	n (%)	n (%)	n (%)
Nunca	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
2	1 (4,8%)	0 (0%)	1 (3%)
3	3 (14,3%)	1 (8,3%)	4 (12,1%)
4	10 (47,6%)	9 (75%)	19 (57,6%)
Sempre	7 (33,3%)	2 (16,7%)	9 (27,3%)
Total	21 (100%)	12 (100%)	33 (100%)

No que diz respeito à avaliação, observa-se uma variabilidade de atribuição de grau de frequência, tanto nos inquiridos que têm formação específica e os que não a têm. Sendo que em ambas as situações o grau 4 (bastante frequente) é o mais referido, 42,9% para os que não tem formação específica e 50% para os que têm.

Nos dados relativos à *intervenção* há também muita variabilidade de atribuição de grau de frequência nos inquiridos que não apresentam formação específica, sendo que o grau mais referido é também o grau 4 (bastante frequente), no entanto com valores mais baixos. No que diz respeito aos inquiridos que têm formação específica, ressalva-se que 75% refere também grau 4 (bastante frequente).

Assim, perante os dados estatísticos da Tabela 17, não se deteta associação significativa entre a Formação específica na Abordagem Baseada nas Rotinas do Terapeuta da Fala e a frequência de adoção da Abordagem Baseada nas Rotinas no processo de avaliação e no de intervenção ($\text{Qui}^2=1,4$; $p=0,716$; $\text{Qui}^2=2,6$; $p=0,463$).

No que diz respeito à medida em que o *contexto profissional influencia o grau de frequência atribuído à adoção da Abordagem Baseada nas Rotinas*, os dados estão apresentados na Tabela 18.

Tabela 18 - Relação entre a o contexto de trabalho e o grau de frequência atribuído na adoção da ABR

Contexto onde o Terapeuta da Fala exerce a sua profissão							
Grau de Frequência atribuído – Avaliação	<i>Clínica/ gabinete privado</i>	<i>Equipa Local de Intervenção</i>	<i>Hospital</i>	<i>Contexto educativo</i>	<i>IPSS</i>	<i>Total de respostas</i>	<i>Total Terapeutas</i>
Nunca	1 (4,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (12,5%)	2	1
2	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0	0
3	7 (30,4%)	1 (10%)	1 (25%)	6 (40%)	0 (0%)	15	8
4	9 (39,1%)	5 (50%)	3 (75%)	6 (40%)	5 (62,5%)	28	15
Sempre	6 (26,1%)	4 (40%)	0 (0%)	3 (20%)	2 (25%)	15	9
Total	23 (100%)	10 (100%)	4 (100%)	15 (100%)	8 (100%)	60	33
Grau de Frequência atribuído – intervenção	<i>Clínica/ gabinete privado</i>	<i>Equipa Local de Intervenção</i>	<i>Hospital</i>	<i>Contexto educativo</i>	<i>IPSS</i>	<i>Total de respostas</i>	<i>Total Terapeutas</i>
Nunca	(0%)	(0%)	(0%)	(0%)	(0%)	0	0
2	1 (4,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (12,5%)	2	1
3	4 (17,4%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (26,7%)	1 (12,5%)	9	8
4	13 (56,5%)	6 (60%)	4 (100%)	8 (53,3%)	5(62,5%)	36	15
Sempre	5 (21,7%)	4 (40%)	0 (0%)	3 (20%)	1 (12,5%)	13	9
Total	23 (100%)	10 (100%)	4 (100%)	15 (100%)	8 (100%)	60	33

Para a *avaliação*, observa-se que os inquiridos que trabalham em contexto Clínico/gabinete privado, hospital e IPSS (39,1%, 75%, 62,5%, respetivamente) referem mais o grau 4 (bastante frequente). Os inquiridos que trabalham maioritariamente em ELI dividem-se entre o grau 4 (bastante frequente) e 5 (sempre). Os inquiridos que trabalham em contexto educativo referem mais frequentemente os graus 3 (frequentemente) e 4 (bastante frequente).

Quanto à *intervenção*, verifica-se que os inquiridos de todos os contextos de trabalho referem mais frequentemente o grau de frequência 4 (bastante frequente), sendo o

contexto hospitalar o mais significativo (100%) e o contexto educativo o menos significativo (53,3%).

Perante os dados apresentados na Tabela 18 não há associação significativa entre o contexto onde Terapeuta da Fala exerce a sua profissão e o grau de frequência atribuído à adoção da Abordagem Baseada nas Rotinas no processo de avaliação ($\text{Qui}^2=17,9$; $p=0,268$) e intervenção ($\text{Qui}^2=19,7$; $p=0,184$).

Na questão em que medida *a experiência profissional influencia o grau de frequência atribuído à adoção da Abordagem Baseada nas Rotinas*, os dados estão presentes na Tabela 19.

Tabela 19 - Relação entre a Experiência profissional e o grau de frequência atribuído na adoção da ABR

Experiência profissional (anos)				
<i>Grau de Frequência atribuído – Avaliação</i>	0-9 anos	10-19 anos	20-29 anos	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Nunca	1 (5,9%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3%)
2	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
3	5 (29,4%)	3 (25%)	0 (0%)	8 (24,2%)
4	7 (41,2%)	5 (41,7%)	3 (75%)	15(45,5%)
Sempre	4 (23,5%)	4 (33,3%)	1 (25%)	9 (27,3%)
Total	17 (100%)	12 (100%)	4 (100%)	33 (100%)
<i>Grau de Frequência atribuído – Intervenção</i>				
Nunca	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
2	1 (5,9%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3%)
3	2 (11,8%)	1 (8,3%)	1 (25%)	4 (12,1%)
4	8 (47,1%)	8 (66,7%)	3 (75%)	19 (57,6%)
Sempre	6 (35,3%)	3 (25%)	0 (0%)	9 (27,3%)
Total	17 (100%)	12 (100%)	4 (100%)	33 (100%)

Verifica-se que para a *avaliação* os inquiridos nos vários intervalos de experiência profissional responderam (41,2%, 41,7%, 75%, respetivamente) maioritariamente grau 4 (bastante frequente). Também ao nível de intervenção 57,6% inquiridos atribuem o grau de frequência grau 4 (bastante frequente). Também não se deteta associação significativa entre a experiência profissional (anos) do Terapeuta da Fala e a frequência de adoção da Abordagem Baseada nas Rotinas no processo de avaliação e no de intervenção ($Qui^2=3,2$; $p=0,779$; $Qui^2=3,9$; $p=0,696$).

Quando questionados quanto à influência das *problemáticas inerentes ao desenvolvimento das crianças/jovens que são acompanhados na atribuição do grau de frequência atribuído à adoção da Abordagem Baseada nas Rotinas na avaliação e na intervenção*, os inquiridos responderam de acordo com a Tabela 20

Tabela 20 - Relação entre a problemáticas e o grau de frequência atribuído na adoção da ABR

<i>Problemáticas inerentes ao desenvolvimento das crianças/jovens acompanhados</i>					
<i>Grau de</i>	<i>Pert. da</i>	<i>Pert. dos sons</i>	<i>Pert. do</i>	<i>Outras</i>	<i>Total</i>
<i>Frequência</i>	<i>comunicação e da</i>	<i>da fala</i>	<i>desenvolvimento</i>	<i>problemáticas</i>	
<i>atribuído –</i>	<i>Linguagem</i>				
<i>Avaliação</i>	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Nunca	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	0 (0%)	1(2.6%)
2	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
3	3 (27.3%)	0 (0%)	6 (30%)	0 (0%)	9(23.1%)
4	6 (54.5%)	3 (75%)	6 (30%)	4 (100%)	19(48.7%)
Sempre	2 (18.2%)	1 (25%)	7 (35%)	0 (0%)	10(25.6%)
Total	11 (100%)	4 (100%)	20 (100%)	4 (100%)	39 (100%)
<i>Grau de</i>	<i>Pert. da</i>	<i>Pert. dos sons</i>	<i>Pert. do</i>	<i>Outras</i>	<i>Total</i>
<i>Frequência</i>	<i>comunicação e da</i>	<i>da fala</i>	<i>desenvolvimento</i>	<i>problemáticas</i>	
<i>atribuído –</i>	<i>Linguagem</i>				
<i>Intervenção</i>	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Nunca	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
2	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	0 (0%)	1 (2.6%)
3	2 (18.2%)	0 (0%)	1 (5%)	1 (25%)	4 (10.3%)
4	8 (72.7%)	3 (75%)	11 (55%)	1 (25%)	23 (59%)

Sempre	1 (9.1%)	1 (25%)	7 (35%)	2 (50%)	11 (28.2%)
Total	11 (100%)	4 (100%)	20 (100%)	4 (100%)	39 (100%)

Perante os dados da Tabela 20, pode observar-se que na *avaliação*, todos os inquiridos que referiram a categoria “*Outras problemáticas*” atribuíram grau 4 (bastante frequente) à adoção desta abordagem. No entanto, a maior parte dos terapeutas que identificaram as problemáticas de “*Perturbações da comunicação e da linguagem*”, “*Perturbações dos sons da fala*” (54,5%, 75%, respetivamente), também atribuíram maioritariamente grau de frequência 4 (bastante frequente). 35% dos inquiridos que identificaram as “*Perturbações do desenvolvimento*” atribuíram ao grau de frequência 5 (Sempre).

Quanto ao processo de *intervenção* verifica-se os inquiridos que identificaram as problemáticas de “*Perturbações da comunicação e da linguagem*”, “*Perturbação dos sons da fala*” atribuíram maioritariamente grau 4 (bastante frequente). Por outro lado, os inquiridos que identificaram “*Outras problemáticas*” metade refere grau 5 (sempre) na adoção desta abordagem na intervenção.

Perante os dados da Tabela 20, não se deteta associação significativa entre o tipo de problemáticas inerentes ao desenvolvimento das crianças/jovens acompanhados pelo Terapeuta da Fala e o grau de frequência atribuído à adoção da Abordagem Baseada nas Rotinas no processo de avaliação e no de intervenção ($Qui^2=14,1$; $p=0,293$; $Qui^2=11,1$; $p=0,517$).

Quanto à questão em que medida a *faixa etária da população com a qual trabalha influencia o grau de frequência atribuído à adoção desta abordagem* os dados estão representados na Tabela 21.

Tabela 21 - Relação entre a faixa etária da população com a qual trabalha e o grau de frequência atribuído na adoção da ABR

<i>Grau de Frequência atribuído</i>	<i>Faixa etária da população com a qual trabalha maioritariamente</i>		
	0-6 anos	7-12 anos	Total
<i>– Avaliação</i>	n (%)	n (%)	n (%)
Nunca	1 (4,3%)	0 (0%)	1 (3%)

2	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
3	4 (17,4%)	4 (40%)	8 (24,2%)
4	10 (43,5%)	5 (50%)	15 (45,5%)
Sempre	8 (34,8%)	1 (10%)	9 (27,3%)
Total	23 (100%)	10 (100%)	33 (100%)
<i>Grau de Frequência atribuído</i>	0-6 anos	7-12 anos	Total
<i>– Intervenção</i>	n (%)	n (%)	n (%)
Nunca	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
2	1 (4,3%)	0 (0%)	1 (3%)
3	1 (4,3%)	3 (30%)	4 (12,1%)
4	14 (60,9%)	5 (50%)	19 (57,6%)
Sempre	7 (30,4%)	2 (20%)	9 (27,3%)
Total	23 (100%)	10 (100%)	33 (100%)

Observamos, que nos dois processos (avaliação e intervenção) os inquiridos que acompanham crianças entre os 0-6 anos consideram grau 4 (bastante frequente) a adoção da Abordagem Baseada nas Rotinas (43,5% na avaliação e 60,9%, na intervenção). Os inquiridos, que trabalham com crianças na faixa etária dos 7-12 anos, apenas 50% refere grau 4 (bastante frequente) tanto para a avaliação como para a intervenção. Não se deteta associação significativa entre faixa etária da população com a qual o Terapeuta da Fala trabalha e a frequência de adoção da Abordagem Baseada nas Rotinas no processo de avaliação e no de intervenção ($Qui^2=3,5$; $p=0,316$; $Qui^2=4,6$; $p=0,200$).

No que diz respeito a **terceira questão de investigação** sobre “quais os fatores que se constituem como principais facilitadores e barreiras na adoção de uma Abordagem Baseada nas Rotinas?” iremos apresentar os dados relativos à aos principais facilitadores e principais barreiras. As respostas (Anexo IV – 14) relativas as duas questões foram organizadas em categorias e subcategorias de forma a ser mais fácil a sua interpretação. Os **principais facilitadores** encontrados nas respostas foram organizadas as categorias e subcategorias conforme a Tabela 22.

Tabela 22 - Fatores Facilitadores para a adoção de uma ABR

<i>Categorias</i>	<i>Subcategorias</i>	<i>Freq. de referências</i>
<i>Rotinas</i> (total de referências = 5)	Processo de avaliação	2
	Processo de intervenção	3
<i>Contextos naturais</i> (total de referências = 23)	Visitas domiciliares	2
	Intervenção em contextos naturais	18
	Contexto escolar	3
<i>Colaboração</i> (total de referências = 25)	Colaboração da criança	2
	Colaboração da família/ cuidadores	13
	Colaboração dos educadores/comunidade educativa	3
	Partilha de saberes/ parceria	7
<i>Intervenção</i> (total de referências = 19)	Processo de intervenção	9
	Sucesso na intervenção	10
<i>Outros facilitadores</i> (total de referências = 5)	Tempo para as deslocações	1
	Formação em abordagem baseada nas rotinas	2
	Aplicação da Entrevista Baseada nas Rotinas	1
	Motivação, confiança e auto-estima	1

Na Categoria “*Rotinas*” (5 referências) podemos destacar a subcategoria “*Processo de intervenção*” (3 referências),

“(…) *integrar as rotinas* (…)” 14R37.

Na categoria “*Contextos Naturais*” (23 referências) podemos destacar a subcategoria “*Intervenção em contextos naturais*” (18 referências) os inquiridos valorizam a intervenção dos contextos, tanto domicilio como a escola onde a criança passa o dia:

“*Trabalhar nos contextos de vida naturais da criança/família.*” 14R37.

Na categoria “*Colaboração*” (25 referências) os inquiridos referem a importância “*Colaboração da família/cuidadores*” (13 referências) da criança os inquiridos referem a importância do trabalho com os pais e cuidadores da criança:

“(...) trabalhar com os parceiros comunicativos mais importantes (...)” 14R15.

Na categoria “*Intervenção*” (19 referências) alguns inquiridos relatam alguns fatores facilitadores como a subcategoria “*Sucesso de intervenção*” (7 referências) como

“(...) impacto social” 14R18.

A categoria “*Outros facilitadores*” (5 referências) apresenta poucas referências onde se encontra as subcategorias “*Formação em abordagem baseada nas rotinas*” (1 referências)

“(...) formação específica.” 14R15.

e “*Aplicação da Entrevista Baseada nas Rotinas*” (1 referência) como facilitadores de uma intervenção com base nesta abordagem.

“Aplicação de uma entrevista baseada nas rotinas.” 14R48

Os inquiridos, relativamente à questão dos fatores que se constituem as ***principais barreiras*** na adoção de uma Abordagem Baseada nas Rotinas, foram encontradas categorias e subcategorias a partir das respostas dos TF (Anexo IV - 15) apresentadas na Tabela 23.

Tabela 23 - Fatores Barreira para a adoção de uma ABR

<i>Categoria</i>	<i>Subcategoria</i>	<i>Freq. de referências</i>
<i>Tempo/disponibilidade de horário dos intervenientes</i> (nº de referências = 17)	Pais	6
	Terapeutas da Fala	11
Limitações inerentes ao serviço (nº de referências = 9)		9
<i>Formação profissional</i> (nº de referências = 5)		5
<i>Não valorização/Não aceitação da ABR</i> (nº de referências = 15)	Pais	6
	Comunidade educativa	9

<i>Não envolvimento na intervenção</i> (nº de referências = 19)	Pais	13
	Comunidade educativa	6
Limitação dos contextos (nº de referências = 14)	Funcionamento familiar	11
	Funcionamento do Sistema educativo	3

Na categoria “*Tempo/disponibilidade de horário dos intervenientes*” (17 referências) pode-se destacar a subcategoria “Terapeutas da Fala” (11 referências) observa-se uma dificuldade por parte dos terapeutas inquiridos para implementarem a ABR na sua prática profissional:

“*Falta de disponibilidade para conhecer todos os contextos*” 15R23.

Na categoria “*Limitações inerentes ao serviço*” (9 referências) salienta-se a reposta

“*Não poder estar presente nas rotinas de vida diária da criança*” 15R48.

Também se observa que apenas 5 terapeutas referem a categoria de falta de “*Formação profissional*” (5 referências) específica dos técnicos como uma barreira à implementação da abordagem na sua prática profissional.

“*(...) falta de formação dos diversos profissionais, constrangimentos económicos e estruturais.*”
15R 26

Na categoria “*Não valorização/ Não aceitação da ABR*” (15 referências) observa-se um elevado número na subcategoria “*Comunidade educativa*” (9 referências).

“*Não adesão das famílias ou de alguns contextos.*” 15R 54

Na categoria “*Não envolvimento na intervenção*” (9 referências) pode-se destacar a subcategoria “*Pais*” (13 referências) os terapeutas indicam alguma dificuldade de envolver os pais durante a intervenção na ABR:

“*(...) manter os pais como parte integrante do processo de intervenção*” 15R34.

Outra barreira elencada pelos TF categoria “*Limitação dos contextos*” (14 referências) sendo o “*Funcionamento Familiar*” (11 referências) evidenciado pelos terapeutas:

“(…) ambiente familiar desfavorável.” 15R50.

A **quarta questão de investigação** de “quais as vantagens e desvantagens da adoção de uma Abordagem Baseada nas Rotinas na prática profissional dos Terapeutas da Fala portugueses, na perspectiva dos mesmos?” iremos apresentar os dados relativos às respostas dos inquiridos (Anexo IV - 17), tanto das vantagens como desvantagens, que foram organizadas em categorias e subcategorias, para melhor compreensão e posterior discussão.

As **vantagens** da adoção desta abordagem na prática dos TF, são expostas na Tabela 24.

Tabela 24 - Vantagens da adoção de uma Abordagem Baseada nas Rotinas

<i>Categoria</i>	<i>Subcategoria</i>	<i>Freq. de referências</i>
<i>Aprendizagens</i> (total de referências = 42)	Generalização e consolidação	13
	Aumento da funcionalidade	10
	Melhoria na participação/autonomia	9
	Resultados mais rápidos	9
	Menor recidiva	1
<i>Valorização das rotinas</i> (total de referências = 19)	Oportunidades de aprendizagem	7
	Aplicação de estratégias funcionais	4
	Intervenção mais intensiva	8
<i>Família/cuidadores</i> (total de referências = 8)	Facilidade no envolvimento	4
	Empoderamento	4

A categoria mais referenciada foi a “*Aprendizagens*” (42 referências), onde as subcategorias mais significativas são a “*Generalização*” (13 referências) das competências/aprendizagens em todos os contextos

“(…) generalização para todos os contextos onde a criança está inserida.” 17R27.

e um “*Aumento da funcionalidade*” (10 referências) da criança nas atividades do dia a dia

“Aumentar a funcionalidade da criança na área da linguagem.” 17R53.

Na categoria “Valorização das rotinas”, também é bastante mencionada pelos TF, em que maioritariamente uma “*intervenção intensiva*”

“Resultados diretos e observáveis para a criança e cuidadores; trabalho contínuo, frequente e consistente.” 17R10

E oportunidades aprendizagem

“Uma aprendizagem funcional, com as pessoas que lhe são significativas e que respeita a forma como a criança aprende.” 17R 13

Na categoria “Família/cuidadores” (8 referências), sendo as subcategorias “*facilidade no envolvimento*” e “*empoderamento*” as referidas.

“Abordagem com o envolvimento de todos (...)” 17R 45

“Empoderamento dos pais (...)” 17R 6

Comparativamente às **desvantagens** que os TF apresentam na adoção de uma Abordagem Baseada nas Rotinas na prática dos TF, a partir das respostas (Anexo IV - 19) verificou-se que apenas 2 inquiridos responderam, conforme a Tabela 25.

Tabela 25 - Desvantagens da adoção da abordagem Baseada nas Rotinas

<i>Categoria</i>	<i>Freq. de referências</i>
Aumento de insegurança perante o imprevisto	1
Possibilidade da inexistência de intervenção mais específica	1
Total	2

Relativamente à **quinta questão de investigação** “quais as principais estratégias utilizadas pelos Terapeutas da Fala portugueses na adoção de uma Abordagem Baseada nas Rotinas na sua prática profissional?” também as respostas (Anexo IV - 20) foram organizadas em categorias e subcategorias, que estão descritas na Tabela 26.

Tabela 26 - Principais estratégias usadas pelos TF portugueses na adoção desta abordagem na sua prática profissional

<i>Categoria</i>	<i>Subcategoria</i>	<i>Freq. de referências</i>
<i>Valorização do processo de avaliação</i> (total de referências = 13)	Conhecer as rotinas	4
	Realização da EBR	6
	Realização da SATIRE	1
<i>Articulação com a família</i> (total de referências = 23)	Práticas relacionais	9
	Práticas Participativas	7
	Práticas não especificadas	7
<i>Articulação com os educadores</i> (total de referências = 13)	Passagem de estratégias	6
	Partilha de informação	1
	Levantamento de preocupações	2
	Envolver os pares	4
<i>Promoção da funcionalidade</i> (total de referências = 11)	Objetivos funcionais	6
	Atividades funcionais	2
	Organização das rotinas	1
	Usar os interesses da criança/brincar	2
<i>Estratégias específicas na intervenção com a criança</i> (total de referências = 9)		9

Os TF referem uma “*Valorização do processo de avaliação*” (13 referências), sendo a subcategoria “*Realização da EBR*” (6 referências)

“*Entrevista Baseada nas Rotinas Rotinas no processo de avaliação (...)*” 20R13.

A categoria “*Articulação com a família*” apresenta-se mais referenciada (35 referências) que se divide nas subcategorias de “*Práticas relacionais*” (9 referências), observando a competências comunicativas por parte dos profissionais:

“*Explicar a importância do papel dos pais na estimulação das competências e aprendizagens da criança nas diversas rotinas*” 20R37. 3

A subcategoria das “*Práticas participativas*” apresenta-se como a mais referenciada (7 referências), onde se destaca o envolvimento dos pais, levantamento das necessidades etc.

“Planificação, com os pais, das pequenas alterações nas rotinas, com o objetivo de promover aquisições significativas” 20R6.

Na categoria *“Articulação com os educadores”* (13 referências), destaca-se a *“Passagem de estratégias”* (6 referências)

“(…) passagem de estratégias aos cuidadores formais e informais” 20R29

“Envolver os pares” (4 referências)

“Explicar aos pares o que pretendemos do seu amiguinho (parceiro comunicativo) para que também eles possam reforçar o trabalho desenvolvido” 20R5.

Na categoria *“Promoção da funcionalidade”* (11 referências), sobressai a subcategoria de realização de *“Objetivos funcionais”* (6 referências), onde os inquiridos referem a realização dos mesmos mediante a avaliação com a EBR:

“Avaliação com a EBR para perceber envolvimento e participação da criança, definição de prioridades com a família, definição de objetivos funcionais o mais integrado nas rotinas possível, utilização das rotinas como estratégias para potenciar desenvolvimento” 20R27.

Na categoria de *“Estratégias específicas com a criança”* (9 referências), não se conseguiu identificar subcategorias, podendo referir-se como exemplos das referências efetuadas:

podem enumerar-se a facilitação e sistematização e o trabalho numa equipa multidisciplinar. (colocar textualmente os exemplos)

“(…) trabalho multidisciplinar” 20R26.

CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO

Neste capítulo serão discutidos os resultados mais significativos sobre a percepção dos Terapeutas da Fala na adoção da Abordagem Baseada nas Rotinas, na sua prática profissional, recorrendo-se à literatura relevante relacionada. Optou-se de igual modo, por apresentar a discussão dos resultados de acordo com as respostas de investigação que orientaram este estudo.

Apesar da amostra ser homogénea, pois todos os inquiridos são Terapeutas da Fala, o número da amostra é pouco significativo (n=55) e esta não poderá ser considerada representativa dos Terapeutas da Fala portugueses, pelo que os resultados e as conclusões que daí se advém se circunscrevem apenas a estes participantes.

Na análise dos dados relativos à caracterização sócio-profissional pode observar-se que a maior parte dos inquiridos se situa no intervalo de idade dos 25-34 anos, a maioria com experiência profissional de 0-9 anos, com habilitações literárias maioritariamente de pós-graduação e mestrado.

No que se refere à **primeira e segunda questão de investigação** pode fazer-se o paralelismo entre o *grau de importância atribuído* e o *grau de frequência atribuído* à ABR, dos TF na sua prática profissional, bem como a influência da *formação específica, contexto de trabalho e número de anos de experiência profissional, nos graus de importância e frequência atribuídos*.

Na análise dos dados relativos à atribuição de *grau de importância* e *grau de frequência* da Abordagem Baseada nas Rotinas na sua prática profissional, pode observar-se uma grande discrepância na sua distribuição. Verificou-se que os inquiridos apresentam uma atribuição muito alta ao *grau de importância atribuído* maioritariamente grau 5 (extremamente importante), tanto na avaliação como na intervenção comparativamente com o *grau de frequência atribuído* que maioritariamente referem grau 4 (quase sempre).

Isto poderá significar que os inquiridos consideram que esta abordagem é extremamente importante na sua prática profissional, no entanto apresentam alguma dificuldade na implementação

da mesma. Também Pereira e Serrano (2014) no estudo que desenvolveram relacionado com percepção dos profissionais de IPI em Portugal obtiveram uma discrepância semelhante entre as práticas realizadas e aquelas que eram mais valorizadas pelos profissionais.

No que diz respeito às questões de *formação específica, contexto de trabalho e número de anos de experiência profissional*, não foi possível observar nenhuma relação entre estes e o grau de importância e grau de frequência atribuídos. No entanto, pode observar-se que em todos os casos o *grau de importância atribuído* foi maioritariamente grau 5 (extremamente importante) e o grau de frequência atribuído foi maioritariamente grau 4 (quase sempre). Isto poderá indicar, mais uma vez, que tendo ou não formação específica na ABR os terapeutas, dos vários contextos, com os diferentes anos de experiência, consideram extremamente importante a aplicação desta abordagem na prática profissional, estando mais sensibilizados para uma abordagem que incide cada vez mais na participação, numa perspetiva mais funcional, de acordo com as diretrizes da OMS. Carvalho *et al.*, (2018) destacam a qualidade técnica, ou seja, os conhecimentos teóricos e práticos como resultado de formação e experiência profissional, como aspetos facilitadores de práticas de ajuda eficazes de trabalho com as famílias.

Por outro lado, a nossa amostra apresenta uma experiência profissional maioritariamente entre os 0 aos 9 anos, pode inferir-se que, provavelmente, haverá cada vez maior preocupação por parte das instituições do ensino superior que formam terapeutas da fala em Portugal, na preparação destes profissionais para uma abordagem mais holística e ecológica. Por outro lado, a consciência revelada pelos profissionais da amostra, relativamente à importância da formação, espelhada no maior predomínio de profissionais com pós-graduações ou com grau de mestre, vai ao encontro com o recomendado na literatura, que. O Terapeuta da Fala ao longo da sua prática profissional deverá procurar ao o conhecimento científico estando atualizado, de forma a prestar uma intervenção baseada na evidência (Paul e Roth, 2011).

Observando as tabelas da *faixa etária com ao qual os TF trabalham maioritariamente* relacionadas com os *graus de importância e de frequência atribuídos* na atividade profissional tanto na avaliação como na intervenção, ressalva-se o facto da importância atribuída à ABR nas crianças dos 0 aos 6 anos será mais evidente, onde a maioria atribui grau 5 (extremamente importante), tanto na avaliação como na intervenção. Este fenómeno vai de encontro do preconizado no SNIPI em Portugal, em que foca a intervenção em crianças dos zero aos 6 anos de idade e que apresentem risco de atraso de desenvolvimento ou atraso de desenvolvimento já estabelecido (ASHA, 2008; SNIPI, 2016). Também Carvalho *et al.*, (2018) referem que as crianças mais novas apresentam uma maior reestruturação das estruturas e funções do cérebro, havendo maior facilidade na aquisição de novas aprendizagens. Comparativamente ao grau de frequência atribuído pelos terapeutas que intervêm com crianças na faixa etária 7-12 anos maioritariamente referem grau 4 (quase sempre). Esta descida de grau atribuído pode dever-se mais uma vez à dificuldade na implementação da ABR nas crianças em acompanhamento, principalmente em crianças mais velhas.

No que diz respeito às *problemáticas inerentes ao desenvolvimento das crianças e jovens que são acompanhadas pelos TF*, foi realizada análise de conteúdo de forma a estabelecer categorias e subcategorias, organizando-as para tratamento e compreensão dos dados. Na Categoria das *“Perturbações da comunicação e da Linguagem”*, a subcategoria *“Perturbação da Linguagem”* é a mais referenciada pelos inquiridos e elegível pelo SNIPI (2016) para intervenção do TF numa equipa transdisciplinar no modelo da Abordagem Baseada nas Rotinas e Centrada na Família. AASHA (2008) também refere as *“Perturbações da comunicação”* como uma problemática elegível para a intervenção do TF nesta abordagem, bem como as dificuldades de alimentação e mastigação evidenciadas apenas por dois inquiridos. A subcategoria de *“Perturbação do Espectro do Autismo”*, também muito referida pelos inquiridos, devido ao conhecimento que as atividades de rotina promovem a interação entre os pais e as crianças com esta problemática, melhorando o desenvolvimento da linguagem e comunicação (McWilliam P.J. *et al.*, 2005; Correia e Serrano, 1994). Kashinath, Woods e Goldstein (2006) referem que uma intervenção baseada nas rotinas tem efeitos muito positivos na comunicação das crianças com PEA e os pais revelam grande satisfação e consideram a intervenção

benéfica para os seus filhos. A categoria de “*Perturbação dos Sons da fala*” é amplamente destacada o que é suportado na literatura pois AHSa (2008) engloba a inteligibilidade do discurso nas Perturbações da comunicação, já referida anteriormente. As categorias “*Atraso global do desenvolvimento*”, e “*défice cognitivo*”, embora tenham sido pouco mencionados pelos inquiridos, merecem também destaque na literatura como sendo problemáticas inerentes ao desenvolvimento da criança, (AHSa, 2008; Guralnick, 2005b).

Para além desta categorização, também se realizaram testes estatísticos de forma a compreender a relação entre as *problemáticas* e os *graus de importância e frequência atribuído*, na prática profissional dos TF. Após essa análise estatística verificou-se que embora a maioria dos TF considere que seja extremamente importante (grau 5), a adoção da ABR com todas as problemáticas apresentadas. Quando questionados sobre o grau de frequência na prática profissional este desce para o grau 4 (quase sempre). Mais uma vez se observa que os Terapeutas estão consciencializados para importância desta abordagem na sua prática profissional, mas não a aplicam sempre.

Relativamente à **terceira questão de investigação**, irá abordar-se os fatores que os terapeutas consideram como principais facilitadores ou principais barreiras para a implementação da ABR na sua prática profissional.

Quanto aos fatores que os inquiridos apresentaram como *facilitadores*, foram também categorizados e sub-categorizados, de forma, a ser mais fácil a sua compreensão e discussão. A categoria mais referenciada pelos inquiridos foi a “*Colaboração*”, sendo a “*Colaboração da família/cuidadores*” a subcategoria mais referenciada. Os resultados são indicativos que uma maior proximidade à família, com estabelecimento da relação de confiança referida na literatura com fundamental neste processo de parceria pais-profissionais, pode ser determinante para que se consiga um trabalho mais articulado e eficaz. A metodologia das práticas em IPI baseada nas rotinas e nos contextos naturais prevê uma boa colaboração entre todos os intervenientes, envolvendo os pais, mas também a comunidade educativa na elaboração e implementação do plano de intervenção

(McWilliam P. J., 2003; Bruder, 2012). Assim o TF deverá ser um facilitador na comunicação entre a família e os vários membros da equipa (AHSA, 2008). O TF inserido numa equipa da ELI deverá implementar para além das práticas relacionais, as práticas participativas, de modo a haver uma maior colaboração entre todos os intervenientes, sendo elas dar oportunidade aos pais para discussão e tomadas de decisão sobre a intervenção, e envolvimento da família na implementação das decisões. (Carvalho, 2015).

A “*Intervenção em contextos naturais*” também foi muito referida pelos inquiridos como um facilitador nesta abordagem, que é reforçado pela literatura. A intervenção em contexto natural está intimamente ligada à Abordagem Baseada as Rotina. É neste contexto que o TF deverá apoiar os cuidadores, no sentido de identificar e aproveitar as oportunidades naturais de aprendizagem que ocorrem nos contextos onde as crianças estão (Caldeira, 2017). Dunst *et al.* (2006) referem que as atividades nos contextos naturais da criança são fontes de oportunidades de aprendizagem, aumentando a sua funcionalidade. Hancock e Kaiser, 2006 apresentam algumas estratégias para a implementação da intervenção em contextos naturais: 1) organizar o ambiente para promover oportunidades de comunicação; 2) encorajar a criança a iniciar a interação e seguir os seus interesses; 3) intercalar atividade preferida com não preferida; 4) promover a escolha e tomadas de decisão; 5) uso de reforço natural; 6) tempo de espera estruturado; 7) imitação contingente; 8) dar estrutura à atividade e usar trocas de turnos durante a atividade.

O “*sucesso da intervenção*” apresenta-se também como um facilitador para uma Abordagem Baseada nas Rotinas, pois quanto mais os pais proporcionarem oportunidades de aprendizagens, maior é aquisição de competência da criança no dia a dia, gerando pais mais confiantes e competentes melhorando a interação pais-filho (Dunst *et al.*, 2012).

Pode observar-se também que apenas 2 inquiridos destacaram o papel da *Formação profissional do TF*” como um facilitador para a prática numa ABR. Como já foi referido anteriormente é importante o terapeuta estar preparado a nível teórico de forma a ter uma prática mais centrada nas rotinas e nos contextos de vida da criança (Paul e Roth, 2011).

Salientamos também que apenas 1 inquirido menciona que *Entrevista Baseada nas Rotinas*” poderia ser um fator facilitador para a Abordagem Baseada nas rotinas, no entanto foi mencionada como uma estratégia por vários TF. Sendo que a literatura refere a EBR como uma recolha de informação primordial sobre as necessidades da família nas atividades/rotinas do dia a dia. Esta poderá ser um facilitador importante para a implementação desta abordagem (Jennings, *et al.*, 2012; McWilliam R. A., *et al.*, 2012; McWilliam R. A., *et al.*, 2009), de forma a realizar objetivos funcionais, avaliar a funcionalidade da criança e da família em todas as suas rotinas e estabelecer uma relação positiva com a família (Woods e Lindeman, 2008).

Relativamente aos fatores que os inquiridos apresentaram como *barreiras* à implementação desta abordagem na prática profissional, os resultados foram mais uma vez categorizados e sub-categorizados.

Verificou-se que o fator “*Tempo/disponibilidade de horário dos intervenientes*” é uma das grandes dificuldades para os Terapeutas da Fala na implementação da ABR. Os inquiridos referem questões como o número de crianças ser muito elevado para o tempo disponível e horário de trabalho do técnico. O tempo limitado pode traduzir-se em alguma dificuldade na articulação com os intervenientes do processo, deslocação aos contextos, trabalho em part-time, bem como o número de crianças em apoio, etc (Pereira e Serrano, 2014; Ribeiro, 2014). Também ser indicativo de que as características do serviço interferem significativamente com o tipo de trabalho que pode ser desenvolvido, podendo muitas vezes não serem tão facilitadoras da adoção de determinadas práticas, neste sentido, será importante a sensibilização das práticas recomendadas e dos benefícios que as mesmas poderão trazer não somente para os profissionais que estão no terreno mas também para os diretores dos serviços que eles integram. Por outro lado, os horários dos pais foram mencionados como sendo uma barreira à intervenção, sendo importante o TF ter práticas de ajuda eficaz – práticas participativas – de forma a responsabilizar a família, e encontrar soluções para as dificuldades (Carvalho *et al.*, 2018).

O “*Não envolvimento dos pais*” foi também mencionado como uma barreira à intervenção, alguns dos inquiridos refere mesmo que estes podem não dar continuidade às estratégias propostas para atingir os objetivos. No seu estudo (Ferreira, 2017) menciona

também a dificuldade dos profissionais em envolver a família durante todo o processo de intervenção. Para Dunst *et al.*, (2012) os pais conhecem as preferências dos seus filhos, pontos fortes e fracos, conhecem bem as dificuldades do dia a dia e são os que melhor criam oportunidades de aprendizagem em contexto natural. São eles que estabelecem uma relação de afeto e vinculação que mais ninguém poderá substituir e mesmo que tenham pouco tempo para a criança, criam maior oportunidades de interação e promoção do desenvolvimento do que qualquer outro profissional (Mahoney e MacDonal, 2007). Assim é importante dar poder à família para participar nas tomadas de decisão, melhorar as habilidades de resolução de problema e auto-eficácia (Dunst, *et al.*, 1988). Estes resultados podem também ser indicadores de que o desenvolvimento de competências de trabalho com as famílias é algo que é muito necessário à atuação do TF e que deverá continuar a ser reforçado através de formações. Por outro lado, também aqui poderá influenciar eventualmente as características do tipo de apoio prestado (características do serviço) que possam não fomentar tanto a proximidade e envolvimento da família. Os aspetos culturais, onde ainda impera o modelo clínico poderão também ter influenciado, sendo que as famílias não reconhecem a necessidade de maior envolvimento em determinado processo.

A subcategoria da “Não valorização/Não aceitação da comunidade educativa” é valorizada nas respostas dos inquiridos, sendo que uma das funções do TF (ASHA, 2008) é a capacitação dos pais e outros profissionais que trabalham com a criança, é importante esclarecer os intervenientes sobre as funções comunicativas, bem como selecionar estratégias, e abordagens a implementar e traçar objetivos funcionais para a criança em todos os contextos onde ela está inserida. Requer uma comunicação efetiva entre todos os intervenientes, tanto família como profissionais, que estão com a criança nos contextos de vida diária (Paul e Roth, 2011). Assim, também se considera importante a formação dos profissionais, para o desenvolvimento do trabalho em equipa, e necessidade de adoção de práticas colaborativas nos diversos contextos

No que diz respeito ao “*Funcionamento Familiar*” como uma barreira, a família é o pilar da intervenção, pois é ela que toma todas as decisões relativas à criança (AHSA, 2008).

Assim, o TF tem de partir dos pressupostos que a família tem pontos fortes, necessita de apoio e encorajamento, têm as suas competências e habilidades próprias. Apresentam também esperanças e desejos para os seus filhos, utilizando os recursos disponíveis, embora estes possam ser diferenciados quanto à acessibilidade, também são os parceiros dos profissionais na intervenção (Raver e Childress, 2015).

No que diz respeito à **quarta questão de investigação**, iremos abordar as vantagens e as desvantagens referidos pelos TF na implementação da ABR na prática profissional.

As **vantagens** mais referenciadas pelos inquiridos foram divididas em 3 categorias, sendo a mais referência da a “Aprendizagem”, onde se pode observar a subcategoria “*Generalização e Consolidação*” a principal vantagem desta abordagem. A literatura refere que uma abordagem que se baseia nas rotinas da criança apresenta momentos de aprendizagens ricos, nos contextos onde a criança está inserida, havendo uma repetição dessas mesmas rotinas (Caldeira, 2017; Jahnsen *et al.*, 2015; Aleixo, 2014; Jennings, *et al.*, 2012; McWilliam R. A., 2010; Dunst *et al.*, 2006; Yoder e Warren, 1993) tornando as aprendizagens consistentes e consolidadas (Alves, 2016).

No que se refere a subcategoria “*Aumento da funcionalidade*” como uma vantagem desta abordagem, Dunst *et al.* (2012) referem que as Práticas Contextualmente mediadas ajudam a operacionalizar as aprendizagens em contextos naturais, sendo que as experiências do dia a dia são fontes de oportunidades de aprendizagem que promovem a competência de comportamentos mais funcionais.

A categoria da “*Valorização das rotinas*”, também foi bastante mencionada pelos inquiridos, visto que as rotinas são “*oportunidades de aprendizagem*” e interação no dia a dia da criança, dentro dos contextos em que está inserida, com as pessoas mais significativas, aprendendo de forma funcional promovendo o desenvolvimento da criança (Caldeira, 2017; Alves, 2016; Jahnsen *et al.*, 2015; Aleixo, 2014; Jennings, *et al.*, 2012; Dunst, *et al.*, 2012; McWilliam R. A., 2010; Dunst, 2006; Yoder e Warren, 1993).

A Categoria “*Família/cuidadores*” também referenciada, embora em menor número, remete para as subcategorias do “*envolvimento dos pais*” que já foi referida a sua importância nas barreiras, e o “*Empoderamento*” que se refere a dar o poder aos pais de tomadas de decisão e de escolha informada, como sendo práticas participativas desenvolvidas pelo TF que tem por base as Práticas Centradas na Família (Carvalho *et al.*, 2018). Mais uma vez os resultados reforçam que o facto de existir uma maior ligação à famílias, com canais eficazes de comunicação, esta poderá ser uma base para o estabelecimento da ligação de confiança e facilitar o desenvolvimento de um trabalho em conjunto e em equipa.

Foram poucas as *desvantagens* que os TF referiram nas suas respostas, sendo que “*O aumento de insegurança perante o imprevisto*” dos terapeutas da fala no seu local de trabalho pelas dificuldades já mencionadas anteriormente relacionadas com as condições de trabalho, e a “*Possibilidade de inexistência de intervenção mais específica*” são as duas categorias encontradas. Hoje sabe-se que as crianças em idades precoces aprendem ao longo do tempo, através de interações repetidas do dia a dia, e que as interações dos profissionais têm pouco efeito direto na criança, têm sim um impacto na melhoria das competências e autoconfiança dos pais/cuidadores, por sua vez têm uma grande influência no desenvolvimento da criança (McWilliam R. A., 2003). Sendo que a literatura revela que as Práticas Centradas na Família, em contextos naturais, dentro das rotinas onde as crianças estão inseridas, têm como pontos fundamentais as atividades do quotidiano como sendo oportunidades de aprendizagem, onde os pais têm um papel fulcral ao apoio das mesmas, com o objetivo de aumentar as competências da criança (Dunst, *et al.*, 2012). A ABR deverá substituir o enfoque mais tradicionalista de sessões individuais de Terapia da Fala, caso contrário o profissional corre o risco de perder o real comportamento da criança nos seus contextos de vida, e veja a criança “através de uma lupa desconectada” (Hanft e Pilkington, 2000). Dunst *et al.* (2012) também referem que o contexto clínico é um ambiente descontextualizado que não se transforma em oportunidades naturais de aprendizagem. Por outro lado, AHS (2008) ressalva que para algumas crianças poderá ser importante sessões de Terapia da fala de um para um, noutros a capacitação das famílias para a implementação de estratégias de comunicação e linguagem e noutros casos poderá ser a combinação dos dois.

Quanto à **quinta questão de investigação**, iremos abordar quais as estratégias utilizadas pelos TF na adoção de uma ABR na sua prática profissional.

A categoria mais referida pelos TF foi “*Articulação com a Família*” e é sem dúvida o ponto fulcral as Práticas Centradas na Família o pilar da IP, numa Abordagem Baseada nas Rotinas. A relevância das “*Práticas Participativas*” são mencionadas pelos TF, em que de acordo com Dunst *et al.* (2013, *cit. in*, Carvalho *et al.*, 2018) apontam como o envolvimento da família na intervenção, o empoderamento da mesma nas tomadas de decisão, bem como a capacitação da mesma de forma a ter competências para encontrar os recursos na comunidade e apoios de que necessita para o desenvolvimento do seu filho. Também destacam a responsabilização da família para a realização de objetivos funcionais e discussão da intervenção. O levantamento das necessidades e prioridades da família também é valorizado, pelos TF, sendo que os pais decidem o que deve ser priorizado e não o técnico. Alguns TF referiram também “*Práticas relacionais*” que se prendem com comportamento por parte dos profissionais por forma a reconhecer os pontos fortes da família e usá-los otimizando o desenvolvimento da criança e o seu funcionamento (Carvalho *et al.*, 2018).

Relativamente à categoria também muito referenciada a “*Promoção da funcionalidade*”, também Dunst *et al.* (2012) referem a necessidade de implementação das Práticas Contextualmente Mediadas de forma a identificar os “*interesses da criança*” e as “*atividades funcionais*” que estruturam a sua vida (rotinas), selecionar quais são as mais importantes ao nível de oportunidades de aprendizagem, e aumentar a participação e funcionalidade da criança nas mesmas.

A categoria “*Valorização do processo de avaliação*” também foi alvo de destaque por parte dos TF, em que há uma preocupação em “*conhecer as rotinas da criança*”, tanto de forma natural como através da “*Realização da EBR e SATIRE*”. Assim, é importante realizar uma avaliação precisa do desenvolvimento da criança, identificar os contextos onde ela passa o seu dia, bem como as atividades e rotinas nesses mesmos contextos para se desenvolver um plano de intervenção baseado nas rotinas. (Flores e Schwabe, 2000, *cit. in*, Jennings, *et al.*, 2012; McWilliam, R. A., 2012, McWilliam R. A., *et al.*, 2009).

A categoria “*Articulação com os cuidadores*” também realçado pelos TF, observando-se as subcategorias mais importantes de “*passagem de estratégias*”, e “*envolver os pares*”. A literatura remete, sem duvida, que as crianças aprendem nos contextos onde estão inseridas, sendo a escola um deles. Assim cabe ao TF, profissional de uma equipa que tem por base uma abordagem nas rotinas, a orientação, capacitação e passagem de estratégias aos educadores para as rotinas inerentes ao jardim de infância. (Jahnson, *et al.*, 2015; Raver e Childress, 2015). Também importa ressaltar que as crianças aprendem com pessoas significativas também no contexto escolar (McWilliam, R. A., 2012), os educadores e as crianças, pois as crianças com atraso de desenvolvimento, independentemente da etiologia, estão inseridas numa turma regular, segundo o Decreto Lei 54/2018:

“Inclusão, o direito de todas as crianças e alunos ao acesso e participação, de modo pleno e efetivo, aos mesmos contextos educativos” D-Lei 54/2018, artigo 3º.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Este trabalho teve como premissa a recolha das perceções dos Terapeutas da Fala relativamente à Abordagem Baseada nas Rotinas, percebendo se a consideram importante e se a utilizam na sua prática profissional.

Será feito um breve resumo ao nível da investigação realizada, começando por referir algumas linhas de pensamento teórico, epistemológico e metodológicos orientadores deste estudo, relacionando com os resultados obtidos mais significativos. Posteriormente, iram ser apresentadas algumas limitações sentidas ao longo deste estudo, e por fim, algumas sugestões e propostas de investigações futuras.

No capítulo I, abordaram-se os temas de Intervenção Precoce na Infância em Portugal, fazendo referência ao Sistema Nacional de Intervenção Precoce, bem como os modelos de desenvolvimento humano, precursores da IPI atualmente em vigor. No capítulo II foram abordados os temas relacionadas com a Abordagem Baseada nas Rotinas, realçando a importância das rotinas, nos contextos de vida da criança, no seu desenvolvimento. Também se referiram as Práticas Centradas na Família e trabalho em equipa, dando maior enfoque ao modelo transdisciplinar, preconizado na IPI. No capítulo III, enfatizou-se o papel do Terapeuta da fala numa intervenção com base nas rotinas, tendo sempre em conta a sua especificidade técnica, bem como as recomendações de boas práticas a nível nacional e internacional, nomeadamente quando inserido numa equipa local de intervenção precoce. No Capítulo IV foram apresentadas as opções de metodologia, bem como a referência aos objetivos e questões de investigação e procedimentos de recolha, através do questionário elaborado especificamente para este estudo, e análise dos dados. No Capítulo V foram apresentados os resultados obtidos através do questionário, com recursos a tabelas e gráficos. No Capítulo VI discutiram-se os resultados tendo em conta o enquadramento teórico.

Pode-se verificar que os TF referiram ser muito importante a Abordagem Baseada nas Rotinas tanto na avaliação como na intervenção, no entanto referem usar quase sempre

esta abordagem na sua prática profissional tanto na avaliação como na intervenção. Conclui-se que os Tf apresentam uma maior consciencialização e valorização desta abordagem no que diz respeito à funcionalidade e participação das crianças nos seus contextos naturais, apresentando também mais vantagens do que desvantagens na implementação desta abordagem na sua prática profissional. As variáveis de formação específica, o contexto e a experiência profissional, mas problemáticas e a faixa etária das crianças com as quais o TF trabalha maioritariamente, não influenciaram o grau de importância e frequência atribuído. No entanto, ressalva-se que os constrangimentos dos serviços parecem condicionar a aplicabilidade da ABR, devido maioritariamente à disponibilidade dos TF e o tempo de intervenção com cada criança. Os terapeutas também ressaltaram a importância da formação e experiência profissional nesta abordagem, no envolvimento dos pais e no esclarecimento desta abordagem à família e cuidadores.

Este trabalho contribuiu para compreender o posicionamento dos TF quanto à abordagem, que embora seja mais implementada em contexto de IPI, verifica-se que poderá ser aplicada noutros a contextos onde o terapeuta intervém.

As limitações deste estudo prendem-se com o tempo limitado que o inquérito esteve online, o que interferiu diretamente com o número da amostra relativamente baixo, pelo que os resultados não são representativos da população de Terapeutas da Fala Portugueses.

Sugere-se para futuras investigações a realização de um estudo nacional, com uma amostra mais alargada de terapeutas da fala, de forma a encontrar associações significativas entre as variáveis independentes e dependentes. Também se propõe um estudo de carácter quantitativo de percepções alargado a outros profissionais e pais de crianças em intervenção com esta abordagem. Por fim, sugere-se um estudo qualitativo de forma a aprofundar algumas questões relacionadas com as estratégias usadas pelos Terapeutas da Fala na implementação desta abordagem da sua prática profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aleixo, E. (2014). *Práticas de Intervenção Precoce centradas nos contextos naturais e o seu contributo para a promoção do desenvolvimento de uma criança*. Unpublished Mestrado. Coimbra, Instituto Politécnico de Coimbra, Escola Superior de Educação.
- Almeida, I., Breia, G. e Colôa, J. (2005). *Conceitos e práticas em Intervenção Precoce*. Lisboa. Direção dos Serviços de Educação Especial e Apoio Sócio-Educativo, Ministério da Educação.
- Almeida, L. (2016). *Famílias de crianças com necessidades educativas especiais: bem-estar subjetivo e satisfação com a intervenção precoce*. Unpublished Mestrado Viseu, Escola Superior de Educação de Viseu.
- Alves, D. (2016). *Intervenção Precoce em Contextos Naturais: uma revisão sistemática da literatura*. Unpublished Mestrado, Lisboa, Universidade de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana.
- Alves, M. (2012). *Metodologia Científica*. Lisboa. Escolar Editora.
- APTF - Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala. Disponível em <<http://www.aptf.org/o-terapeuta-da-fala>>. [Consultado em 19.03.2018].
- American Speech-Language-Hearing Association. (2008). *Roles and Responsibility of Speech-language Pathologist in Early Intervention: Technical Report [Technical Report]*. Available from www.asha.org/policy. [Consultado 19.03.2018]
- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (2016). *Scope of practice in speech-language pathology [Scope of Practice]*. Available from www.asha.org/policy. [Consultado 19.03.2018].

- Bailey, D., e Wolery, M. (1992). *Teaching infants and preschoolers with disabilities*. Macmillan. New York.
- Bairrão, J., e Almeida, I. (2003). Questões actuais em intervenção precoce. *Psicologia*, Volume 5, nº 1. pp. 15-29.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70
- Benetti, I., Vieira, M., Crepaldi, M., Schneider, D. (2013), Fundamentos da Teoria Bioecológica de Urie Bronfenbrenner. *Pensado Psicologia*, Volume 9 (16), pp. 98-99.
- Bronfenbrenner, U. (1975). Is early intervention effective? *In: Friendlander, B., Sterritt, G. e Kirk, G. (Ed). Exceptional Infant: Assessment and intervention*. Volume. 3. New York. Brunner/mazel.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, Harvard University Press.
- Bruder, M. (2012). Coordenação de Serviços de Apoio às Famílias. *In McWilliam R.A. Trabalhar com as Famílias de Crianças com Necessidades Especiais* 107-142. Porto, Porto Editora.
- Bruder, M. e Bolonha, T. (1993). Collaboration and service coordination for effective early intervention. *In. Brown, S., Thruman, S., Pearl, L. family- centered early intervention with infants and toddlers. Innovative croo-disciplinary aproches*. Baltimore. Paul H. Brookes Publishing Co.
- Bruner, C. (1991). *Thinking collaboratively: Ten questions and answers to help policy maker improve children's services*. Washington, Education and Human Services Consortium.
- Caldeira, Z., Seixas, S., Piscalho, I. (2017). Intervenção Baseada nas Rotinas. *Revista UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto de Santarém*, Volume 5, nº1, pp. 62-80.

- Carvalho, J. (2015). *O papel do Terapeuta da Fala numa Equipa Local de Intervenção Precoce*. Unpublisher Especialidade Porto, Instituto Politécnico do Porto.
- Carvalho, L. et al. (2016). *Práticas recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um Guia para Pais*. Coimbra, Associação Portuguesa de Intervenção Precoce-ANIP.
- Carvalho, L. et alii. (2018). *Práticas recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um Guia para Pais*. 2º edição. Coimbra, Associação Portuguesa de Intervenção Precoce-ANIP.
- Clarisse, A. (2013). *Prática Baseada na Evidência em Terapia da Fala*. Unpublished Mestrado Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa e Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve.
- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (2004). Direção-Geral da Saude, Organização Mundial da Saúde. Lisboa.
- Córdova, F. (2009). *Métodos de Pesquisa*. Porto Alegre, Editora da UFRGS.
- Correia, L., e Serrano, A. (1994). Impacto dos Programas de Intervenção Precoce na Criança e na Família. *Revista Portuguesa de Educação*, pp. 85-93.
- Correia, L., e Serrano, A. (orgs.) (2000). *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce. Das Práticas Centradas na Criança às Práticas Centradas na Família*. Porto. Porto Editora.
- Correia, L. e Serrano, A. (2002). *Parcerias pais-professores na educação de crianças com NEE. Inclusão*. Braga. Quadrado Azul Editora.
- Decreto Lei nº 3/2008, de 07 de janeiro – Regime Educativo Especial
- Decreto-Lei nº 54/2018 de 6 de julho – Regime Educativo Especial
- Dunst, C. (1985). Rethinking early intervention. *Analysis and intervention in developmental disabilities*, Volume. (5), pp.165 – 201.

- Dunst, C. (1998). Corresponsabilização e práticas de ajuda que se revelam eficazes no trabalho com famílias, *In* Correia, L., Serrano, A. (Ed.) (2000). *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce. Das Práticas Centradas na Criança às Práticas Centradas na Família*. Porto, Porto Editora.
- Dunst, C. (2000). Revisiting `rethinking early intervention`, *Topics in Early Childhood Special Education*, Volume, 20, pp. 95-104.
- Dunst, C. (2012). Oportunidades de aprendizagem para a criança no quotidiano da comunidade. *In* McWilliam R. A. (ed), *Trabalhar com as Famílias de Crianças com Necessidades Especiais* (pp. 73-106). Porto, Porto Editora.
- Dunst, C. Boyd, K., Trivette, C. e Hamby, D. (2002). Family- oriented program models and professional helpgiving practices. *Family relations*. Volume 51, pp. 221-229.
- Dunst, C., Bruder, M., Trivette, C. e Hamby, D. (2006). Everyday Activity Settings, Natural Learning Enviroments, And Early Education Practices. *Journal Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. Volume. 3, n. 1, pp. 3-10.
- Dunst, C. J., Raab, M., Trivette, C.M. e Swanson, J. (2010). Community-based Everyday Child Learning Opportunities. *In* R. A. McWilliam (Ed.), *Working with Families of Young Children with Special Needs* (pp. 60-92). New York, The Guilford Press.
- Dunst, C. J., Raab, M., Trivette, C.M. e Swanson, J. (2012). Oportunidades de aprendizagem para a criança no quotidiano da comunidade. *In* R. A. McWilliam (Org.), *Trabalhar com as Famílias de Crianças com Necessidades Especiais* (pp. 73-106). Porto, Porto Editora.
- Dunst, C., Trivette, C. e Deal, A. (1988). *Enabling and empowering families: Principles and guidelines for practice*. Cambridge, MA. Brookline Books.
- Dunst, C. e Trivette, C. (2009). Capacity-building family-systems intervention practices. *Jornal of Family Social Work*, Volume 12, nº 2, pp. 119-143.

- Dunst, C., Trivette, C. e Hamby, D. (1991). Family oriented early intervention policies and practices: Family-centered or not? *Exception Children*, Volume. 58, pp. 115-126.
- Ferreira, A. (2017). *Percepção dos profissionais de Intervenção Precoce na Infância acerca das práticas ideais no contexto português: Modelo colaborativo ou especialista?* Unpublished Mestrado. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa.
- Ferro, C. (2012). *Relações entre Fatores de Risco e Necessidades das Famílias*. Unpublished Mestrado. Lisboa. Instituto Superior de Educação e Ciência.
- Fortin, M. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidática.
- Garbarino, J. (1992). *Children and families in the social environment*. Hawthorne. New York. Aldine Publishing.
- Garbarino, J. e Ganzel, B. (2000). The Human ecology of early risk. In S. J. Meisels (Ed.), *Handbook of early childhood Intervention*. Cambridge. Cambridge University Press. pp. 76- 93.
- Gil, A. (2010) *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª ed. S. Paulo, Editora Atlas.
- Guralnick, M. (2000) Early childhood intervention: Evolution of a system. In Wehmeyer M. e Patton, J. (Ed) *Mental Retardation in the 21th century*. Autin, PRO-ED.
- Guralnick, M. (2001). A developmental systems model for early intervention. *Infants and Young Children*, Volume 14 n°2, pp.1-18.
- Guralnick, M. (2005a). An overview of the developmental systems model for early intervention. In: M.J. Guralnick (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention*. Baltimore. Paul H. Brookes Publishing Co.

- Guralnick, M. (2005b). *Early intervention for children with intellectual disabilities: current Knowledge and future prospects*. Center on Human Development and Disability. University of Washington, Seattle.
- Hancock, T. e Kaiser, A. (2006). Enhanced milieu teaching. In R. McCauley e M. Fey (Eds.), *Treatment of language disorders*. pp. 203–236. Baltimore, MD: Brookes.
- Hanft, B. E. e Pilkington, K. O. (2000). Therapy in natural environments. The means or end goal for early intervention? *Infants and Young Children*, Volume 12 nº4, pp. 1-13.
- Hobbs, N., et alii. (1984). *Strengthening families*. São Francisco. Jossey Bass.
- Jennings, D., Hanline, M. e Woods, J. (2012) Using Routines-based Interventions in Early Childhood Special Education. *Dimensions of Early Childhood*, Volume 40 nº 2, pp. 13-22.
- Johnson, J., Rahn, N. e Briker, D. (2015). *An Activity-based Approach to Early Intervention*. Baltimore. Paul. H. Brookes Publishing Co.
- Jung, L. (2012). Identificar os apoios às famílias e outros recursos. In R. A. McWilliam (Org.), *Trabalhar com as Famílias de Crianças com Necessidades Especiais* (pp. 20-37). Porto: Porto Editora.
- Kashinath, S. Woods, J. e Goldstein, H. (2004). Effects of Embedding Caregiver-Implemented Teaching Strategies in Daily Routines on Children's Communication Outcomes. *Journal of Early Intervention*, 26(3), 175-193;
- Kashinath, S., Woods, J. e Goldstein, H. (2006) Enhancing Generalized Teaching Strategy Use in Daily Routines by Parents of Children With Autism. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, Volume 49, pp. 466-485.
- Mahoney, G. e MacDonald, J. (2007). *Autisms and developmental delays in young children: The responsive teaching curriculum for parents and professionals*. PRO-ED. Austin.

- Maia, F. (2012). *A Intervenção Precoce nas Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral: Perceções das Famílias, dos Profissionais e dos Diretores de Serviço*. Unpublished Doutoramento Braga, Instituto de educação, Universidade do Minho.
- Marcenko, M., Heman, S. e Hanzel, L. (1992). A comparison of how families and their services providers rate family generated quality of services factors. *Community Mental Health Journal*, Volume 28, nº5, pp. 441-449.
- Marcenko, M. e Smith, L. (1992). The impact of a family-centered case management approach. *Social Work in Health Care*, Volume 17, nº5. pp. 87-100.
- McWilliam, P. J. (org) (2003). *Estratégias Práticas para Intervenção Precoce Centrada nas Famílias*. Porto. Porto Editora.
- Marques, R. (2014). Problemas complexos de governação integrada. Lisboa, Ed. Govint, Fórum para a Governação Integrada.
- McWilliam, R. A (2007): *Engaging every child in the preschool classroom*. Baltimore, MD: Brookes
- McWilliam, P. J., Wintons, P. e Crais, E. (2005). *Estratégias Práticas para a Intervenção Precoce Centrada na Família*. Coleção Educação Especial. Porto: Porto Editora.
- McWilliam, R. A. (2003). The primary-service-provider model for homeland community-based services. *Psicologia* Volume 17, pp. 115-135.
- McWilliam, R. A. (2010). *Routines-based Early intervention: Supporting young children and their families*. Baltimore, MD. Paul H. Brookes Publishing Co.
- McWilliam, R. A. (org) (2012). *Trabalhar com Famílias de Crianças com Necessidades Especiais*. Porto, Porto Editora.
- McWilliam, R. A., Casey, A. e Sims, J. (2009). The Routines-based Interview A Method for Gathering Information and Assessing Needs. *Infants e Young Children*, Volume 22, No. 3, pp. 224–233.

- Meisels, S. e Shonkoff, J. (2000). Early childhood intervention: A continuing evolution. In J.P. Shonkoff e S.J. Meisels (Eds.), *Handbook of early intervention* Cambridge, Cambridge University Press, pp. 3-31.
- Paul, D. e Roth F. (2011). Guiding Principles and Clinical Applications for Speech-Language Pathology Practice in Early Intervention. *Language, Speech, and Hearing Services in School*, Volume 42, pp 320-330.
- Pereira, A., e Serrano, A. (2014). Early Intervention in Portugal: Study of Professional's Perceptions. *Journal of Family Social Work*, Volume 17. pp. 263-282.
- Piaget, J. (1952). *The origins os intelligence in children*. New York, International Universities Press.
- Pinto, F. e Ferronha A. (2011). As Equipas Locais de Intervenção Precoce ELI Porto Ocidental. *Nascer e Crescer*. Volume 20, n.º 3.
- Quivy, R. e Campenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*: Lisboa, Gradiva Editora.
- Raab, M. e Dunst, C. (2007). Influence of children interest on variations in child behavior and Funtioning In. *Winterberry Reasearch Syntheses*, Asheville, NC Winterberry Press. Volume 1, pp.15-26.
- Raver, S. e Childress, D. (2015). *Family-Centered Early Intervention – Supporting Infants and Toddlers in Natural Environments*. Paul. H. Brookes Publishing Co. Baltimore.
- Ribeiro, P. (2014). O papel e a participação do Terapeuta da Fala nas equipas locais de intervenção precoce. Unpublished Mestrado Braga. Instituto de educação, Universidade do Minho.
- Sameroff, A. (1975). Early influences on development: fact or fancy? *Merrill-Palmer Quaterly of Behavior and Development*, Volume 21, pp. 267-294.

- Sameroff, A. (1983). Developmental systems: Contexts and evolution. *In* P.H. Mussen (ed.), *Handbook of child psychology, history, theory and methods*. New York, John Wiley and Sons, Volume 1, pp. 238-294.
- Sameroff, A. e Chandler, M. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. *In* F. D. Horowitz e M. Hetherington e S. ScarrSalapatek e G. Siegel (Ed.), *Review of child development research*. Chicago, University of Chicago Press, Volume 4, pp. 187 -244.
- Serrano, A. e Pereira, A. (2010). Abordagem Centrada na Família em Intervenção Precoce: Perspetivas Histórica, Conceptual e Empírica. *Revista Diversidades*, Volume 27, pp 4-11.
- Shelden, M. e Rush, D. (2013). *The early Intervention teaming handbook*. Baltimore. Paul H. Brookes Publishing Co.
- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (2016). [on-line]. Critérios de elegibilidade. Disponível em <https://www.dgs.pt/ms/14/pagina.aspx?ur=1eid=5525> [Consultado em 02.11.2018].
- Shonkoff, J. e Meisels, S. (1990). Early childhood intervention: the evolution of a concept. *In* Meisels, S., Shonkoff, J. (Ed.), *Handbook of early childhood intervention*. Austrália Melbourne, Cambridge University Press, pp. 3-32.
- Trivette, C., Dunst, C. e Deal, A. (1997). Resource-based approach to Early intervention. *In* Thurman, S., Cornwel, J., Gottwald (Ed). *Contexts of Early intervention, systems and settings*, Baltimore, Paul Brooks Publishing. Co. pp. 73-113.
- Yoder, P. e Warren, S. (1993). Can developmentally delayed children's language development be enhanced through prelinguistic intervention? *In* A. Kaiser e D. Gray (Ed), *Enhancing children's communication. Research foundations for intervention*. Baltimore, Paul Brooks Publishing Co, pp, 35-61.

- Warren, S. e Horn, E. (1996). Generalization issues in providing integrated services. In R. A. McWilliam (Ed.), *Rethinking pull-out services in early intervention* (pp: 121-143). Baltimore, MD: Paul Brookes.
- Woods, J. e Lindeman, D. (2008). Gathering and giving information with families. *Infants e Young Children*, Volume 21, 272–284.
- Woods, J. e Wilcox, M., Friedman, M., Murch, T. (2011). Collaborative Consultation in Natural Environments: Strategies to Enhance Family-Centered Supports and Services. *Language, Speech, And Hearing Services in Schools*. American Speech-Language-Hearing Association, Volume 42, pp. 379-392.

ANEXOS

ANEXO I – Autorização da Comissão de Ética



Unif
www.

Universidade Fernando Pessoa

ufp.pt

Exmo. Senhor
Prof. Doutor Luís Martins
Director da FCS

Porto, 02 de Julho de 2018

Exmo. Senhor Prof. Doutor,

A Comissão de Ética, depois de apreciado o projeto de investigação de Ana Carolina Martins dos Santos de Carvalho Aradas, intitulado "Intervenção do Terapeuta da Fala no modelo de Intervenção baseada nas rotinas" e realizado no âmbito do Mestrado em Terapêutica da Fala, considera nada haver a opor à realização do estudo.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP


Susana Teixeira Magalhães



Abordagem Baseada Nas Rotinas – Perceção dos Terapeutas da Fala

Fundação Ensino e Cultura "Femando Pessoa"

057 • Req 26

REITORIA • t Faculdade de Ciências Humanas e Sociais I • t facultade de Ciência e Tecnologia I Praga 9 de Abril. 349 • 4249-004 Porto-Portugal • T. +351 22 5071300 • +351 22 550 8269 • geral@urp.pt
I Faculdade de Ciências da Saúde I • Escola Superior de SaOde IR Carlos Da Maia. 296 • 4200-150 - Portugal. T +351 22 507 4630 • F +351 507 4637 • R Delhm Mala. 334 • Porto. Portugal
T +35122 509 6371 geral.asaude@ufp.pt UNIDADE de Ponte de uma casa R conde de Bertandos 499008 Pontede uma•portugal • T. +351 258 741 026 • F. +351258 741 412 • geral plimaauftp.pt

Anexo II – Pedidos de divulgação do questionário

Pedido de divulgação do questionário à Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala

Excelentíssimos membros da direção a Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala, o meu nome é Ana Carolina Aradas, sou Terapeuta da Fala desde 2007 e encontro-me a realizar a minha dissertação no âmbito do Mestrado em Terapêutica da Fala - Especialidade de Linguagem na Criança, realizada na Universidade Fernando Pessoa, sob a orientação da Professora Doutora Fátima Maia e coorientação da Professora Doutora Conceição Manso.

Peço a Vossas Excelências o favor de divulgarem o presente questionário pelos vossos associados, Terapeutas da Fala, por forma a obter o máximo de inquéritos possíveis. O presente estudo está subordinado ao tema “A perceção dos Terapeutas da Fala sobre a Abordagem Baseada nas Rotinas”, é dirigido a Terapeutas da Fala, que trabalhem na área da pediatria (até 18 anos), embora possam também trabalhar com população de outras faixas etárias. Os participantes deverão exercer a sua profissão em Portugal, podendo fazê-lo em qualquer contexto profissional. Os principais objetivos desta investigação são perceber se estes consideram importante a implementação uma Abordagem Baseada nas Rotinas e se a empregam na sua prática profissional.

Pedido de divulgação do questionário à Sociedade Portuguesa de Terapeutas da Fala

Excelentíssimos membros da direção a Sociedade Portuguesa de Terapeutas da Fala, o meu nome é Ana Carolina Aradas, sou Terapeuta da Fala desde 2007 e encontro-me a realizar a minha dissertação no âmbito do Mestrado em Terapêutica da Fala - Especialidade de Linguagem na Criança, realizada na Universidade Fernando Pessoa, sob a orientação da Professora Doutora Fátima Maia e coorientação da Professora Doutora Conceição Manso.

Peço a Vossas Excelências o favor de divulgarem o presente questionário pelos vossos membros, Terapeutas da Fala, por forma a obter o máximo de inquéritos possíveis. O presente estudo está subordinado ao tema “Abordagem Baseada nas Rotinas - Perceção dos Terapeutas da Fala”, é dirigido a Terapeutas da Fala, que trabalhem na área da pediatria (até 18 anos), embora possam também trabalhar com população de outras faixas etárias. Os participantes deverão exercer a sua profissão em Portugal, podendo fazê-lo em qualquer contexto profissional. Os principais objetivos desta investigação são perceber se estes consideram importante a implementação uma Abordagem Baseada nas Rotinas e se a empregam na sua prática profissional.

Anexo III – Instrumento de recolha de dados

Abordagem Baseada nas Rotinas - Perceção dos Terapeutas da Fala

O meu nome é Ana Carolina Aradas, sou Terapeuta da Fala desde 2007 e encontro-me a realizar a minha dissertação no âmbito do Mestrado em Terapêutica da Fala - Especialidade de Linguagem na Criança, realizada na Universidade Fernando Pessoa, sob a orientação da Professora Doutora Fátima Maia e coorientação da Professora Doutora Conceição Manso.

O presente estudo está subordinado ao tema “Abordagem Baseada nas Rotinas – Perceção dos Terapeutas da Fala”, é dirigido a Terapeutas da Fala, que trabalhem na área da pediatria (até 18 anos), embora possam também trabalhar com população de outras faixas etárias. Os participantes deverão exercer a sua profissão em Portugal, podendo fazê-lo em qualquer contexto profissional. Os principais objetivos desta investigação são perceber se estes consideram importante a implementação de uma Abordagem Baseada nas Rotinas e se a empregam na sua prática profissional, bem como identificar quais as barreiras e facilitadores apontados por estes profissionais para a implementação desta abordagem, vantagens e desvantagens, principais estratégias e instrumentos relacionados com a mesma.

Os resultados obtidos com este questionário serão apenas utilizados para fins académicos e científicos, podendo posteriormente ser publicados numa revista científica.

A sua participação é voluntária e os dados obtidos serão tratados de forma anónima e confidencial, e o seu acesso só será possível pelos investigadores envolvidos neste estudo. Solicitamos a sua preciosa colaboração no preenchimento do seguinte questionário, que apenas se refere à sua opinião e experiência pessoal e profissional. O questionário deverá demorar entre 5 a 10 minutos.

Se necessitar de alguma informação adicional estou disponível através do e-mail: carolina.aradas@gmail.com Obrigada pela sua colaboração

* Required

Parte I - Caracterização Sócio-profissional

1. 1. Indique, por favor, a sua idade *

Mark only one oval.

- <25
 25-34
 35-44
 45-54
 55-64
 >65

2. 2. Indique, os anos de experiência profissional * Mark only one oval.

- 0-9
 10-19
 20-29
 30-39
 >40

3 3. Indique, as suas habilitações académicas * Mark only one oval.

- Licenciatura
 Pós-graduação
 Mestrado
 Doutoramento

4. 4. Por favor, indique se tem formação específica na Abordagem Baseada nas Rotinas * Mark only one oval.

- Sim
 Não *Skip to question 6.*

Untitled Section

5. 4.1. Se respondeu Sim indique como a recebeu (pode assinalar mais do que uma resposta)

*

Check all that apply.

- formação complementar (curta duração)
- Formação complementar (media duração)
- Formação complementar (pós-graduação)
- Formação complementar (mestrado)
- Formação complementar (doutoramento)

Untitled Section

6. 5. Por favor, indique o contexto onde exerce a sua profissão (pode assinalar mais do que uma resposta) *

Check all that apply.

- Clínica/gabinete privado
- Equipa Local de Intervenção
- Hospital
- Contexto educativo
- _____ Centro de saúde

IPSS

Other:

7. 6. Indique, por favor, a faixa etária da população com a qual trabalha maioritariamente * Mark only one oval.

- 0-6 anos
- 7-12 anos
- 12-18 anos

8 7. Indique, por favor, as problemáticas inerentes ao desenvolvimento da população com a qual trabalha maioritariamente e com quem adota uma Abordagem Baseada nas Rotinas, considerando a definição abaixo indicada.

*

“A Abordagem Baseada nas Rotinas foi desenvolvida recentemente e tem como objetivo a obtenção de resultados funcionais, focando-se primordialmente no envolvimento, na independência da criança, nas relações sociais e na satisfação dos pais com as rotinas. Pretende-se com este modelo de intervenção proporcionar às crianças oportunidades de aprendizagem em contextos naturais e também utilizar sistematicamente a colaboração e o treino para definir metas funcionais e implementar planos de atendimento com a família.”
(McWilliam, 2010a)

9. 8. Indique por favor, de acordo com a definição acima anunciada, se adota a Abordagem Baseada nas Rotinas na sua prática profissional. * Mark only one oval.

- Sim *Skip to question 10.*
- Não *Stop filling out this form.*

Parte II- Abordagem Baseada nas Rotinas

Para cada parâmetro classifique, por favor, de 1 a 5 o seu grau de importância. A classificação 1 corresponde a “nada importante e 5 a “extremamente importante”.

Classifique também de 1 a 5 o seu grau de frequência. A classificação 1 corresponde a “nunca”, 5 a “sempre”.

Deve ter em atenção a escala abaixo apresentada para o preenchimento desta parte do questionário.

10. 1. Abordagem Baseada nas Rotinas – Avaliação *

1.1 Por favor, assinale o grau de importância que atribui à adoção da Abordagem Baseada nas Rotinas no processo de avaliação. *Mark only one oval.*

	1	2	3	4	5	
Nada importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremamente importante

11. *

1.2 Por favor indique o grau de frequência com que adota esta abordagem na sua prática profissional, no processo de avaliação. *Mark only one oval.*

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

12. **2. Abordagem Baseada nas Rotinas – Intervenção ***

2.1 Por favor, assinale o grau de importância que atribui à adoção da Abordagem Baseada nas Rotinas no processo de intervenção. *Mark only one oval.*

	1	2	3	4	5	
Nada importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremamente importante

13. *

2.2 Por favor indique o grau de frequência com que adota esta abordagem na sua prática profissional, no processo de Intervenção. *Mark only one oval.*

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

14. **3. Indique, por favor, entre 3 a 5 fatores que considera serem os mais facilitadores na adoção da Abordagem da Baseada nas Rotinas na sua prática profissional. ***

15. 4. Indique, por favor, entre 3 a 5 fatores que considera serem barreiras/constrangimentos para a implementação da Abordagem Baseada nas Rotinas na sua prática profissional. *

16. 5. Considera que a Abordagem Baseada nas Rotinas poderá trazer vantagens para a população com quem trabalha? * *Mark only one oval.*

- Sim *Skip to question 17.*
- Não *Skip to question 18.*

Untitled Section

17. 5.1 Por favor, mencione quais.

Untitled Section

18. **6. Considera que a Abordagem Baseada nas Rotinas poderá trazer desvantagens para a população com quem trabalha? *** *Mark only one oval.*

- Sim *Skip to question 19.*
- Não *Skip to question 20.*

Untitled Section

19. **6.1 Por favor, mencione quais.**

Untitled Section

20. **7. Indique, por favor, entre 3 a 5 estratégias que utilize na sua prática profissional, à luz da Abordagem Baseada nas Rotinas. ***

Untitled Section

Obrigada pela sua participação

ANEXO IV – Respostas dos Inquiridos ao questionário às questões abertas

8. Indique, por favor, as problemáticas inerentes ao desenvolvimento da população com a qual trabalha maioritariamente e com quem adota uma Abordagem Baseada nas Rotinas, considerando a definição abaixo indicada.

	Respostas
8R1	Perturbações da linguagem
8R2	Perturbações dos sons da fala; Perturbações da linguagem
8R3	-
8R4	Autismo
8R 5	Atraso no desenvolvimento global/ linguagem
8R 6	Surdez
8R 7	Espetro do Autismo
8R 8	Atrasos no desenvolvimento da linguagem e perturbações da leitura e escrita
8R 9	Desenvolvimento da linguagem
8R 10	Malformações craniofaciais
8R 11	Autismo
8R 12	Linguagem e comportamento
8R 13	Em todas as perturbações do neuro desenvolvimento.
8R 14	Dificuldades de aprendizagem, linguísticas e articulatórias
8R 15	Atraso global de desenvolvimento, atraso e perturbação do desenvolvimento da linguagem, PEA, síndromes genéticas
8R 16	Perturbação de linguagem e perturbação dos sons da fala
8R 17	Défices cognitivos
8R 18	Deficiência intelectual
8R 19	Autismo
8R 20	Com os pacientes de voz
8R 21	Crianças com autismo
8R 22	Atraso do desenvolvimento sem etiologia conhecida
8R 23	Todas as crianças e famílias com quem trabalho (atrasos de desenvolvimento e crianças com PEA)
8R 24	Não adoto
8R 25	Falta de interesse e envolvimento dos pais
8R 26	PEA, multideficiência
8R 27	Linguagem e comunicação
8R 28	Perturbação da linguagem; perturbações sons da fala; atrasos globais
8R 29	PEA, défice cognitivo
8R 30	Multideficiência

8R 31	Perturbação do som da fala
8R 32	As problemáticas com que me deparo são maioritariamente perturbações da linguagem, perturbações dos sons da fala e perturbações fonológicas. penso que o maior impacto, para além das aprendizagens escolares, poderá ser ao nível das rotinas e relações sociais, particularmente no contexto educativo (sala ou recreio), uma vez que a criança tem que se adaptar ao tipo e forma de comunicação dos pares (adulto, criança) e nem sempre o inverso acontece, ou seja, o entendimento, por parte do outro, das características (strengths e handicaps) linguísticas/comunicativas/interrelacionais que apresentam. Neste âmbito fará sentido uma abordagem baseada nas rotinas
8R 33	Não adoto
8R 34	Levar os pais a fazerem a sua parte "trabalho" nos momentos em que o Terapeuta não estar presente; mudar hábitos que podem não facilitar o desenvolvimento da criança.
8R 35	Autismo
8R 36	Perturbação da comunicação/ interação/ linguagem - família, cuidadores significativos.
8R 37	Todas as questões relacionadas com comunicação, linguagem, fala, voz e deglutição.
8R 38	PEA
8R 39	.
8R 40	Paralisia cerebral
8R 41	Autismo
8R 42	Perturbação dos Sons da Fala
8R 43	Na intervenção precoce
8R 44	Deglutição atípica, respiração oral
8R 45	Perturbações da linguagem
8R 46	Autismo
8R 47	Autismo
8R 48	Perturbação do espectro do autismo, atraso de desenvolvimento global.
8R 49	Não se aplica
8R 50	Fala e Linguagem
8R 51	PEA
8R 52	Falta de contexto natural para realizar aquisições de rotinas básicas
8R 53	Atraso de desenvolvimento da linguagem, perturbação da linguagem.
8R 54	Atraso e perturbações de desenvolvimento
8R 55	Perturbações fonológicas, perturbações específicas da linguagem, imaturidade linguística, perturbações articulatórias

Legenda:

Categories	Subcategory
<i>Perturbações da comunicação e da Linguagem</i>	Perturbações da linguagem
	Perturbação da comunicação
<i>Perturbações dos sons da fala</i>	
<i>Perturbações do desenvolvimento</i>	Perturbação do espectro do autismo
	Atraso Global de desenvolvimento
	Défice cognitivo
	Outras
<i>Outras problemáticas</i>	Perturbação da Leitura e da escrita
	Voz, deglutição, respiração oral

14. Indique, por favor, entre 3 a 5 fatores que considera serem os mais facilitadores na adoção da Abordagem da Baseada nas Rotinas na sua prática profissional.

	Respostas
14R1	-
14R2	-
14R3	-
14R4	Perceber as rotinas, as dificuldades que os pais sentem para ajudar nesses momentos, perceber como é que a criança é no dia a dia, perceber as estratégias já utilizadas
14R 5	Cooperação da criança, maior cooperação da família, a criança não estar em ambiente estranho
14R 6	Situações mais "verdadeiras" que complementam o que se passa em sessão
14R 7	Visitas ao contexto familiar, contexto escolar, envolvimento de tds os intervenientes no processo de intervenção
14R 8	-
14R 9	-
14R 10	Colaboração dos cuidadores.
14R 11	Os pais também podem ser barreiras assim como o contexto escolar.
R 12	Trabalho com família, mais fácil em contexto pré escolar
R 13	Aumento do envolvimento da família no processo de intervenção, Melhora a generalização das competências aprendidas, aumenta o número de repetição que a aprendizagem ocorre ao longo do dia.
14R 14	-
14R 15	Trabalhar nos contextos naturais, trabalhar com os parceiros comunicativos mais importantes, ter formação específica
14R 16	Consolidação e generalização de aprendizagens, assim como inclusão das crianças nos vários contextos
14R 17	-
14R 18	Continuidade, Generalização e Impacto social
14R 19	Tempo para deslocações aos ambientes naturais
14R 20	Motivação, confiança, boa auto-estima
14R 21	-
14R 22	Valorização dos contextos naturais; levar à formulação de objetivos que vão de encontro as necessidades dos cuidadores; avaliação facilitada pela observação da rotina

14R 23	Oportunidades comunicativas para a criança e cuidadores, generalização de aprendizagens, promoção de competências parentais; maior sucesso da criança nos seus contextos naturais
14R 24	-
14R 25	-
14R 26	Promove a antecipação da rotina diminuindo o imprevisto; Promove a regulação comportamental
14R 27	Participação da família; trabalho em parceria; visão holística
14R 28	-
14R 29	Intervenção nos contextos naturais (creche/escola e casa) disponibilidade dos pais para dar continuidade; disponibilidade dos educadores/professores para dar continuidade
14R 30	-
14R 31	-
14R 32	-
14R 33	-
14R 34	Presença na sala de aula, possibilidade em realizar domicílios, tornar os pais parte da equipa de intervenção, trabalhar em equipa com as educadoras e professores
14R 35	-
14R 36	Treino/repetição mais frequente, contexto significativo e com as pessoas significativas, generalização das aprendizagens em contexto real.
14R 37	Trabalhar nos contextos de vida naturais da criança/família; Conhecimento profundo das necessidades, preocupações e dinâmicas da família; conhecimento e intervenção na funcionalidade da criança.
14R 38	Competência na família; interesse/motivação familiar; meio envolvente favorável.
14R 39	-
14R 40	Apoio em contexto, relação com a família e relação com a comunidade educativa
14R 41	Contacto com o contexto real, adaptação das terapias nos contextos partilha de estratégias e observação com educadores e pais
14R 42	-
14R 43	-
14R 44	Colaboração do paciente, colaboração da família, Consciencialização da mudança
14R 45	Aquisição de competências em meio natural, desenvolvimento harmonioso, abordagem sistémica.
14R 46	Não sei
14R 47	0

14R 48	Aplicação de uma entrevista baseada nas rotinas na avaliação, integrar as rotinas de vida diária da criança nos vários contextos, realizar objetivos que se inserem nas rotinas da criança, os pais aceitarem a abordagem de intervenção.
14R 49	-
14R 50	Variedade de contextos, ambiente familiar favorável, cooperação de todos que contactam com a criança
14R 51	-
14R 52	-
14R 53	Intervenção nos contextos de vida da criança, envolvimento dos educadores e família, formação nesta abordagem
14R 54	Partilha de saberes, enriquecimento dos contextos e do conhecimento da criança nos seus contextos de vida e dos seus cuidadores,
14R 55	Sucesso de intervenção

<i>Categorias</i>	<i>Subcategorias</i>
<i>Rotinas</i>	Processo de avaliação
	Processo de intervenção
<i>Contextos naturais</i>	Visitas domiciliárias
	Intervenção em contextos naturais
	Contexto escolar
<i>Colaboração</i>	Colaboração da criança
	Colaboração da família/ cuidadores
	Colaboração dos educadores/comunidade educativa
	Partilha de saberes/ parceria
<i>Intervenção</i>	Processo de intervenção
	Sucesso na intervenção
<i>Outros facilitadores</i>	Tempo para as deslocações
	Formação em abordagem baseada nas rotinas
	Aplicação da Entrevista Baseada nas Rotinas
	Motivação, confiança e auto-estima

15. Indique, por favor, entre 3 a 5 fatores que considera serem barreiras/constrangimentos para a implementação da Abordagem Baseada nas Rotinas na sua prática profissional.

	Resposta
15R1	-
15R2	-
15R3	-
15R4	Intervir diretamente no dia a dia pela limitação de tempo, a entrevista é extensa e é necessário uma breve formação /conhecimento da mesma, por vezes os pais não aceitam que se tente perceber como é a dinâmica da família
15R 5	O contexto escolar nem sempre facilita a receção dos técnicos, o número de crianças que acompanhamos e o tempo que existe para cada uma delas.
15R 6	Não ter possibilidade de visitas domiciliárias. Pais inicialmente reticentes.
15R 7	Falta de disponibilidade dos intervenientes, falta de organização familiar, falta de conhecimento por parte dos intervenientes sobre a problemática
15R 8	-
15R 9	-
15R 10	Colaboração dos cuidadores.
15R 11	Os pais também podem ser barreiras assim como o contexto escolar.
15R 12	A escola a partir do 1º ciclo o sistema de aprendizagem.
15R 13	Pode demorar mais tempo a adquirir a aprendizagem (apesar de que quando a adquire, mantém), resistência de outros profissionais que não conhece esta abordagem, dificuldade da família em manter a consistência na intervenção
15R 14	-
15R 15	Pouco tempo para estar com as famílias, "estranheza" sentida pelas famílias que estão preparadas para o modelo clínico, dificuldade na operacionalidade de objetivos funcionais em casos mais específicos
15R 16	Mentalidade pouco aberta das pessoas envolvidas (professores, pais, médicos), o facto de ser um trabalho árduo que exige constante avaliação e re-definição de estratégias e objetivos, o facto de as pessoas envolvidas nem sempre compreenderem e valorizarem esta abordagem de trabalho.
15R 17	-
15R 18	Tempo, Organização e Diversificação
15R 19	Tempo para deslocações aos ambientes naturais
15R 20	Falta de motivação, confiança e segurança
15R 21	-

15R 22	<p>Maior tempo de avaliação; disponibilidade das famílias; alguns profissionais estarem mais centrados em objetivos académicos e não nesta abordagem.</p>
15R 23	<p>Falta de disponibilidade para conhecer todos os contextos naturais; falta de competência dos técnicos para ajudarem as famílias a identificarem as estratégias específicas e os objetivos concretos para responderem às suas necessidades em cada rotina; Dificuldade em intervir em diferentes rotinas</p>
15R 24	-
15R 25	-
15R 26	<p>O contexto educativo que se encontra preparado para a abordagem baseada nas rotinas e limitada; a falta de formação dos diversos profissionais; constrangimentos económicos e estruturais</p>
15R 27	<p>Nem todas as problemáticas tem repercussões nas rotinas o que dificulta o processo; algumas alterações desenvolvimento necessitam intervenção específica do TE; participação da família e/ou outros intervenientes educativos</p>
15R 28	-
15R 29	<p>Pais que não querem a entrada do técnico no domicílio Pais que não seguem as indicações Educadores/professores que não seguem as indicações</p>
15R 30	-
15R 31	-
15R 32	-
15R 33	-
15R 34	<p>Dificuldades em trazer os pais para a equipa; manter os pais como parte integrante do processo de intervenção; não existir autorização para realizar sessões em contexto de sala (ex. Na pré)</p>
15R 35	-
15R 36	<p>Dificuldade em estar presente/conhecer as rotinas; mentalidade ainda centrada na intervenção com a criança em contexto clínico/artificial; escassa informação ao nível da avaliação/intervenção</p>
15R 37	<p>Famílias pouco envolvidas; Frequência dos apoios dados que dificultam a criação de relação; mudança de paradigma e expectativas da família, quanto ao apoio "tradicional" para o apoio com abordagem baseada nas rotinas;</p>
15R 38	<p>Baixa motivação familiar Fraco contacto educativa Baixa compreensão parental de forma a entender as estratégias;</p>
15R 39	-
15R 40	<p>Horários dos pais;</p>

	Horários dos técnicos Funcionamento familiar
15R 41	Horários restritos Escolas com pouca abertura Tempo dos pais
15R 42	-
15R 43	-
15R 44	Falta de colaboração por parte da família e do paciente
15R 45	Diferenciação, conhecimento e motivação dos pais e dos educadores/professores
15R 46	Espaço físico, esclarecimento aos pais, entendimento for porque da situação
15R 47	0
15R 48	Os pais e cuidadores não aceitarem a abordagem na intervenção, não poder estar presente nas rotinas de vida diária da criança, o meio não ser favorável à intervenção neste modelo, falta de formação dos técnicos.
15R 49	-
15R 50	Desinteresse das pessoas que fazem parte da vida da criança, limitação de contextos, ambiente familiar desfavorável
15R 51	
15R 52	
15R 53	Crenças dos profissionais; ausência de rotinas mais estruturadas com objetivos precisos; desinvestimento dos educadores/ pais que se demitem do processo
15R 54	Não adesão das famílias ou de alguns contextos
15R 55	Articulação com os pais por estar em ambiente escolar

<i>Categoria</i>	<i>Subcategoria</i>
<i>Tempo/disponibilidade de horário dos intervenientes</i>	Pais Terapeutas da Fala
Limitações inerentes ao serviço	
Formação profissional	
<i>Não valorização/Não aceitação da ABR</i>	Pais Comunidade educativa
<i>Não envolvimento na intervenção</i>	Pais Comunidade educativa
Limitação dos contextos	Funcionamento familiar Funcionamento do Sistema educativo

17. Considera que a Abordagem Baseada nas Rotinas poderá trazer vantagens para a população com quem trabalha?

	Resposta
17R1	-
17R2	-
17R3	-
17R4	Perceber as rotinas e dinâmicas familiares, e dessa forma aplicar estratégias funcionais
17R 5	Existe um constante reforço e repetição para a tarefa que queremos ver melhoradas e por isso a criança tem evoluções mais rápidas. As crianças estão mais felizes porque tem oportunidade de nos mostrar de mais perto quem realmente são, onde estão e o que fazem.
17R 6	Empoderamento dos pais. Maior facilidade na transferência das aprendizagens p is contextos do quotidiano
17R 7	Organização de rotinas, orientações para todos os intervenientes
17R 8	-
17R 9	-
17R 10	Resultados diretos e observáveis para a criança e cuidadores; trabalho contínuo, frequente e consistente.
17R 11	- Sim -
17R 12	Maior envolvimento e funcionalidade/participação
17R 13	Uma aprendizagem funcional, com as pessoas que lhe são significativas e que respeita a forma como a criança aprende.
17R 14	-
17R 15	Sim -
17R 16	A consolidação e generalização mais rápida e efetiva de competências funcionais
17R 17	-
17R 18	Consciencialização Cimentar de aprendizagens Facilitação de conteúdos
17R 19	Sim -
17R 20	Evitar que os pacientes se apliquem mais nas tarefas pedidas pelos Terapeutas da Fala
17R 21	-
17R 22	Maior envolvimento dos cuidadores na intervenção

17R 23	Empowerment da família; generalização de competências, aumento da participação comunicativa e funcional nos contextos naturais..
17R 24	-
17R 25	-
17R 26	Já referidas anteriormente
17R 27	Generalização da intervenção a todos os contextos
17R 28	-
17R 29	Generalização de competências e melhoria da performance da criança dentro da sua rotina
17R 30	-
17R 31	-
17R 32	-
17R 33	-
17R 34	Maior rapidez na evolução, introdução das estratégias no quotidiano tornando a sua utilização frequentemente e aumentando o sucesso terapêutico, ajuste às necessidades reais da criança
17R 35	-
17R 36	-
17R 37	Sim-
17R 38	Maior evolução da criança; contextos mais competentes para melhor estimularem a criança
17R 39	-
17R 40	Pontencia as rotinas essenciais das crianças: higiene, sono, alimentação e estimulação do desenvolvimento
17R 41	Resultados mais rápidos, melhor capacidade de adaptação a diferentes contextos, maior autonomia
17R 42	-
17R 43	-
17R 44	Menos recidiva, maior funcionalidade
17R 45	Abordagem com o envolvimento de todos, aumento da autonomia da criança, facilitador da generalização.
17R 46	Melhor resposta à intervenção, mais integrados na sociedade
17R 47	Sim-

17R 48	Aquisição de competências funcionais e generalização para todos os contextos onde a criança está inserido. Os cuidadores/pais conseguem "intervir" com a criança durante todo o tempo que estão com ela, criança oportunidades de participação e desenvolvimento.
17R 49	-
17R 50	Generalização das aprendizagens a todos os contextos. Aquisição mais rápida e efetiva.
17R 51	
17R 52	
17R 53	Aumentar a funcionalidade da criança na área da linguagem; aplicar as estratégias num ambiente familiar para a criança, possibilidade de a mesma aplicar e generalizar os conhecimentos adquiridos no imediato; desenvolver mais facilmente a competência pragmática do discurso; poder trabalhar questões do desenvolvimento da criança em questão envolvendo outros pares, trabalhando socialização e auto estima
17R 54	Facilita a satisfação com as mesmas, aumenta as hipóteses de desenvolver as competências que estão a ser trabalhadas, aumenta e fortalece as competências das famílias
17R 55	

<i>Categoria</i>	<i>Subcategoria</i>
<i>Aprendizagens</i> (total de referências = 42)	Generalização e consolidação
	Aumento da funcionalidade
	Melhoria na participação/autonomia
	Resultados mais rápidos
	Menor recidiva
<i>Valorização das rotinas</i> (total de referências = 19)	Oportunidades de aprendizagem
	Aplicação de estratégias funcionais
	Intervenção mais intensiva
<i>Família/cuidadores</i> (total de referências = 8)	Facilidade no envolvimento
	Empoderamento

19. Considera que a Abordagem Baseada nas Rotinas poderá trazer desvantagens para a população com quem trabalha?

	Resposta
19R1	-
19R2	-
19R3	-
19R4	-
19R 5	-
19R 6	-
19R 7	-
19R 8	-
19R 9	-
19R 10	-
19R 11	-
19R 12	-
19R 13	-
19R 14	-
19R 15	-
19R 16	-
19R 17	-
19R 18	-
19R 19	Aprendizagem funcional, facilidade na generalização de competências, aprendizagem para o futuro
19R 20	-
19R 21	-
19R 22	-
19R 23	-
19R 24	-
19R 25	-
19R 26	O aumento de insegurança perante o imprevisto
19R 27	A intervenção mais específica, que por vezes, é necessária pode perder-se.
19R 28	-
19R 29	-
19R 30	-

19R 31	-
1919R 32	-
19R 33	-
19R 34	-
19R 35	-
19R 36	Expandir a intervenção ao contexto natural.
19R 37	-
1919R 38	-
19R 39	-
19R 40	-
19R 41	-
19R 42	-
19R 43	-
19R 44	-
19R 45	-
19R 46	-
19R 47	O
19R 48	-
19R 49	-
19R 50	-
19R 51	
19R 52	
19R 53	
19R 54	
19R 55	

20. Indique, por favor, entre 3 a 5 estratégias que utilize na sua prática profissional, à luz da Abordagem Baseada nas Rotinas.

	Resposta
20R1	-
20R2	-
20R3	-
20R4	Conhecer as rotinas da família, aplicar estratégias no dia a dia da mesma
20R 5	Explicar de forma prática todo o raciocínio clínico á educadora e família para que elas percebam o porquê daquele trabalho e se envolvam. Usar as brincadeiras preferidas da criança e adapta-las de forma a trabalhar as competências desejadas. Explicar aos pares o que pretendemos do seu amiguinho (pareceiro comunicativo) para que também eles possam reforçar o trabalho desenvolvido
20R 6	Planificação, com os pais, de pequenas alterações nas rotinas, com o objetivo de promover aquisições significativas. Discussão dos resultados. Gravações
20R 7	Organização de material, organização de rotinas
20R 8	-
20R 9	-
20R 10	Trabalho no contexto direto; trabalho com cuidadores e intervenientes; apoios visuais para facilitar tarefas; trabalho em grupo (com outras crianças ou irmãos)
20R 11	Interesses da criança, Metas simples e fáceis para os pais reproduzirem, Comunicação constate com a família
20R 12	Estimulação da linguagem e articulação verbal nas rotinas diárias da criança e família(ex: fazer lista de compras, nomear objetos presentes dia a dia)
20R 13	Utilização da EBR para conhecimento das rotinas no processo de avaliação, construção de objetivos funcionais, envolvimento da família na construção dos objectivos
20R 14	-
20R 15	Não percebo a pergunta
20R 16	uso de actividades funcionais, trabalhar nos contextos naturais das crianças, trabalho em articulação com as pessoas envolvidas no processo (pais, professores, outros profissionais...)
20R 17	-
20R 18	Facilitação Sistematização Autonomia
20R 19	consultoria colaborativa, empowerment, scaffolding
20R 20	Tentar compreender as rotinas do paciente e motiva-lós para praticar com base nas suas rotina

20R 21	-
20R 22	Intervenção em contexto natural; avaliação com EBR e SATIRE; passagem de estratégias aos cuidadores;
20R 23	Realização da entrevista baseada nas rotinas às famílias; análise de cada rotina identificada como desafiante pela família, de forma a identificar o tipo de barreiras (ambientais, comportamentais, gestão de tempo...); intervenção direta em contexto quando solicitado pela família.
20R 24	-
20R 25	-
20R 26	Modelo teacch, trabalho multidisciplinar
20R 27	Avaliação com a EBR para perceber envolvimento e participação da criança, definição de prioridades com a família, definição de objetivos funcionais o mais integrados nas rotinas possível, utilização das rotinas como estratégias para potenciar desenvolvimento
20R 28	-
20R 29	contacto frequente com os pais, análise das suas preocupações na rotina e passagem de estratégias aos cuidadores formais e informais
20R 30	-
20R 31	-
20R 32	-
20R 33	-
20R 34	Sessão realizada em contexto de sala de aula (pré-escolar); sessão em contexto de domicílio; intervenção indireta fornecendo ferramentas aos educadores e professores; presença dos pais em momentos-chave das consultas.
20R 35	-
20R 36	Partir das necessidades/preocupações da família; partilha de estratégias a usar em casa rotina no sentido de intervir na problemática elencada.
20R 37	Fortalecimento das competências da família; Especificidade do apoio face à especificidade de cada rotina familiar; explicar a importância do papel dos pais na estimulação das competências e aprendizagens da criança nas diversas rotinas do dia.
20R 38	descer ao nível da criança; respostas contingentes; respeitar o tempo da criança
20R 39	-
20R 40	Ebr, definição de objetivos e definição de estratégias
20R 41	Os pais assistem e participam nas sessões, os pais e educadores fazem uma lista de expectativas, escolha de horários correctos para vermos as diferentes dificuldades ao longo do dia, esclarecimento de dúvidas em contexto terapêutico.
20R 42	-

20R 43	-
20R 44	Saber a rotina da criança e integrar s intervenção onde faça mais sentido para que não crie novas rotinas
20R 45	Participação ativa e informação da família relativamente às dificuldades da criança e quais os objetivos que se pretende atingir, assim como a construção de atividades que se possam reproduzir nos vários ambientes com base nos objetivos terapêuticos e assim obter a sua generalização.
20R 46	Ir ao encontro das necessidades escolares e familiares
20R 47	O
20R 48	Capacitação dos pais e cuidadores, dar estratégias funcionais para que a criança consiga participar nas atividades, estar presente nas rotinas para modelar comportamentos
20R 49	-
20R 50	Partilha de estratégias e atividades com cuidadores e professores.
20R 51	
20R 52	
20R 53	Solicitar aos pais e educadores a passagem de informação para que na altura do acolhimento a criança possa ser ajudada a passar a informação acerca de vivências anteriores; estimulação do diálogo entre pares nas áreas de JI; estimular trabalho articulatório na área dos jogos com a criança a trabalhar e outros pares; estimular vocabulário enquanto os pais arrumam as compras ou fazem as refeições
20R 54	Entrevista baseada nas rotinas, retirando objetivos definidos e priorizados pelas famílias, escolhendo a família as rotinas e os momentos em que quer trabalhar estes objetivos
20R 55	Análise da possibilidade de trabalho das crianças com os pais fora da terapia

<i>Categoria</i>	<i>Subcategoria</i>
<i>Valorização do processo de avaliação</i>	Conhecer as rotinas
	Realização da EBR
	Realização da SATIRE
<i>Articulação com a família</i>	Práticas relacionais
	Práticas Participativas
	Práticas não especificadas
<i>Articulação com os educadores</i>	Passagem de estratégias
	Partilha de informação
	Levantamento de preocupações
	Envolver os pares

<i>Promoção da funcionalidade</i>	Objetivos funcionais
	Atividades funcionais
	Organização das rotinas
	Usar os interesses da criança/brincar

<i>Estratégias específicas na intervenção com a criança</i>
