

MARIA HELENA MOREIRA ROCHA NETO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM TERAPÊUTICA DA FALA – LINGUAGEM
NA CRIANÇA

“O CONTRIBUTO DO TERAPEUTA DA FALA COM
CRIANÇAS/ADOLESCENTES COM MULTIDEFICIÊNCIA NO CONTEXTO
ESCOLAR: PERCEÇÕES DOS PAIS, DOCENTES DE EDUCAÇÃO ESPECIAL E
TERAPEUTAS DA FALA”



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PORTO, OUTUBRO 2018

MARIA HELENA MOREIRA ROCHA NETO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM TERAPÊUTICA DA FALA – LINGUAGEM
NA CRIANÇA

“O CONTRIBUTO DO TERAPEUTA DA FALA COM
CRIANÇAS/ADOLESCENTES COM MULTIDEFICIÊNCIA NO CONTEXTO
ESCOLAR: PERCEÇÕES DOS PAIS, DOCENTES DE EDUCAÇÃO ESPECIAL E
TERAPEUTAS DA FALA”



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PORTO, OUTUBRO 2018

Nome da autora: Maria Helena Moreira Rocha Neto

Nº de aluna: 18665

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

Data: outubro de 2018

Título da dissertação: O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com multideficiência no contexto escolar: perceções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Docente Orientadora: Professora Doutora Fátima Maia

Docente Coorientadora: Professora Doutora Susana Marinho

Atesto a originalidade do trabalho:

(Maria Helena Moreira Rocha Neto)

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

SUMÁRIO

Atualmente, o contexto escolar é um espaço criativo que permite vivências significativas e experiências de comunicação reais, propício à aprendizagem realizada pela criança/adolescente. Assim, esta investigação procura compreender o contributo do terapeuta da fala no contexto educativo com crianças/adolescentes com multideficiência (MD), na percepção dos pais, docentes de educação especial (EE) e terapeutas da fala (TFs). Assim sendo, desenvolveu-se um estudo qualitativo recorrendo-se à entrevista semi-estruturada, aplicada na forma semi-diretiva a cinco pais (1 pai e 4 mães), a cinco docentes de EE e a cinco TFs com experiência na MD. Todas as questões éticas foram averiguadas, sem esquecer o anonimato dos intervenientes e a confidencialidade das informações recolhidas. Os dados necessários foram recolhidos no período de junho-julho do presente ano e, de seguida, foram analisados com recurso à técnica de análise de conteúdo. Os resultados indicaram seis unidades de análise relacionadas com impacto da MD nas atividades do dia-a-dia/familiares, apoio fornecido pelo TF, comunicação do TF e o envolvimento do TF com a família, focos de intervenção, qualificação da atuação do TF e barreiras/constrangimentos/desafios da atuação do TF. Os resultados obtidos, parece existir um impacto significativo na dinâmica familiar, prendendo-se com questões laborais, acompanhamento aos apoios do filho, ao reajustamento da dinâmica familiar, gestão diária, às redes de apoio bem como das adaptações familiares. A participação e o envolvimento nas atividades e/ou nas AVDs encontram-se condicionadas dependendo do grau de funcionalidade de cada criança/adolescente. Verificou-se que há uma maior consciência de todos os participantes para a importância da comunicação, no entanto, ainda existem fragilidades ao nível do envolvimento e comunicação com os profissionais e com a família. Os terapeutas da fala reconhecem e tentam colocar o foco nas atividades, na funcionalidade, mas depois verifica-se tendencialmente que o apoio é prestado de um modo mais individual, reconhecendo as fragilidades que existem relativamente ao trabalho de equipa e de articulação com outros contextos de vida, nomeadamente o familiar. Também pode estar relacionado com atitudes, crenças dos profissionais e da família, bem como na organização dos serviços que parece ser um desafio para a intervenção baseada nas rotinas da criança/adolescente. Pelos resultados alcançados também se conclui que ainda existe uma necessidade de formação para todos os intervenientes relacionados com a abordagem da MD.

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Palavras-chave: Multideficiência, crianças/adolescentes, terapia da fala, contexto escolar.

ABSTRACT

Currently, the school context is a creative space that allows significant experiences and real communication experiences conducive to learning held by the child/adolescent. Thus, this research seeks to understand the contribution of speech language pathologist in the educational context with children/adolescents with multiple disabilities (MD), in the parents, teachers of special education (SE) and speech language pathologist (SLP) perception. Therefore, a qualitative study was developed using a semi-structured interview, applied in a semi-directive form to five parents (1 father and 4 mothers), five professors of SE and to five SLP with experience in MD. All the ethical issues were verified, without forgetting the anonymity of the participants and the confidentiality of the information collected. The required data were collected in the period of June-July of this year and then were analyzed using content analysis technique. The results indicated six categories related to the impact of MD in day-to-day activities and family activities, the support provided by SLP, communication and involvement of the SPL with the family, intervention spotlights, SLP performance qualification and the barriers/constraints/challenges of SLP. Stood out that the participation and development of the child/teenager with MD are committed, however, can vary according to the context in which it is inserted. The results obtained seem to have a significant impact on the dynamics of the family, being related to labor issues, monitoring the child support, the adjustment of family dynamics, daily management, support networks as well as family adaptations. Participation and involvement in activities and/or AVDs are conditioned depending on the degree of functionality of each child/adolescent. It was verified that there is a greater awareness of all participants for the importance of communication, however, there are still weaknesses in the involvement and communication with professionals and the family. speech language pathologist recognize and try to focus on activities, on functionality, but then it tends to be that support is provided in a more individual way, recognizing the weaknesses that exist in teamwork and articulation with other contexts of life, especially the family. It may also be related to attitudes, beliefs of professionals and family, as well as in the organization of services that seems to be a challenge for intervention based on child/adolescent routines. From the results achieved, it was also concluded that there is still a need for training for all actors involved in the MD approach.

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: perceções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Key-words: multiple disabilities, child/adolescent, speech language pathologist, school context

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo com muito orgulho a duas pessoas. Primeiro à Leninha, por ter conseguido alcançar mais uma vitória e apesar das adversidades foi capaz de lutar e não desistir. E, em segundo, à minha querida mãe, que trilhou este caminho junto comigo e fez-me acreditar que com empenho, com determinação e com muita fé, era capaz de superar este enorme desafio.

“O foco é crucial para atingirmos os objetivos a que nos propomos, tanto na esfera pessoal com profissional. Sem foco somos com um barco sem rumo, e, no final da vida, corremos o risco de sentirmos que morremos com a nossa música dentro de nós.”

Oliver Wendell Holmes Jr

AGRADECIMENTOS

A realização deste projeto só se tornou possível graças ao apoio incondicional e aos incentivos dados por todos aqueles que, para além de sempre acreditarem em mim, nunca me deixaram desistir, não me deixaram baixar os braços, nem perder o ânimo. A eles, o meu muito obrigada e a minha eterna gratidão, pois foram, sem dúvida, os meus pilares, os alicerces que me sustentaram, sobretudo nos momentos mais difíceis.

Agradeço à minha família, mãe, pai e irmã, por me acompanharem ao longo de todo este projeto, por travarem do meu lado todas as lutas e desafios que surgiram e por me mostrarem, todos os dias, que eu era capaz. Eles sempre acreditaram em mim.

Ao Bruno, o meu noivo, pelas palavras de carinho que me dedicou, pelo companheirismo e sobretudo pela paciência que sempre demonstrou, bem como por todo o apoio prestado.

À Susana Joaquim pela amizade e pela atenção disponibilizada e por me ajudar a trilhar este caminho desconhecido, mas desafiante, sem nunca perder o foco.

À minha amiga Carolina Aradas, a minha companheira de sempre, aquela que permaneceu do meu lado e me estendeu a mão sempre que precisei, aquela que me arrancou sorrisos para eu não desanimar e a todos os meus outros amigos que não foram nomeados, mas que não são esquecidos pela força e suporte constante.

Às minhas orientadoras, Professora Doutora Fátima Maia e à Professora Doutora Susana Marinho que me acompanharam em todo este percurso, me auxiliaram e orientaram meus passos e me ajudaram a encontrar um rumo neste processo de aprendizagem. Agradeço eternamente todo o conhecimento adquirido e toda a disponibilidade e atenção prestada.

Aos terapeutas da fala, pais e docentes de educação especial que prescindiram de algum do seu precioso tempo e fizeram parte do meu estudo, sem os vossos testemunhos e receptividade, não teria sido possível concluir este projeto.

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: perceções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

A todos aqueles que me ajudaram direta e indiretamente para a concretização deste meu grande sonho.

ÍNDICE

SUMÁRIO.....	V
ABSTRACT	VII
AGRADECIMENTOS	X
ABREVIATURAS	XIV
INTRODUÇÃO.....	12
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
1. Multideficiência	15
1.1. Conceito/incidência e prevalência/causas	15
1.2. Impacto na criança/adolescente	18
i) No desenvolvimento e na participação	18
ii) Na comunicação.....	22
1.3. Impacto no contexto familiar	25
2. A criança/adolescente com MD no contexto escolar	28
2.1. Respostas existentes (anteriores e atuais).....	28
2.2. Abordagem holística/trabalho em equipa.....	33
2.3. O contributo do Terapeuta da Fala.....	37
2.4. A participação/envolvimento das famílias na escola	42
II. METODOLOGIA	46
1. Introdução	46
2. Objetivos do Estudo e Questões de Investigação	47
3. Participantes.....	48
4. Instrumentos de Recolha de Dados.....	49
5. Procedimentos.....	51
6. Tratamento e análise dos dados	52
III. Resultados.....	55
1. Introdução	55
2. Discussão	87
IV. CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Caraterização dos participantes do estudo.....	49
--	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro1-Categoria e Subcategorias do impacto da MD nas atividades do dia-a-dia/familiares	55
Quadro2-Categoria e Subcategorias do apoio fornecido pelo TF.....	63
Quadro3-Categoria e Subcategorias da comunicação e envolvimento do TF com a família.....	69
Quadro4-Subcategoria e as suas respetivas semânticas da caraterização do envolvimento.....	69
Quadro5- Categoria e Subcategorias dos focos de intervenção.....	76
Quadro 6-Categoria e Subcategorias, da qualificação da atuação do TF	78
Quadro7-Categoria e Subcategorias dos constrangimentos/barreiras/desafios identificados para a atuação do TF.....	81

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

ABREVIATURAS

Ao longo desta dissertação, surgirão algumas abreviaturas, nomeadamente:

MD – Multideficiência

CAA – Comunicação Aumentativa e Alternativa

NEE – Necessidade de Educação Especial

EE- Educação Especial

TF- Terapeuta da Fala

TFs- Terapeutas da Fala

TASH- The Association for Severe Handicaps

IASSIDD - International Association for the Scientific Study of Intellectual and Developmental Disabilities

UAEEAMSC – Unidades de Apoio Especializado para a Educação a Alunos com Multideficiência e Surdocegueira Congénita

SAP - Salas de Apoio Permanente

DGE - Direção-Geral da Educação

AVDs – Atividade de Vida diária

INTRODUÇÃO

Problemática e motivações

As crianças/adolescentes com multideficiência (MD) apresentam limitações nas funções e estruturas do corpo, podendo revelar alterações ao nível motor, cognitivo, sensorial (Nunes, 2008; Bortoli et al., 2014; Folch-Mas, 2017), impossibilitando as mesmas de interagir naturalmente com o ambiente que as rodeia (Saramago et al., *cit in* Nunes, 2008; Westling, et al., 2015), sendo que a participação nos diferentes contextos pode encontrar-se condicionada.

De igual forma, outra área chave que, na maioria das vezes, se encontra alterada diz respeito à comunicação, nomeadamente na compreensão e expressão de mensagens, visto que, nem todas as crianças/adolescentes com MD recorrem ao discurso oral, o que pode dificultar a interação com o mundo envolvente. Deste modo, os mesmos necessitam de recursos humanos, ou seja, de uma equipa, que promova oportunidades de aprendizagem de competências e saberes que sejam funcionais, significativos e com utilidade para as atividades de vida diária (Nunes, 2008; Santos e Morato, 2016).

Sendo a escola um local privilegiado para a promoção do desenvolvimento da comunicação e da participação da criança/adolescente com MD, emerge a necessidade de um apoio mais especializado, o TF, de forma a colmatar as necessidades com o intuito de promover, de capacitar e de desenvolver competências inerentes à comunicação de forma a que estes estabeleçam momentos de interação, não só em quantidade, mas com qualidade com o meio envolvente (Campbell et al., 2016; DGE [Direção-Geral da Educação], 2015; ASHA, 2018).

Para que este trabalho seja o mais eficaz possível, é imprescindível que a família faça parte da equipa, envolvendo-se ativamente, participando nas tomadas de decisões (Nunes, 2008, Dunst, 2010; Carroll, 2010; Raghavendra et al., 2012; Correia, 2018), porque são eles os principais agentes educativos do seu filho. Assim, alcançam melhores resultados e promovem benefícios para a criança/adolescente com MD (Carroll, 2010; Bortoli et al., 2014).

A seleção deste tema advém do interesse da investigadora sobre a área, devido ao facto de esta ter desempenhado funções no núcleo do ensino especial, mais especificamente na área da multideficiência. Como também, com a necessidade de compreender as perceções de alguns intervenientes sobre o contributo do TF face à MD para que, futuramente, a intervenção seja mais focada nos interesses da família e para a funcionalidade, para a participação e para a autonomia da criança/adolescente.

Como tal, considerou-se pertinente compreender qual o contributo que o TF poderá dar com a atuação do seu trabalho neste contexto específico, na sua perceção, bem como na perceção dos pais e docentes.

Desenho da investigação

Deste modo, procura-se dar resposta às seguintes questões de investigação:

1. Quais as perceções dos pais de crianças/adolescentes com multideficiência/terapeutas da fala/docentes de educação especial relativamente ao impacto desta condição?
2. Quais as perceções dos pais de crianças com multideficiência/terapeutas da fala/docentes de educação especial relativamente ao apoio/intervenção efetuado pelo terapeuta da fala no contexto escolar a esta problemática?

Neste sentido, utilizou-se uma metodologia de cariz qualitativo, aplicando-se entrevistas semi-estruturadas, aplicadas de forma semi-diretiva para a recolha de informação dos diferentes participantes, tais como docentes de educação especial (PDEE), terapeutas da fala com experiência na MD (PTF) e pais com filhos com MD (PP), entre junho e julho de 2018, num total de 15 entrevistados.

Organização e conteúdos

No que diz respeito à organização da presente dissertação de mestrado, esta encontra-se repartida em quatro capítulos. O capítulo I diz respeito ao enquadramento teórico relativo ao tema tratado. Este capítulo é constituído por duas partes essenciais para a sustentação da investigação desenvolvida: a primeira parte intitula-se *Multideficiência* e divide-se em três subcapítulos *Conceito/incidência e prevalência/causas*, *Impacto na criança/adolescente* que,

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: perceções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

por sua vez, incide sobre o desenvolvimento e participação e a comunicação e *Impacto no contexto familiar*. A segunda parte designa-se *A criança/adolescente com MD no contexto escolar* e subdivide-se em *Respostas existentes (anteriores e atuais)*, *Abordagem holística/trabalho em equipa*, *O contributo do Terapeuta da Fala*, bem como participação/envolvimento da família na escola.

O capítulo II constitui o enquadramento metodológico, no qual recorre-se a uma investigação de carácter qualitativo com recurso a entrevistas semi-estruturadas, salvaguardando as informações dos participantes. No capítulo III expõem-se os resultados da investigação e, por conseguinte, realiza-se uma discussão acerca dos mesmos. O capítulo IV corresponde à conclusão da investigação e à apresentação de algumas recomendações decorrentes do presente estudo. Por fim, são nomeadas as referências bibliográficas consultadas e apresentados os anexos dos quais fazem parte todos os documentos necessários à execução deste estudo.

Em suma, pretende-se com esta investigação compreender o contributo do TF com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar.

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Multideficiência

1.1. Conceito/incidência e prevalência/causas

Para entender a multideficiência (MD) é importante explorar, num primeiro momento, o conceito de deficiência. Neste sentido, a situação de deficiência é entendida como uma realidade complexa e multifacetada, que não pode ser compreendida como uma situação estagnada, mas, pelo contrário, deverá ser vista como um processo evolutivo (World Health Organization e The World Bank, 2011).

Por conseguinte, apesar das limitações que cada indivíduo possa apresentar, sejam elas funcionais ou estruturais, salienta-se a importância do meio ambiente que o rodeia, na medida em que este deve facultar oportunidades de aprendizagem, permitindo a estes indivíduos experimentar vivências fulcrais, serem ativos em situações diversas e alcançarem autonomia, evitando o sentimento de exclusão (Nunes, 2008).

Como as limitações que estes indivíduos apresentam nas funções e estruturas do corpo podem ter maior ou menor grau de gravidade, este grupo, em específico as crianças e adolescentes, revela níveis de funcionamento e capacidades muito diferentes (Amaral e Nunes, 2008; Nunes, 2012). Desta forma, o construto de multideficiência é utilizado para identificar indivíduos que possuem mais do que duas deficiências graves. Apesar do conceito não ser consensual em termos internacionais, Orelove et al. (*cit in* Nunes, 2008) alegam que as crianças/adolescentes com multideficiência demonstram graves dificuldades no domínio cognitivo, relacionadas com limitações no domínio motor e/ou no domínio sensorial (visão ou audição), como também lacunas ao acesso e expressão da comunicação (Nakken e Vlaskamp, 2007; IASSIDD, 2013; Bortili et al., 2014; Santos, 2014; Westling, et al., *cit in* Sylvester et al., 2016; Folch-Mas et al., 2017) e, como tal, necessitam de auxílio contínuo ou ainda de cuidados de saúde específicos (Orelove e Sobsey *cit in* Amaral, 2010).

Tais características impossibilitam estes sujeitos de interagir naturalmente com o ambiente que os rodeia (Saramago et al., *cit in* Nunes, 2008; Westling, et al., 2015) de tal

forma que a sua participação, nos diferentes ambientes que os envolvem, fica condicionada (Schalock et al *cit. in* Beukelman e Mirenda 2013). As crianças/adolescentes com MD demonstram particularidades muito díspares, as quais são produzidas fundamentalmente pela associação e seriedade das limitações que demonstram, pela idade na qual se manifestam e pelas vivências experienciadas (Nunes, 2008).

As crianças/adolescentes com multideficiência formam um grupo divergente, por isso, não apresentam as mesmas necessidades, sendo essa diversidade que permite que cada caso se revele ímpar. Neste sentido, estas crianças e/ou adolescentes com MD requerem apoios constantes e intensos na concretização das diversas tarefas diárias, tais como: alimentação, vestir, higiene, mobilidade (The Association for Severe Handicaps, 2002; Inspeção-Geral da Educação e Ciência, 2016), bem como nas atividades escolares/educativas, de modo a minimizar o comprometimento no seu desenvolvimento e processo de aprendizagem (Nunes, 2008).

Atualmente não se encontram dados específicos de crianças e adolescentes com MD no território nacional, contudo estima-se que 5% dos alunos com necessidades educativas especiais sejam alunos com multideficiência, deficiência auditiva, problemas motores, deficiência visual, traumatismo craniano e cegos-surdos (Correia, 2018), tendo-se conhecimento que no ano letivo 2015-2016, 1981 alunos receberam apoio especializado em UAEM (Unidades de Apoio Especializado para a Educação a Alunos com Multideficiência e Surdocegueira Congénita) (Inspeção-Geral da Educação e Ciência, 2016).

Das várias limitações inerentes à problemática da MD, podem surgir dificuldades e necessidades diversas, as quais podem ser agrupadas em três grupos específicos: necessidades físicas e médicas, necessidades educativas e necessidades emocionais (Orelove e Sobsey, 2000 *cit. in* Nunes, 2002) No que concerne às necessidades físicas e médicas a MD surge associada a outras problemáticas ou condições de fragilidade de saúde, como a paralisia cerebral, sendo esta a mais frequente (Borgestig et al., 2016). No entanto, pode também surgir associada a outros síndromes neurológicos que apresentam muitas características semelhantes, como por exemplo, a espinha bífida e a hidrocefalia

(Kirk e Gallagher, 1996). A presença dessas características compromete a mobilidade e a postura do sujeito, uma vez que os movimentos voluntários ficam bastante limitados no que concerne à qualidade e quantidade. Podem ainda estar comprometidas outras funções, nomeadamente a mastigação, a deglutição (Sampaio et al., 2015), a respiração e outras competências oromotoras (Shin et al., 2015). Desta forma, é fulcral promover e facilitar um melhor controlo postural e uma maior e mais ajustada mobilidade, facilitadores de um melhor funcionamento dos vários sistemas, com consequentes melhorias do bem estar e potenciação da participação (Orelove e Sobsey *cit. in* Nunes, 2002).

Relativamente às necessidades educativas das crianças/adolescentes com MD, estas podem demonstrar lacunas na área da comunicação que comprometem seriamente o processo de aprendizagem e de socialização, sendo necessário potenciar diversas formas de comunicação, nomeadamente com recurso ao uso de sistemas aumentativos e/ou alternativos (Nunes, 2012; Beukelman e Miranda, 2013). Estas crianças e adolescentes, muitas vezes, não usam a fala para comunicar, nem sistemas de comunicação tradicionais (Nunes, 2008). Muitas vezes, para que ocorra comunicação é preciso que estes vivenciem experiências significativas, que tenham novas oportunidades, para que se sintam incentivados para partilhar a informação com os seus parceiros (Nunes, 2012; Leyons, 2016). É pertinente compreender quais são os canais de aprendizagem que estes alunos têm disponíveis para receber a informação do ambiente que os rodeia (visão, audição, tato, olfato, etc.). Se a criança não demonstrar comportamentos intencionalmente comunicativos, é fulcral identificar e/ou selecionar, dentro dos comportamentos expressos, aqueles que revelam maior potencialidade comunicativa, de forma a promover uma envolvimento ativo nas interações e uma resposta adequada e consistente (Amaral *et al.*, 2004; Nunes 2008; Santos e Maia, 2016).

As diferentes formas de comunicação não-verbal que poderão ser usadas referem-se à comunicação não simbólica, particularmente: vocalizações, expressões faciais, olhar para os objetos, gestos naturais, movimentos generalizados do tónus muscular, entre outros (Nunes, 2008; Santos e Maia 2016). Com esta população é fulcral proporcionar a cada indivíduo formas de comunicação adequadas ao seu nível de compreensão e de simbolização (Nunes, 2008), uma vez que muitas destas crianças e/ou adolescentes frequentemente encontram-se em níveis pré-simbólicos ou simbólicos iniciais (Rowland,

2013). Para que ocorra sucesso na comunicação é necessário respeitar o tempo do aluno bem como, as formas de comunicação usadas por ambos os parceiros, considerando que são poucos os alunos que adquirem a fala e linguagem (Rowland, 2013).

Quanto às necessidades emocionais das crianças e/ou adolescentes com MD, estas desenvolvem-se com as pessoas que as rodeiam. A vivência de experiências que lhes proporcionem afeto, atenção e carinho, são fundamentais, tal como para qualquer outra pessoa que precisa de se sentir amada (Nunes, 2008).

De salientar que cerca de 40% das causas de MD são desconhecidas (Smith, 2008), todavia a sua origem pode ser identificada, encontrando-se relacionada com a hereditariedade, dificuldades aquando da gestação do bebé e/ou questões pré-natais (por exemplo medicamentos administrados). Além destas situações, podem ainda surgir outras relacionadas com problemas que ocorram durante o parto, nomeadamente situações de anoxia, como também ocorrências no período pós natal, como encefalites e/ou meningites (Kirk e Gallagher, 1996).

1.2. Impacto na criança/adolescente

i) No desenvolvimento e na participação

As graves limitações que as crianças/adolescentes com MD manifestam comprometem a aquisição da informação, a interação com a sociedade e limitam a sua participação nas atividades nos diversos ambientes diferenciados (Bigby, et al., 2009; Dusseljee et al., 2011; Nunes, 2012; Axelsson e Wilder, 2014; Hanzen et al., 2018). Com efeito, a presença destas limitações pode condicionar as suas experiências ao nível do desenvolvimento e da aprendizagem (Almeida, 2011; Amaral, 2011). A sua participação não se dirige apenas a tarefas isoladas, mas também a situações do dia-a-dia (Grandlund, 2013; Amaral e Celezic 2015). Neste contexto, entende-se a participação como o envolvimento nas atividades diárias, nas atividades sociais e recreativas, no contato com a sociedade, incluindo oportunidades de inclusão e experiências significativas. Assim, a participação ativa destas crianças/adolescentes com MD e o seu envolvimento só pode ocorrer numa relação estreita com o ambiente, em que as mesmas assumam um papel ativo nas diversas interações que ocorrem no mesmo (Hanzen et al., 2018).

Participar numa atividade pressupõe aptidão para a sua realização, bem como capacidade de envolvimento, sendo fundamental que as atividades agradem e sejam relevantes para a vida quotidiana das crianças/adolescentes (Grandlund, 2013; Amaral e Celezic 2015). Para que a participação seja o mais ativa possível nas atividades do dia-a-dia é essencial ter em conta determinados parâmetros: a qualidade das experiências (contextos), o envolvimento na atividade e os níveis de atenção, as oportunidades de controlo sobre o meio ambiente e a qualidade das interações com os adultos e com os pares (Arthur-Kelly, et al *cit. in* Amaral e Celezic, 2015).

No que diz respeito à qualidade das experiências (contextos), existem crianças/adolescentes com dificuldades cognitivas, deficiências motoras e lacunas ao nível da comunicação que condicionam significativamente os seus momentos de aprendizagem incidental e a compreensão do contexto, sendo que a qualidade das experiências é efetivamente essencial para adquirir uma compreensão mais ajustada acerca dos contextos e dos objetos e pessoas que deles fazem parte (Oliva e Torralba *cit in* Amaral e Celezic, 2015). Quando as crianças e/ou adolescentes ficam sós, não interagem com o meio envolvente, afigurando-se os agentes educativos como cruciais facilitadores no acesso ao significado destes contextos (Amaral e Celezic, 2015).

Relativamente ao envolvimento na atividade e aos níveis de atenção, é fulcral compreender como é que a criança e/ou adolescente interage nos diversos ambientes, ou seja, como é que esses contextos se organizam de forma a responder às suas necessidades (Saramago *et al.*, 2004). Como nos indica Maxwell (2012), propõe que a frequência de fazer uma atividade está fortemente relacionada com a disponibilidade e acessibilidade do ambiente, enquanto o grau de envolvimento está fortemente relacionado com quão bem adaptada e aceite a atividade é para a criança e para os outros no ambiente.

É de extrema importância promover experiências significativas para estes alunos e conseqüentemente aumentar o número, a frequência e a qualidade das oportunidades para que estes participem nas atividades de rotina que lhes suscitem interesse (Saramago *et al.* 2004; McWilliam 2012). Essas rotinas possibilitam a criação de oportunidades para que as crianças e/ou adolescentes com MD possam compreender a realidade que os rodeiam (antecipar o que irá acontecer, desenvolver competências comunicativas e sentirem-se seguras) por serem repetitivas e previsíveis (Yoder e Warren *cit. in* Caldeira, 2017).

As atividades do dia-a-dia são consideradas como elementos chave de oportunidades de aprendizagem (McWilliam 2012) para as crianças/adolescentes com MD, por proporcionarem aprendizagens significativas nos diversos contextos naturais: pessoal, familiar e social (Nunes, 2008). A participação nas atividades de vida real, por si só acarreta efeitos positivos sobre a aprendizagem e o desenvolvimento dos mesmos, se possuírem um número suficiente de oportunidades, se participarem nas diferentes atividades recreativas e não sociais que contenham características possíveis de incentivar e aumentar o desenvolvimento (Bronfenbrenner *cit. in* McWilliam, 2012). Neste sentido, quando as experiências são centradas em atividades naturais é possível delinear objetivos individuais tendo em atenção a realidade de cada criança e/ou adolescente (Amaral *et al.*, 2006; Nunes, 2008) fazendo com que se tornem mais autónomos, consistentes, confiantes e seguros (Pereira, 2014; Mouforada, 2014).

No que diz respeito à qualidade das interações com os adultos e os pares na atividade, a OMS (2007 *cit. in* Amaral e Celzic, 2015) assinala a importância de selecionar atividades inseridas em programas educativos e de considerar como as crianças e/ou adolescentes se deixam envolver na sua execução. Os resultados das interações entre adultos e crianças e/ou adolescentes estão correlacionados à qualidade do feedback e das instruções fornecidas (Almqvist, 2006; McWilliam, 2012). A intervenção é considerada um bom início quando o adulto demonstra muitas interações com a criança/adolescente (Neerinckx Vos *et al.*, 2014).

Segundo Amaral *et al.* (2006) as atividades de participação trazem significado à vida dos alunos e ampliam o conhecimento sobre o mundo em que vivem (Barber *cit. in* Amaral e Celezic, 2015). As atividades do dia-a-dia acontecem com frequência na vida das crianças e/ou adolescentes, por conseguinte são consideradas uma fonte de aprendizagem, na medida em que permitem a sua reprodução constante nos ambientes naturais (Amaral *et al.*, 2006). Portanto, deve-se dar atenção especial à seleção de atividades apropriadas que contribuam para apoiar as crianças/adolescentes com MD para se tornarem ativos e envolvidos nos contextos significativos, tendo em conta os seus interesses. Como corroboram Dunst *et al.* (2000 McWilliams, 2012) quando estes se envolvem nas tarefas com algo ou com alguém que consideram ser interessante, permanecem envolvidos por

mais tempo, extraíndo daí os benefícios especialmente para a sua aprendizagem de forma a prosperar, otimizar e aprimorar os resultados de participação (Grandlund, 2013).

Neste sentido, a presença destes fatores pode condicionar as experiências ao nível do envolvimento (Almeida, 2011; Amaral, 2011). A presença das diversas limitações que cada criança e/ou adolescente com MD apresenta, limita-os no acesso à informação, e conseqüentemente, à escassez de oportunidades de aprendizagens. Por esta razão, eles necessitam de experiências, oportunidades e vivências de forma a frutificar a interação e o desenvolvimento das relações com o meio envolvente no qual estão inseridos (Leyons, 2016) de forma a alcançarem a interação desejada com a sociedade e não o contrário (Arthur, 2003; Munde et al., 2009; Bortoli et al., 2010; Amaral, 2011). Esta situação foi verificada num estudo realizado por Bedell et al. (*cit. in* Leyons, 2016), no qual crianças com deficiências intelectuais revelaram ter uma socialização reduzida e poucas interações com a sociedade. Esta participação na sociedade parece estar fortemente relacionada com os elementos da família devido à existência de fatores que condicionam, nomeadamente, aspetos físicos, emocionais e laborais (Raghavendra et al., 2011; Thirumanickam et al., 2011).

Numa investigação realizada por McConachie et al. (2006) concluiu-se que as crianças com deficiência intelectual participam mais nas atividades familiares do que nas atividades sociais, isto é, nas atividades da escola e promovidas pela sociedade (Bedell et al., 2011; Leyons, 2016). Por outro lado, outros investigadores contrapõem dizendo que as crianças com as mesmas dificuldades participam e desfrutam de igual forma nas atividades referidas anteriormente, comparando com os seus pares, no entanto, necessitam de um apoio especializado e diferenciado para participarem nas mesmas (Raghavendra et al., 2011; King *et al.*, 2013).

Estas crianças e/ou adolescentes necessitam de apoio constante, pares que os aceitem com as suas limitações e que ao mesmo tempo criem, oportunidades de aprendizagem e interação diversificadas, de forma a serem colmatadas as barreiras, os desafios e os constrangimentos que se impõem à participação e aprendizagem no mundo que os rodeia (Amaral, 2004).

ii) Na comunicação

Por comunicação podemos entender a partilha de uma mensagem entre um emissor (aquele que emite a mensagem), o canal (meio utilizado para a transmissão da mensagem) e o recetor (que recebe a mensagem) (Sim-Sim, 1998; Jakobson, 2007; Clarke et al., 2011). A mensagem proferida pelo emissor é descodificada pelo recetor, invertendo-se assim os papéis (Blackstone, 2015). Por conseguinte, este é um processo dinâmico, que envolve partilha da mensagem e que pode ser demorado até que esta seja assimilada pelo emissor e recetor (Sim-Sim, 1998; The Joint Commission, 2010).

A comunicação é inerente ao ser humano e, por esse motivo, nem sempre pensamos na forma como foi adquirida e nos obstáculos vivenciados aquando da sua aquisição e desenvolvimento (Beukelman e Mirenda, 2013). Deste modo, a comunicação é considerada como o elemento primordial para a participação do ser humano nas atividades do dia-a-dia ou outras de carácter familiar, em particular das crianças e/ou adolescentes com MD, uma vez que favorece a participação, o envolvimento e a inclusão nas mesmas, que permite a expressão de necessidades, desejos, do seu conhecimento e das suas percepções (Beukelman e Mirenda, 2013), promovendo o desenvolvimento da interação social com as pessoas que os rodeiam (Light *cit. in* Trief 2007).

Atendendo que as crianças/adolescentes com MD apresentam necessidades complexas de comunicação (Nunes, 2008; Rowland, 2013), alguns autores referem que as mesmas decorrem de situações de incapacidade resultantes de défices motores, linguísticos, cognitivos e/ou sensoriais (Granlund et al., 2008; Schuit, et al., 2010; Harding et al., 2011; Pickl, 2011; Raghavendra et al., 2011; Clarke et al., 2011; Light e McNaughton, 2012), que por si, impedem e/ou comprometem gradualmente a aquisição e o desenvolvimento da fala e da linguagem, bem como a interação/comunicação com os outros (Light e Drager, 2007). Assim sendo, a área da comunicação assume-se como essencial, visto que estes sujeitos apresentam correntemente limitações severas ao nível da comunicação e da linguagem, entraves na assimilação e formação de mensagens orais, bem como na interação com os pares, no diálogo e no acesso à informação (Wilder et al., 2004; Nunes, 2008).

De acordo com Nunes (2008), as crianças e adolescentes com MD reagem mais lentamente, em comparação com os seus pares sem MD, não respondem com a mesma frequência e expressam-se com mais dificuldade, demonstrando um desenvolvimento comunicativo mais baixo do que é esperado. Esta redução da comunicação interfere na quantidade e qualidade das interações realizadas com o meio envolvente, comprometendo assim o sucesso nas oportunidades de comunicação destas crianças (Saramago et al., 2004; Pawlen et al., *cit. in* Nunes, 2012; Emerson *cit. in* Goldbart et al., 2014). Frequentemente, o que acontece é que os parceiros tendem a responder na vez destas crianças, que necessitam de mais tempo para processar a informação e reagir, e a interação acaba por ser inexistente (Ware, 2003). De igual forma, o mesmo autor salienta as dificuldades sentidas pelos parceiros na adequação de conteúdos comunicacionais à criança/adolescente com MD, pois este detém um nível de comunicação díspar dos pares da sua idade.

Nem sempre as crianças/adolescentes com MD possuem competências ao nível do discurso oral, o que dificulta a interação com os outros. Esta incapacidade para o uso da fala exerce um grande impacto no desenvolvimento das suas aptidões individuais, no controlo do espaço em redor e afeta severamente o seu desenvolvimento social (Nunes, 2008). Devido à presença de necessidades complexas de comunicação, algumas crianças/adolescentes com MD apresentam uma comunicação pré-simbólica ou simbólica (Rowland, 2013). A comunicação pré-simbólica compreende comportamentos comunicativos interacionais, sem envolver símbolos e podendo ser ou não aceites pela sociedade, como é o caso das vocalizações, expressões faciais ou gestos simples. Enquanto a comunicação simbólica recorre ao uso de símbolos para comunicar, desde fotografias, gestos icónicos, palavras ou escrita ou ainda combinação de símbolos obedecendo a regras gramaticais (Rowland, 2013). Em situações em que a comunicação simbólica não é adquirida, as crianças podem apresentar limitações na interação comunicativa (Wilder et al., 2004). Podendo sentir dificuldades de interação social, na regulação do seu comportamento e na atenção conjunta (Olsson, 2005).

Para que a comunicação seja a mais adequada com crianças/adolescentes com MD, os profissionais bem como a família têm uma grande responsabilidade na seleção de estratégias de comunicação (Wanzer et al., 2004; Hemsley e Baladin, 2014) conforme as

características e necessidades das mesmas (Nunes, 2008), com a finalidade de auxiliar a partilha de informação, bem como potenciar experiências significativas para que possam comunicar e interagir com o meio envolvente (Nunes, 2008; Amaral e Celzic, 2015).

Por estas razões, se a criança/adolescente com MD apresenta lacunas ao nível da comunicação é imprescindível disponibilizar meios, recursos e métodos comunicativos que lhe possibilite comunicar com as pessoas e o mundo que o rodeia. Neste sentido, uma das estratégias comunicativas é a comunicação aumentativa e alternativa (CAA) que se apresenta como um auxílio no fomento da comunicação (Beukelman e Mirenda, 2013; International Society for Augmentative and Alternative Communication *cit. in* Sennott et al., 2016; Davidoff, 2017; ASHA, 2018f) e que envolve o uso de múltiplas modalidades de comunicação, por exemplo, fala, vocalizações, gestos, escrita, imagens, dispositivos com saída de voz (Beukelman e Mirenda, 2013).

Assim, a finalidade da CAA é incrementar a comunicação em pessoas, neste caso em crianças/adolescentes com MD, incapazes de a realizar pelos meios tradicionais, ou seja, que não são comunicadores independentes em todas as situações, e que demonstram dificuldades no seu desenvolvimento, com comprometimento ao nível da linguagem e da comunicação. Esta poderá ser uma boa ferramenta, uma vez que promove o desenvolvimento de competências comunicativas, de linguagem expressiva e/ou compreensiva, de linguagem emergente e da capacidade cognitiva (ASHA, 2018f; Davidoff, 2017).

Deste modo, a CAA revela-se como um modo complementar à fala (caso exista), podendo servir de apoio e/ou para garantir a ocorrência do processo de comunicação, quando esta ainda não se encontra desenvolvida de forma funcional. De igual forma, a CAA pode também substituir a fala, se esta for inexistente ou não for funcional (Light et al., 1998; Von Tetzchner e Martisen, 2000).

Como nos indica Massaro e Deliberato (2013) é fundamental promover a implementação de CAA junto de crianças e/ou adolescentes com necessidades complexas de comunicação, para que esta seja uma ferramenta para o processo de aprendizagem, não só ao nível da aquisição e desenvolvimento da linguagem/comunicação, como também

ao nível da participação nas diversas atividades dos vários contextos de vida, possibilitando uma maior inclusão e proporcionando uma maior igualdade no meio que os rodeia (Von Tetzchner e Martinsen, 2000).

De ressaltar a necessidade de se eleger o sistema de CAA mais eficiente para a criança/adolescente com MD e a sua família, atendendo às suas competências e particularidades (Johnston et al., 2014; Davidoff, 2017). O recurso à CAA quanto mais célere for executado, melhores os resultados alcançados, permitindo à criança e adolescente a transmissão das suas escolhas aos seus pares (Walker e Senell, 2013; Davidoff, 2017). Assim sendo, é necessário assentar num trabalho em equipa no qual os principais agentes educativos, possam desenvolver aprendizagens práticas, funcionais, significativas e específicas (Nunes, 2008; Carroll, 2010; Bortolli, 2014; Correia, 2018), centrando num programa de qualidade em atividades e experiências de vida real (Nunes, 2008; McWilliam, 2012).

1.3. Impacto no contexto familiar

O nascimento de uma criança por si só comporta alterações na dinâmica familiar e exige uma adaptação de rotinas e hábitos, quando se trata de uma criança com MD a situação é ainda mais agravada, na medida em que ocorrem transformações nas atividades do dia-a-dia de qualquer elemento familiar, como também o surgimento de tarefas que até então, não eram praticadas. Deste modo, prevê-se a presença de outras rotinas e de um reajustamento de um novo estilo de vida no seio familiar (McWilliam, Winton e Crais, *cit in* Gil, 2013).

A presença de uma criança/adolescente com MD pode criar uma tensão na estrutura familiar (Costa, 2004; Fiameghi e Messa, 2006; Baraldi *cit in* Rebelo, 2008). Por conseguinte, essa instabilidade pode influenciar o relacionamento dos diferentes membros da família (Glat e Pletsch, 2004). Segundo Loureiro (2008), a presença de instabilidade pode conduzir a ambientes pouco favoráveis para o desenvolvimento das crianças/adolescentes, bem como de toda a família. Neste sentido, são diversos os fatores que poderão afetar a coesão familiar, desde o tempo concedido às necessidades da criança/adolescente com MD, a atenção prestada, as exigências desta condição na rotina

da família, a existência de culpabilização ou até o envolvimento na vida familiar (Gil, 2013).

A família, como primeiro agente educativo, desempenha um papel mediador estabelecendo a ligação entre a criança e o meio envolvente, estimulando a sua socialização (Calado, 2013) e também a criação de novas oportunidades, gerando um ambiente de apoio, de sucesso, de proteção e de confiança (Gil, 2013; Keera et al., 2017).

Gronita et al., (2016) reforçam ainda que as famílias com crianças/adolescentes com MD manifestam frustração, desespero e os pais deixam de participar nas atividades sociais. Segundo Amaral e Gil (2008), as mães demonstraram sentimentos negativos para com os profissionais, nomeadamente, “medo e falta de vontade, indiferença, injustiça, desilusão, insensibilidade, desconfiança e angústia.”

Centrando a atenção em alguns resultados da investigação, Nunes (2012) refere que estas dificuldades sentidas pela família podem estar associadas a alguns parâmetros: a escassez de apoios, tais como o apoio financeiro (como por exemplo o aumento de despesas familiares que surgem da necessidade da aquisição de recursos especiais relacionados com a alimentação, a saúde e equipamentos); a dificuldade em gerir as suas rotinas; e a dificuldade em conciliar a dinâmica familiar com o emprego, pela presença de tarefas mais complexas e mais diversificadas (Costa, 2004; Nunes, 2012; Turnbull *cit. in* Correia, 2013); a escassez no apoio familiar que, por vezes, pode acarretar problemas matrimoniais devido à carência de tempo para os elementos do casal se dedicarem um ao outro; sentimentos de ciúme ou rejeição por parte dos irmãos, por sentirem que a atenção da família é quase toda destinada para a criança/adolescente com MD; e também a procura constante de respostas adequadas e diversificadas para o seu filho (Turnbull *cit. in* Correia, 2013; Gil, 2013).

Outro obstáculo com que a família se depara está relacionado com a comunidade, devido à falta de preparação no contexto escolar e pela ausência de condições de acessibilidade, bem como a dificuldade em encontrar alguém de confiança para tomar conta do seu filho. Outro fator ainda, apontado por Nunes (2012), refere-se ao desafio no relacionamento entre pais e filhos, devido à falta de compreensão por parte dos pais, nomeadamente no

que se refere em entender as capacidades da cr/adolescente com MD e em aceitar a sua condição (Nunes, 2012).

O envolvimento dos pais em atividades recreativas ou educativas fica condicionado pela idade dos filhos (Toren, 2013). A literatura refere que existe um decréscimo do envolvimento da família ao longo do crescimento das crianças/adolescentes com MD (Ceballo, 2014), revelando-se um menor envolvimento aquando da frequência do ensino secundário (Toren, 2013).

Acrescentam-se ainda outros desafios que passam pela partilha de experiências com outras pessoas, o debate sobre alguns assuntos relacionados com a MD e a escassez de tempo da família para socializar com os restantes elementos da família/amigos. Este último aspeto leva a uma reduzida participação nas atividades sociais, bem como na realização das suas atividades preferidas, devido ao cansaço do próprio e/ou da família, falta de tempo, entre outros (Nunes, 2012, Turnbull *cit. in* Correia, 2013).

A presença destes fatores pode adquirir maior ou menor impacto dependendo do modo como a família encara esta situação, uma vez que existem famílias que demonstram adaptação nas rotinas diárias e superação pelo facto de existir um filho com MD no seio familiar (Rodrigo e Palácios *cit in* Gil, 2013). Existem também estudos que revelam que o nascimento de uma criança com MD pode unir ainda mais um casal e reforçar os laços sentimentais (Costa, 2004).

Os pais valorizam a participação dos seus filhos nas atividades do dia-a-dia e referem benefícios advindos dessa integração e envolvimento, entre os quais, melhorias no desenvolvimento de novas habilidades e um maior bem-estar destas crianças/adolescentes com MD (Leyons, 2016). Referem a importância que as mesmas têm de ter no acesso a oportunidades sociais, no entanto, afirmam que existe uma redução de oportunidades para que estes se envolvam com os seus pares, como por exemplo, nas atividades de infância (festas de aniversário) (Batorowicz et al., 2014; King et al., 2014). A família desempenha um papel fulcral no desenvolvimento e na educação dos seus filhos e, como tal, é proveitoso analisar o modo como esta se pode envolver e participar no desenvolvimento dos seus filhos (Nunes, 2008; Vaughn e Bos, 2009 Carroll, 2010; Washington, 2012).

2. A criança/adolescente com MD no contexto escolar

2.1. Respostas existentes (anteriores e atuais)

Nos últimos anos tem-se vindo a registar alterações positivas no que concerne à educação das crianças/adolescentes com MD (Amaral et al., 2008; Correia, 2018), sendo fundamental que o processo de inclusão seja realizado nos diferentes contextos de vida das mesmas. Todavia, os desafios continuam a ser significativos, quer para os profissionais, quer para os primeiros agentes educativos, como é o caso da família (Nunes, 2008; Nunes, 2012). É necessário que o contexto escolar possua apoios altamente especializados e permanentes, permitindo aos diferentes participantes no processo educativo encontrar meios de ensinar e instruir, respeitando as necessidades e limitações da criança/adolescente, promovendo um ambiente organizado e qualidade de vida (Carroll, 2010; Mansell, 2010; Correia 2018).

A inclusão prevê que alunos com NEE (necessidades educativas especiais) tenham a possibilidade de participar nos contextos regulares de ensino (Nunes e Madureira, 2015). Por conseguinte, esta inclusão deve respeitar a particularidade de cada criança, facultando-lhe apoios mais dirigidos às suas necessidades, contribuindo para uma educação de qualidade. A inclusão da criança ou adolescente com NEE deve realizar-se nos múltiplos espaços que fazem parte do seu dia-a-dia, sejam eles escolares ou comunitários e o apoio deve incidir nas áreas educativa, social ou terapêutica, com a ajuda de professores, técnicos, médicos, comunidade educativa e respetivas famílias (Nunes, 2008).

Deste modo, revela-se imperativo a execução de medidas educativas ajustáveis, que recorram a métodos diversificados e adaptados às singularidades das crianças e adolescentes com MD, permitindo reduzir os entraves colocados à sua aprendizagem. Um ambiente desafiante e estimulador são alicerces cruciais na sua aprendizagem (Nunes, 2008). Uma investigação realizada por Nunes (2010) revela que os profissionais confrontam-se com alguns desafios na identificação das necessidades educativas das crianças/adolescentes com MD e que apresentam dificuldades em promover, com eficácia, o desenvolvimento da comunicação e a autonomia das mesmas.

As respostas educativas para crianças/adolescentes com MD deverão então ser diferenciadas e organizadas, flexíveis, deverão ter em atenção cada caso, ser ajustadas à realidade e auxiliarem o aluno a participar em todos os contextos naturais da sua vida. Por isso, deverão ser expostas múltiplas formas de representação da informação, de forma a proporcionar oportunidades para receber/adquirir conhecimentos de várias formas, deverão ser utilizados meios de expressão que permitam ao aluno demonstrar os seus conhecimentos (recorrendo a instrumentos de comunicação privilegiados) e ir ao encontro dos seus interesses para os incentivar e fomentar novas aprendizagens (Nunes, 2008).

Neste trabalho considera-se importante mencionar as principais diretrizes instituídas pelo Decreto-Lei (DL) n.º 3/2008, de 7 de janeiro, o qual vigorou até ao presente ano de 2018, uma vez que os relatos recolhidos que integram o presente estudo foram baseados na vivência dos participantes à luz do referido decreto. Assim, importa referir que este constituiu-se como um marco legislativo muito importante, esclarecendo que os estabelecimentos deveriam incluir nos seus projetos educativos as adequações relativas ao processo de ensino e de aprendizagem, necessárias a responder aos alunos com NEE que demonstrassem limitações significativas ao nível da atividade e da participação nos diferentes contextos de vida, certificando deste modo, uma maior participação nas tarefas de grupo e da comunidade escolar. Esta legislação no âmbito da Educação Especial concebia a existência de Unidades de Apoio Especializado à Educação de Alunos com Multideficiência e Surdocegueira Congénita (UAEEAMSC). Estas constituíam-se como um recurso pedagógico especializado, que apontava para a participação ativa das crianças/adolescentes com MD durante o seu processo de aprendizagem, visando a promoção de experiências significativas e de sucesso.

O objetivo primordial das diretrizes constantes neste decreto foi o de conceder a estes alunos apoios mais direcionados às suas necessidades, utilizando métodos que envolvessem as diferentes disciplinas que integram o currículo da criança e que promovessem o trabalho em equipa. Neste sentido, foi enfatizada a orientação para que a aprendizagem se desenrolasse em contextos reais e funcionais, estimulando a autonomia pessoal e social e a confiança, bem como a participação ativa na sociedade (Nunes, 2005).

Tal como já mencionado por Nunes (2005), o que se pretendia com estas novas medidas era conceber espaços formais e informais estruturados, securizantes e significativos, incrementar a comunicação e a interação entre crianças/adolescentes com MD e os seus parceiros; assegurar oportunidades reais; implementar estratégias e metodologias diferenciadas adequadas às particularidades de cada criança/adolescente, com a cooperação entre profissionais e família; garantir apoios especializados em termos de terapia; e preparar as crianças para a vida pós-escolar.

Como as necessidades dos alunos com MD são muito específicas, os produtos de apoio necessários são inerentes às suas dificuldades e, por vezes, a sua utilização não se adequa com a sua presença em contexto sala de aula. Assim, são vários os materiais necessários às adaptações que estes alunos poderão necessitar, os quais encontram-se relacionados com a comunicação, a estimulação sensorial, bem como o bem-estar físico, entre outros: dispositivos multissensoriais, software de causa efeito, brinquedos adaptados e soluções informáticas integradas, aspiradores de secreções, nebulizadores e colchões; para ajudar na mobilidade e posicionamento o standing-frame, cadeira de rodas, multiposicionadores, rampas e andarilhos; bem como a bancada para mudar a fralda, adaptações de sanitários e lavatórios, colheres adaptadas, rebordos para os pratos, entre outros, imprescindíveis à manutenção da higiene pessoal e alimentação (Nunes, 2005).

Em relação aos recursos humanos alocados a estas unidades, previa-se que os mesmos fossem formados principalmente por uma equipa de profissionais de diferentes áreas que tivessem formação especializada, de preferência na área da multideficiência, de maneira a que a sua intervenção fosse a mais adequada para estes alunos (Nunes, 2008; Correia, 2018). Como realça Jackson (2005 *cit. in* Nunes, 2008, p. 17), a educação destes alunos exige “um meio que ofereça mais condições humanas e materiais para proporcionar uma educação de qualidade que ajude o aluno a ter sucesso social e escolar.”

Ultimamente, denota-se uma evolução significativa nas conceções de deficiência e de educação de alunos com deficiência, possibilitando que o indivíduo com MD seja percecionado além das suas limitações, procurando-se respostas relativamente ao seu processo de aprendizagem e visando igualmente a sua inclusão no contexto escolar

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

(Amaral e Nunes 2008). De acordo com a Declaração de Salamanca (UNESCO, 1994, p.18),

deve ser dada atenção especial às necessidades das crianças e dos jovens com deficiências severas ou múltiplas (...) e deverão ser educados no sentido de desenvolver as suas potencialidades.

Neste sentido, promovendo a inclusão de alunos com MD em Portugal foram concebidas as Salas de Apoio Permanente (SAP)

um espaço, dentro da escola regular, com equipamentos específicos. Para estas salas são normalmente orientados alunos com deficiência mental severa, os multideficientes e os alunos com graves problemas de comunicação. (Bairrão, 1998, p.65)

Após 1997, as SAP alteram a sua designação para Unidades de Intervenção Especializada (UIE) assumindo-se como um espaço organizado intercalado com as aulas de ensino regular, que alteram novamente a sua designação em 2005 para Unidades Especializadas em Multideficiência (UEM), segundo orientação da Direcção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC) (Silva, 2006).

Com a publicação do DL n.º 3/2008 são criadas as UAEEAMSC, consideradas uma resposta educativa especializada às características particulares da população com multideficiência e contemplando a sua inclusão com os restantes alunos sem NEE (Rebocho et al., 2009). Em conformidade com o DL n.º 3/2008 do artigo 26º, tem como objetivos,

a) Promover a participação dos alunos com multideficiência e surdocegueira nas atividades curriculares e de enriquecimento curricular junto dos pares da turma a que pertencem; b) Aplicar metodologias e estratégias de intervenção interdisciplinares visando o desenvolvimento e a integração social e escolar dos alunos; c) Assegurar a criação de ambientes estruturados, securizantes e significativos para os alunos; d) Proceder às adequações curriculares necessárias; e) Adotar opções educativas flexíveis, de carácter individual e dinâmico, pressupondo uma avaliação constante do processo de ensino e de aprendizagem do aluno e o regular envolvimento e participação da família; f) Assegurar os apoios específicos ao nível das terapias, da psicologia e da orientação e mobilidade aos alunos que deles possam necessitar; g) Organizar o processo de transição para a vida pós-escola.

Considerando o anteriormente referido, é importante salientar que o trabalho realizado com as crianças/adolescentes com MD no contexto de unidade, só faria sentido se esta fosse considerada como um espaço de recurso para as mesmas enriquecerem as suas

competências e, como tal, teria de ser realizado em parceria com os seus pares. Por isso, dever-se-ia desenvolver uma metodologia de trabalho onde os mesmos pudessem contribuir e envolver-se de forma ativa (Nunes, 2008). Neste seguimento, para facilitar a promoção da inclusão no contexto educativo, seria crucial um trabalho de colaboração com toda a comunidade escolar a fim de criar e implementar adaptações específicas para estas crianças e jovens.

Tal como referido anteriormente, até à data de 5 de julho do presente ano de 2018 vigorou em Portugal o DL n.º 3/2008, de 7 de janeiro, sendo também pertinente referir o novo Decreto-Lei n.º 54/2018 de 6 de julho, uma vez que é a atual legislação para a Educação Inclusiva. Este novo DL assume numa perspetiva claramente inclusiva (Pereira et al., 2018), a importância de cada escola admitir o valor da diversidade dos seus alunos, procurando estratégias para lidar com a diversidade, adaptando o seu ensino às particularidades de cada aluno, reunindo esforços para que todos participem na vida comunitária, alcançando uma base comum de competências, considerando as suas capacidades e interesses. A nomenclatura de Educação Especial caiu em desuso e agora assume-se o termo Educação Inclusiva (DL n.º 54/2018).

São introduzidas alterações na forma como a escola e as estruturas de apoio se encontram organizadas, para a identificação das medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão ao longo da escolaridade obrigatória. Assim, ocorrem mudanças no paradigma das estruturas das unidades. Desta forma, surgem centros de apoio à aprendizagem (CAP) estruturas de suporte que abarcam os recursos humanos e materiais, dos conhecimentos e competências da escola. (Pereira et al., 2018). Estas têm como premissa, no geral, apoiar a inclusão de todos os alunos em turmas e nas atividades da escola, de lazer, bem como nas rotinas; promover a autonomia de cada criança/adolescente, e proporcionar o acesso à formação e à inserção na vida após o término da escola. Movendo para a inclusão os saberes e aptidões existentes na escola, considerando os conhecimentos e as experiências de todos.

Ainda assim, este novo DL vem reforçar o envolvimento e a participação dos pais em todo o processo educativo, afirmando que os mesmos têm o direito e o dever de participar ativamente no contexto educativo no que está relacionado com o filho/educando como também no direito de aceder a toda a informação contida no processo individual do

mesmo, nomeadamente no que diz respeito às unidades de suporte à aprendizagem e à inclusão (Peixoto et al., 2018).

2.2. Abordagem holística/trabalho em equipa

Nos últimos anos, tem sido mais notória a cooperação entre os profissionais da educação e da saúde com a finalidade de providenciar serviços baseados na organização de equipas, de modo a dar resposta às necessidades das crianças/adolescentes com MD (Ogletree et al., 2001; Polidori et al., 2008; Carroll, 2011; Correia, 2018). Estas crianças e adolescentes necessitam de ambientes estruturados que promovam o seu desenvolvimento e, para tal, o contexto educativo é um dos espaços privilegiados para melhorar aspetos relacionados com o desenvolvimento e com a participação nas atividades

Deste modo, o trabalho em equipa assume um papel fundamental no desenvolvimento das crianças/adolescentes com MD, na medida em que os diferentes profissionais, atendendo a um objetivo comum, podem traçar em conjunto uma abordagem aos problemas manifestados, consoante as suas áreas específicas de intervenção (Duarte, 2011). O trabalho em equipa permite construir uma resposta estruturada, onde cada qual contribui com o seu conhecimento e colabora para um melhor plano de acompanhamento (Hall e Weaver, 2001), isto é, cada elemento tem a sua responsabilidade assumida e sabe da importância dos restantes intervenientes neste processo (Correia, 2008). De ressaltar que o trabalho em equipa não anula as particularidades de cada um (Pinho, 2006), pelo contrário, pretende-se que cada profissional enriqueça este processo com a sua contribuição, em proveito de um objetivo comum (Peduzzi, 2001).

Cada profissional deve dominar as competências necessárias no desempenho das suas funções (Correia, 2018; Tegler et al., 2018), confiando no seu trabalho, de forma a coadjuvar os restantes colegas, partilhando das suas obrigações e promovendo a cooperação do grupo (Hall e Weaver, 2001). Desta forma, os serviços prestados por cada um, em equipa, permitem uma maior eficácia ao contrário do que sucederia com as contribuições individuais (Silva, 2006). Ebersöhn et al. (2007) assinalam dois aspetos fundamentais no trabalho de equipa que se prendem com a firmeza e organização, sem

esquecer a formulação de regras para que o grupo funcione de forma igualitária para todos.

No entanto, este funcionamento não depende única e exclusivamente da equipa de profissionais, mas também da participação ativa da família (Jansen et al., 2017). Se se quiser realizar um trabalho eficaz com a criança/adolescente com MD é de extrema importância envolver a família neste processo, uma vez que esta pode contribuir significativamente para o seu desenvolvimento, nomeadamente no conhecimento que possui acerca dos interesses da criança/adolescente com MD (Nunes, 2008), assumindo-se como o principal parceiro social, pela enorme riqueza de informações que possui sobre o seu filho (Carroll, 2010; Vlaskamp et al., 2011). Para além deste aspeto, é a família quem melhor sabe as reais necessidades que ela própria sente. Assim, a literatura refere que os pais devem ser envolvidos ativamente no processo educativo dos seus filhos (Vaughn e Bos, 2009), neste caso com multideficiência, pois eles podem desempenhar um papel crucial no processo de observação/avaliação e conseqüente elegibilidade para serviços e apoios de educação especial, bem como no desenvolvimento de intervenções em parceria com outros profissionais da educação (Serrano e Correia 2003; Correia *cit. in* Correia, 2018; Washington, 2012).

Neste processo de acompanhamento, torna-se então importante a equipa ter em atenção três parâmetros relacionados com a avaliação. O primeiro prende-se com o conhecimento dos interesses, das necessidades, das capacidades e das formas/meios de comunicação da criança/adolescente com MD. O segundo, diz respeito à família, no que se refere à compreensão dos seus interesses e necessidades, tal como das suas expectativas em relação ao futuro. E, um último, relacionado com a atividade, indicando a pertinência de compreender como funciona a criança/adolescente com MD nos diversos contextos e o modo como estes se encontram organizados (Saramago et al., 2004).

Após a realização da avaliação em equipa, segundo orientação do Decreto-lei n.º 3/2008, deveria efetuar-se o perfil de funcionalidade por referência à Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). A CIF trata-se de um sistema de classificação e de codificação, que serve para documentar e organizar informação sobre as limitações funcionais do indivíduo, identificando as estruturas e funções do corpo afetadas, bem como o seu

impacto na participação das pessoas nas atividades, considerando a influência dos fatores pessoais e ambientais neste processo (OMS 2004; Instituto Nacional para a Reabilitação, 2010). Wesbly (2007), enfatiza que a avaliação por referência à CIF proporciona a demarcação de metas reais, relacionadas com as atividades e a participação da criança/adolescente nos ambientes em que está inserida e perante as suas verdadeiras necessidades, possibilitando também que estes alunos possam usufruir de medidas educativas adequadas e respetivos materiais de apoio.

Assim, após a realização da avaliação pela equipa, todas as sugestões devem fundir-se num plano que privilegie as atividades naturais, em diferentes contextos, promovendo oportunidades reais de comunicação e aprendizagens significativas, fomentando igualmente a reciprocidade de ligações afetivas (Saramago et al., 2008). O mesmo deverá ser construído tendo por base uma relação de confiança e de segurança entre a criança/adolescente com MD e os seus principais cuidadores (Nunes, 2008). Saramago et al. (2008), afirmam que

“A mudança para o paradigma da intervenção centrada em atividades reais pressupõe repensar objetivos, modelos, metodologias e ferramentas pedagógicas. Implica igualmente colocar em ação processos cíclicos de avaliação planeamento implementação-monitorização-avaliação que se pretendem dinâmicos, individualizados, participados por todos os seus intervenientes, sistemáticos e inclusivos em todos os seus momentos” (p. 13).

Saramago, Gonçalves e Duarte (2008) reforçam ainda que avaliar a participação da criança em atividades que decorram em contexto real permite alcançar pistas que possibilitam elaborar propostas de intervenção mais eficientes e direcionadas às especificidades de cada um. Nunes e Amaral (2008), enfatizam também que a uma adequada intervenção deve focar-se na participação e nas atividades e não somente no desenvolvimento.

Neste sentido, as ações da criança ou adolescente com MD deverão ocorrer em ambientes expressivos, que possibilitem a vivência de experiências enriquecedoras e viabilizem a socialização e a sua aceitação na comunidade e no seio familiar, ao mesmo tempo que fomentam o respeito e a segurança, a interação e a autonomia, bem como a aprendizagem (Amaral e Nunes, 2008; Nunes, 2008; Thirumanickam et al., 2011) Tal como refere Pereira (2008) as lacunas experimentadas pelos indivíduos com MD contribuem para uma

perceção do mundo de forma distinta, por conseguinte, estes alunos necessitam de realizar vivências significativas em maior quantidade, para que lhes seja possível a manter as competências já adquiridas, e experimentar situações semelhantes, em contextos distintos, para facilitar a generalização das competências conquistadas.

Assim, na intervenção com crianças/adolescentes com MD deve ser tida em conta a rotina, as atividades, a participação nas atividades, as estratégias a utilizar pelos parceiros e o processo de comunicação (Nunes, 2008). Deste modo, devem ser apresentadas à criança múltiplas atividades que promovam uma diversidade de experiências que sejam interessantes. Como refere Dunst (et al., 2010; McWilliam, 2012), o aluno quando se envolve ativamente com um objeto ou com alguém que considera interessante, mantém-se envolvido por mais tempo na atividade, extraindo benefícios especialmente para a sua aprendizagem e para o seu desenvolvimento.

Serrano e Boavida (2011) citando McWilliam (1996), reforçam a relevância dos serviços terapêuticos e da sua atuação ser integrada e deslocada para os contextos reais de aprendizagens das crianças e adolescentes., sendo que estes serviços também se adaptam à MD.

De forma a promover o trabalho holístico, o Scottish Government (2010) defende a importância de compreender o funcionamento dos sistemas de ensino, para que seja possível relacionar o currículo do aluno com a intervenção dos diferentes profissionais, salientando que a partilha de saberes é uma tarefa demorada e exigente, mas que promove o sucesso efetivo da criança e adolescente com MD. Considerando então que todos os espaços escolares poderão ser privilegiados para a intervenção, e uma vez que se pretende que o desenvolvimento ocorra integrado nas rotinas e nas atividades naturais, torna-se interessante compreender quais as modalidades sugeridas para atuação da equipa de apoio neste contexto.

De acordo com o Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG, 2015), as modalidades podem ser de consultoria, em grupo e individual. Ou seja, ao nível da consultoria, é geralmente aplicável a questão da intervenção indireta, nomeadamente através do trabalho colaborativo com a família, docentes, profissionais da área da saúde,

assistentes operacionais e pares, para a transmissão de estratégias e adequação do ambiente. A modalidade em grupo procura incrementar o desenvolvimento de competências sociais, através da dinâmica de pares, desenvolvendo atividades que a promovam. E, por último, na modalidade individual, encontra-se o contexto terapêutico mais frequente (Mills, 2004), de um para um, para desenvolver objetivos específicos com a finalidade de serem generalizadas competências.

Assim, para que a intervenção educativa em alunos com MD seja eficaz, o trabalho em equipa torna-se indispensável, associado a um modelo holístico de base ecológica, no qual a criança ou adolescente interage nos diversos contextos em que está inserida, devendo ser garantido o seu acesso a oportunidades de aprendizagem consideráveis, bem como um apoio direcionado às suas necessidades reais (Dunset e Trivette 2009; Nunes, 2008; McWilliam, 2012).

A intervenção deve então assentar nos pressupostos de um trabalho holístico, uma vez que todos os elementos são responsáveis por potenciar o desenvolvimento das capacidades cognitivas e de interação com o meio envolvente, nos vários contextos diferenciados da criança/adolescente com MD (Nunes, 2008). À luz do novo Decreto-Lei n.º 54/2018, cabe à equipa multidisciplinar a identificação das medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão, face às características de cada criança/adolescente. Neste sentido, o TF, enquanto recurso humano específico, poderá auxiliar nesse processo. Sendo este profissional responsável pelo desenvolvimento da comunicação, entre outras áreas, e podendo ele desempenhar funções no contexto escolar (ASHA, 2014), será pertinente refletir sobre o seu contributo específico neste contexto.

2.3. O contributo do Terapeuta da Fala

A escola é um local privilegiado para a promoção do desenvolvimento da comunicação e da participação da criança/adolescente com MD nas diversas atividades em ambientes diferenciados.

Ao TF cabe o,

“(…) desenvolvimento de atividades no âmbito da prevenção, avaliação e tratamento das perturbações da comunicação humana, englobando não só todas as funções associadas à compreensão e expressão da

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

linguagem oral e escrita, mas também outras formas de comunicação não verbal” (DL. n.º 564/99), acrescentando as perturbações relacionadas com a deglutição e alimentação” (ASHA, 2007).

Assim, este profissional desempenha um papel fundamental no que concerne ao acompanhamento de alunos no âmbito da Educação Inclusiva (DL n.º 54/2018) e nomeadamente no acompanhamento de crianças/adolescentes com MD. Esta valência é reconhecida como uma mais-valia no desenvolvimento dos alunos supracitados, uma vez que as competências comunicativas constituem uma prioridade dentro desta problemática e deverão ser exploradas com recurso a várias técnicas e estratégias (Ministério da Educação, 2010). Deste modo, sendo a comunicação uma das principais áreas de atuação do TF, este poderá dar um importante contributo para instigar o desenvolvimento das habilidades comunicativas destas crianças/adolescentes (Jonhoson, 2008; Burns et al., 2012; Burns et al., 2015; CRPG 2015; Yorkston et al., 2016).

O apoio fornecido pelo TF junto de crianças/adolescentes com MD e os seus familiares pode processar-se de diferentes formas, nomeadamente: contribuindo para que haja maior facilidade no processo de comunicação, facilitando a exposição das suas necessidades/interesses (Blackstone e Kailes, 2015; Burns et al., 2015); criando ferramentas comunicativas adequadas à criança/adolescente e adaptando o ambiente escolar e social, com o propósito de propiciar independência e participação (ASHA, 2014; CRPG 2015); auxiliando na construção dos documentos escolares, como por exemplo, o programa educativo individual, plano individual de transição, entre outros (DL n.º 3/2008), salvaguardando-se o facto de que com a entrada do novo DL n.º 54/2018, alguns documentos escolares sofreram alterações. Considerando ainda a nova legislação (DL n.º 54/2018), o TF poderá também ajudar na implementação de medidas universais (medidas que a escola possui para todos os alunos com a finalidade de proporcionar a participação e a melhoria das aprendizagens), medidas seletivas (medidas mais específicas que são necessárias quando a aplicação das medidas referidas anteriormente não é suficiente) e medidas adicionais (medidas que são aplicadas com a finalidade de colmatar problemas acentuados e persistentes em termos de comunicação, interação, cognição ou aprendizagem, dirigidas a alunos que necessitam de meios especializados de apoio à aprendizagem e envolvimento).

Na sua atuação neste contexto o TF pode ainda intervir junto da criança/adolescente com MD recorrendo à CAA, quando se verificam dificuldades ao nível da compreensão verbal e/ou quando a sua capacidade de expressão verbal não é eficiente. A CAA utiliza ferramentas diversificadas para ajudar no desenvolvimento de competências de comunicação e linguagem, como por exemplo (sistemas com ajuda e sistemas sem ajuda).

Pode-se entender como sistemas sem ajuda aqueles que não obrigam ao recurso de ajuda externa, nem necessitam de ajuda técnica, somente da criança/adolescente que se exprime por vocalizações, gestos, expressões faciais e corporais, ente outras (Von Tetzchner e Martinsen, 2000; ASHA, 2017f).

Por outro lado, os sistemas com ajuda exigem suporte exterior para que seja possível a comunicação, como objetos, miniaturas, imagens, dispositivos eletrónicos como computador, tablet, softwares (Von Tetzchner e Martinsen, 2000; ASHA, 2017f).

Importa salientar que o material de CAA deve ser ajustável e adequado às dificuldades do aluno, permitindo alterações de vocabulário consoante a evolução da criança/adolescente e possibilitando a adaptação a diversos contextos e parceiros comunicativos (Beukelman e Mirenda, 2013; Davidoff, 2017). Como tal, para ser estabelecida uma comunicação eficaz com crianças/adolescentes com MD, Amaral (2002; Nunes, 2001, 2008) sugere que seja adotada uma abordagem conversacional entre todos os parceiros e a criança/adolescente com MD, para que tenham as mesmas oportunidades de estabelecer comunicação, ou seja, que a comunicação seja equilibrada entre ambos e estes alunos se sintam encorajados a responder, a “pegar a sua vez” na interação, sendo esta abordagem implementada nas rotinas e atividades naturais, indo de encontro aos interesses da criança.

Um estudo conduzido por Goldbartt et al. (2014), verificou que os terapeutas da fala baseiam-se principalmente nos interesses da criança com a finalidade de potenciar momentos de interação significativos e eficazes. Promovendo oportunidades para comunicarem, nomeadamente, demonstrar os seus sentimentos, realizar pedidos como pedir para interromper ou iniciar alguma coisa, solicitar algum objeto ou alguma atividade

que lhe suscite interesse, interagir com a sociedade, selecionar o que pretende, entre outras (Nunes, 2008).

Para além da comunicação, o TF pode atuar no processo de alimentação, sendo que a preocupação deverá ser em termos de deglutição (assegurar segurança), como também facilitar a ocorrência de padrões mais ajustados de movimento que terão influência na melhor adequação das estruturas (ASHA, 2014). Outras estratégias poderão ser implementadas, integradas nas rotinas e facilitadoras de uma melhor adequação das estruturas com conseqüente melhoria das funções a elas ligadas como são a mastigação, deglutição, respiração, fonação, articulação. Outro aspeto crucial refere-se ao desenvolvimento de um trabalho em equipa, destacando-se a necessidade de articulação com outros profissionais, como, o fisioterapeuta, terapeuta ocupacional para que as estratégias fornecidas possam ser efetivamente as mais adequadas (considerando a interação entre as questões motoras, musculo-esqueléticas e sensoriais inerentes ao processo de alimentação) (ASHA, 2014; Bortolli, 2014; DGE, 2015)

De igual forma, o TF proporciona suporte aos professores, colaborando na definição de objetivos e estratégias e forma a melhorar as condições para que os alunos, como crianças/adolescentes com MD, tenham a oportunidade de participar nas atividades que são propostas (ASHA, 2014), com as devidas adaptações que cada problemática requer, não só, ao nível do ambiente como também das adaptações das atividades, sendo essencial para potenciar o envolvimento e a participação dos alunos nas atividades (DGE, 2015).

Assim sendo, o terapeuta da fala para além de articular e de se envolver com a equipa escolar, também é fundamental estabelecer contactos com todos os intervenientes, como por exemplo, com a família, equipa educativa e a equipa médica (Calis et al., 2008).

Neste sentido, depois de conhecer as áreas de intervenção do terapeuta da fala, é necessário compreender os modelos de apoio que são fornecidos à criança/adolescente com MD. Um dos modelos de atuação no contexto escolar parece ser o modelo “pull-out model” como se constata numa investigação realizada por Mills (2004). Neste modelo, o aluno é retirado do seu grupo, da sala de aula, para uma sala de terapias, com a finalidade de realizar uma sessão individual ou em pequeno grupo (Mills, 2004). Apesar de a ASHA

(2002) identificar que se trata de um modelo viável para algumas crianças/adolescentes, de acordo com o caso clínico, mesmo assim, refere algumas limitações, tais como: i) a restrição ambiental de uma sala de terapias comparativamente a uma sala de aula; ii) a capacidade de generalizar competências comunicativas aprendidas é limitada; iii) os objetivos terapêuticos tendem a ser mais clínicos de que seguir uma vertente educacional; iv) pouco tempo disponível para uma comunicação entre o TF, docentes, outros profissionais, e outros intervenientes (Mills, 2004). Ou seja, é um modelo no qual estes alunos perdem alguns aspetos importantes do ensino e do currículo, no qual os serviços fornecidos não têm o seu foco no currículo e não é facilitador da inclusão com os pares, uma vez que as crianças/adolescentes são retiradas da sala de aula (Harts, 2004).

Contrariamente ao modelo “pull-out”, os modelos que incidem nas práticas inclusivas, privilegiam que as intervenções terapêuticas sejam efetuadas nos ambientes naturais da criança/adolescente com MD, dado que estes promovem o desenvolvimento de competências comunicativas (Amaral, 2008; Dunst, 2010; Mills, 2014). Esta adaptação da intervenção, integrada no contexto de sala de aula e de outros espaços físicos (ASHA, 1996), possibilita uma melhor proximidade entre os técnicos, docentes e família. A ASHA (1996) aponta os modelos que incidem nas práticas inclusivas como os apropriados para a prestação de serviços, salientando que estão de acordo com os últimos movimentos da reforma educativa e da Inclusão, e que fornecem serviços às crianças num ambiente menos redutor e mais apropriado (Mills, 2014).

Reportando novamente às modalidades (individual, grupo, consultoria) que podem ser fornecidas pelos diversos agentes educativos no contexto escolar, uma investigação nacional realizada por Lopes (2017), na qual se pretendeu compreender juntos dos terapeutas da fala que exerciam a sua prática profissional em contexto de gabinete privado e em contexto escolar, qual a modalidade que recorriam com maior frequência no processo de intervenção, face a crianças com dificuldades de comunicação e de linguagem, verificou-se que a maioria dos terapeutas da fala recorria à modalidade individual, sendo que esta foi a mais pontuada (22), posteriormente a modalidade de grupo (11) e, por fim a modalidade de consultoria em que nenhum TF refere o uso desta. Outro dado relevante diz respeito aos espaços onde pode ser fornecido o apoio, podendo o mesmo ocorrer em espaços formais ou informais. Deste modo, o local privilegiado pelo

TF tende a ser uma sala própria para a terapia, ou seja, uma sala individual, no entanto os mesmos podem usufruir de outros espaços para a sua intervenção, como por exemplo a sala de aula, a biblioteca, mas são espaços escolhidos com menos frequência (Lopes, 2017).

2.4. A participação/envolvimento das famílias na escola

A participação mais ativa e o envolvimento das famílias na escola e no processo de ensino e aprendizagem dos seus educandos ainda é uma prática pouco frequente nas escolas portuguesas e os professores acabam por culpar os pais pela falta de envolvimento parental (Alves, 2011; Costa, 2014).

Costa (2014) destaca a existência das seguintes barreiras à participação mais assídua dos pais na escola: ausência de espaços apropriados para receber as famílias; horários de atendimento incompatíveis com os horários laborais dos pais; utilização de uma linguagem técnica por parte dos profissionais; escassas deslocações dos pais à escola e postura passiva dos pais face à informação transmitida pelo professor. Costa (2014), com base na informação de Marques (1992), referencia ainda o facto da escola portuguesa mais tradicionalista considerar que o papel das famílias é passivo e destaca a existência de barreiras sociais e culturais que afastam os pais com recursos socioeconómicos e níveis de escolaridade mais baixos.

Jansen et al. (2017), no seu estudo, verificaram que parte dos pais de crianças com MD demonstraram estar satisfeitos com o apoio prestado, contudo um número significativo de pais afirmou, por outro lado, que nem sempre recebiam o apoio que realmente desejavam ou que o apoio que recebiam não era significativo. Esses pais indicaram a falta de informações escritas sobre a evolução da criança ou alterações no seu processo educativo, a antecipação e acompanhamento das preocupações dos pais ou ainda apoio prestado como aspetos negligenciados por parte dos profissionais.

A participação dos pais no processo educativo dos seus educandos contribui para o seu sucesso escolar e maior e melhor desenvolvimento. (Costa, 2014). Perante as imensas barreiras experimentadas pelos pais, que impossibilitam um maior envolvimento na

educação dos seus filhos, urge a necessidade da escola e dos seus profissionais procurarem soluções que permitam ultrapassar esses impedimentos e responder às necessidades dos alunos e dos seus pais (Carroll, 2010; Costa, 2014).

De acordo com Blue-Banning et al. (2004) a comunicação é fundamental para existir colaboração, de modo a que possam ser tomadas decisões conjuntas e seja possível a realização de uma avaliação mútua. De igual forma, a comunicação permite alcançar confiança e respeito (Dunset, 2000; Dunsett e Trivette, 2009) favorecendo a união. Deste modo, é crucial existir comunicação entre os pais e os diferentes profissionais, para que se proporcione colaboração entre todos (Blue-Banning et al., 2004).

Num estudo realizado por Carroll (2011) incidindo nas interações entre pais e educadores do ensino especial, os pais revelaram o desejo de melhorar a comunicação existente entre ambos, através de encontros mais frequentes e consistentes, da partilha de conteúdos mais específicos, do respeito mútuo e pela promoção da igualdade.

Numa investigação conduzida por Raghavendra (et al. 2012), verificou-se que apesar dos agentes familiares serem essenciais na implementação e na intervenção ao nível da comunicação, raramente são incluídos no processo de decisão. O que corrobora com outras investigações que referem que os cuidadores familiares, na maioria das vezes, não são consultados pela equipa para as tomadas de decisões e esse facto afeta a vida familiar (Goldbart e Caton 2010; Chadwick et al., 2013). Outra preocupação manifestada por pais de crianças com necessidades complexas é a sua insatisfação com a quantidade de sessões de terapia da fala que são estabelecidas para os seus filhos e que, à medida que estes vão crescendo, a consciência de que terão acesso a menos apoios (Bercow, 2008; Rugegero et al., 2012).

Embora existam documentos legislativos que descrevem os direitos dos pais a nível da participação das famílias na vida escolar dos seus filhos (DL n.º 3/2008; DL n.º 54/2018), esse envolvimento parece ser difícil. Um estudo nacional de Oliveira (2013) reflete sobre a existência de fatores culturais e económicos que influenciam a participação dos pais neste contexto. Esta autora realça os fatores culturais pela existência de muitas famílias

que não se identificam com a política da escola e com o tipo de linguagem a que esta recorre.

Numa outra investigação, realizada por Alves (2011), este teve como objetivo recolher as percepções de pais e professores acerca do envolvimento parental numa escola básica, este verificou que os pais participavam e envolviam-se ativamente no contexto escolar, contudo os professores contrapunham esta citação, mencionando um défice no envolvimento parental. Como tal, os professores sugeriram uma maior participação e envolvimento parental. Uma vez que a “escola e a família são dois sistemas fundamentais para as crianças/adolescentes.

A escola frequentemente queixa-se que a família lhe delega todas as responsabilidades, enquanto as famílias, muitas vezes, sentem que não são atendidas nem valorizadas no apoio que prestam à sua criança. Para que esta situação seja evitada, deve existir uma partilha de informação o mais fiável e regular possível (Paniagua, 2004)

Quando os pais desenvolvem uma colaboração eficaz juntamente com os profissionais do contexto escolar, estes estão mais satisfeitos com o apoio que é oferecido ao seu filho, alcançando melhores resultados, promovendo benefícios às crianças/adolescentes comparativamente com as famílias em que esse envolvimento é inexistente (Denboba et al., 2006; Dunst et al., 2007; Jansen, 2017).

Por outro lado, quando a família deseja envolver-se na educação dos seus filhos, acompanhando o processo educativo (Young, et al., 2013), muitas consideram que não têm conhecimentos suficientes, têm pouca disponibilidade para o fazer, e alguns não sabem como podem ser envolvidos ou não se sentem bem recebidos na escola (Baeck, 2010).

Washington et al. (2012), no seu estudo, faz referência a Vlassopoulos e a Desylla (2010), que constataram que as percepções dos pais em relação ao apoio de crianças com problemas de comunicação paralelamente com a família revelaram que 92,4% dos pais reagiram positivamente ao trabalho realizado pelos terapeutas da fala, uma vez que as mesmas já participavam em atividades, brincavam com os outros (Washington et al.

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

2010). Assim, estes resultados potenciam e facilitam a inclusão das mesmas nas diversas atividades de vida diária (Washington et al., 2010).

II. METODOLOGIA

1. Introdução

Atendendo ao objetivo da presente investigação, considera-se imperativo o uso de métodos científicos de cariz qualitativa, na medida em que esta metodologia permite recolher percepções sobre o contributo do terapeuta da fala no contexto escolar com crianças/adolescentes com MD, nomeadamente, as percepções dos TF, dos docentes EE, bem como as percepções dos pais com filhos com MD. Como neste público alvo, as áreas do desenvolvimento, a participação, a autonomia e a sua funcionalidade podem estar comprometidas considerou-se pertinente compreender qual o contributo do terapeuta da fala e do seu trabalho, uma vez que este desempenha um papel basilar na reabilitação e habilitação nas crianças e/ou adolescentes com MD. Neste sentido, o terapeuta da fala tem como finalidade potenciar oportunidades de aprendizagem centradas nas atividades de rotina, experiências de aprendizagens significativas (Nunes, 2008) e, sendo o contexto escolar um dos principais contextos de vida das crianças/adolescentes com MD, considerou-se pertinente compreender qual o contributo do TF com o desenvolvimento do seu trabalho neste contexto específico.

Neste sentido, Vasconcelos (2013, p.16) afirma que o papel do investigador como afirma “surge como o principal instrumento de recolha, organização e tratamento da informação, assim como na sua análise e interpretação”, desempenhando um papel fulcral na recolha, na organização e na análise das respostas dos participantes. As respostas emergidas naturalmente (Ribeiro, 2010) permitem descobrir, descrever fenómenos e compreender a sua natureza (Fortin, 2009) pelo facto de existir um diálogo entre o investigador e os participantes do estudo nos contextos naturais (Carmo e Ferreira, 2008). Além disso, proporciona a proximidade e a interação na medida em que permite contactar pessoalmente com o participante, permitindo aprofundar as suas declarações e analisar os seus pensamentos e sentimentos acerca do fenómeno em estudo (Carmo e Ferreira, 2008).

2. Objetivos do Estudo e Questões de Investigação

O objetivo deste estudo foi compreender percepções dos TF, dos docentes EE, bem como dos pais com filhos com MD no que diz respeito ao trabalho desenvolvido com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar. Deste modo, foram delineadas duas questões de investigação, apresentadas de seguida, juntamente com os objetivos que as operacionalizam.

Primeira pergunta de investigação: *Quais as percepções dos pais de crianças/adolescentes com multideficiência/terapeutas da fala/docentes de educação especial relativamente ao impacto desta condição?*

Os objetivos específicos descritivos são,

- 1.1. Identificar qual o impacto da multideficiência no desenvolvimento e na participação de crianças/adolescentes nas atividades do dia-a-dia;
- 1.2. Identificar qual o impacto da multideficiência na dinâmica familiar/participação nas atividades familiares;

Segunda pergunta de investigação: *Quais as percepções dos pais de crianças com multideficiência/terapeutas da fala/docentes de educação especial relativamente ao apoio/intervenção efetuado pelo terapeuta da fala no contexto escolar a esta problemática?*

Os objetivos específicos descritivos são,

- 2.1. Identificar qual a modalidade de apoio fornecido;
- 2.2. Identificar qual o local maioritariamente onde é prestado o apoio;
- 2.3. Identificar qual o tipo de comunicação do TF e envolvimento do terapeuta da fala com a família no processo de apoio;

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

2.4. Identificar qual(ais) o(s) principal(ais) foco(s) de intervenção;

2.5. Identificar barreiras/constrangimentos e desafios para atuação do terapeuta da fala;

3. Participantes

Fizeram parte do presente estudo 15 participantes, sendo 4 mães e 1 pai com filhos com MD (PP), 5 docentes de educação especial (PDEE) e 5 terapeutas da fala com experiência na MD (PTF) em contexto escolar. Deste modo, os participantes incluídos nesta investigação respeitaram os seguintes critérios:

- Critérios de inclusão:
 - ✓ Pais com crianças/adolescentes com multideficiência;
 - ✓ Docentes de Educação Especial com experiência na multideficiência no contexto escolar;
 - ✓ Terapeutas da fala com experiência na multideficiência no contexto escolar;
 - ✓ Participantes na zona norte do país.

- Critérios de exclusão:
 - ✓ Docentes de educação especial sem experiência na multideficiência no contexto escolar;
 - ✓ Terapeutas da fala sem experiência profissional na multideficiência em contexto escolar;
 - ✓ Crianças/adolescentes com surdocegueira congénita;
 - ✓ Participantes residentes de outras zonas do país;

Deste modo, na tabela 1 estão representados a caracterização sócio demográfica dos 15 participantes

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: perceções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

	Pais	Docentes EE	Terapeutas da Fala
Sexo	1 masculino 4 feminino	5 feminino	5 feminino
Idade (anos mín-máx)	[34-48]	[36-53]	[30-34]
Anos de experiência EE (anos)		[6-21]	[4-12]
Anos de experiência MD (anos)		[2-21]	[4-12]
Formação especializada na EE		Sim	Sim
Formação especializada na MD		Sim	Sim

Tabela 1 – Caracterização dos participantes do estudo

Como se pode verificar, à exceção de um participante que é do sexo masculino, os restantes 14 participantes são do sexo feminino. Os participantes encontram-se inseridos numa faixa etária compreendida entre os 30 e os 53 anos. A experiência profissional dos diferentes intervenientes varia entre os 2 e os 21 anos de profissão para os docentes de educação especial e de 4 a 12 anos, no que diz respeito aos terapeutas da fala. De referir, que todos os entrevistados possuem formação quer na educação especial, quer na área da MD.

4. Instrumentos de Recolha de Dados

Pelo facto da presente investigação assentar numa metodologia qualitativa, aplicaram-se entrevistas semi-estruturadas para a recolha de informação dos participantes (Bardin, 2014), uma vez que é esta técnica de recolha de dados possibilita alcançar os objetivos traçados.

Por conseguinte foram utilizados dois guiões de entrevistas, desenvolvidos especificamente para a mesma investigação com base nos pressupostos teóricos, especificados ao longo do trabalho: um guião para as entrevistas a docentes da educação especial e terapeutas da fala (Anexo A), e um guião especificamente para os pais (Anexo B).

Tal como Bogdan e Biklen (1994 cit in Fernandes, 2016, p. 72) declaram a utilização de um guião permite ao entrevistador abarcar mais informação e orientar a entrevista alcançando assim respostas que permitam responder às questões iniciais e aos objetivos primeiramente definidos (Bardin, 2014).

Em relação ao guião de entrevista terapeutas da fala e docentes de EE (Anexo A), foram elaboradas **dezasseis** questões, nomeadamente questões sociodemográficas para caracterizar o participante, como por exemplo, idade, habilitação académica, os anos de experiência na educação especial e, especificamente na multideficiência e a aquisição de formação especializada na multideficiência. Além disso, as restantes perguntas debruçavam-se sobre a percepção de cada participante sobre o impacto da multideficiência no desenvolvimento e na participação destas crianças, nas atividades do dia-a-dia e nas atividades familiares. Como também, qual a percepção de cada participante relativamente ao apoio prestado pelo terapeuta da fala no contexto escolar, em relação às modalidades de apoio, os locais onde o terapeuta da fala presta o apoio, o tipo de comunicação do TF e o envolvimento das famílias no processo de apoio, os focos de intervenção, se considera positivo a atuação do TF, as barreiras/constrangimentos/desafios para a atuação do TF. Encerrando com a possibilidade de acrescentar mais alguma informação considerada pertinente.

Por outro lado, o guião de entrevista para os pais (Anexo B) é composto por **doze** perguntas de igual formato à dos TFs e docentes EE, à exceção da questão acerca dos anos de experiência de educação especial e da multideficiência, bem como da formação especializada em educação especial e na área da multideficiência.

Após a elaboração do guião, procedeu-se à realização de um pré-teste a 3 indivíduos com as mesmas características dos participantes (TF com experiência na multideficiência em contexto escolar, docente EE com experiência na multideficiência e uma mãe), de forma a avaliar a clareza e a pertinência das questões da entrevista. Foram explicados os objetivos da investigação, a entrega da carta de apresentação e, posteriormente a entrega do consentimento informado (Anexo C). No decorrer da entrevista, depois de obter as respostas, cada participante era questionado acerca da pertinência da pergunta, o tamanho da frase ou a existência de palavras de difícil compreensão, para a investigadora reunir o maior número de informação relevante para o estudo. Finalizada esta fase, não foram realizadas alterações, uma vez que os participantes não tiveram nada a acrescentar e/ou alterar.

5. Procedimentos

Este estudo foi submetido à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa do distrito do Porto e, após a emissão deste parecer (Anexo D) (maio, 2018), a investigadora recorreu a uma rede de contactos decorrentes da sua experiência profissional de anos anteriores em contexto escolar, com os quais, atualmente, não mantém qualquer tipo de relação profissional. A investigadora teve o cuidado de prestar o devido esclarecimento acerca do seu estudo, propósito e procedimentos, entregando informação escrita uma breve informação escrita sobre o seu estudo e deixando ao critério da pessoa poder voltar a contactá-la caso tivesse interesse e disponibilidade para o fazer de forma voluntária. Aquando do contacto com os participantes, deu ainda a conhecer a investigação com auxílio de uma carta de apresentação aos docentes de educação especial/terapeutas da fala e pais (Anexo D), explicando o objetivo da investigação e como se processaria a recolha de informação, garantindo sempre a confidencialidade de todos os dados recolhidos, bem como o anonimato dos participantes. Os participantes foram ainda informados da possibilidade de desistir, em qualquer momento, sem causar nenhum prejuízo para o próprio nem para o estudo.

As entrevistas foram realizadas pelo investigador em locais acordados com cada participante, tendo em conta a sua disponibilidade, e tendo também em atenção as características do próprio espaço, de preferência um local reservado, acolhedor e sem interferências exteriores. A duração média das entrevistas foi de 45 minutos. Salienta-se que não foram recolhidas informações no local de trabalho de cada participante. As entrevistas ocorreram durante os meses de junho e de julho do presente ano.

Para que fosse possível uma recolha fidedigna do discurso dos entrevistados, foi realizado um registo em áudio, com auxílio de um gravador aquando da realização da entrevista e após acordo do participante, porque, tal como defende Flick (2005), o gravador possibilita o registo da entrevista e a sua repetição sempre que se justificar, garantindo mais uma vez a confidencialidade e o anonimato das pessoas. Assim, as gravações permitiram que as respostas fossem transcritas e examinadas com mais detalhe e confiabilidade. No final das devoluções dos resultados de cada participante as entrevistas foram eliminadas.

6. Tratamento e análise dos dados

Após a transcrição integral das entrevistas, pois tal como Coutinho (2013) afirma, importa transcrever e devolver as entrevistas aos entrevistados, para que deste modo estes tenham a oportunidade de refutar ou não as informações apresentadas, realizou-se, posteriormente, a análise dos dados, nomeadamente a análise de conteúdo. Nesta investigação em particular, procedeu-se à estruturação dos discursos dos participantes, com a finalidade de reorganizá-los para aceder às categorias e subcategorias. Por conseguinte, realizou-se o levantamento das unidades de registo, selecionando excertos de texto mais relevantes, tendo sempre em atenção os objetivos e as questões orientadoras desta investigação.

Como reporta Bardin (2014) a análise de conteúdo de entrevistas é muito sensível. Deste modo, a análise de categorias, que faz parte das técnicas de análise, revela-se fundamental (Bardin, 2014). De acordo com Bardin (2014), a definição de categorias é um processo detalhado e esgotante, pois todo o conteúdo classificado tem de ser incluído numa categoria; restrito, porque os elementos semelhantes devem pertencer somente a uma categoria; clara, evitando ambiguidades na atribuição categorial; e adequada aos objetivos da investigação. Deste modo, obtiveram-se categorias e subcategorias, as quais foram organizadas em matrizes concetuais (Anexo F, G, H, I, J, K).

Inicialmente foram identificadas oito unidades do guião de entrevista que orientaram a recolha de dados, nomeadamente,

- 1) Impacto da MD no desenvolvimento e participação de crianças/adolescentes nas atividades do dia-a-dia;
- 2) Impacto da multideficiência na dinâmica familiar/participação nas atividades familiares;
- 3) As modalidades de apoio fornecido pelo TF no contexto escolar a crianças/adolescentes com MD;
- 4) Os locais maioritariamente onde o TF presta o apoio a crianças/adolescentes com MD;
- 5) O tipo de comunicação do TF e o envolvimento das famílias com o TF no processo de apoio;

- 6) Os focos de intervenção do TF no contexto escolar com crianças/adolescentes com MD;
- 7) A qualificação da atuação do TF no contexto escolar;
- 8) Os constrangimentos/barreiras/desafios identificados para a atuação do TF no contexto escolar.

Após a análise e tratamento de dados houve a necessidade de um reajustamento das unidades **de guião** devido a coincidências de categorias e subcategorias optou-se por juntar as unidades **de guião 1 e 2**. Como também, as unidades do guião 3 e 4 por ser mais pertinente estarem juntas uma vez que debruça-se como é que o apoio é realizado no contexto escolar, englobando a modalidade e o local onde é prestado o apoio.

Assim sendo, concluímos seis unidades de análise, que se seguem descritas.

Na **primeira unidade de análise**, impacto da MD no desenvolvimento/participação na criança/adolescente nas atividades do dia-a-dia e nas atividades familiares, pretendeu-se compreender o impacto da MD nas atividades do dia-a-dia e nas atividades familiares. De que forma a MD condiciona o desenvolvimento e sua participação de crianças/adolescentes com MD.

Relativamente à **segunda unidade de análise**, apoio fornecido pelo TF no contexto escolar, pretendeu-se compreender as modalidades, os locais, a satisfação e a insatisfação desse apoio no contexto escolar a crianças/adolescentes com MD.

Posteriormente a **terceira unidade de análise**, comunicação do TF e o envolvimento do TF com a família, pretendeu-se compreender o tipo de comunicação do TF e o envolvimento das famílias com o TF no processo de apoio.

A **quarta unidade de análise**, focos de intervenção no contexto escolar, tem como finalidade compreender os focos de intervenção do TF no contexto escolar com crianças/adolescentes com MD.

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: perceções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Quanto à **quinta unidade de análise**, qualificação da atuação do TF no contexto escolar, pretendeu-se averiguar se é positivo ou não, a atuação do TF com as crianças/adolescentes com MD no contexto escolar.

Por último, a **sexta unidade de análise**, constrangimentos, barreiras, desafios para a atuação do TF no contexto escolar, pretendeu-se compreender quais os constrangimentos, barreiras, desafios para a atuação do TF com as crianças/adolescentes com MD no contexto escolar.

Estas unidades de análise orientam a apresentação e a discussão dos dados dos capítulos seguintes.

III. RESULTADOS

1. Introdução

No decorrer deste capítulo são partilhados os resultados obtidos através das entrevistas realizadas aos pais de crianças/adolescentes com MD, docentes de EEs e TFs sobre o contributo do TF com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar. De forma a facilitar a leitura dos dados recolhidos, optou-se por apresentar os mesmos de acordo com as unidades de análise do estudo. Assim, de seguida, por cada unidade de análise é apresentado um quadro onde são referidas as categorias e subcategorias que emergiram dos dados, com indicação do número de referências. São ainda indicados alguns exemplos das semânticas correspondentes, sendo que as restantes encontram-se descritas nas matrizes conceptuais (Anexo F, G, H, I, J, K).

U1: Impacto da MD no desenvolvimento/participação na criança/adolescente nas atividades do dia-a-dia e nas atividades familiares

Desta unidade de análise emergiu a categoria **impacto da MD nas atividades do dia-a-dia/familiares** e as subcategorias (4) que estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1. Categoria e Subcategorias do impacto da MD nas atividades do dia-a-dia/familiares identificadas pelos pais/terapeutas da fala/docentes de educação especial (n=15)

Categoria	Subcategorias	Freq. de referências
Impacto da MD nas atividades do dia-a-dia/familiares (total de referências=122)	Quantificação do impacto	13
	Descrição do impacto	35
	Participação nas atividades do dia-a-dia/atividades familiares	55
	Desenvolvimento	19

Como se pode verificar, no que diz respeito à categoria **Impacto na MD nas atividades do dia-a-dia e nas atividades familiares**, as subcategorias mais destacadas pelos participantes prendem-se com a participação nas atividades do dia-a-dia/atividades familiares (54), e a descrição do impacto (35). Por sua vez, na subcategoria da participação nas atividades do dia-a-dia/atividades familiares, emergiram as semânticas, *envolvimento nas atividades (geral)/inclusão* (22), *a participação nas AVD's (grau de dependência/autonomia)* (16), *a socialização* (8), *a limitação na participação na sala de aula* (5) e, por fim, o *trabalho colaborativo* (3).

Em relação ao *envolvimento nas atividades (geral)/inclusão*, um dos participantes alega que faz questão que o filho participe em todas as atividades nos diversos contextos:

“O D. vai connosco para todo o lado (...). A minha mãe é de B, vamos todos os fins de semana, na minha família somos (...) 40 pessoas e o D. anda de braço em braço (...). Só não fica lá, porque eu não deixo. Por eles [família], ele ficava lá para passar o fim de semana. A nível de férias, por exemplo, mesmo com grupos de amigos nossos, ele vai de férias para todo o lado com os nossos amigos. Nunca foi impedimento, seja para onde for. O D. faz tudo, tudo.... Agora iniciou o ski adaptado. Se calhar, é por isso está tão bem integrado e mesmo as terapeutas lá dizem, vê-se que o D. tem uma vivência que não tem alguns meninos, vê-se que é diferente (...) tem outras vivências.”
PP5

Os participantes ressaltam a importância da inclusão das crianças/adolescentes nas atividades, pela experiência, oportunidade de aprendizagem, bem como pelas vivências significativas adquiridas:

“Mas eu sou apologista que eles devem ir sempre, a não ser que de facto demonstrem desconforto e que não estejam bem e que se note. Caso contrário eles podem não estarem a manifestar, mas estão a sentirem e estão a ter mais experiências.” PTF1

Diferentes intervenientes assumem ter consciência de que o estatuto sociodemográfico pode condicionar o envolvimento destas crianças/adolescentes com MD nas atividades:

“Eu tenho famílias e famílias (risos), tenho famílias que acabam por aceitar os filhos e que os levam a tudo. Trabalho no meio rural, (...), nesta zona mais rural tenho famílias que levam os filhos às festas da aldeia e para todo o lado que vão levar os filhos. E tenho outras famílias que até têm mais possibilidades, mas que pagam a alguém para ficar com os filhos em casa e não os levam (...) de

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

férias porque, estes pais também precisam de férias e ter um filho assim é bastante cansativo. Vejo pais que levam os filhos de férias e pais que deixam os filhos nas férias e que vão sozinhos.” PTF2

Cada vez mais existe um cuidado para que crianças/adolescentes com MD sejam incluídas e integradas nas atividades da família:

“Acho que cada vez mais englobam as crianças no quotidiano nas atividades da família, pelo menos tentam. (...), mas eu acho que cada vez mais eles tentam englobar as crianças nas atividades familiares.” PDEE1

Assim como a adaptação à MD difere de família para família, a integração também não se processa de igual forma nos diversos núcleos familiares:

“Nós temos crianças que na vida familiar se resume quando saem da escola (...) chegam a casa, vão para o quarto e ficam deitados até ao dia seguinte, outros têm acesso a muitas terapias, muitas atividades proporcionadas pela família.” PDEE4

Relativamente à segunda semântica emergida da subcategoria: *participação nas AVD's (grau de dependência/autonomia)*, a quase totalidade dos pais refere a imensa dependência que os seus filhos apresentam:

“A dependência que ele tem obriga-nos praticamente a fazer tudo, vesti-lo, lavar (...) são tarefas que ele não consegue fazer sozinho e ocupa-nos imenso tempo no nosso dia-a-dia.” PP1

A família explora as rotinas do filho para que este, numa vida futura, seja o mais autónomo possível:

“(...) a limitação dele [do filho] é o andar porque de resto ele faz tudo. Ainda não se veste sozinho, mas já toma banho, eu tenho de estar a orientar, mas eu pego no chuveiro e ele toma banho, lavar os dentes. Não faz é tudo sozinho, não põe a pasta (...). Tem que ter sempre ajuda, mas tentamos que ele seja o mais autónomo possível numa vida futura.” PP5

A participação nas atividades diárias está sempre condicionada, uma vez que depende das capacidades da criança/adolescente com MD:

“(...) a sua participação em todas as atividades de vida diária estão condicionadas, mais ou menos consoante o grau da MD, mas à partida está sempre condicionada.” PTF1

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

“Tenho crianças que são completamente dependentes de terceiros para fazer a sua vida diária, para a alimentação, para tudo, usam fraldas, tem que se lhe dar comer (...).” PDEE3

No que respeita à *socialização* um dos participantes salientou a exclusão como consequência da escassa presença em sala de aula:

“A única parte que eu noto, não é posto de parte, eu também compreendo, é por exemplo a nível da escola, por exemplo, alguém da turma faz anos se calhar não o convidam, mas as pessoas não o conhecem porque ele está na unidade, mas convidam, não o convidam muitas vezes. Por exemplo, quando andava no colégio (...) tinha a sala no pré-escolar era convidado para tudo, participava em tudo, isso é muito importante.” PP5

“(...) mas eu acho que eles estão muito fechados em casa, de uma forma geral, acho que sim.” PTF5

No que se refere à *limitação na participação na sala de aula*, alguns intervenientes referem que esta participação é muito condicionada, porque estas crianças/adolescentes passam mais tempo nas unidades:

“(...) limita bastante a participação destas crianças, elas ficam muito mais limitadas nas atividades da sala de aula (...) ficam muitas vezes confinadas às unidades, vão à sala de aula uma hora por dia... para dizer que vão (...). Mas na verdade elas estão nas unidades e é lá que fazem os trabalhos, ou seja, não há muito, elas estão nas unidades estão nas escolas integradas, mas não estão incluídas. (...) Acabam por estar limitadas em qualquer atividade.” PTF2

Outras crianças/adolescentes não vão à sala de aula, nem conhecem o professor titular:

“Muitas destas crianças que estão na unidade, às vezes não vão à sala quanto tempo seria o ideal, então fica muito aquém da participação da sala. Até há casos de crianças que mal conhecem os professores titulares.” PTF3

Existe ainda a necessidade dos espaços e dos materiais serem adaptados, para que as crianças/adolescentes participem, mas na realidade isso não se tem verificado:

“(...) o que acontece é que se temos os alunos junto da turma e dos pares, conseguimos com mais ou menos adaptações que eles participem (...). A nossa realidade é que geralmente estes alunos limitam-se apenas ao espaço da unidade e são criados poucos momentos de partilha. E que acabam

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

por prejudicar o desenvolvimento. Temos casos de alunos que a frustração aumenta porque eles estão sempre com os meninos, com os pares da unidade e não tanto o desejável com os colegas das turmas.” PDEE2

De acordo com a *limitação na participação das atividades (geral)*, há famílias que por sentirem apreensão da sociedade acabam por não proporcionar oportunidades aos seus filhos:

“(…) a sensação que me dá é que ainda existe uma reação da sociedade um bocadinho invertida e as pessoas às vezes não porque não gostam dos filhos, mas às vezes têm vergonha dessa reação que as pessoas têm. (...) Eles já estão tão limitados em termos motores, em termos de interação e de contacto com o meio envolvente se ainda impedirmos de viver experiências, que dizer, estamos a cortar completamente todo o desenvolvimento possível deles.” PTF1

O comportamento da criança/adolescente influencia a participação nas diversas atividades, afetando conseqüentemente a dinâmica familiar:

“(…) tens miúdos ao nível do comportamento são muito difíceis, e quando o comportamento está muito afetado, para ir ao parque (...) saírem para um jantar e irem a casa de amigos, uma festa de um primo, tudo isto é muito difícil de gerir. Porque depois se o comportamento não estiver muito bem trabalhado (...) a dinâmica familiar acaba por ser afetada na participação das diversas atividades.” PTF4

Como também a inexistência de recursos materiais, pois estes condicionam a participação das crianças/adolescentes com MD, que por falta de opções, ficam restringidos ao espaço habitacional:

“A criança quando implica questões mais motoras, mais graves, meter no carro, sair do carro, essa logística acho que faz com que prendam mais a criança em casa.” PTF5

Relativamente à subcategoria da descrição do impacto apresenta-se as respetivas semânticas: *aspectos laborais (8)*, *adaptação familiar à MD (7)*, *reajustamento da dinâmica familiar (6)*, *gestão diária (6)*, por fim, *redes de apoio (4)*.

Os intervenientes apontam os *aspectos laborais* como o maior impacto da MD:

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

“(...) eu deixei de lecionar, eu deixei de trabalhar por causa disso [da condição do filho] (...). Tive que deixar de trabalhar, era uma coisa que gostava muito de lecionar, deixei com todo o gosto porque primeiro está o meu filho. (...) eu tenho uma situação familiar mais complicada, porque o meu marido teve que ir trabalhar para fora, para termos algum tipo de poder monetário para determinadas atividades do meu filho.” PP3

Outras famílias prosseguem com a sua atividade profissional:

“Pais que deixam de trabalhar, também tenho. E tenho pais que não deixam de trabalhar.” PTF4

Os participantes ressaltam a importância de um bom relacionamento patronal, que permita um horário ajustado às necessidades da criança/adolescente com MD:

“Porque tanto eu, como o meu marido, trabalhamos a tempo inteiro. Eu tenho um horário um bocadinho mais flexível. Tive que negociar com a entidade patronal o meu horário e o meu salário. (...) A nível das consultas nós temos muitas saídas, muitas consultas com ele ao longo do ano, (...), tudo isso passa por uma boa comunicação com as entidades patronais e se elas forem também compreensíveis (...).” PP2

Um ajustamento do horário laboral comporta conseqüentemente um reajustamento salarial:

“Portanto foi tudo ajustado, mas eu achei que a partir do momento que o meu filho precisou de apoio, ele foi a nossa prioridade. Conseguimos suportar mais ou menos as despesas, se fizermos contas temos algumas dificuldades a esse nível, mas conseguimos superar.” PP2

Além disso, a *adaptação familiar à MD*, depende da reação da família e da adaptação dos diferentes contextos:

“(...) depende muito como é que a família reage, como é que têm as casas adaptadas porque, às vezes, há famílias que moram em terceiros andares e sem elevadores e quando as crianças começam a crescer e não têm marcha, acabam por todas as deslocações ficarem muito condicionadas, como tão básico, como irem de manhã tomar o pequeno almoço à pastelaria, já não conseguem trazê-lo. Depois a questão da alimentação, quando têm alimentação que não é pela via oral é muito complicado fazerem coisas como irem a um restaurante e acaba por condicionar muito, muito a vida das famílias.” PTF1

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Em determinados núcleos familiares, os seus membros conseguem adaptar-se à condição da criança/adolescente com MD, mas existem casos em que esta adaptação não é conseguida:

“(...) os pais que gerem bem e até são bem acompanhados, as coisas correm bem e se calhar o impacto na dinâmica familiar existe, mas não é tanto. Conseguem solucionar, fazendo adaptações específicas no contexto casa, comunicação, coisas extraordinárias. Eu tenho uma mãe que lhe fiz uma capa de comunicação, e ela disse-me ó terapeuta, olhe para as saídas quando são assim mais rápidas, eu fiz-lhe uma pequenina exatamente igual, mas só com quatro/cinco símbolos. E eu disse-lhe espetacular. Lá está, este impacto existe, mas quando a família é bem estruturada, bem preparada e é feito esse luto... depende muito de cada família.” PTF4

Diversos fatores afetam a capacidade de adaptação da família à MD, tal como a formação, a aceitação ou o seu envolvimento/compreensão:

“Depende muito dos pais que nós temos, pelo o que me parece. A formação dos pais, a forma como os pais se mexem e como encaram a deficiência porque, temos pais que aceitam e percebem que aquela criança até já faz muito para aquilo que tem e há outros pais, que não conseguem compreender que aquilo que tem, não dá para fazer mais.” PTF5

O reajustamento da dinâmica familiar revela-se desafiante, uma vez que a família tem que compreender e facilitar as atividades, de acordo com o padrão comunicativo da criança:

“Na dinâmica familiar, foi complicado no início, porque não é o normal. Não é o padrão normal então, toda a dinâmica teve que ser apreendida não por mim, mas por todos os meus familiares a compreenderem e a facilitarem todas as atividades dele [filho]. Porque ele, como não comunica verbalmente, comunica por gestos e por olhares. No início eram olhares, agora são gestos, todas as pessoas tiveram que perceber o padrão de comportamento e o padrão de comunicação dele.” PP3

Também acontece os pais abdicarem das atividades que lhes proporcionam satisfação em função do seu filho:

“(...) é difícil, eu deixei de fazer tudo que gostava de fazer.” PP4

Denota-se ainda algumas famílias cansadas e saturadas:

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

“(...) [O impacto] depende das famílias e depende também da criança, (...) vejo que são famílias cansadas, saturadas (...). São famílias bastante cansadas e muitas vezes, a relação entre pais acaba por ter de acabar e haver divórcios essas coisas, porque não aguentam a pressão de ter um filho tão dependente e que necessita de tudo.” PTF2

Em relação à *gestão diária*, questões relacionadas com saídas para o exterior em família revelam-se desafiantes:

“(...) Sair de casa com ele e com toda a família é (...) mais complicado. Só podemos fazer atividades ao ar livre e tem que ser tudo muito bem planeado muito, muito... porque é uma logística muito complicada (...).” PP4

Os participantes ressaltam a importância de dividir tarefas e de existir cumplicidade e trabalho em equipa entre os elementos que constituem o agregado familiar:

Nem sempre é fácil, em casa é relativamente fácil porque a gente organizou a nossa vida em função dele e conseguimos integrá-lo nas coisas do nosso dia-a-dia (...). Em casa o dia-a-dia é tudo em função dele e acaba por ser fácil. (...) organizo assim o meu dia-a-dia entre mim e o pai (...) é uma logística complicada, mas acho que é tudo possível.” PP4

Em relação ao *acompanhamento aos apoios do filho*, um dos participantes alega que é muito difícil e que, por vezes, abdica de marcar consultas para si:

“É muito complicado as saídas para as consultas, muitas vezes as minhas consultas, eu fico para último. Evito marcar consultas para mim para não ter que fazer mais saídas (...).” PP2

As crianças/adolescentes com MD beneficiam um grande número de apoios e, por isso, certas famílias acusam cansaço devido à grande dinâmica e esforço que é necessário fazer para que elas possam usufruir de todos os estímulos:

“É muito complicado, é desgastante para mim porque o meu filho tem cavalos, tem hipoterapia, o S. tem hidroterapia, o S. tem musicoterapia, o S. tem terapia da fala, o S tem terapia ocupacional, o S. tem fisioterapia, ou seja, como deve compreender o S. tem uma agenda mais complicado do que um empresário português.” PP3

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

No que concerne às *redes de apoio*, algumas famílias afirmam possuir uma rede de apoio que as auxilia sempre que necessitam:

“(...) eu deixo com pessoas responsáveis que brincam com ele, que o levem a passear a parques, que o levem a outras atividades que ele possa fazer. Não fica fechado em casa só porque ele tem uma deficiência. (...)” PP3

“(...) quem fica com a criança, quem é que não fica com a criança, a questão da responsabilidade para outros familiares. É uma questão muito delicada, a parte familiar, a retaguarda, o apoio que eles têm, é muito pouco.” PTF5

Os participantes lamentam que para além do apoio familiar, não exista dentro da comunidade recursos adaptados às crianças/adolescentes com MD para, por exemplo, períodos de interrupções letivas:

“Durante o ano estão na escola, mas quando chega esta época de interrupções letivas é muito complicado porque não há locais que as recebam tem um impacto bastante pesado nas famílias.” PTF2

U2: Apoio fornecido pelo TF no contexto escolar

Desta unidade de análise emergiu a categoria **apoio fornecido pelo TF** e as subcategorias (6) que estão descritas no Quadro 2.

Quadro 2. Categoria e Subcategorias do apoio fornecido pelo TF, pelos pais/terapeutas da fala/docentes de educação especial (n=15)

Categoria	Subcategorias	Freq. de referências
Apoio fornecido pelo TF	Direta	26
	Indireta	10
(Total de referências= 89)	Espaços formais	18
	Espaços informais	17
	Adaptações	4
	Satisfação	9

Como se pode verificar, no que diz respeito à categoria **apoio fornecido pelo TF**, destacam-se as subcategorias direta (26) e indireta (10), os espaços formais (18) e informais (17) e, por fim, a satisfação (9) e insatisfação (5) sendo a apreciação positiva a mais frequente.

Acerca da modalidade direta surgiram como semânticas *individual* (11) e *grupo* (15), por sua vez, na modalidade indireta figurou a *consultoria*.

O trabalho do TF é mais direcionado para o contexto sala de aula, contudo, por vezes, acaba por ser um trabalho mais individualizado:

“(...) não faço o trabalho em individual mesmo que este seja em contexto de sala (...). Eu acho que é individual, em situações muito específicas, se estamos a falar por exemplo, de uma estimulação intra oral (...) ou se é preciso de trabalhar o reconhecimento do símbolo ou a associação, posso ter que fazer em contexto sala mas mais direcionada.” PTF5

Os docentes de EE mencionam que os terapeutas adotam vertentes mais individualizadas:

“(...) pela minha experiência (...) a terapeuta levava a criança e trabalhava individualmente com ela.” PDEE2

Os pais desconhecem ou revelam incertezas quanto à forma como o apoio é prestado:

“Eu acho que ela [terapeuta da fala] trabalha com ele em grupo.” PP5

“Na escola, neste momento, neste ano que ocorreu [2017-2018] por acaso não estou a par dessa situação, se ele tem individual, grupo, ou se existe consultoria. Não tenho conhecimento disso.”

PP1

O trabalho *em grupo* nos diferentes contextos escolares da criança/adolescente é valorizado pelos participantes:

“O nosso papel nas escolas passa muito por trabalhar no contexto em que elas inserem, e isso é uma coisa da minha parte, acho que foi cada vez mais potenciada ao longo dos anos, cada vez mais

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

eu trabalho em grupo, (...) procuro que haja a promoção da interação entre uns e outros e potenciar as pessoas que estão à volta deles.” PTF5

Como também o trabalho em colaboração com outros profissionais, por proporcionar um trabalho mais eficaz:

“(...) percebemos que tinha mais resultados trabalhando em conjunto com a terapia ocupacional. Acho que foi quando começaram a juntar a terapia da fala e a terapia ocupacional que ele começou a ter mais resultados. Deu mais resultado quando se juntaram as duas terapeutas.” PP4

“(...) de facto nas unidades de MD, eu privilegio atividades de grupo. (...). Outras vezes tenho a sorte de trabalhar com a minha colega, terapeuta ocupacional, faz-se um trabalho muito rico, em termos de competências.” PTF4

No que se refere à modalidade indireta, nomeadamente à *consultoria*, os pais referem que é fundamental existir comunicação e envolvimento com o terapeuta, porque os pais são os principais agentes educativos dos seus filhos:

“(...) foram-me dando o feedback como é que ele reagia e eu também fui dizendo como era em casa ao nível da comunicação foi mais assim.(...) a nível de intervenção, nem sempre conseguem os objetivos. Se trabalhar sozinho com ele, se o pai ou a mãe estiverem envolvidos, ele responde mais rápido (...) eu conhecia coisas que as terapeutas não conseguem, porque ele é muito chegado à família (...).” PP4

Esta comunicação deve existir com os restantes profissionais e não profissionais da escola, porque, na maioria das vezes, estes não têm formação, nem conhecimento na área da MD o que impossibilita de realizar um trabalho adequado e estruturado de acordo com as necessidades de cada aluno com MD:

“Consultoria, também, pois é fundamental e dentro das nossas competências em contexto escolar é fundamental que façamos isso com todos os intervenientes, com os professores de educação especial, com os professores do ensino regular, com os assistentes operacionais, com a direção porque, primeiro nós não estamos lá sempre. O desenvolvimento das competências que pretendemos que sejam adquiridas, não vão ser só trabalhadas quando estamos lá. Além de que, o resto dos profissionais muitas vezes sentem que não tem formação, que não têm conhecimento.” PTF1

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

O tempo de permanência dos terapeutas da fala na escola pode variar de acordo com vários fatores:

“Em consultoria, eu acho que cada vez mais, tendo em conta o nosso tempo nas escolas.” PTF5

1. *“(...) Posso não conseguir trabalhar com todas [crianças/adolescentes com MD], também nunca estou só. Eu, as funcionárias, a professora, eu gosto de as envolver nesse tipo de tarefas para que depois ao longo da semana, porque eu só vou uma vez por semana a cada unidade, para que depois ao longo da semana possa ser trabalhada as atividades que envolvam este tipo de competências. (...)”* PTF4

As reuniões fazem parte da dinâmica escolar e, como tal, deve haver comunicação, partilha de estratégias e de experiências com os docentes:

“Trabalho noutra contexto, que são as reuniões com os professores, um pouco de consultoria em dar muitas estratégias aos professores e algumas vezes há oportunidade de dar essas estratégias às famílias, mas em contexto educativo é mais com os professores e auxiliares.” PTF3

Da subcategoria espaços formais destacam-se as semânticas *unidade* (9), *sala individual* (6) e, com menos destaque, a *sala de aula* (3). Nos espaços informais a semântica a destacar é o recreio (8) e os menos destacados são o refeitório (5) e a casa de banho (4).

Nos espaços informais a semântica a destacar é o *recreio* (8).

“Eu trabalho sempre dentro da unidade. É muito raro retirar o aluno, só se for para trabalhar uma competência específica.” PTF4

“Quando há unidade é na unidade. De todas as escolas por onde eu passei foi sempre na unidade.”
PDEE4

Os docentes EE assumem igualmente a sala individual, como espaço privilegiado do TF:

“Maioritariamente, é numa sala à parte (...)” PDEE1

Os docentes EE manifestam vontade que o apoio ocorra nos contextos de vida diária da criança/adolescente:

“O terapeuta da fala trabalhava ou numa sala à parte que foi criada para as terapias (...). Mas para mim o trabalho eficaz é na sala da unidade e não naquela sala à parte. Acho que é mais eficaz,

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

ali é o contexto onde a criança no dia-a-dia e no fundo acaba por favorecer e promover o trabalho colaborativo com o docente de educação especial.” PDEE2

O recreio surge como um espaço comum para atuação dos terapeutas da fala, desde que o objetivo seja promover a comunicação, sendo o recreio o espaço de excelência para potenciar esta competência:

“O recreio, a questão da promoção da interação com os outros meninos ou algumas atividades que promovam a interação, comunicação, a procura do outro, é nesse sentido, em parceria até muitas vezes com a terapeuta ocupacional quando isso é possível, para que ela [criança e/ou adolescente com MD] não fique tão isolada (...) que haja uma procura no brincar.” PTF5

Apesar do número de citações sobre a sala de aula ser inferior, há uma grande consciencialização de alguns profissionais que a criança/adolescente tem obrigatoriamente de ter acesso a todos os contextos da escola, nomeadamente, à sala de aula,

“(…), cada vez mais com a entrada do novo decreto e a consciencialização para os professores que a criança tem de passar mais tempo em sala de aula, de acordo com o grau de funcionalidade da criança/jovem na MD, eu também trabalho na sala de aula.” PTF5

Com um menor número de citações, surge o refeitório, sem receber nenhuma declaração dos docentes de EE. De acordo com o referido, o refeitório é um espaço privilegiado para trabalhar a alimentação, uma vez que faz parte das rotinas do aluno com MD:

“Trabalho na cantina (...), porque é o sítio mais indicado para trabalhar a alimentação com estes alunos. E aliás, eles [crianças e adolescentes com MD] precisam de estar envolvidos com as restantes crianças. Estou lá, pois ajudo na quantidade de alimento, ajudo nos posicionamentos, no controlo da respiração, na quantidade de oxigénio, entre outras...” PTF4

A casa de banho também se assume como um espaço de trabalho do terapeuta da fala, tudo depende da competência que se pretende desenvolver:

“Se eu quero promover é a utilização da comunicação para o controlo dos esfíncteres, vou trabalhar na casa de banho (...)” PTF1

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

As últimas subcategorias referem-se à satisfação cujas semânticas são: *atitudes dos profissionais* (6) e *integração nas UAEM's* (3) e da subcategoria da insatisfação emergiram as semânticas: *formação dos profissionais* (2) e *falta de resposta individualizada* (3)

Iniciando pela satisfação, particularmente ao nível das atitudes dos profissionais, os participantes, nomeadamente os pais, valorizam a atitude do TF:

“O que existe de mercado não é adequado a ele, e teve que se fazer um trabalho de pesquisa e nesse aspeto a terapeuta da fala da unidade foi fantástica. Tive mais resultados na unidade do que ao nível particular.” PP4

Outro aspeto referido pelos pais foi o reconhecimento da integração dos seus filhos na unidade, valorizando o trabalho realizado na escola:

“Este ano eu senti uma grande evolução na autonomia ao comer e acho que foi feito um trabalho fantástico na escola ele já consegue pegar na colher sozinho e levá-la à boca, e muito mais. (...) tem sido muito importante o trabalho que ele faz na escola, na unidade (...) que ele desenvolve com os terapeutas (...). Acho que foi feito um trabalho fantástico na escola (...).” PP2

A ausência de formação dos profissionais é a origem da insatisfação dos diferentes entrevistados, salientando-se a dificuldade em encontrar profissionais de qualidade:

“O grave problema é que eu acho que nas escolas, no seio escolar, temos alguma dificuldade em conseguirmos alguns profissionais de qualidade” PP3

Por sua vez, desencadeia uma ausência de resposta mais individualizada para cada aluno com MD, responsabilizando-se os profissionais pelo desenvolvimento do filho:

“(...) no entanto, para nós acho que ainda fica bastante aquém daquilo que podia ser (.) mas não são muito direcionados para as necessidades que eles tem. (...) O desenvolvimento dele não está tão dependente de nós visto que ele passa bastante tempo na unidade, no dia-a-dia e o desenvolvimento é mais a parte deles [profissionais], eles é que passam mais horas com ele.” PP1

U3: A comunicação do TF e envolvimento do TF com as famílias no contexto escolar

Desta unidade de análise emergiu a categoria **comunicação do TF e envolvimento do TF com a família** e as subcategorias (4) que estão descritas no Quadro 3.

Quadro 3. Categoria e Subcategorias da comunicação e envolvimento do TF com a família identificadas pelos pais/terapeutas da fala /docentes de educação especial (n=15).

Categoria	Subcategorias	Freq. de referências
Comunicação e envolvimento do TF com a família (total de referências=98)	Frequência da comunicação/ envolvimento	16
	Envolvimento	41
	Importância atribuída	15
	Condicionantes	26

Como se pode verificar, no que diz respeito à categoria da **comunicação e envolvimento do TF com a família**, as subcategorias mais destacadas pelos participantes dizem respeito ao envolvimento (41) e aos condicionantes (26), com um menor destaque a frequência da comunicação/envolvimento (16) e a importância atribuída (15).

Devido ao número elevado de referências, achou-se pertinente sistematizar os resultados emergidos pela subcategoria do envolvimento e as suas respetivas semânticas que estão esplanadas no Quadro 4.

Quadro 4: Subcategoria e as suas respetivas semânticas da caracterização do envolvimento identificadas pelos pais/terapeutas da fala /docentes de educação especial (n=15).

Subcategoria	Semânticas	Freq.de referências
Envolvimento (total de referências =41)	Momentos (inicial/regular)	3
	Modo (Reunião por período [2], relatórios [2], conversa informal [2])	6
	Colaboração com a família (Identificação das necessidades [5], auscultação da opinião [6], partilha de experiências [4], passagem de estratégias [5])	19
	Participação da família nos documentos escolares (assinatura [5], participação na elaboração [5], possibilidade de correção dos documentos [3])	13

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Analisando atentamente os dados apresentados, destacam-se as semânticas da *colaboração com a família* (19) e a *participação da família nos documentos escolares* (13) que interferem na comunicação e o envolvimento do TF com a família.

Relativamente como é realizado o envolvimento com a família, este pode passar pela *identificação das necessidades da própria família*:

“A articulação é fundamental para o sucesso da nossa intervenção e ir de encontro das necessidades das famílias. Compreende-las e auxilia-las nas suas maiores necessidades, sejam elas quais forem.” PTF5

Como também pela *auscultação da opinião das famílias*:

“(...) também ela sentiu a necessidade de como não chegava ao G., sentiu a necessidade de nos chamar para perceber como é que ele reagia em casa.” PP4

Respeitando a opinião da família, sem deixar de dar a conhecer as diferentes possibilidades que existem de forma a colmatar as necessidades dos seus filhos:

“Eu tento é valorizar as prioridades da família, as dificuldades que a família tem em casa, o que é que eles gostavam de ver trabalhado, o que é que eles sentem mais falta (...). Também eles explicam-me como fazem e eu tento seguir também da mesma forma. Devemos mostrar as alternativas de apoio e deixá-los decidir. Se não houver envolvimento tf-família o apoio não se desenvolve. Estamos muito pouco tempo com a criança. Resumidamente, devemos servir de consultores da família.” PTF2

A *partilha de experiências* também é apontada como um fator inerente do envolvimento do TF com a família:

“(...) nós estamos a trabalhar, por sugestão da tf (...) o PECS na plataforma digital que também é um trabalho que tem que ser feito para o futuro. Por outro lado, eu também peguei no livro do PECS e desmembrei-o e comuniquei isso à tf (...) tem havido essa comunicação entre mim e as terapeutas, não só o vou buscar conhecimento que elas transmitem-me, conselhos e eu também vou comunicando aquilo que vou fazendo em casa, no contexto de casa, às vezes é um bocadinho diferente do da escola.” PP2

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

“(...) depois tento passar estratégias para colocarem em prática em casa. Tento é explicar à família o que faço e pedir que continuem em casa ou eles dizem como é que fazem porque os pais passam muito mais tempo com os miúdos do que nós.” PTF2

A *passagem de estratégias* desponta também como uma forma de envolvimento:

“(...) foi-nos dadas dicas como nós podíamos explorar, como é que nós podíamos apontar. (...) E depois dá dicas para trabalhar com ele em casa ou noutros contextos.” PP3

Procura-se englobar a família nas atividades escolares, para que os profissionais, nomeadamente o TF, aumentem estilos de prestação de ajuda fomentadores do aumento de competências e da corresponsabilização das famílias, que desenvolvem e ampliam o funcionamento familiar e que afetam favoravelmente a união familiar:

“Fazemos algumas atividades na escola e tentamos ao máximo englobar os pais nessas atividades de forma a proporcionar um maior envolvimento, uma melhor comunicação não só com a criança, mas com toda a equipa educativa. Por vezes, surge sempre um comentário, uma estratégia, uma sugestão para que ele tente fazer de outra forma, como também surgem dúvidas aos pais que nos questionam. Tentámos sempre potenciar ao máximo as qualidades positivas dos pais e a partir daí melhoramos sempre mais um bocadinho a relação criança-pais.” PTF1

No que diz respeito à *participação das famílias nos documentos escolares*, algumas famílias têm a possibilidade de *participarem nos documentos*:

“Normalmente, eu gosto que os pais sejam incluídos nos processos de decisões dos objetivos a trabalhar. Até questões básicas por exemplo, o pai quer que participe na rotina da higiene oral? O pai quer que a criança tenha essa rotina? Vai dar continuidade em casa, à rotina? (...) Se a família não quer, não considera que é um objetivo, como exemplo, da higiene oral, digamos que às vezes há tanta coisa para trabalhar com cada criança que não posso transformar esse objetivo a minha prioridade porque, não é uma prioridade para a família.” PTF4

Em alguns casos, não existe essa oportunidade de participação na elaboração e, por isso, só assinam o documento:

“Os pais participam sempre na realização dos documentos, obrigatoriamente, pelo menos tem que os assinar. A participação pode efetivamente passar por aí, assinar ou pode passar por construí-la

ativamente. Isso não depende só de nós, depende da própria posição dos pais. Muitas vezes, o desconhecimento deles faz com que não queiram participar.” PTF1

Sim, esses documentos nós assinamos. E derivado a essa comunicação entre terapeutas e pais, é uma coisa que acho que falha muito (...). Porque nós, praticamente nunca estamos presentes com os terapeutas. Às vezes vão à escola, a professora pede para assinar o PEI (...). A professora é que nos diz a opinião da terapeuta da fala, a opinião do fisioterapeuta e acho que não devia ser a professora. A professora sim, devia dizer a opinião, mas o terapeuta da fala no final de cada período acho que devia estar presente com os pais, tanto a terapeuta da fala (...). Deviam estar com os pais e dizerem (...) Ser ela a explicar, para nós pormos as nossas dúvidas porque, às vezes nós queremos fazer uma pergunta à terapeuta da fala e a professora não sabe responder, tem mesmo que ser com ela [terapeuta da fala]. Às vezes, se calhar certas coisas que a terapeuta da fala escreve e que nós perguntamos à professora “o que é que ela escreveu” e ela também não nos sabe transmitir o porquê (...).” PP1

Ainda assim, surgem outras situações, em que a família, caso pretenda realizar alguma alteração no ato da entrega, poderá fazê-lo:

“Devia de ser. Na realidade, isso é o que devia ser feito (...) Estabelecer de acordo [com as prioridades, as necessidades dos pais] (...) é não é. Porque isso não acontece (...) nós fazemos, nós desenvolvemos o PEI/CEI, claro que chamamos a família para ler o PEI/CEI, para ver se concorda. Se calhar as coisas deviam ser feitas ao contrário. Primeiro deveríamos questionar a família e depois é que o PEI/CEI deveria ser elaborado, (risos) mas neste momento é o que está acontecer, é que são os profissionais que elaboram o PEI/CEI e depois a família é chamada para ler e ver se concordam ou se querem fazer uma alteração, algum objetivo que queira acrescentar (...).” PTF2

Quanto à subcategoria da frequência da comunicação/envolvimento (16) emergiram as respetivas semânticas *esporádico* (12) e *frequente* (4).

Um dos participantes revela não ter conhecimento do trabalho que foi elaborado com o seu filho, porque a comunicação com o TF é esporádica:

“Não é uma comunicação intensiva, é esporádica. (...) Acho que há muita falha de comunicação. (...) houve muita falha porque não tive conhecimento nenhum do que ele fez em terapia da fala. (...).” PP1

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Esta comunicação nem sempre é eficaz devido à incompatibilidade de horários do TF e dos pais, contudo se desejarem transmitir alguma informação, têm outros recursos ao dispor, nomeadamente, o correio eletrónico:

“A comunicação é esporádica. Nós encontrámo-nos nas reuniões e volta e meia encontramos à saída da escola porque, as terapeutas também têm o horário delas e eu também tenho os meus. (...) Mas eu sei, que se tiver alguma dúvida também me basta enviar um email porque eu tenho os e-mails das terapeutas (...), se precisarem de falar comigo também disponibilizo-me sempre, mas tem sido esporádica a comunicação. Mas muito útil, porque fazemos um ponto de situação volta e meia. (...).” PP2

Em alguns casos, a comunicação é esporádica devido à estrutura do serviço. Os participantes sugerem que a comunicação e o envolvimento deveriam ser mais frequentes:

“A comunicação acaba por ser esporádica, no sentido dos tempos que são concedidos ao tf para prestar o apoio (...). A ser, deveria ser mais frequente.” PDEE2

Outros participantes manifestaram-se contra a ideia de não existir comunicação ou de esta ser esporádica, alegando que a comunicação/envolvimento do TF com as famílias é frequente:

“É frequente [comunicação e envolvimento], eu todos os dias vou à escola, por isso acabamos por trocar ideias. Não estou a dizer que é todos os dias, mas vamos partilhando uma coisa ou outra, como é que corre relativamente a isto. (...) eu acho que o contacto diariamente é importante, porque se não, não conseguimos chegar a lado nenhum. (...) No nosso dia-a-dia há muita interação, só assim é que se consegue os resultados.” PP4

“(...) nas famílias que eu tenho uma comunicação mais frequente (...) não é só uma comunicação, é um trabalho, é uma parceria.” PTF4

Outra subcategoria diz respeito à importância atribuída (15) à comunicação e ao envolvimento do TF com a família. Verifica-se que o relacionamento entre TF-famílias é caracterizado pela existência de parceria, apresentando-se com grande ênfase e com menos expressão surge a colaboração baseada na confiança e respeito.

A maioria dos participantes, declaram que é fundamental a comunicação e o envolvimento com a família, para que ocorram ajudas promotoras do aumento de competências das famílias, numa base de *parceria*:

“(...) se queremos que o D. desenvolva todas as áreas é fundamental a articulação com a terapeuta da fala, como também, com a restante equipa. Mas, como estamos a falar do caso da terapia da fala é imprescindível essa comunicação e envolvimento para nos fornecer ferramentas. E nós mencionar o que está a correr bem ou mal em casa com o D. (...). É importante para a família saber o que está a ser feito, para também em casa ser trabalhado.” PP5

“Considero importante o contacto direto com as famílias ou cuidadores das crianças das unidades, uma vez que o trabalho em cooperação é o único caminho a ser percorrido no contexto de intervenção. As crianças estão na escola durante o dia, mas regressam a casa no final do dia e nos períodos de interrupção letiva, pelo que os familiares devem saber utilizar estratégias para o contexto de casa (para as rotinas, para as atividades de lazer...)” PTF4

“É fundamental essa relação entre pais e terapeutas da fala, para que sejam comunicados aos pais o que estão a trabalhar para que estes possam em casa colocar em prática. E também os pais dizerem o que corre mal e bem em casa. É importante o envolvimento porque vai promover o desenvolvimento da criança, porque há coisas que não é naquele bocadinho que o tf está com a criança que nós podemos avaliar o grau de eficácia delas. E, se elas também forem trabalhadas em casa, se o tf introduz e o pai desenvolve, acho que sim, é benéfico.” PDEE2

Sob outra perspetiva, o relacionamento entre TF-família deve estabelecer-se numa *colaboração baseada na confiança*:

“(...) o contacto com as famílias é fundamental. Nem sempre é fácil conquistar a confiança dos pais. É necessário ter a confiança deles para conseguirmos desenvolvermos um trabalho eficiente, significativo para a criança. Nós estamos com eles, em acompanhamento o tempo que estamos, pode ser uma vida, mas por-norma não é. Eles vão estar sempre com eles. São os principais promotores de competências e quem mais influencia as crianças e quem tem contacto com eles mais efetivo. Tiveram com eles, desde sempre. E sem os pais, o processo terapêutico fica de facto muito condicionado porque, aquele trabalho de gabinete clássico com crianças com MD não funciona (...).” PTF1

Apesar de ser fundamental estabelecer práticas colaborativas entre TF-família, existem alguns condicionantes que podem influenciar essa comunicação/envolvimento entre

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

ambos. Desta forma, emergiu uma nova subcategoria respeitante aos *condicionantes* e as respetivas semânticas. Relativamente à subcategoria dos condicionantes destacam-se as semânticas da *organização do serviço* (11) e as *atitudes/crenças* (10).

No que se refere à *organização do serviço*, mais propriamente em relação aos horários, salienta-se o facto do horário do TF coincidir com o horário de trabalho da família e as entidades patronais não serem flexíveis em relação à MD:

“hoje em dia os pais trabalham (...). Todos têm os seus empregos, têm as suas vidas muito complicadas (...) para mim é a principal barreira é essa. O horário escolar coincide com o horário de trabalho dos pais e às vezes, as entidades empregadoras nem sempre são flexíveis e compreensíveis em relação a este tipo de perturbação [condição da MD]. Algumas são, uma vez mais, os contextos onde eu trabalho não são grandes cidades, ou seja, há sempre alguma dificuldade e muitos dos meus pais trabalham em fábricas, horários muito complicados e, portanto, são barreiras consideráveis.” PTF4

Uma das participantes refere que a comunicação com a família fica condicionada, porque se a TF quer reunir-se com a família tem de ser na hora de apoio e acaba por prejudicar a criança/adolescente com MD:

“(...) se quer reunir [a terapeuta da fala com a família] acaba por usar a hora de apoio do menino [com MD] para reunir com a família. Acaba pela criança, ficar a perder.” PDEE2

Relativamente às *atitudes/crenças* sublinha-se que a autonomia do TF tem influência na comunicação/envolvimento devido às diretrizes do agrupamento:

“(...) em contexto de escola nós temos sempre uma situação que é, não temos a mesma autonomia de pegar no telefone e ligar a um pai (...). Nós temos que pedir uma autorização, há escolas em que as coisas são mais fáceis e o próprio professor tem autonomia e considera-se que podemos fazer isso, (...). Pegar num telefone, ligamos (...). Outras escolas, nós temos mais dificuldades e precisamos de pedir uma autorização para entrar em contacto, mais burocrático. (...) A forma de trabalhar das escolas, é muito diferente. Isso é um fator que condiciona o envolvimento com o pai.”
PTF5

U4: Os focos de intervenção no contexto escolar

Desta unidade de análise emergiu a categoria **focos de intervenção** e as subcategorias (4) que estão descritas no Quadro 5.

Quadro 5. Categoria e Subcategorias dos focos de intervenção identificados pelos pais/terapeutas da fala/docentes de educação especial (n=15).

Categoria	Subcategorias	Freq. de referências
Focos de intervenção (Total de referências=49)	Domínios de intervenção	28
	Autonomia	12
	Atividades	4
	Modos de atuação	5

Após uma leitura atenta dos dados obtidos, infere-se que os domínios de intervenção (28) e, posteriormente, a autonomia foram as mais destacadas (12).

Como semânticas dos domínios de intervenção, assinalam-se a *linguagem* (6), *comunicação* (5), *alimentação/deglutição* (5), a *socialização* (4), a *fala* (4), a *motricidade orofacial* (2), o *comportamento* (1) e, por último, a *linguagem escrita* (1).

“(…) em todas as unidades trabalho as áreas (…) da linguagem (…).” PTF4

“Eu pedi comunicação, comunicação (…) Então eu insisti sempre muito com a comunicação que era a parte mais “chata” para mim. Fazia-me confusão, que ele tivesse, como se não tivesse. Apesar de ele ser muito expressivo a nível do olhar fazia-me falta e foi isso que sempre tentei. Elas foram tentando outras coisas, mas sinceramente o que dei mais valor foi ao nível da comunicação. Eu sei que trataram de outras coisas, antecipar as tarefas, usar símbolos, mas eu sinceramente nunca dei valor. E posso dizer que trabalhei muito pouco isso em casa. Eu tentava, mas não era motivador o suficiente, o que eu mais tentei foi a comunicação. Até que conseguimos chegar ao objetivo (…) deixei a comunicação para a escola.” PP4

“Trabalham a alimentação.” PDEE2

“No recreio é um contexto de intervenção, trabalha-se a interação e a socialização com os outros. (...)” PTF1

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Se a criança já fala, fazem a correção de alguns problemas articulatórios que eles possam ter, fazem jogos relacionados e depois depende da idade da criança com jogos educativos ou com isto, ou com aquilo.” PDEE3

Os participantes apontam a *alimentação* (6) e a *comunicação* (6) como áreas chave a ser exploradas para promover a autonomia da criança/adolescente com MD:

“O apoio que nós podemos prestar é muitas vezes para a autonomia (...) de fazer pedidos em termos de comunicação, de fazer pedidos para que sejam autónomos, ir à casa de banho, ou pedir, transmitir o que gostam realmente de fazer de acordo com a sua motivação.” PTF3

“Eu acho na MD no contexto educativo vai muito a questão da comunicação. O facto de pegar num meio de comunicação e tentar mostrar alguma coisa, que seja capaz de direccionar a um grupinho tentar ir jogar à bola.” PTF5

Ao nível da alimentação,

“(...) o lanche é feito dentro da unidade e aí também é trabalhado a questão da autonomia para comer. (...). Penso que o mais importante é fazer com que eles sejam autónomos.” PP2

“(...) em todas as unidades trabalho as áreas (...) da alimentação, da autonomia (...). Na cantina são trabalhos específicos, individualizados, na cantina trabalho aspetos da alimentação e da mastigação (...), ensino técnicas de controlo oral.” PTF4

As atividades (4) e o modo de atuação (2) foram os menos referidos. Em relação às atividades, o TF desenvolve atividades que possibilita trabalhar a comunicação da criança/adolescente com MD de forma a potenciar a participação do mesmo nos diferentes contextos:

“Em todas as unidades trabalho as áreas da comunicação, fazemos um pequeno grupo da comunicação com os gestos, com os símbolos, esse tipo de atividades.” PTF4

“(...) é mais a comunicação do arasaac é o que eu vejo o que eu sinto, é muito a comunicação do arassac, eles fazem a documentação de uma música e colocam as imagens do arassac, uma culinária a receita colocam no arassac, (...) essas coisas que eu vejo diariamente.” PP2

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Relativamente ao modo de atuação, as semânticas emergidas são, *profissionais e família*:

A TF colabora juntamente com outros profissionais, tendo em consideração os objetivos de outras valências, de forma a proporcionar um trabalho eficaz como por exemplo, a rotina da casa de banho:

“Na casa de banho é a higiene oral. Não vou dizer que nunca trabalhei um controlo de esfíncteres. Lá está, se esse é um objetivo da TO então eu também vou trabalhar tendo em conta esse tipo de atividade. Mas eu também faço um plano também centrado nos objetivos da TO. A TO está a trabalhar o controlo de esfíncteres na casa de banho, ir ao potty chair ou a ida à sanita, então aí vou construir os símbolos que vão permitir também a antecipação dessa rotina, vou construir as tabelas, vou adaptar a casa de banho com os símbolos. (...) Depois também há todo este tipo de intervenção (...) que não é só centrada na terapia da fala, mas também nas necessidades de outras valências e naquilo enquanto tf posso ajudar, contribuir para permitir que cada um tenha acesso, facilidade, principalmente nas áreas da comunicação.” PTF4

A TF proporciona atividades em conjunto com a família com a finalidade de a criança/adolescente com MD possa participar nas atividades, como por exemplo, narrar acontecimentos do fim de semana:

Nós tínhamos casos nas unidades em que havia crianças que faziam aquilo de contar o fim de semana. Então, o que eu desenvolvi com esses casos foi a participação da família, porque as crianças tinham muitas limitações e como alguns não comunicam (...) da maneira esperada ou que não tem a linguagem abstrata suficiente para dizer, no fim de semana fui passear com os meus pais, fui a casa da minha avó, desenvolvemos essa dinâmica em que os pais escreviam num caderno o que fizeram no fim de semana e a professora lia na 2^afeira e através de fotografias, recortes de jornais já pode pôr esta criança a participar.” PTF3

U5: Qualificação da atuação do TF no contexto escolar

Desta unidade de análise emergiu a categoria **qualificação da atuação do TF** e as subcategorias (2) que estão descritas no Quadro 6.

Quadro 6. Categoria e Subcategorias, da qualificação da atuação do TF no contexto escolar identificados pelos pais/terapeutas da fala/docentes de educação especial (n=15).

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Categoria	Subcategorias	Freq. de referências
Qualificação da atuação do TF (n=20)	Positivo	17
	Menos positivo	3

Como se pode verificar, no que diz respeito à categoria **Qualificação do TF** a subcategoria mais destacada foi: positivo.

As semânticas que emergiram da subcategoria positivo são: *trabalho colaborativo (profissionais e família)* (10), *envolvimento nas atividades* (3), *resposta individualizada* (2), *adaptação dos contextos* (1) e *experiência do TF* (1).

A terapia da fala é encarada como uma área fulcral na intervenção com crianças/adolescentes com MD, pelo facto dos professores não possuírem conhecimentos necessários na área da MD, sendo imperativo o trabalho conjunto:

“No caso da MD é muito importante. Primeiro porque os professores não conhecem as técnicas. É importante porque é um trabalho feito em conjunto com a escola (...) acho que devem trabalhar todos em conjunto, os terapeutas não só os da fala, como os professores. Eles [professores] precisam de um apoio grande dos TF’s porque, só com um professor não conseguem. Eu não trabalho numa unidade, mas acho que é muito complicado para darem orientações. O TF pode implementar um sistema de comunicação para a criança comunicar com os outros.” PP5

“Considero positivo porque o TF tem um papel importante no apoio com a família, caso haja esta hipótese, como na sala de aula, trabalhar em parceria com os professores de EE.” PTF3

No início, a parceria entre TF e escolas era desafiante, mas à medida que essa colaboração foi estabelecida com os professores, criaram-se novas atividades e promoveu-se o auxílio na intervenção em áreas específicas:

“Realmente foi muito difícil no início esta entrada, esta parceria dos tf’s nas escolas. Hoje em dia, não. As pessoas gostam, aceitam, pedem, recorrem tem sido positivo. E porquê que é positivo? Porque no fundo acabamos por permitir a criação de novas atividades e de novas ideias para que eles possam pôr em prática aos seus objetivos. (...) Acho que sim, as coisas estão muito enraizadas e acho que o papel do tf nas escolas é muito importante porque providencia aqui áreas específicas de intervenção que eles também trabalham.” PTF4

Salienta-se o papel fundamental do TF na prestação de uma ajuda especializada, que auxilia os professores que não estão preparados para trabalhar a comunicação com estas crianças/adolescentes com MD:

“É muito importante, é muito importante no contexto escolar com os alunos com MD. (...) Porque é uma ajuda que nós temos especializada numa área que nós, não estamos muito preparados e que nos vai ajudar na comunicação com eles, na interação. Muitas vezes como interagir com eles, qual a maneira mais adequada como falar ou como estar com ele. Se nós podemos, o que é que nós podemos esperar daquela criança, se depois da avaliação feita se eles disserem que esta criança pode e consegue ir mais além, nós podemos trabalhá-la nesse sentido, na parte da comunicação, na linguagem, na articulação e tudo isso (...).” PDEE3

Outro aspeto apontado pelos participantes, está relacionado com o *envolvimento das crianças/adolescentes com MD* nas atividades. A presença do TF na escola permite que todas as crianças/adolescentes com MD se envolvam nas diversas atividades que lhe são propostas:

“Eu acho que se vê muitas diferenças quando está um tf e quando não está. Porque, dá a possibilidade à criança de fazer aquilo que nunca tinha sido proposto. Muitas vezes, coitadinho, o nosso menino, coitadinho, eu acho que na escola o facto daquela criança ser empurrada, ser puxada, participar numa dança, participar em transportar alguma coisa, apesar das suas limitações motoras, já faz com que a criança esteja envolvida na atividade. Eu acho que acima de tudo, é isso. É o envolvimento na atividade do contexto escolar. O transportar qualquer coisa na sua cadeira, levar, uma coisa mais básica, mais simples ir até lá (...). Se alguém tem que ir a empurrar a cadeira, isso faz com que é preciso mais uma pessoa ali, uma menina para ir ali. É o envolvimento e o sentir-se mais semelhante aos outros possível. Eu acho que o tf consegue fazer isso, se pensarmos na questão do to ou do ft que também teria abertura num contexto escolar muito positivo. Pensamos na questão da comunicação e alertar as pessoas à volta que aquele corpo que ali está também pensa, também comunica, também ri, também chora, também está a transmitir algum tipo de sentimento para nós. E com os sistemas de comunicação mostrar que afinal aquele cérebro funciona e consegue-nos dizer alguma coisa. Acho que isso é fantástico.” PTF5

As *adaptações no contexto* escolar são importantes e os terapeutas auxiliam nas mesmas, como por exemplo, ao nível da comunicação:

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

“Eu acho que atuação do tf no contexto escolar, do tf e dos restantes terapeutas é fundamental, precisamente pela adaptação e pela criação de um contexto mais favorável para a integração dos alunos com MD. Porque, o tf, em particular, precisa muito porque, a área da comunicação, mais ou menos está sempre afetada, e potenciar não só a comunicação dos alunos, como adaptar o contexto para a compreensão do meio de comunicação (...).” PTF1

As semânticas que emergiram da subcategoria menos positivo são: *tempo de intervenção* (2) e *a falta de articulação* (1).

O tempo de intervenção prende-se com a estrutura de serviço, com os horários que impossibilitam uma presença mais frequente do TF nas atividades do dia-a-dia da criança/adolescentes com MD no contexto escolar:

“(...) às vezes o terapeuta não tem tempo, não está no âmbito do seu horário trabalhar alguns contextos que eram extremamente importantes ou trabalhar algumas áreas que não tem hipótese para o fazer, por exemplo, imaginemos que temos sete casos de crianças que precisam de trabalhar no horário da refeição, e no horário da refeição o terapeuta não está ali disponível ou não tem esse horário contemplado, aí é mais difícil. Eu considero muito positivo se o sistema estivesse diferente.” PTF3

A ausência de comunicação do TF com o docente EE acaba por ser inexistente:

“Agora, o ideal era que isso tudo fosse feito de facto em articulação e, às vezes, isso não é possível, porque muitas das vezes nem nos cruzamos.” PDEE4

U6: Constrangimentos/barreiras/desafios identificados para a atuação do TF no contexto escolar

Desta unidade de análise emergiu a categoria **constrangimentos/barreiras/desafios identificados para a atuação do TF** e as subcategorias (4) mencionadas no Quadro 7.

Quadro 7. Categoria e Subcategorias dos constrangimentos/barreiras/desafios identificados para a atuação do TF identificados pelos pais/terapeutas da fala/docentes de educação especial (n=15)

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Categoria	Subcategorias	Freq. de referências
Constrangimentos/barreiras/ desafios identificados para a atuação do TF (total de referências=50)	Organização do serviço	22
	Atitudes/crenças	17
	Recursos	6
	Formação	5

Como se verifica, no que diz respeito à categoria **Constrangimentos/barreiras/desafios identificados para a atuação do TF**, as subcategorias mais destacadas referem-se à organização do serviço (22) e às atitudes/crenças (17).

As semânticas que emergiram são a *rotatividade dos técnicos* (7), a *contratação dos técnicos* (6), o *tempo de apoio* (5), *incompatibilidade de horários* (3) e *elevado n.º de crianças/adolescentes* (1).

Quando se inicia um novo ano letivo, a adaptação do técnico ao contexto e à criança/adolescente com MD é demorada. Apesar da informação estar escrita nos documentos, o técnico carece de imenso tempo para conhecer a criança/adolescente, o que se reflete no trabalho que é desenvolvido pelo TF:

“Se está a ser desenvolvido um programa de comunicação, no nosso caso em particular, interromper por muito que deixemos a informação escrita nos documentos, não é igual. A pessoa que vem de novo, perde muito tempo na adaptação, no conhecimento do aluno, a perceber quais estratégias que funcionam, começa do zero. Portanto, muitas vezes, estas mudanças consecutivas, o primeiro período é completamente perdido (...), mas o que eu sinto é que quando eu mudo de contexto porque a mim acontece o mesmo (...) já aconteceu de haver mudanças muito radicais no comportamento dos alunos e era precisamente por isso, porque eu não os conhecia.” PTF1

Um dos participantes refere que é desagradável que ocorra a *rotatividade dos técnicos*, mas que até ao momento, nunca passou por esta situação:

“(...) para as crianças como para os tfs é péssimo mudarem constantemente de ano para ano. Com o D. nunca aconteceu isso, é o segundo ano da unidade e para o ano irão continuar os mesmos técnicos..., mas sei que em algumas escolas ocorre a mudança frequente dos técnicos.” PP5

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Por vezes, a *contratação dos técnicos* é tardia, o que impossibilita a realização de um trabalho mais eficaz com estes alunos, sendo necessário aguardar pela aprovação dos apoios por parte do ministério:

“Mas acho que acima de tudo, pior do que a mudança do técnico e do professor, também a mudança às vezes é positiva, é o início em novembro. Porque isso sim, se o primeiro período já é uma mudança de conhecimento, se começarmos em novembro, realmente não faz sentido. O ministério financiar todos os anos e não iniciar este processo mais cedo (...) Se sabem que vão contratar, se sabem que é uma necessidade porquê que protelam e dão um trabalho imenso às escolas todos os anos? Este processo de contratação são super demorosos e super burocrático em que acima de tudo quem fica mais prejudicado são os alunos.” PTF1

O *tempo de apoio* com os alunos com MD, por parte do TF, também é criticado por ser de curta duração e pouco frequente:

Eu acho que deveria ser mais tempo (...) acho que elas têm que se desdobrar em vez de ser, uma vez ou duas por semana meia hora ou uma hora, deviam estar mais presentes (..) o G. faz terapia fora daqui, mas se não fizesse limitava-se a 3 vezes por semana mais ou menos.” PP4

O *horário reduzido* também impossibilita uma comunicação mais eficaz com os professores, porque estes privilegiam o trabalho realizado com a criança/adolescente, em detrimento da consultoria:

“Hoje em dia, a valência [consultoria], foi feita dentro do horário de cada agrupamento. (...) às vezes é complicado porque nas escolas tentam que prevaleçam o apoio aos alunos, o apoio direto em contexto de grupo, individual seja o que for. E muitas das vezes não há uma grande aceitação, acham-se que estamos a roubar tempo aos miúdos e nem sempre compreendem a importância deste tipo de trabalho.” PTF4

A *incompatibilidade de horários* influencia a comunicação e o envolvimento com os pais. Um dos participantes refere a importância de se fazerem esforços no sentido de promover oportunidades de comunicação:

“Sim, mas eu ajustei a minha vida a vida do G. e consegui com muita logística, mas consegui.”
PP4

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

“(...) a terapeuta só está lá naquela escola duas horas. Às vezes pode haver incompatibilidade e passa-se uma semana, duas semanas, três semanas até se conseguir dialogar com elas sobre algo que pode estar a atrasar o processo dele, o desenvolvimento dele. Se tivéssemos uma tf a tempo inteiro na escola, cobria um horário maior, mais alargado era mais fácil para toda a gente ter acesso a reuniões ou dúvidas.” PP1

Em relação à subcategoria das atitudes/crenças dos profissionais, as semânticas correspondentes são: *comunicação/envolvimento TF-família* (6), *a valorização do TF* (4), *conceções sociais* (3), *postura TF-família* (3) e *recetividade do aluno* (1).

Devem ser criadas mais oportunidades de *comunicação/envolvimento com o TF* de forma a que a família possa dialogar e compreender o ponto de situação do seu filho e a existência de oportunidades para participarem e aprenderam mais com a TF:

“(...) seria útil de vez em quando nós fazermos um encontro no início e no final do ano. (...) As evoluções nestas crianças são por vezes muito lentas também (...) Mas, se calhar na época da páscoa não seria mau, fazer um ponto de situação. Não sei, se por vezes pode não haver grande ponto de situação a fazer, porque as respostas são lentas (...) Devíamos encontrar mais [com as terapeutas da fala] ou se calhar os pais deviam volta e meia participar, estar lá, os pais que quisessem estar na escola a ver como era feito o trabalho para aprender alguma coisa que possa aplicar em casa. Se calhar é por aí (...) Se calhar mais isso, criar oportunidades para os pais venham assistir, venham ver o trabalho que é feito aqui na escola e aí de certeza iriam surgir outras dúvidas aos pais.” PP2

Surgem situações em que a TF convida a família a participar no processo de aprendizagem, mas os pais não comparecem:

“Outra barreira é realmente a questão da família. Gosto sempre de os desenvolver, mas nem sempre é fácil. Em termos escolares, a família muitas vezes não vai. Ainda há pouco foi uma convocatória a pedir, carta registada para os pais irem às escolas, se não de outra forma, não vão. (...)” PTF4

A *valorização e acreditação do TF* são aspetos referidos como influenciadores do trabalho que é realizado com os alunos com MD:

“Na desacreditação e a desvalorização em alguns momentos daquilo que nós dizemos. Eu acho que cada vez mais, os tf's vão conseguindo desconstruir alguns ideais, algumas ideias feitas (...) É para

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

nós um grande desafio no sentido em que nós temos que lutar contra ideias feitas, mas ele consegue mas vamos tentar, vamos ver, até pode ser que não consiga, mas vamos tentar, vamos lhe dar oportunidade e eu acho que esse é o maior desafio.” PTF5

Em relação à *postura dos pais*, denota-se que à medida que estes vão progredindo para anos letivos mais avançados, há um desinvestimento da família, que já não se envolve tanto no processo de ensino e aprendizagem do filho:

“Noto que existe um desinvestimento por parte dos pais à medida que os seus filhos vão crescendo. Na entrada para o 1º ciclo, nota-se a preocupação dos pais, em saber o que vai ser trabalhado ou quem são as terapeutas, (...). No entanto no decorrer dos anos, os pais deixam-se de preocupar ou questionar.” PTF4

A falta de recetividade das crianças/adolescentes com MD é assinalada como um desafio para aqueles que trabalham com eles:

“(…) por exemplo a tf este ano teve uma aluna que ela não conseguiu dar quase nenhuma sessão. Porque a menina simplesmente recusava-se porque não queria trabalhar e chegou a ficar agressiva (...). Muitas das vezes, os constrangimentos passam por aí, às vezes não se conseguir chegar aquele aluno, às vezes nem se sabe exatamente o porquê.” PDEE3

Atualmente os terapeutas procuram trabalhar as *conceções sociais* para a aceitação da MD:

“(…) há também algum receio de tocar e de aproximar porque são alunos muito frágeis, muitas vezes com uma saúde muito debilitada e as pessoas muitas vezes têm algum receio que o toque possa até prejudicá-los. Ainda assim, acho que temos feito uma evolução positiva nos últimos anos. Acho que as pessoas estão familiarizadas e estão mais recetivas, não quer dizer que seja sempre que não continuem a existir barreiras, mas acho que na escola temos feito um percurso muito positivo. Eu acho que acima de tudo, todas as pessoas que trabalham com MD, o TF, todos devem trabalhar nesse sentido, o construir um meio, uma sociedade que seja mais recetiva e que seja mais aceitadora da diferença. Nós trabalhamos com crianças com muitas limitações, mas a sociedade não aceita. A sociedade rejeita, nem sempre, mas em muitas situações, sim.” PTF1

Em relação à subcategoria dos recursos, as semânticas correspondentes são: *materiais* (5) e *humanos* (2).

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

A ausência de materiais impossibilita que as crianças/adolescentes com MD possam frequentar todos os contextos da escola, como por exemplo, a biblioteca porque o elevador não funciona:

“Muitos locais ainda têm algumas barreiras físicas. As escolas estão adaptadas e têm que estar, é obrigatório por lei. Ainda assim, às vezes há determinadas, sei lá, têm acesso às salas, mas não têm acesso à biblioteca, ou um elevador que não funciona por exemplo, porque está desligado por questões de custo.” PTF1

Quanto aos recursos materiais, o número elevado de alunos com MD por TF é um constrangimento, porque estão sempre a deslocarem-se de escola e escola:

“Quanto às próprias tf’s acho que o maior constrangimento delas é o número de alunos que têm para apoiar. São poucas para muitos alunos. E, portanto, andar de um lado para o outro e estar num canto e noutra dia ir para o outro...” PDEE3

Relativamente à subcategoria da formação, as semânticas correspondentes são: *profissional* (4) e *académica* (1).

Ao nível da formação, o TF aposta na formação das pessoas que trabalham com estes alunos, nomeadamente professores e assistentes operacionais, visto que a formação dos professores é muito ambígua:

“Acima de tudo a falta de formação das pessoas com quem lidamos na escola. (...) temos apostado muito que é a formação dos assistentes operacionais e dos próprios professores. Porque os professores, a formação deles é muito superficial no que toca à educação especial.” PTF5

Os professores mudam de ano para ano, os funcionários mudam de ano para ano e às vezes é importante a formação destas pessoas que trabalham diariamente com estas crianças (...) PTF4

A TF menciona a sua fragilidade no início do trabalho na área da MD devido à presença de documentos formais que ela não tinha conhecimento:

“Outra barreira são as burocracias que toda esta atividade na escola envolve. Os professores têm que entregar a documentação (...) os PEI’s, RTP’s e os circunstanciais, tudo isto também foi uma

barreira para mim. Quando saí da faculdade nunca tinha falado destas questões, o que é um CEI, um PEI ou um RTP, um RC tudo isto foi algo que se tem que aprender com contexto de campo, de trabalho (...). Lá está, não sei se os planos de estudos estão orientados para este tipo de terminologia, não sei, não faço a mínima ideia. Mas, na minha altura não. Tudo isto foi um bocadinho novo.” PTF4

2. Discussão

O presente capítulo apresenta a discussão dos resultados alcançados nesta investigação. Deste modo, visa-se uma reflexão sobre os dados qualitativos mais pertinentes tendo por base a revisão bibliográfica realizada. Assim, inicia-se com algumas considerações relacionadas com **o impacto da MD no desenvolvimento/participação nas atividades do dia-a-dia e nas atividades familiares (U1)** nomeadamente relacionadas com a quantificação do impacto, a descrição do impacto, a participação nas atividades e, por fim, no desenvolvimento.

Este estudo procurou compreender o impacto da MD nas atividades do dia-a-dia e nas atividades familiares. Desta forma, os resultados sugerem que existe impacto não só nas atividades do quotidiano, como também na dinâmica familiar. Um dos aspetos salientados diz respeito ao envolvimento dos filhos nas atividades, havendo pais que declaram que fazem questão que o seu filho participe em todas as atividades, porque entendem que são oportunidades enriquecedoras de aprendizagem (McWilliam 2012), mas a presença de fatores emocionais relacionados com a família, como por exemplo, o cansaço podem impossibilitar esta desejada participação e desenvolvimento, como referem Nunes (2012) e Correia (2013). Contudo, cada vez mais existe um cuidado para que as mesmas sejam integradas nas atividades da família (Lyons, 2016), visto que possibilitam resultados positivos para a criança/adolescente em termos de desenvolvimento, de comunicação, confiança e estabilidade emocional (King et al., 2003; Dunset, 2005; Law et al., 2007, Dunst e Trivette, 2009).

A sua integração em diferentes contextos da sociedade, permite à criança/adolescente com MD momentos de socialização, no entanto, na maioria das famílias, como corroboram Raghavendra et al. (2011) e Thirumanickam et al. (2011), a socialização é

bastante reduzida, com poucas interações com o meio envolvente e que está fortemente relacionada com os elementos da família.

Ao nível da participação nas atividades de vida diária, também foi possível constatar que a mesma encontra-se condicionada consoante o grau de funcionalidade de cada um. Ou seja, há crianças/adolescentes que apresentam graves limitações, nomeadamente, motoras, cognitivas, sensoriais (Granlund et al., 2008; Schuit, et al., 2010; Harding et al., 2011; Pickl, 2011; Raghavendra et al., 2011; Clarke et al., 2011; Light e McNaughton, 2012), e, por isso, acarretam um apoio total de todos os envolventes do seu mundo, como também, poderão apenas necessitar de uma ajuda parcial. A maioria precisa de apoios constantes e intensos na idealização de tarefas, quer sejam mais simples, quer sejam mais complexas e, como tal, o cuidador deverá proporcionar essa ajuda para que a criança/adolescente se torne o mais autónomo possível mediante as capacidades de cada um (TASH, 2002; Amaral, 2004; Nunes, 2008; Olson et al., 2016).

Neste sentido, existem aspetos que podem desafiar a dinâmica familiar dependendo do funcionamento de cada família em função do filho (Gil, 2013). Efetivamente os dados são indicativos, mais uma vez constata-se a sobrecarga que estas famílias têm, quer ao nível do acompanhamento aos apoios dos filhos, quer na organização familiar, nomeadamente nos aspetos laborais, na gestão diária, nas redes de apoio, na adaptação familiar, estando estes achados de acordo com o que vem mencionado na literatura acerca do forte impacto que tem esta condição na dinâmica familiar (Nunes, 2008; Gil, 2008; Costa, 2004; 2008, Nunes, 2012, Chien et al., 2017; Keera et al., 2017).

Este reajustamento da família também acarreta outras alterações nos interesses familiares (Costa 2004; Nunes, 2012; Turnbull *cit. in* Correia, 2013), sendo evidente que alguns pais abdicam do seu tempo de lazer para apoiar os seus filhos como se verificou noutros estudos (Costa, 2004; Gil, 2008; Gronita et al., 2016). Por outro lado, pode ainda provocar alterações na instabilidade emocional da família (Costa, 2004), que acabam por se refletir, caso estes não tenham uma boa rede de suporte para os ajudar (Dunset et al *cit. in* McWilliam 2012; Dunset, 2001; Gil, 2008; Dunset e Trivette, 2009).

Pela complexidade dos nossos dados, efetivamente o impacto que esta condição tem no envolvimento nas atividades e na participação das mais diversas atividades, condiciona as experiências e as oportunidades de aprendizagem (Saramago et al., 2004; Gil, 2008; Nunes, 2008; Schallock et al. *cit.in* Beukelman e Mirenda 2013; Westling et al., 2015). Segue-se a discussão e análise relacionada com o **apoio fornecido pelo TF no contexto escolar (U2)** quanto às modalidades, tais como o direto e o indireto, os espaços, nomeadamente espaços formais e informais, a satisfação/insatisfação com o apoio, como também as adaptações que foram identificadas como necessárias realizar neste contexto.

Como se pode constatar, no presente estudo a modalidade de apoio mais referenciada no presente estudo refere-se à modalidade de grupo como orienta a ASHA (1996), contudo, o apoio individual também foi referido como uma modalidade muito presente na intervenção do TF (Lopes, 2017), apesar deste não ser o mais favorável para o trabalho com crianças/adolescentes com MD (ASHA, 2004), exceto se for necessário trabalhar alguma competência específica que exija a circunstância individual. Por outro lado, o apoio indireto, como se verificou no estudo desenvolvido por Gomes (2013) encontra-se condicionado devido a diversos factores, nomeadamente à estrutura do serviço, aos horários dos técnicos, ao número reduzido de profissionais, como também pode estar relacionado com conduta profissional do TF, como também foi visível num estudo de Mills (2004).

Neste estudo foi possível verificar que o TF tem a intenção de trabalhar em todos os espaços escolares (CPLOL, 2009; DGE, 2015; ASHA, 2014), no entanto, os espaços formais são os mais privilegiados, nomeadamente a sala da unidade e a sala individual. Como a literatura refere, a atuação dos profissionais deve ser de forma integrada e não segregada, ultrapassando os métodos tradicionais das salas individuais, e transferida para os reais contextos de aprendizagem da criança/adolescente com MD (McWilliams *cit in* Serrano e Boavida, 2011; Horn e Kang, 2011; Lopes, 2017). Neste sentido, os profissionais recorrem também a espaços informais dentro do contexto escolar, nomeadamente ao recreio, para desenvolver a funcionalidade para a participação da criança/adolescente com MD (Nunes, 2008; Dunst, 2000; Dunset e Triviette, 2009; ASHA, 2014).

A literatura refere que cada vez mais as crianças/adolescentes com MD frequentam a sala de aula (Giangreco e Doyle, 2000; Tadema et al., 2008; Barroso e Mesquita, 2014), no entanto, no presente estudo tal facto não se verifica como seria desejável. Contudo, com a orientação da recente legislação, pode ser uma expectativa para que todos os profissionais comecem a privilegiar o espaço da sala de aula. Por outro lado, os dados deste estudo demonstram que as crianças/adolescentes com MD passam mais tempo nas unidades, como se verifica com Santos e Silva (2016). Estes alunos passam mais tempo na unidade poderá ser explicado pelo facto das rotinas que estão ajustadas ao nível de funcionalidade serem por vezes demasiado diferentes das da sala de aula dos alunos do até considerando ensino regular, pelo que os profissionais tenham sentido esta necessidade de proporcionarem um espaço educativo diferente, na tentativa da individualização das respostas educativas.

Em relação às adaptações, os TFs têm o cuidado de adaptar os diversos contextos, como as atividades, nomeadamente para a comunicação como é realçado na literatura (ASHA, 2014; Gense e Gense, 2004; Bortolli et al., 2014; CPRG, 2015). Embora Nunes (2008) afirme que os intervenientes envolventes no processo de aprendizagem, devam adaptar não só os ambientes, mas também as atividades, e segundo os dados recolhidos neste estudo, denota-se que os terapeutas da fala estão mais sensibilizados em comparação com outros profissionais. Pode estar diretamente relacionado com a formação especializada de cada profissional (Nunes, 2008; Correia, 2018; Tegler, 2018), apesar que todos os participantes deste estudo têm formação especializada na MD.

Tal como no presente estudo, também nos estudos de Jansen (et al., 2017), e de Washington (et al., 2012), também se verificou que os pais encontram-se satisfeitos com o apoio no contexto escolar, nomeadamente com atitudes dos profissionais, a integração nas unidades, como realça um estudo de Barrosa e Mesquita (2014). Por outro lado, a ausência de resposta individualizada e a ausência de formação foram apontadas como insatisfação do apoio, como também se verificou com Barcow (2008) e Rugegero et al. (2012).

Relativamente à **comunicação do TF e envolvimento do TF com a família no contexto escolar (U3)**, serão discutidos e analisados aspetos relacionados com a frequência da comunicação/envolvimento, como é caracterizado esse envolvimento, a importância

atribuída e, finalmente, os condicionantes que podem influenciar este processo entre o TF e a família

Acerca da frequência da comunicação e do envolvimento, foi possível constatar que a comunicação segue uma vertente mais esporádica, como se verifica com McWilliams (2012), no entanto, como sublinha Staples e Diliberto, (2010) esta deveria ser mais frequente.

A literatura sugere que a família deve envolver-se no processo educativo (Vaughn e Bos, 2009; Vlaskamp, et al., 2011), contudo nem todos os participantes referem tal facto. A valorização da identificação das necessidades e da auscultação da opinião das famílias é fortemente recomendada pela literatura relacionada (Correia e Serrano 2000; Dunset e Trivette 2002; Hanft, Rush e Shelden, 2004; Nunes, 2008; Bortoli, 2014). Os dados desta investigação, mais uma vez são indicativos que os terapeutas da fala têm intenção de partilhar informação e estratégias com a família (Dunset e Trivette, 2002; ASHA, 2014; DGE, 2015), contudo é um desafio devido há organização do serviço, das atitudes dos profissionais ou da família, no qual impossibilita uma comunicação/envolvimento mais eficaz. Em relação ao modo, como se verifica pode passar apenas pou uma reunião no final de cada período, ou através de entrega de relatórios ou através de conversas informais entre terapeuta e família.

Como é reforçado na literatura (Marques, 2001) é importante as famílias deslocarem-se à escola, participarem nas atividades escolares, monitorizarem as rotinas, no entanto essa realidade ainda não é muito visível neste estudo. Neste estudo, verifica-se que algumas equipas já começam a elaborar atividades para que a família possa participar e assim promover um modelo de construção de capacidades com a mesma (Dunst, 2000; Dunst e Trivette, 2009), de respeito e confiança (Correia, 2013).

Alguns participantes do estudo referem que não são envolvidos, nem consultados na elaboração dos documentos escolares o que vai de encontro ao constatado noutras investigações (Goldbart e Caton, 2010; Raghavedra et al., 2012; Chaudwick et al., 2013). Tal facto, emerge devido à existência de condicionantes relacionadas com a organização

do serviço (Bortoli et al., 2014; Costa, 2014), bem como com as atitudes/crenças dos vários agentes educativos (Bortoli et al., 2014; Costa, 2014; Correia, 2018).

Neste estudo relativamente à importância atribuída da comunicação e do envolvimento, apesar de não ser muito visível, alguns terapeutas da fala começam a adotar estilos de prestação de ajuda promotores do aumento de competências como por exemplo, reconhecem pontos fortes e talentos da família e ajudam-nos no uso dessas competências para fortalecer o seu funcionamento como é reforçado na literatura (Dunst 2000; Washington et al., 2012; Batorowicz et., 2014; Jansen et al., 2017). Como se constata todos os participantes referem a importância da comunicação entre TF e a família, numa base de parceria e de confiança, o que vai de encontro com o que é reforçado por vários autores (Amaral, 2004; Nunes, 2008; Dunst e Trivette, 2009; McWilliam 2012; CRPG, 2015; Jansen et al., 2017).

Segue-se a apresentação da quarta unidade de análise, os **focos de intervenção do TF no contexto escolar (U4)**, sendo discutidos e analisados de acordo com os domínios de intervenção, autonomia, atividades e os modos de atuação.

No presente estudo foi possível constatar que os terapeutas da fala intervêm em todas as áreas que lhe competem (ASHA, 2007). Depara-se que a ênfase foi colocada nas competências desenvolvimentais, o que pode sugerir que a linha de orientação ainda está muito direcionada para as competências centradas na criança/adolescente com MD, ao contrário do que é recomendado (Amaral, 2004; Nunes, 2008; Bortoli, 2014). Por outro lado, alguns dos participantes referem que começam a emergir outro tipo de preocupações que surgem naturalmente com o contributo do TF sendo mais dirigido para as atividades, para a funcionalidade e para a autonomia (Nunes, 2008; McWilliam, 2012; ASHA, 2014), cooperando com outros elementos da equipa, não só com os profissionais (Nunes, 2008; Carrol, 2010; Glover et al, 2015; Sylvester et al., 2017; Correia, 2018), mas também com a família (Dunset et al., 2007; Nunes, 2008; Blue-Banning et al., 2004; Denboba et al., 2006; Carroll, 2010; Washington et al., 2012, Costa, 2014). A maioria das respostas tenderam mais para as competências, podendo estar relacionado com a formação do TF e/ou com os modelos que vigoram a nossa sociedade. No entanto, verifica-se que os TFs valorizam mais as atividades de forma a potenciar a participação, a autonomia das

diversas áreas em comparação com outros profissionais que estão mais focados nas áreas desenvolvimentais.

De seguida, apresenta-se a quinta unidade de análise referente à **qualificação da atuação do TF no contexto escolar (U5)** Relativamente a esta unidade de análise surgiram aspetos positivos e menos positivos. A atuação do TF na escola é reconhecida como um elemento fundamental na atuação com as crianças/adolescentes com MD, pois permite desenvolver um trabalho específico, individualizado, realizando adaptações nos diferentes espaços, e assim possibilita que a criança/adolescente possa participar, envolver-se nas atividades de forma a proporcionar experiências significativas e de qualidade. E sendo o responsável pela comunicação torna-se fundamental que o próprio juntamente com toda a equipa e família adequam um sistema de comunicação para possibilitar a interação da criança com o meio. Também desenvolve funções fulcrais ao nível das funções do sistema estomatognático (mastigação, alimentação, respiação, fonação, sucção). Sempre estabelecendo um trabalho colaborativo com a família e profissionais (ASHA, 2014; Bortoli et al., 2014; Correia, 2018). Assim sendo, a maioria dos dados aponta tendencialmente para uma atuação imprescindível do TF no contexto escolar, o que está de acordo com outros autores (Sanches, 2011; Batorowicz et al., 2014; ASHA, 2014; Campbelle et al., 2016).

Por último, **os constrangimentos, as barreiras e os desafios para atuação do TF no contexto escolar (U6)** constituem a sexta unidade de análise, onde serão discutidos e analisados aspetos relacionados com a organização do serviço, as atitudes/crenças, os recursos e a formação. Mais uma vez, o grosso das respostas apontam para a existência de inúmeras barreiras, constrangimentos e desafios que condicionam a atuação do TF neste contexto. Existem colegas que gostavam de fazer de outra forma mas que sentem que as condições de trabalho que têm, nomeadamente a gestão de horário, a rotatividade/contratação dos técnicos, o tempo de apoio, condicionam muito o tipo de trabalho que fazem, o que está de acordo com a literatura (Bracow, 2008; Rugegero et al., 2012; Costa, 2014). As atitudes/crenças foram apontadas novamente, como um fator que influencia as práticas, como por exemplo, a ausência de comunicação/envolvimento do TF com os pais (Bortoli et al., 2014; Costa, 2014). A ausência de recursos humanos e materiais que foi constatada neste estudo, foi também encontrada noutros estudos (Nunes,

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: perceções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

2008; Gil, 2008; Meireles e Santos e 2008; Fernandes e Dias, 2008). E, finalmente, a pertinência da formação especializada, a qual se considera que deveria ser obrigatória para os agentes educativos (técnicos e professores, assistentes operacionais), o que está de acordo com o salientado por Correia (2018).

IV. CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

O presente estudo teve como premissa recolher as percepções dos pais e dos profissionais da educação, nomeadamente dos docentes de educação especial e dos terapeutas da fala. Assim sendo, procurou-se compreender o contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar.

Recorda-se, a partir deste ponto, a investigação realizada, começando por referir as linhas de pensamento teórico, epistemológico e metodológico orientadoras do estudo, relacionando-as com os resultados mais significativos obtidos. Posteriormente, referem-se algumas das limitações sentidas no decorrer deste estudo e finaliza-se com propostas para uma investigação futura.

Assim, no primeiro capítulo abordou-se o conceito de deficiência, fundamental para a compreensão da MD como realidade complexa e multifacetada, mas em constante evolução. Posteriormente, lançou-se um olhar sobre o impacto da MD em crianças e adolescentes no desenvolvimento e participação, na comunicação e no contexto familiar, compreendendo-se que a MD reduz significativamente a participação do indivíduo em diferentes atividades, restringe a sua capacidade de transmitir os seus desejos e ideias e exige do núcleo familiar adaptação e partilha de responsabilidades.

Ainda no capítulo I, discorre-se sobre a participação da criança e adolescente com MD no meio escolar, procurando-se dar a conhecer as respostas existentes às necessidades deste grupo específico de alunos e verificando-se alterações positivas no que concerne à educação das crianças e/ou adolescentes com MD. Alude-se igualmente para a necessidade de preparar as escolas para receber estas crianças e adolescentes, de adaptar os diferentes espaços que constituem a escola e, sobretudo, proporcionar a sua inclusão na escola e prepará-las para os diferentes contextos de vida.

No que diz respeito ao capítulo II, pertencente à metodologia, foram assinaladas as diretrizes da investigação e apresentada a metodologia utilizada (pesquisa qualitativa com recurso a entrevistas semi-estruturadas e em profundidade). Referiram-se os procedimentos utilizados e finalmente identificadas as unidades de análise.

Posteriormente, no capítulo III, apresentaram-se os resultados obtidos nas entrevistas dos diversos participantes, nomeadamente dos pais, dos docentes de educação EE e dos TFs de acordo com as categorias encontradas: impacto da MD nas atividades do dia-a-dia/familiares, apoio fornecido pelo TF, comunicação e envolvimento do TF com a família, focos de intervenção, qualificação da atuação do TF e constrangimentos/barreiras/desafios identificados para a atuação do TF.

Recordando as perguntas de investigação que conduziram esta investigação, pretende-se mencionar as principais conclusões emergidas dos resultados. Deste modo, parece existir um impacto significativo na dinâmica familiar, prendendo-se com questões laborais, acompanhamento aos apoios do filho, ao reajustamento da dinâmica familiar, gestão diária, as redes de apoio bem como das adaptações familiares (Gil, 2008). A participação e o envolvimento nas atividades e/ou nas AVDs encontram-se condicionadas dependendo do grau de funcionalidade de cada criança/adolescente.

Verificou-se que há uma maior consciência de todos os participantes para a importância da comunicação, no entanto, ainda existem fragilidades ao nível do envolvimento e comunicação com os profissionais e com a família. Os terapeutas da fala reconhecem e tentam colocar o foco nas atividades, na funcionalidade, mas depois verifica-se tendencialmente que o apoio é prestado de um modo mais individual, reconhecendo as fragilidades que existem relativamente ao trabalho de equipa e de articulação com outros contextos de vida, nomeadamente o familiar. Também pode estar relacionado com atitudes, crenças dos profissionais e da família, bem como na organização dos serviços que parece ser um desafio para a intervenção baseada nas rotinas da criança/adolescente. Pelos resultados alcançados também se conclui que ainda existe uma necessidade de formação para todos os intervenientes relacionados com a abordagem da MD.

Sintetizados os pontos fundamentais relativos ao objeto de estudo desta investigação, assume-se os resultados alcançados, compreendendo-se que não são verdades inteiramente absolutas, intransigentes ou isentas. Crê-se que os dados recolhidos após uma leitura e interpretação cuidada dos testemunhos dos participantes sejam influenciados pelo percurso académico, profissional e pessoal da investigadora

Este trabalho possibilitou um conhecimento mais profundo, um enriquecimento sobre a temática da MD, permitiu conhecer, escutar as diversas perceções dos participantes, as suas preocupações, os interesses, o que mais valorizam para que seja realizado um trabalho de cooperação e de parcerias entre todos os intervenientes. De ressaltar igualmente o enriquecimento ao nível científico proporcionado por este estudo. No entanto, ao longo da elaboração deste trabalho foram surgindo certos constrangimentos e limitações que condicionaram, de algum modo, o seu desenvolvimento e os seus resultados, como por exemplo, a fragilidade da investigadora na realização das entrevistas, na medida em que a entrevistadora sentiu dificuldades em aprofundar as questões e invadir a esfera pessoal do entrevistado, podendo deste modo ter condicionado as declarações dos participantes.

Como tal, procura-se que as informações adquiridas ao longo desta investigação possam assumir-se como uma ajuda crucial, no sentido de dar a conhecer a realidade no qual as famílias e as próprias crianças/adolescentes com MD enfrentam diariamente e, acima de tudo, compreender o contributo do TF com as mesmas, bem como melhorar e implementar modelos que envolvam mais a família na comunidade escolar e uma intervenção baseada na funcionalidade, seja ela para a autonomia, seja para a comunicação, seja para a participação da criança/adolescente com MD.

Considerando a pertinência dos resultados que emergiram deste estudo, e pelo facto de ser um estudo qualitativo e por ter um número reduzido de perceções, sugere-se para investigações futuras, a validação das principais conclusões, sendo transformados em questionários para serem validados numa amostra maior e com outros profissionais (professores do ensino regular, terapeutas ocupacionais, psicólogos, fisioterapeutas) e assistentes operacionais.

Apesar de existir vários documentos elaborados pelo ministério da educação, mencionando o trabalho que deve ser efetuado com estas crianças e adolescentes, tendo por base as boas práticas colaborativas, ainda se denota alguma fragilidade na implementação das mesmas, contudo com a entrada do novo decreto-lei pode ser que esse paradigma se centre mais nas abordagens centradas na família e na participação da criança/adolescente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. (2011). Inclusão Educativa dos alunos com multideficiência. Dissertação. Escola Superior de Educação Almeida Garret.
- Alves, M. (2011). Envolvimento parental na escola – Estudo efectuado na Escola Básica Integrada com Jardim-de-Infância de Góis. Dissertação. Escola Superior de Altos Estudos.
- Almqvist, L. (2006) Patterns of engagement for children with and without developmental delay. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 3 (1), pp. 65–75.
- Amaral, I. e Lolli, D. (2011). Communication, experience and movement: a framework for education of children with multiple disabilities including visual impairments. *Defectology*, (3), 69-78.
- Amaral, I. e Celzic, M. (2015). Quality indicators in the education of children with Profound Intellectual and Multiple Disabilities. *Investigação às Práticas*, 5(2), pp.112-125.
- Amaral, I. e Nunes, C. (2008). Educação, multideficiência e ensino regular: Um processo de mudança e atitude. *Revista Diversidades*, 6(20), pp. 4-9.
- American Speech-Language-Hearing Association (1996). Inclusive practices for children and youth with communication disorders – technical report. [Em linha]. Disponível em < <http://www.asha.org/policy/tr1996-00245.htm>>. [Consultado em 25/09/2018].
- American Speech-Language-Hearing Association. (s/d). The Role of the SLP in schools – a presentation for teachers, administrators, parents and the community. [Em linha]. Disponível em <<http://www.asha.org>>. [Consultado em 16/07/2018].

American Speech-Language-Hearing Association (2004). Admission/discharge criteria in speech-language pathology, ASHA Supplement 24, 64-70.

American Speech-Language-Hearing Association. (2007). Scope of Practice in Speech-Language Pathology [Scope of Practice]. Em linha]. Disponível em <<http://www.asha.org>>. [Consultado em 16/07/2018].

American Speech-Language-Hearing Association (2014). Roles and responsibilities of speech-language pathologists in schools – professional issues statement - Ad Hoc Committee on the Roles and Responsibilities of the SchoolBased Speech-Language Pathologist.

American Speech-Language-Hearing Association (2016). Scope of Practice in SpeechLanguage Pathology. [Em linha]. Disponível em <<https://test.asha.org/policy/SP2016-00343//>>. [Consultado em 30/09/2018].

Arthur-Kell, M. (2007). Socio-communicative Perspectives on Research and Evidence-based Practice in the Education of Students with Profound and Multiple Disabilities. *Journal of Developmental & Physical Disabilities*, 19, pp. 161-176.

Axelsson, A. K. e Wilder, J. (2014). Frequency of occurrence and child presence in family activities: A quantitative, comparative study of children with profound intellectual and multiple disabilities and children with typical development. *International Journal of Developmental Disabilities*, 60 (1), 13–25.

Bairrão, J. *et alli*. (1998). *Os alunos com necessidades educativas especiais: Subsídios para o sistema de educação*. Lisboa: Conselho Nacional de Educação.

Bardin, L. (2014). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Edição revista e atualizada.

Barroso, E. e Mesquita, H. (2014). Os desafios da Multideficiência – um olhar sobre uma Unidade de Apoio à Multideficiência, *Revista Educação Especial*, 27(48), pp. 219-232;

- Bercow, J. (2008). Bercow review of services for children and young people (0-19) with speech, language and communication needs. [Em linha] Disponível em <file:///C:/Users/helen/Downloads/7771-DCSF-BERCOW.PDF> Consultado em [12.09.2018].
- Beukelman, D. R. e Mirenda, P. (2013). *Augmentative & Alternative Communication, supporting Children & Adults with Complex Communications Needs*. Chelsea, Paul H. Brookers Publishibg Co., Inc.
- Bigby, C. *et alli*. (2009). It's pretty hard with our ones, they can't talk, the more able bodied can participate: Staff attitudes about the applicability of disability polices to people with severe and profound intellecual disabilities. *Journalof Intellectual Disability Research*, 53, pp. 363-376.
- Blue-Banning M. *et alli*. (2004) Dimensions of family and professional partnerships: constructive guidelines for collaboration. *Exceptional Children*, 70(2), pp.167–184.
- Bogdan, R. e Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Borgestig, M., Rytterström, P. e Hemmingsson, H. (2016). Gaze-based assistive technology used in daily life by children with severe physical impairments – parents' experience. *Developmental Neurorehabilitation*, pp. 1-8.
- Bortolli, T, *et alli*. (2014). Speech-Language Pathologists Perceptions of Implementing Communication Intervention with Students with Multiple and Severe Disabilities. *Augmentative and Alternative Communication*, 30(1), pp. 55-70.
- Brocardo, J (2009). *Educação inclusiva, a retórica à prática*. Estoril, Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular

- Burns, M. *et alli*. (2015). Asking the stakeholders: perspectives of individuals with aphasia, their family members, and physicians regarding communication in medical interactions. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 24, pp. 341-357.
- Burns, M. I. *et alli*. (2012). Training healthcare providers in patient-provider communication: What speech-language pathology and medical education can learn from one another. *Journal Aphasiology*, 26(5), pp. 673-688.
- Caldeira, Z. S., Seixa, S. R. e Piscalho, I. (2017). Inteveção baseada nas rotinas. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 5(1), pp. 62-80.
- Calis, E. *et alli*. (2008). Dysphagia in children with severe generalized cerebral palsy and intellectual disability. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50, pp. 625–630.
- Campbell, W. N., Selkirk, E. e Gaines, E. (2016). Speech-Language Pathologists’ Role in Inclusive Education: A Survey of Clinicians’ Perceptions of Universal Design for Learning. *Revue canadienne d’orthophonie et d’audiologie*, 40(2), pp. 121-132.
- Carroll, C. (2010). “It’s not everyday that parents get a chance to talk like this’’: Exploring parents’ perceptions and expectations of speech-language pathology services for children with intellectual disability. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 12(4), pp. 352-361
- Carmo, H. e Ferreira, M. M. (2008). *Metodologias de Investigação – Guia para Auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ceballo, R. *et alli*. (2014). Gift and sacrifice: Parental involvement in Latino adolescents’ education. *Cultural Diversity And Ethnic Minority Psychology*, 20(1), pp.116-127.

- Chadwick, D. *et alli.* (2013). Family Voices: Life for Family Carers of People with Intellectual Disabilities in Ireland. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26, pp. 119–132.
- Chien, C., Rodger, S. e Copley, J. (2017). Parent-reported Participation in Children with Moderate-to-severe Developmental Disabilities: Preliminary Analysis of Associated Factors using the ICF Framework. *International Journal of Disability, Development and Education*, 64(5), pp. 483-496.
- Clarke, T. *et alli.* (2011). Factors associated with the participation of children with complex communication needs, *Research in Developmental Disabilities*, 32, pp. 774-780.
- Correia, M. (2013). *Inclusão e Necessidades Educativas Especiais: Um guia para educadores e professores*. Porto: Porto Editora.
- Correia, M. (2018). *Fundamentos da Educação Especial, guia prático para educadores e professores*. Braga, Flora Editora.
- Costa, M. (2004). A família com filhos Necessidades Educativas Especiais. *Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 30, pp.74-100;
- Costa, H. M. (2014). *Relação Família-Escola: Um Olhar de Ecologia Humana entre o Ensino Público e o Privado*. Santo Tirso: De facto Editores.
- Coutinho, C. (2013). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Coimbra: Edições Almedina, S. A.
- CPLOL, C. P. (2009). Position Statement on Practice Education during Initial Speech and Language Therapy Education Programmes. S. R.: CPLOL.
- CRPG (2015). *Necessidades Especiais de Educação o terapeuta da fala no contexto escolar..* Estoril, Cercica.

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Davidoff, E. (2017). AAC With Energy – Earlier - Research shows that children with communication challenges do best when introduced to augmentative and alternative communication as early as 12 months. *The ASHA Leader*, 22(1), pp. 48-53.

Denboba D, *et alli*. (2006) Achieving family and provider partnerships for children with special health care needs. *Pediatrics* 118 (4), pp. 1607–1615.

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. (2000). Revisiting “Rethinking Early Intervention”. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), pp. 95–104.

Dunst, C. J. *et alli*. (2001). Characteristics and consequences of everyday natural learning opportunities. *Topics in Early Childhood Special Education*, 21, 68-92.

Dunst, J., Trivette, M. e Hamby, W. (2007) Meta-analysis of family-centered help giving practices research. *Mental Retardation and Developmental Research Reviews*, 13, pp. 370–378.

Dunst, J. e Trivette, M. (2009). Capacity-Building Family-Systems Intervention Practices. *Journal of Family Social Work*, 12, pp.119-143.

Dunst, J. (2010). Topics in Early Childhood Special Education. *Journal of Community Psychology*, 38(4), pp. 515-531.

Dusseljee, E. *et alli*. (2011). Participation in daytime activities among people with mild or moderate intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55, pp. 4–18.

Fernandes, L. e Dias, V. (2008). E-Learning: Minimizador da Exclusão na Educação Especial. *Revista Diversidades*, 20(6), pp. 21-25.

- Fiamenghi, A. e Messa, A. (2006). Pais, filhos e deficiência. Estudos sobre as relações familiares. São Paulo: Universidade Presbiterana Mackenzie.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor.
- Folch-Mas, A. (2017). Health profiles in people with intellectual developmental disorders. *Health in intellectual developmental disorders*, 59(4), pp. 400-407.
- Gil, T. (2008). As famílias de crianças com multideficiência. *Diversidades*, 6 (20), pp.10-12.
- Glover, A. McCormack, J. e Smith-Tamaray, M. (2015). Collaboration between teachers and speech and language therapists: Services for primary school children with speech, language and communication needs. *Child Language Teaching and Therapy*, 31(3), pp. 363-382.
- Goldbart, J. e Caton. S. (2010). Communication and people with the most complex needs: What works and why this is essential. Research Institute for Health and Social Change. [Em linha]. Disponível em < https://e-space.mmu.ac.uk/198309/1/Mencap%20Comms_guide_dec_10.pdf > [Consultado em 30.06.2018].
- Goldbart, J., Chadwick, D. e Buell, S. (2014). Speech and language therapists' approaches to communication intervention with children and adults with profound and multiple learning disability. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(6), pp. 687–701.
- Gomes, J. (2013). Centro de Recursos para a Inclusão na Multideficiência: as equipas. Dissertação. Escola Superior de Educação do Porto.
- Granlund, M. (2013). Participation—challenges in conceptualization, measurement and intervention. *Child Care, Health and Development*, 39(4), pp. 470-473.

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Gronita, J. *et alli*. (2016). *E quando atendemos crianças...diferentes – Como podem os profissionais orientar as famílias com criança com deficiência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Hanzen, G. *et alli*. (2018). Participation of adults with visual and severe or profound intellectual disabilities: Analysis of individual support plans. *Research in Developmental Disabilities*, 83, pp. 132-141.

Harding, C. *et alli*. (2011). Implementing AAC with children with profound and multiple learning disabilities: a study in rationale underpinning intervention. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 11 (2), pp.120–129.

Hemsley, B. e Balandin, S. (2014). A Metasynthesis of Patient-Provider Communication in Hospital for Patients with Severe Communication Disabilities: Informing New Translational Research, *Augmentative and Alternative Communication*, 30(4), pp. 329-343.

Horn, E. M. e Kang, J. (2012). Supporting Young Children With Multiple Disabilities: What Do We Know and What Do We Still Need To Learn?. *Topics Early Child Spec Educ.*, 31(4), pp. 241-248.

International Association for the Scientific Study of Intellectual and Developmental Disabilities. (2013). Special interest research group: Profound multiple disabilities. [Em linha]. Disponível em <http://www.iassid.org/index.php> [Consultado em 09/08/2018].

Inspeção-Geral da Educação e Ciência. (2016). A escola Inclusiva: desafios. [Em linha]. Disponível em < http://www.ige.min-edu.pt/upload/PDF/Escola_Inclusiva.pdf> [Consultado em 12/10/2018].

Jakobson, R. (2007). *Linguística e Comunicação*. São Paulo, Editora Cultrix.

- Jansen, G., Van der Putten, J. e Vlaskamp, C. (2017). Parents' experiences of collaborating with professionals in the support of their child with profound intellectual and multiple disabilities: A multiple case study. *Journal of Intellectual Disabilities*, 21(1), pp. 53-67.
- Johnston, S. S. et alli. (2014). *AAC Strategies for Individuals with Moderate to Severe Disabilities*, University of West Virginia, West Virginia University Press.
- Keera, V. et alli. (2017). Exploring parental behavior and child interactive engagement: A study on children with a significant cognitive and motor developmental delay. *Research in Developmental Disabilities*, 64, pp. 131-142.
- Kirk, S. e Gallagher, J. (1996). *A Educação da criança excepcional*. 2ª Edição. São Paulo: Martins Fontes.
- King, G. et alli. (2003). A conceptual model of the factors affecting the recreation and leisure participation of children with disabilities. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 23(1), pp. 63-90.
- King, M. et alli. (2013). Participation of children with intellectual disabilities compared with typically developing children. *Research in Developmental Disabilities*, 34, pp.1854-1862
- King, G. et alli. (2014). The leisure activity settings and experiences of youth with severe disabilities, *Developmental Neurorehabilitation*, 17 , 259 – 269
- Light, J. e Drager, K. (2007). AAC Technologies for young children with complex communication needs: State of the science and future directions. *Augmentative and Alternative Communication*, 23(1), pp. 204-216;
- Light, J. e McNaughton, D. (2012). Supporting the Communication, Language, and Literacy Development of Children with Complex Communication Needs: State of the Science and Future Research Priorities. *Assistive Technology*, 24, pp. 34–44.

- Lopes, T. (2017). O terapeuta da fala em contexto escolar. Dissertação. Universidade do Algarve.
- Lyons, R., Brennan, I e Carroll, C. (2016). Exploring parental perspectives of participation in children with Down Syndrome. *Child Language Teaching and Therapy*, 32(1), pp. 79-93.
- Mansell, J. (2010). Raising our sights: services for adults with profound intellectual and multiple disabilities. *Tizard Learning Disability Review*, 15(3), pp. 5-12.
- Massaro, M. e Deliberato, D. (2013). Uso de sistemas de comunicação suplementar e alternativa na Educação Infantil: percepção do professor. *Revista Educação Especial*, 26(46), pp. 331-350.
- Martin, H. e Reichle, J. (2018). The effect of partner Reauditorization on Undergraduates' Attitudes Toward a Peer Who Communicates With Augmentative and Alternative Communication. *American journal of speech-language pathology*, 27, pp. 657-671.
- McConachie, H. *et alli*. (2006). Participation of disabled children: How should it be characterised and measured? *Disability Rehabilitation*, 28(18), pp. 1157-1164.
- McWilliam, R. A. (org.) (2012). *Trabalhar com as Famílias de Crianças com Necessidades Especiais*. Coleção Educação Especial. Porto, Porto Editora.
- Meireles, J. e Santos, M. (2008). Unidades Especializadas em Multideficiência: A Realidade da EB1/PE de Boaventura. *Revista Diversidades*, 20 (6), pp. 15-20
- Mills, M.J. (2004) Inclusive Practices for Speech-Language Pathologists. [Em linha]. Disponível em <<http://education.wm.edu/centers/ttac/documents/packets/inclusivepracticesforspeech.pdf>> [Consultado em 30.05.2015].

Ministério da Educação (2010). *Práticas em Contexto Educativo – Terapeutas da Fala*. Lisboa: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.

Munde, V.S. *et alli.* (2009). Alertness in individuals with profound intellectual and multiple disabilities: A literature review. *Research in Developmental Disabilities*, 30, pp. 462-480.

Nakken, H. e Vlaskamp, C. (2007). A need for a taxonomy for profound intellectual and multiple disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 4(2), pp.83-87.

Neerinckx, H. *et alli* (2014). Temporal analysis of attentional processes in spontaneous interactions between people with profound intellectual and multiple disabilities and their support workers. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(8), pp. 721-733.

Nunes, C (2001). *Aprendizagem ativa da criança com Multideficiência – guia para educadores*. Lisboa, Ministério da Educação

Nunes, C. (2002). *A criança e o jovem com multideficiência e surdocegueira – Contributos para o sistema educativo*. Lisboa, Ministério da Educação.

Nunes, C. (2008). *Alunos com multideficiência e com surdocegueira congénita. Organização da resposta educativa*. Lisboa: Ministério da Educação Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Direcção de Serviços da Educação Especial e do Apoio Sócio-Educativo.

Nunes, C. (2012). *Apoio a pais e docentes de alunos com multideficiência: Conceção e desenvolvimento de um ambiente virtual de aprendizagem*. Tese, Universidade de Lisboa.

Nunes, C. e Madureira, I. (2015). *Desenho Universal para a Aprendizagem: Construindo práticas pedagógicas inclusivas*. Lisboa: Escola Superior de Educação de Lisboa.

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

- Oliveira, I. (2013). O movimento associativo de pais: Dimensões educativas da participação nas associações. Dissertação. Universidade do Porto.
- Olson, A., Leko, M. e Roberts, C. (2016). Providing Students With Severe Disabilities Access to the General Education Curriculum, *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 4(3), pp. 143–157.
- Pereira, A. M. (2014). O contributo das rotinas diárias para o desenvolvimento da autonomia das crianças. Dissertação. Escola Superior de Educação de Portalegre.
- Pereira, F. *et alli.* (2018). Para uma educação inclusiva – manual de apoio à prática. [Em linha]. Disponível em <
http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EEspecial/manual_de_apoio_a_pratica.pdf> [Consultado em 10.08.2018].
- Pickl, G. (2011). Communication Intervention in children with severe Disabilities and Multilingual Backgrounds: Perceptions of Pedagogues and Parents. *Augmentative and Alternative Communication*, 27 (4), pp. 229–244.
- Pinho, G. (2006). Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Ciências & Cognição*, 8, pp. 68-87.
- Raghavendra, P. *et alli.* (2011). Activity participation of children with complex communication needs, physical disabilities and typical developing peers. *Developmental Neurorehabilitation*, 14 (3), pp. 145-155.
- Rebelo, S. (2008). Deficiência, Castigo Divino: Repercussões Educativas. In: Matos, A. et al. (Ed), *A Maldade Humana: Fatalidade ou Educação?*. Coimbra, Edições Almedina, pp. 90-103.
- Rebocho, M., Saragoça, M. J. e Candeias, A. (2009). Fundamentos para a educação inclusiva em Portugal. In: Candeias A. *Educação Inclusiva: Concepções e Práticas*. Évora, pp.38-48.

- Rowland, C. (2013). Handbook: Online Communication Matrix. Oregon Health & Science University. [Em linha] [Disponível em <<http://www.communicationmatrix.org/uploads/pdfs/handbook.pdf>> consultado em [10/01/2018].
- Sanches, I. (2011). Do “aprender para fazer” ao “aprender fazendo”: as práticas de Educação Inclusiva na escola. *Revista Lusófona de Educação*, 19, pp.135-156.
- Santos, S. (2014). Adaptive Behaviour on the Portuguese Curricula: A Comparison between Children and Adolescents with and without Intellectual Disability. *Creative Education*, 5(4), pp. 501-509
- Santos, S. e Morato, P. (2016). O comportamento adaptativo no currículo. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 16(1), pp. 736-740.
- Santos, F. e Silveira-Maia, M. (2016). Interação de crianças com multideficiência. *Journal of Research in Special Educational Need*, 16(1), pp. 666-670;
- Saramago, R. *et alli*. (2004). Avaliação e Intervenção em Multideficiência. Centro de Recursos para a Multideficiência. Lisboa: Ministério da Educação. Direção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.
- Serrano, M. e Boavida, J. (2011). Early childhood intervention. The Portuguese pathway towards inclusion. *Revista Educación Inclusiva*, 4(1), pp.123-138.
- Schuit, M. *et alli*. (2010). Immersive Communication Intervention for Speaking and Non-speaking Children with Intellectual Disabilities. *Augmentative and Alternative Communication*, 26(3), pp. 203–220.
- Silva, M. (2006). Contributo para o estudo das unidades especializadas em multideficiência: Estudo observacional de três unidades especializadas em multideficiência. Dissertação. Universidade do Porto.

- Sim-Sim, I. (1998). *Desenvolvimento da linguagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Shin, K, Byeon, J e Kim, H. (2015). Effects of seat surface inclination on respiration and speech production in children with spastic cerebral palsy. *Journal Physiological Anthropology*, 33, pp. 1-6.
- Smith, D. (2008). *Introdução à educação especial: ensinar em tempos de inclusão*. Porto Alegre, Artmed Editora.
- Speech Pathology Australia (2017). Role of teachers and speech pathologist in educational settings. *Speech Pathology in Schools- A resource to support engagement and participation of students with speech, language and communication needs in school*. In: *Role of teachers and speech pathologists in educational settings*, pp, 29-30.
- Staples, E. e Dilibert, A. (2010). Guidelines for Successful Parent Involvement - Working with Parents of Students with Disabilities, *Teaching Exceptional Children*, 42(6), pp. 58-63.
- Sylbester, L., Ogletree, T. e Lunnen, K. (2017). Cotreatment as a Vehicle for Interprofessional Collaborative Practice: Physical Therapists and Speech-Language Pathologists Collaborating in the Care of Children with Severe Disabilities. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 26(5), pp. 206-216.
- TASH. (2002). TASH Resolution on teacher education. [Em linha]. Disponível em <<https://tash.org/about/resolutions/tash-resolution-teacher-education/>> [Consultado em 5.04.2018].
- Tegler, H. *et alli*. (2018). Speech and language pathologists' perceptions and practises of communication partner training to support children's communication with hightech speech generating devices. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, pp.1-9.

- The Joint Commission (2010). *Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient-and Family-Centered Care: A Roadmap for Hospitals*. [Em linha]. Disponível em <<https://www.jointcommission.org/assets/1/6/ARoadmapforHospitalsfinalversion727.pdf>> [Consultado em 05/03/2018].
- Thirumanickam, A., Raghavendra, P. e Olsson, C. (2011). Participation and social networks of school-age children with complex communication needs: A descriptive study. *Augmentative and Alternative Communication*, 27(3), pp. 195-204.
- Toren, K. (2013). Multiple dimensions of parental involvement and its links to young adolescent self-evaluation and academic achievement. *Psychology in the Schools*, 50(6), pp. 634- 649.
- Vasconcelos, A. *et alli*. (2013). *Entre a Teoria, os Dados e o Conhecimento (I)*. Dissertação. Escola Superior de Educação de Setúbal.
- Von Tetzchner, S. e Martinsen, H. (2001). *Introdução à Comunicação Aumentativa e Alternativa*. Porto, Porto Editora.
- Wanzer, B., Booth-Butterfield, M. e Gruber, K. (2004). Perceptions of health care providers communication: relationships between patient-centered communication and satisfaction. *Health Communication*, 16(3), pp. 363-383.
- Washington, K. N. *et alli*. (2012). Parents' Perspectives on the Professional-Child Relationship and Children's Functional Communication Following Speech-Language Intervention. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 36 (3), pp. 220-233.
- Westling, D., Fox, L. e Carter, E. (2015). *Teaching students with severe disabilities*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

World Health Organization e World Bank (2011). World report on disability. Malta: Who Library Cataloguing-in-Publication.

Yorkston, M., Baylor, R. e Burns, I. (2016). Simulating patient communication strategies in a university of washington training program, medical and speechlanguage faculty and students collaborate to prepare future physicians to treat people with communication disorders. *ASHA Leader*, 21(3), pp. 46-51.

Young, Y., Austin, M. e Growe, R. (2013). Defining parental involvement: perception of school administrators. *Education*, 133(3), pp. 291-297.

Índice dos Anexos

ANEXO A - Guião da entrevista Docentes de Educação Especial e Terapeutas da Fala	115
ANEXO B - Guião da entrevista Pais	118
ANEXO C - Declaração de Consentimento Informado	120
ANEXO D - Parecer da comissão de ética	122
ANEXO E - Informação explicativa do estudo aos participantes	124
ANEXO F - Matriz Conceptual – Unidade 1 do guião de entrevista (Impacto da MD no desenvolvimento/participação na criança/adolescente nas atividades do dia-a-dia/atividades familiares).....	126
ANEXO G - Matriz Conceptual – Unidade 2 do guião de entrevista (Apoio fornecido pelo TF no contexto escolar)	164
ANEXO H – Matriz Conceptual – Unidade 3 do guião de entrevista (Comunicação do TF e envolvimento do TF com a família no contexto escolar).....	196
ANEXO I - Matriz Conceptual – Unidade 4 do guião de entrevista (Focos de intervenção no contexto escolar).....	234
ANEXO J - Matriz Conceptual – Unidade 4 do guião de entrevista (Qualificação da atuação do TF no contexto escolar).....	251
ANEXO K-Matriz Conceptual – Unidade 4 do guião de entrevista (Constrangimentos/barreiras/desafios identificados para a atuação do TF no contexto escolar).....	265

ANEXO A

Guião da entrevista Docentes de Educação Especial e Terapeutas da Fala

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

- Agradecer pela presença do entrevistado;

- Indicação do tema e objetivos da investigação;

- Informação para assegurar o carácter confidencial das informações prestadas;

Sexo do participante:

Atividade Profissional:

1. Qual a sua idade?

3. Qual a sua habilitação académica?

4. Quantos anos de experiência profissional tem na educação especial?

5. Quantos anos de experiência profissional tem na multideficiência?

6. Possui formação especializada na educação especial?

7. Possui formação especializada na multideficiência?

8. Qual o impacto da multideficiência no desenvolvimento e participação de crianças/adolescentes nas atividades do dia-a-dia?

9. Qual o impacto da multideficiência na dinâmica familiar/participação nas atividades familiares?

10. Qual(ais) a(s) modalidade(s) de apoio fornecidas do terapeuta da fala no contexto escolar a crianças/adolescentes com multideficiência? (grupo, individual e consultoria)

11. Qual(ais) o(s) local(ais) maioritariamente onde o terapeuta da fala presta o apoio a crianças/adolescentes com multideficiência? Porquê?

12. Qual o tipo de comunicação (frequente, esporádica) e envolvimento do TF com as famílias no processo de apoio? Concretamente, porque acha importante?

13. Qual(ais) o(s) principal(ais) foco(s) de intervenção do terapeuta da fala no contexto escolar com crianças/adolescentes com multideficiência neste contexto?

14. Se considera positivo a atuação do TF no contexto escolar? Porquê?

15. Que constrangimentos/barreiras/desafios identifica para a atuação do TF neste contexto?

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: perceções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

16. Da minha parte a entrevista está concluída, mas antes de terminar gostaria de lhe perguntar se deseja acrescentar mais alguma ideia que não tenha sido referida no decorrer da entrevista?

ANEXO B

Guião da entrevista Pais

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: perceções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

- Agradecer pela presença do entrevistado;

- Indicação do tema e objetivos da investigação;

- Informação para assegurar o carácter confidencial das informações prestadas;

Sexo do participante:

1. Qual a sua atividade profissional?

2. Qual a sua profissão?

3. Qual a sua habilitação académica?

4. Qual o impacto da multideficiência no desenvolvimento e participação de crianças/adolescentes nas atividades do dia-a-dia?

5. Qual o impacto da multideficiência na dinâmica familiar/participação nas atividades familiares?

6. Qual(ais) a(s) modalidade(s) de apoio fornecido do terapeuta da fala no contexto escolar ao seu filho por parte do terapeuta da fala?

7. Qual(ais) o(s) local(ais) maioritariamente onde o terapeuta da fala presta o apoio ao seu filho?

8. Qual o tipo de comunicação e envolvimento do terapeuta da fala com a família no processo de apoio?

9. Qual(ais) o(s) principal(ais) foco(s) de intervenção do terapeuta da fala no contexto escolar com o seu filho?

10. Da minha parte a entrevista está concluída, mas antes de terminar gostaria de lhe perguntar se deseja acrescentar mais alguma ideia que não tenha sido referida no decorrer da entrevista?

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: perceções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

ANEXO C

Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo (em português):

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com dificuldades no contexto escolar: percepções dos pais, docentes da Fala, e Docentes de educação especial.

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo) _____

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se levava a cabo, bem como do estado em que seria incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada visava os objetivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Fui-me ainda assegurado que os registos em suporte papel ou digital (áudio e de imagem) serão confidenciais e utilizados (ócio e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após o seu conclusão.

Por isso, consento em participar no estudo em causa.

Data: ____/____/20__

Assinatura do participante no projeto: _____

O investigador responsável:
Nome:
Teresa Helena de Sá

Assinatura: _____

Comissão de Ética do Hospital Fernando Pessoa

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: perceções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

ANEXO D

Parecer da comissão de ética



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

Exmo. Senhor
Prof. Doutor Luís Martins
Director da FCS

Porto, 21 de Maio de 2018

Exmo. Senhor Prof. Doutor,

A Comissão de Ética, depois de apreciado o projeto de investigação de Maria Helena Moreira Rocha Neto, intitulado "O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com multideficiência no contexto educativo: percepções dos terapeutas da fala, pais e docentes de educação especial", e realizado no âmbito do Mestrado em Terapêutica da Fala, ramo de Linguagem na Criança, considera que o estudo pode ser aprovado, desde que o contacto com os participantes seja realizado por email (com a descrição do estudo e o contacto da investigadora), permitindo que os participantes tomem a iniciativa de contactar a investigadora para a entrevista.

Os dados recolhidos deverão ser analisados de forma a preservar o anonimato de todos os sujeitos.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP

Susana Teixeira
Susana Teixeira Magalhães

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: perceções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

ANEXO E

Informação explicativa do estudo aos participantes

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

No âmbito do Curso de Mestrado em Terapêutica da Fala – Linguagem na Criança que frequento na Universidade Fernando Pessoa, encontro-me a realizar a minha dissertação sob a orientação da Professora Doutora Fátima Maia e com a coorientação da Professora Doutora Susana Marinho, a qual tem como principal objetivo: Conhecer quais as percepções dos terapeutas da fala, pais e docentes de educação especial acerca do contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com multideficiência no contexto educativo.

A realização deste estudo implica a recolha de informações junto dos terapeutas da fala com experiência na área da multideficiência, docentes de educação especial com experiência na área da multideficiência e com pais de crianças/adolescentes com multideficiência. O projeto consistirá na realização de entrevistas aos participantes. A decisão de participar depende unicamente e exclusivamente de si. Se decidir participar será pedido para assinar um formulário de consentimento informado. É livre de desistir a qualquer momento sem que tal cause qualquer constrangimento para o próprio nem para o estudo. A todos os participantes garante-se a confidencialidade e o anonimato de todos os dados, os quais serão apenas utilizados para o fim da investigação. Em relação às entrevistas serão gravadas em formato áudio, para que depois ocorra a transcrição das respostas, pois serão analisadas de forma anónima, não identificando em momento algum os participantes da investigação. No final do estudo, os registos áudios serão apagados.

Para o sucesso da investigação é fundamental o seu contributo e agradeço a sua colaboração e disponibilidade.

Nota: Se tiver alguma questão relativa à natureza deste estudo que deseje ver esclarecida, contate o e-mail: XXXX ou XXXX ou por via telefónica XXXX

Sem mais nenhum assunto de momento, despeço-me com os melhores cumprimentos

A investigadora:

Maria Helena Neto (Terapeuta da Fala)

Matriz Conceptual – Unidade 1 do guião de entrevista (**Impacto da MD no desenvolvimento/participação na criança/adolescente nas atividades do dia-a-dia/atividades familiares**)

Tema: O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com multideficiência no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Categoria: Impacto da MD nas atividades do dia-a-dia/familiares

Sub-categoria: Quantificação do impacto

Unidades de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
	Atividades do dia-a-dia Significativo (7)	<p>“O impacto é grande. No nosso quotidiano é um impacto grande.” PP1</p> <p>“Acho que tem um grande impacto.” PP2</p> <p>“(…) o impacto é bastante significativo… PTF2</p> <p>“Eu acho que o impacto é alto, também depende muito do grau da MD que as crianças/jovens têm. (…) tem um impacto bastante alto.” PTF3</p>

	<p>Atividades familiares</p> <p>Significativo (6)</p>	<p>“(...) dependendo do tipo de caso (...), mas o impacto é sempre significativo, muito significativo.” PTF4</p> <p>“(...) o impacto da MD nas atividades do dia-a-dia destas crianças é bastante elevado pela patologia que eles apresentam.” PTF5</p> <p>“Acho que é um impacto grande...” PDEE1</p> <p>“É um bocadinho difícil. Às vezes é difícil de gerir pelas necessidades que ele tem.” PP1</p> <p>“Também acho que é bastante [o impacto]. Numa família que tem uma criança com MD fica com toda a sua dinâmica alterada (...). Ficam completamente dependentes, a criança dependente da família para tudo.” PTF2</p> <p>“Eu acho que (...) tem um impacto grande, mas depende de família para família (...).” PTF3</p> <p>“(...) também tem bastante impacto (...).” PTF4</p>
--	---	---

		<p>“(…) tem um grande impacto em termos de dinâmica familiar devido aos condicionalismos da MD (...), como em termos económicos um certo peso familiar. (...)” PDEE1</p> <p>“(…) o impacto é muito grande. (...) são os próprios pais a levarem os filhos a essas consultas, por isso a gestão familiar é enorme.” PDEE4</p>
--	--	--

Tema: O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com multideficiência no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Categoria: Impacto da MD nas atividades do dia-a-dia/familiares

Sub-categoria: Descrição do impacto (35)

Unidades de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
	Aspetos laborais (necessidade de abdicar do trabalho, rendimentos, relacionamento com a entidade patronal, flexibilidade de horário) (8)	“Nós muitas vezes somos obrigados abdicar de horas do nosso dia-a-dia do trabalho para conseguir ir a consultas e atividades que eles façam ou desenvolvam quer seja no âmbito da escola ou mesmo a nível da saúde. No nosso dia-a-dia, (...) no nosso tempo de lazer, o tempo que nós despendemos com ele é cerca de 50% (...)” PP1 “Portanto foi tudo ajustado, mas eu achei que a partir do momento que o meu filho precisou de apoio, ele foi a nossa prioridade. Conseguimos suportar mais ou menos as

		<p>despesas, se fizermos contas temos algumas dificuldades a esse nível, mas conseguimos superar.” PP2</p> <p>“(…) eu deixei de lecionar eu deixei de trabalhar por causa disso [da condição do filho] (…). Tive que deixar de trabalhar, era uma coisa que gostava muito de lecionar, deixei com todo o gosto porque primeiro está o meu filho. (…) eu tenho uma situação familiar mais complicada porque o meu marido teve que ir trabalhar para fora, para termos algum tipo de poder monetário para determinadas atividades do meu filho.” PP3</p> <p>“(…) Transtorna, porque a nível de trabalho sim, mas acho que é geral os filhos causa-nos sempre transtorno no nosso dia-a-dia no nosso trabalho, seja quem tenha ou não deficiência acho que acaba por ser muito equilibrado.” PP4</p> <p>“Pais que deixam de trabalhar, também tenho. E tenho pais que não deixam de trabalhar.” PTF4</p>
--	--	---

		<p>“(...) os pais deixam de trabalhar para tomar conta das crianças, porque não têm quem fique com elas.” PTF2</p> <p>“Porque tanto eu, como o meu marido, trabalhamos a tempo inteiro. Eu tenho um horário um bocadinho mais flexível. Tive que negociar com a entidade patronal o meu horário e o meu salário. (...). A nível das consultas nós temos muitas saídas, muitas consultas com ele ao longo do ano, (...), tudo isso passa por uma boa comunicação com as entidades patronais e se elas forem também compreensíveis (...)” PP2</p> <p>“Eu quando tive o G. [filho] nós temos direitos, então eu expliquei à entidade patronal que tinha um menino assim e que ele estaria sempre em primeiro lugar. Alias eu faço só 30 horas semanais, porque foi um acordo que fiz com a empresa preciso dar apoio ao G. (...) Faz-me os horários conforme aquilo que eu preciso, por isso eu acho que é difícil, não vou dizer que não é, mas tudo conversado e sabendo dos nossos direitos, acho que é tudo possível.” PP4</p>
--	--	---

	<p>Acompanhamento aos apoios do filho (consultas, terapias, outros...) (5)</p>	<p>“(...) Normalmente associado à patologia que eles têm, estão sempre direcionados para vários tipos de consultas, também há outras doenças que se desenvolvem em função da patologia. (...)” PP1</p> <p>“É muito complicado as saídas para as consultas, muitas vezes as minhas consultas, eu fico para último. Evito marcar consultas para mim para não ter que fazer mais saídas (...)” PP2</p> <p>“É muito complicado, é desgastante para mim porque o meu filho tem cavalos, tem hipoterapia, o S. tem hidroterapia, o S. tem musicoterapia, o S. tem terapia da fala, o S tem terapia ocupacional, o S. tem fisioterapia, ou seja, como deve compreender o S. tem uma agenda mais complicado do que um empresário português.” PP3</p> <p>“Todos os dias faz terapias fora da escola e sou eu que ando para um lado e para outro e a entidade percebeu e ajuda-me nesse aspeto.” PP4</p>
--	--	--

	<p>Reajustamento da dinâmica familiar (físico e emocional) (5)</p>	<p>“Eu não noto muito porque, nós temos tudo perto e então não noto. Sei que há pessoas que têm muita dificuldade basta (...) morar longe do grande Porto ou longe das terapias que é muito complicado não ter transportes. Para nós, não é muito complicado, mesmo quando ele ia ao centro de paralisia, todas as semanas (...), é rápido. É lógico, mas consegue-se perfeitamente. Conseguimos, não é isso que nos causa transtorno na vida familiar, nenhum. Agora lá está, moramos perto de tudo.” PP5</p> <p>“Na dinâmica familiar, foi complicado no início, porque não é o normal. Não é o padrão normal então, toda a dinâmica teve que ser apreendida não por mim, mas por todos os meus familiares a compreenderem e a facilitarem todas as atividades dele [filho]. Porque ele, como não comunica verbalmente, comunica por gestos e por olhares. No início eram olhares, agora são gestos, todas as pessoas tiveram que perceber o padrão de comportamento e o padrão de comunicação dele.” PP3</p>
--	--	---

		<p>“(…) é difícil, eu deixei de fazer tudo que gostava de fazer.” PP4</p> <p>“(…) há famílias, pelo conhecimento que tenho, onde verifico que os pais depois tentam resignar-se ao filho. E, muitas das vezes dizem eu vou deixar de fazer isto <i>porque o meu filho não pode ir ao supermercado porque ele tira tudo da prateleira do supermercado, porque faz birras constantes no supermercado.</i>” PTF1</p> <p>“(…) [O impacto] depende das famílias e depende também da criança, (...) vejo que são famílias cansadas, saturadas (...). São famílias bastante cansadas e muitas vezes, a relação entre pais acaba por ter de acabar e haver divórcios essas coisas, porque não aguentam a pressão de ter um filho tão dependente e que necessita de tudo.” PTF2</p> <p>“(…) noutras famílias como eu tenho e como eu conheço, em que a MD em si não é o maior causador das incapacidades, é o próprio ambiente familiar que, embora achem que estão</p>
--	--	--

	<p>Gestão diária (atividades, espaços, materiais, horários...) (6)</p>	<p>ajudar, mas os próprios [pais] tem problemas, nem eles próprios sabem ajudarem-se a si mesmos, quanto mais ajudar a criança com MD. (...) Nós temos muitas vezes que trabalhar primeiro a família, depois os meninos ou crianças ou os jovens. Muitas das vezes é por aí que começa o trabalho da família em si.” (PDEE3)</p> <p>“(...) Sair de casa com ele e com toda a família é (...) mais complicado. Só podemos fazer atividades ao ar livre e tem que ser tudo muito bem planeado muito, muito... porque é uma logística muito complicada (...).” PP4</p> <p>“Grande parte das famílias mudam, a questão logística como ir a um supermercado, provavelmente têm de deixar a criança com um familiar em casa para irem ao supermercado.” PTF5</p> <p>“Mas eu faço por gosto e tudo o que fazemos por gosto não é complicado. É só organizarmos de forma coerente o nosso dia.” PP3</p>
--	--	---

		<p>Nem sempre é fácil, em casa é relativamente fácil porque a gente organizou a nossa vida em função dele e conseguimos integrá-lo nas coisas do nosso dia-a-dia (...). Em casa o dia-a-dia é tudo em função dele e acaba por ser fácil. (...) organizo assim o meu dia-a-dia entre mim e o pai (...) é uma logística complicada, mas acho que é tudo possível.” PP4</p> <p>“(...) depende muito como é que a família reage, como é que têm as casas adaptadas porque, às vezes, há famílias que moram em terceiros andares e sem elevadores e quando as crianças começam a crescer e não têm marcha, acabam por todas as deslocações ficarem muito condicionadas, como tão básico, como irem de manhã tomar o pequeno almoço à pastelaria, já não conseguem traze-lo. Depois a questão da alimentação, quando têm alimentação que não é pela via oral é muito complicado fazerem coisas como irem a um restaurante e acaba por condicionar muito, muito a vida das famílias.” PTF1</p>
--	--	---

	Redes de apoio (familiar; comunidade) (4)	<p>“O facto de ter um filho com MD condiciona muito o dia-a-dia da gestão familiar. Seria irrealista eu dizer que não.” PDEE4</p> <p>“(…) eu deixo com pessoas responsáveis que brincam com ele, que o levem a passear a parques, que o levem a outras atividades que ele possa fazer. Não fica fechado em casa só porque ele tem uma deficiência. (…).” PP3</p> <p>“Durante o ano estão na escola, mas quando chega esta época de interrupções letivas é muito complicado porque não há locais que as recebam tem um impacto bastante pesado nas famílias.” PTF2</p> <p>“(…) depende muito da família, porque a participação pode ser maior ou menor. Tendo sempre o apoio familiar que está por de trás.” PTF4</p> <p>“(…) quem fica com a criança, quem é que não fica com a criança, a questão da responsabilidade para outros familiares.</p>
--	---	--

	<p>Adaptação familiar à MD (atitudes, formação...) (7)</p>	<p>É uma questão muito delicada, a parte familiar, a retaguarda, o apoio que eles têm, é muito pouco.” PTF5</p> <p>“Enquanto o meu filho estiver [receptivo a novas aprendizagens] e eu tiver possibilidades para estar em casa e estar a cuidar dele e a dar-lhe este estímulo, eu irei fazê-lo porque, eu acho que se eu puder fazer uma coisa agora é uma continuidade para adulto. Se eu não fizer nada agora, ele não vai ter nenhum estímulo em adulto porque, não foi estimulado devidamente numa infância normal e produtiva.” PP3</p> <p>“Há famílias que conseguem, até se conseguem adaptar [à MD], algumas conheço, em que elas próprias procuram ajuda e conseguem (...) mas há outros pais que não. Há pais e pais.” PTF1</p> <p>“(...) os pais que geram bem e até são bem acompanhados, as coisas correm bem e se calhar o impacto na dinâmica familiar existe, mas não é tanto. Conseguem solucionar,</p>
--	--	--

		<p>fazendo adaptações específicas no contexto casa, comunicação, coisas extraordinárias. Eu tenho uma mãe que lhe fiz uma capa de comunicação, e ela disse-me <i>ó terapeuta, olhe para as saídas quando são assim mais rápidas, eu fiz-lhe uma pequenina exatamente igual, mas só com quatro/cinco símbolos</i>. E eu disse-lhe <i>espetacular</i>. Lá está, este impacto existe, mas quando a família é bem estruturada, bem preparada e é feito esse luto, depende muito de cada família.” PTF4</p> <p>“Depende muito dos pais que nós temos, pelo o que me parece. A formação dos pais, a forma como os pais se mexem e como encaram a deficiência porque, temos pais que aceitam e percebem que aquela criança até já faz muito para aquilo que tem e há outros pais, que não conseguem compreender que aquilo que tem, não dá para fazer mais.” PTF5</p> <p>“A MD se calha num jovem ou numa criança inserido numa família com algum conhecimento e com algumas posses e que até tem alguma capacidade (...) e pode até tentar</p>
--	--	--

		<p>colmatar o máximo possível a MD em si, e arranjar formas de ajudar a criança e levar até a criança a fazer determinadas coisas (...).” PDEE3</p> <p>“Dependendo muito daquilo que a família trabalha, que a família proporciona, a família tem acesso para que eles participem nas atividades. “PDEE4</p> <p>“Nós sabemos que as famílias trabalham com eles, do ponto de vista... quer dizer não estão conformados nesse sentido. Esperam sempre mais qualquer coisa e isso para nós [docentes do ensino especial] também é um incentivo.” PDEE5</p>
--	--	--

Tema: O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com multideficiência no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Categoria: Impacto da MD nas atividades do dia-a-dia/familiares

Sub-categoria: Participação nas atividades do dia-a-dia (33)

Unidades de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
	Envolvimento nas atividades (geral)/Inclusão (10)	<p>“(…) o dia-a-dia na escola é muito importante ter este apoio, este trabalho das terapeutas.” PP2</p> <p>“Ele participa nas atividades do dia-a-dia mas com ajuda.” PP3</p> <p>“Ele participa nas coisas do dia-a-dia, tanto na escola, como em casa, eu tento sempre que ele participe” PP4</p>

		<p>“A participação (...) nas atividades do dia-a-dia a nível escolar, aprendizagens de matérias não gosta. Detesta. Agora, brincadeiras (...) ele adora a parte das atividades do dia-a-dia na escola, gosta de ir ao recreio, gosta dos passeios, gosta de ouvir música.” PP5</p> <p>“Elas [crianças e adolescentes] muitas vezes não conseguem realizar as atividades... “PTF1</p> <p>“(...) há muitas crianças que devido à MD não conseguem fazer as atividades que os outros estão a fazer, uma simples ida ao teatro, ao cinema é muito diferente. Por aí, tem impacto na inclusão.” PTF3</p> <p>“(...) acabam por ficar muito restringidas (...) a uma participação muito limitada.” PTF5</p> <p>“Nós tentamos integrá-lo ao máximo na sociedade.” PP1</p>
--	--	---

	<p>Participação nas AVD's (grau de dependência/autonomia) (14)</p>	<p>“(…) elas estão nas unidades estão nas escolas integradas, mas não estão incluídas.” PTF2</p> <p>“(…) acho que tem impacto tanto na inclusão como na integração da criança no contexto escolar (...) há muitas crianças que devido há MD não conseguem fazer as atividades que os outros estão a fazer, uma simples ida ao teatro, ao cinema é muito diferente. Por aí, tem impacto na inclusão.” PTF3</p> <p>“A dependência que ele tem obriga-nos praticamente a fazer tudo, vesti-lo, lavar (...) são tarefas que ele não consegue fazer sozinho e ocupa-nos imenso tempo no nosso dia-a-dia.” PP1</p> <p>“Vestir-se, tirar a roupa ele precisa de ajuda. Ele ajuda, dá-nos o pé dá-nos a mão, puxa o casaco, mas tem que ter sempre o apoio de um adulto (...). Ele não vai à casa de banho sozinho, vai sempre com alguém, ele ainda usa fralda. Mais... na escovagem dos dentes somos nós que a fazemos.</p>
--	--	---

		<p>(...) ele domina melhor a colher está muito mais autónomo esse trabalho é essencial porque ele almoça na escola (...).” PP2</p> <p>“Vestir e despir a roupa não consegue realizar essas tarefas, só com a minha ajuda. Ele como tem marcha é capaz de se deslocar até à casa de banho fazer as necessidades e o xixi porque as pessoas percebem quando ele quer ir, mas vai sempre alguém com ele. Lavar os dentes, não é autónomo, precisa de ajuda para o fazer. (...) na alimentação ele come sozinho (...).” PP3</p> <p>“(...) ele já faz alguma coisa sozinho. Come sozinho (...). Vestir a roupa ou despir ainda não. Lavar os dentes ele faz com ajuda. Ou, vou eu, ou o meu marido com ele, mas já aconteceu isso não acontecer. (...). É capaz de dar a cabeça, o braço quando pedimos, mas não veste.” PP4</p> <p>“Ele não é capaz de vestir-se, se for uma camisola simples, mas não tudo (...) Ele come sozinho, come muito bem. É</p>
--	--	---

		<p>preciso ter cuidado porque quando ele acaba e se alguém tiver comida ao lado eu começa a comer a comida do colega, por isso, está a ver que ele é autónomo a comer. Também bebe sozinho.” PP5</p> <p>“(…) a sua participação em todas as atividades de vida diária estão condicionadas, mais ou menos consoante o grau da MD, mas à partida está sempre condicionada.” PTF1</p> <p>“Na refeição também é muito diferente destas crianças (…)” PTF3</p> <p>“(…) a nível da autonomia, nas áreas AVD’S, como lavar as mãos, lavar os dentes, o tomar banho, os cuidados pessoais, a própria alimentação (….) eles precisam de ajuda para quase tudo.” PTF4</p> <p>“(…) ao nível da participação nas atividades de vida precisam de ajuda, dependendo de cada caso, porque a MD é muito específica. Todos eles são diferentes uns dos outros e</p>
--	--	--

		<p>dependente de cada caso, a ajuda vai ser sempre grande, parcial ou quase total.” PTF4</p> <p>“Estas [crianças e adolescentes] têm limitações ao nível (...) da autonomia (...) A autonomia é zero, estão sempre na cadeira de rodas, a alimentação tem de ser feita através do botão (...) Depois, há crianças que vão fazendo mais ou menos as atividades de vida diária, como ir à casa de banho mas tem que ir sempre alguém acompanhar, (...) conseguem lavar os dentes, mesmo que não fiquem bem escovados, alguns deles conseguem comer sozinhos mas com algumas adaptações, no entanto existem outros alunos que precisam de um adulto constantemente à beira dele.” PDEE1</p> <p>Tenho crianças que são completamente dependentes de terceiros para fazer a sua vida diária, para a alimentação, para tudo, usam fraldas, tem que se lhe dar comer, e outras crianças que também estão na sala que são multideficientes que ao nível da alimentação e de auto cuidados são independentes.” PDEE3</p>
--	--	---

	Limitação na participação na sala de aula (5)	<p>“Temos crianças com algumas capacidades mais autónomas e outras em que a autonomia é zero. No nosso caso, mais ou menos 50% tem autonomia.” PDEE5</p> <p>“(…) limita bastante a participação destas crianças, elas ficam muito mais limitadas nas atividades da sala de aula (...) ficam muitas vezes confinadas às unidades, vão à sala de aula uma hora por dia... para dizer que vão (...). Mas na verdade elas estão nas unidades e é lá que fazem os trabalhos, ou seja, não há muito, elas estão nas unidades estão nas escolas integradas, mas não estão incluídas. (...) Acabam por estar limitadas em qualquer atividade.” PTF2</p> <p>“Muitas destas crianças que estão na unidade, às vezes não vão à sala quanto tempo seria o ideal, então fica muito aquém da participação da sala. Até há casos de crianças que mal conhecem os professores titulares.” PTF3</p> <p>“Existem crianças que vão à sala de aula, estão lá uma hora, mas a maioria dos alunos ficam na unidade.” PDEE1</p>
--	---	--

	Socialização (4)	<p>“Às vezes não podemos levar os meninos (...) então ir à sala de aula está fora de questão.” PDEE1</p> <p>“(...) o que acontece é que se temos os alunos junto da turma e dos pares, conseguimos com mais ou menos adaptações que eles participem (...). A nossa realidade é que geralmente estes alunos limitam-se apenas ao espaço da unidade e são criados poucos momentos de partilha. E que acabam por prejudicar o desenvolvimento. Temos casos de alunos que a frustração aumenta porque eles estão sempre com os meninos, com os pares da unidade e não tanto o desejável com os colegas das turmas.” PDEE2</p> <p>“Em relação ao contacto com outras crianças acho benéfico para todos, não só para as crianças com patologias, mas também para as crianças que eu chamo comuns.” PP2</p> <p>“(...) ao nível da socialização também é muito diferente.” PTF3</p>
--	------------------	---

		<p>“(…), vão ao recreio, apesar de não falarem, estão a ver o que as outras crianças fazem.” PDEE1</p> <p>“(…) há crianças e jovens com MD que os limita (...) completamente de conviver (...) com os outros. Há outros com MD, que conseguem interagir com os demais. (...) A nível da socialização devido ao comportamento que eles possam ter, uns são um bocadinho agressivos, outros são um bocadinho isolados, depende da MD (...)” DDEE3</p>
--	--	---

Tema: O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com multideficiência no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Categoria: Impacto da MD nas atividades do dia-a-dia/familiares

Sub-categoria: Participação nas atividades familiares (23)

Unidades de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
	Envolvimento nas atividades (geral)/inclusão (12)	“Ele [filho], vai onde nós formos, não deixamos em casa (...). Quando estou sozinha é muito mais complicado para mim. Vamos supor, uma situação de ir às compras, ou ando com o ele no carrinho ou tenho o carrinho das compras. Nessas dinâmicas não. Quando estou sozinha torna-se mais complicado, mas tudo o que são passeios, tudo o que são férias, (...) ele não fica em casa porque eu não quero. Se eu vou de férias, o meu filho também vai de férias. O meu filho tem direito a férias.” PP3

		<p>“No nosso caso, dá para ir vamos todos, não dá para ir, não vamos.” PP4</p> <p>“O D. vai connosco para todo o lado (...). A minha mãe é de B, vamos todos os fins de semana, na minha família somos (...) 40 pessoas e o D. anda de braço em braço (...). Só não fica lá, porque eu não deixo. Por eles [família], ele ficava lá para passar o fim de semana. A nível de férias, por exemplo, mesmo com grupos de amigos nossos, ele vai de férias para todo o lado com os nossos amigos. Nunca foi impedimento, seja para onde for. O D. faz tudo, tudo.... Agora iniciou o ski adaptado. Se calhar, é por isso está tão bem integrado e mesmo as terapeutas lá dizem, vê-se que o D. tem uma vivência que não tem alguns meninos, vê-se que é diferente (...) tem outras vivências.” PP5</p> <p>Mas eu sou apologista que eles devem ir sempre, a não ser que de facto demonstrem desconforto e que não estejam bem e que se note. Caso contrário eles podem não estarem a</p>
--	--	---

		<p>manifestar, mas estão a sentirem e estão a ter mais experiências.” PTF1</p> <p>“Eu tenho famílias e famílias (risos), tenho famílias que acabam por aceitar os filhos e que os levam a tudo. Trabalho no meio rural, (...), nesta zona mais rural tenho famílias que levam os filhos às festas da aldeia e para todo o lado que vão levar os filhos.” PTF2</p> <p>“(…) eu conheço casos de famílias que (...) os meios em que trabalhei são meios mais pequenos e muitos deles são meios rurais. Há famílias que levam as crianças a tudo, desde festas de anos, ao parque, a convívios com a família, a restaurantes, a teatros, a cinemas, levam a dar uma volta, vão daqui ao sealife, ao oceanário (...), e não há problema. (...) Em meios pequenos, também há um aspeto positivo na participação destas crianças que é estas famílias que não tem qualquer tipo de barreira a essa integração na sociedade, estas crianças são muito acarinhadas pelos vizinhos, depois na aldeia aquele é o conhecido, a criança mais conhecida e toda a gente a tenta</p>
--	--	--

		<p>integrar ao mais alto nível, tanto nas festinhas, como em outros assuntos.” PTF3</p> <p>“Num casamento, num evento não familiar provavelmente até poderão levá-lo [criança e/ou adolescente] porque é o dia todo.” PTF5</p> <p>“Acho que cada vez mais englobam as crianças no quotidiano nas atividades da família, pelo menos tentam. (...), mas eu acho que cada vez mais eles tentam englobar as crianças nas atividades familiares.” PDEE1</p> <p>“Há famílias que saem ao fim de semana, os meninos participam nas atividades familiares. Eu tenho exemplos até de familiares que os meninos saem vão ao parque, brincam sempre com os pais e com os irmãos. Aliás até tenho um caso de uma família que foi ao terceiro filho para a interação com um membro novo e mais mexido, porque a irmã era mais velha e ia ser favorável à criança com MD.” PDEE2</p>
--	--	--

		<p>“Nós temos crianças que na vida familiar se resume quando saem da escola (...) chegam a casa, vão para o quarto e ficam deitados até ao dia seguinte, outros têm acesso a muitas terapias, muitas atividades proporcionadas pela família. (...) Depende muito do impacto da família criando condições que eles realmente participam na atividade” PDEE4</p> <p>“(...) depende do seu perfil de funcionalidade que lhes permite interagir e as famílias estão mais recetivas (...) puxam mais por eles e querem que eles participem mais. Se eles estão num estado mais vegetativo são os cuidados básicos, principalmente a alimentação e a higiene” PDEE5</p> <p>“(...) há famílias que tem a capacidade de serem muito autónomas e muito participativas, até na sociedade e agora também se vê muitas famílias a fazerem peditórios, a organizarem eventos para pedidos de ajudas a essas crianças/adolescentes. (...) e nessas famílias temos um grande impacto e há uma grande inclusão.” PTF3</p>
--	--	---

	<p>Limitações na participação das atividades (geral) (6)</p>	<p>“(…) a sensação que me dá é que ainda existe uma reação da sociedade um bocadinho invertida e as pessoas às vezes não porque não gostam dos filhos, mas às vezes têm vergonha dessa reação que as pessoas têm. (…) Eles já estão tão limitados em termos motores, em termos de interação e de contacto com o meio envolvente se ainda impedirmos de viver experiências, que dizer, estamos a cortar completamente todo o desenvolvimento possível deles.” PTF1</p> <p>“E tenho outras famílias que até têm mais possibilidades, mas que pagam a alguém para ficar com os filhos em casa e não os levam (…) de férias porque, estes pais também precisam de férias e ter um filho assim é bastante cansativo. Vejo pais que levam os filhos de férias e pais que deixam os filhos nas férias e que vão sozinhos.” PTF2</p> <p>“(…) mas infelizmente ainda temos muitas famílias que se fecham um bocado à comunidade e a entrar na sociedade. E</p>
--	--	---

		<p>fecham-se de tal maneira, que acabam por terem uma vida muito por casa, a família alargada e pouco mais. (...).” PTF3</p> <p>“A maior parte das minhas crianças com MD estão inseridas em meios muito desfavorecidos, a maior parte, diria 70% da minha população. Os outros 30% também varia, mas tenho crianças que são acompanhados de forma exemplar e que têm acesso a tudo e a mais alguma coisa. Estão inseridos em famílias favorecidas e não digo só em questões económicas, mas em questões sociais, mas a grande maioria não. A maioria da minha população vive em famílias um bocadinho desfavorecidas do ponto de vista económico, social, famílias monoparentais. Portanto, as situações são complexas do ponto de vista social. E às vezes, tenho famílias que levam os miúdos de férias para todo o lado e vão e é um lema da família.” PTF4</p> <p>“(...) tens miúdos ao nível do comportamento são muito difíceis, e quando o comportamento está muito afetado, para ir ao parque (...) saírem para um jantar e irem a casa de</p>
--	--	---

	<p>Participação nas AVD's (grau de dependência/autonomia) (2)</p>	<p>amigos, uma festa de um primo, tudo isto é muito difícil de gerir. Porque depois se o comportamento não estiver muito bem trabalhado (...) a dinâmica familiar acaba por ser afetada na participação das diversas atividades.” PTF4</p> <p>“A criança quando implica questões mais motoras, mais graves, meter no carro, sair do carro, essa logística acho que faz com que prendam mais a criança em casa.” PTF5</p> <p>“Nós notamos que ele está muito mais integrado na hora da refeição (...) tento sempre que a nossa vida seja o mais normalizada possível. Mas tinha que parar de comer para lhe dar de comer. Agora isso não acontece eu sento-o ao meu lado, ponho a comida, ele suja-se e come. (...) explico-lhe sempre tudo o que estamos a fazer.” PP2</p> <p>“(...) a limitação dele [do filho] é o andar porque de resto ele faz tudo. Ainda não se veste sozinho, mas já toma banho, eu tenho de estar a orientar, mas eu pego no chuveiro e ele toma banho, lavar os dentes. Não faz é tudo sozinho, não põe a</p>
--	---	--

Tema: O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com multideficiência no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Categoria: Impacto da MD nas atividades do dia-a-dia/familiares

Sub-categoria: Desenvolvimento (20)

Unidades de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
	Geral (1)	“Ao nível de desenvolvimento, acho que melhorou muito, também tem a ver com a idade (...) e tem-se visto muito desenvolvimento.” PP4
	Comunicação (7)	“No caso do meu filho, ele não fala e por tanto essa questão é muito trabalhada através do PECS e dos símbolos e especificamente no dia-a-dia (...)” PP2 “Ele comunica e assim é mais fácil compreender quando quer (...)” PP5

	<p>Cognição (4)</p>	<p>“Elas muitas vezes não conseguem realizar as atividades por isso têm implicações (...) ao nível da (...) comunicação.” PTF1</p> <p>“(...) têm muitas limitações (...) na comunicação... PTF2</p> <p>“Eles precisam de ajuda para quase tudo, são poucos os miúdos que conseguem comunicar, desenvolver uma conversa, ao nível da linguagem normal.” PTF4</p> <p>“(...) limitações sobretudo a nível da comunicação (...)” PDEE1</p> <p>“(...) há crianças e jovens com MD que os limita (...) completamente (...) de comunicar com os outros. Há outros com MD, que conseguem comunicar (...) com os demais.” DDEE3</p> <p>“(...) tem muita capacidade cognitiva, o que ajuda no desenvolvimento da perceção de todas as pessoas que estão à</p>
--	---------------------	---

	<p>Mobilidade (4)</p>	<p>volta dele e da sua compreensão a nível de regras e comportamento.” PP3</p> <p>“a multideficiência condiciona-os imenso em todos os aspetos (...) cognitivos.” PTF1</p> <p>“(…) têm muitas limitações (...) cognitivas (...)” PTF2</p> <p>“Dependendo da limitação cognitiva que esteja associada à MD (...)” PDEE4</p> <p>“Não vai sozinho, por causa da pouca mobilidade que ele tem, nós vamos com ele.” PP5</p> <p>“Elas muitas vezes não conseguem realizar as atividades por isso tem implicações (...) a nível da modalidade.” PTF1</p> <p>“(…) têm muitas limitações em termos motores...” PTF2</p> <p>“(…) limitações sobretudo (...) a nível motor.” PDEE1</p>
--	-----------------------	---

	<p>Alimentação (2)</p> <p>Sensorial (2)</p>	<p>“Na alimentação ele come sozinho, pode sujar tudo à volta mas faz. Gosta de comer tudo, não faz nenhuma rejeição de nenhum alimento.” PP3</p> <p>“Elas muitas vezes não conseguem realizar as atividades por isso têm implicações (...) ao nível da (...) alimentação.” PTF1</p> <p>“(…) a multideficiência condiciona-os imenso em todos os aspetos (...) sensoriais.” PTF1</p> <p>“(…) nós sabemos que a parte sensorial, conforme o que está afetado é mais fácil ou não de trabalhar com eles (...)” PDEE4</p>
--	--	---

ANEXO G

Matriz Conceptual – Unidade 2 do guião de entrevista (**Apoio fornecido pelo TF no contexto escolar**)

Tema: O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com multideficiência no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Categoria: Apoio fornecido pelo TF

Sub-categoria: Direto (26)

Unidades de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
	Individual (11)	<p>“Nos anos passados, acho que elas [terapeutas] faziam, sempre individual, ele tinha mais de estar sozinho porque ele não se concentrava.” PP1</p> <p>“Individual, trabalha sim, porque eu sei que trabalham.” PP5</p> <p>“Eu faço intervenção individualizada (...).” PTF1</p> <p>“Eu já fiz individual, porque eu acho que há um grande desconhecimento a este nível da intervenção do terapeuta da</p>

		<p>fala, e associa-se muito em estar sozinho com aquela criança.” PTF3</p> <p>“(…) há sempre algumas competências que considero importantes e têm de ser trabalhadas de forma individual, porque são todas bastantes diferentes (...). Como a alimentação, higiene oral.” PTF4</p> <p>“(…) não faço o trabalho em individual mesmo que este seja em contexto de sala (...). Eu acho que é individual, em situações muito específicas, se estamos a falar por exemplo, de uma estimulação intra oral (...) ou se é preciso de trabalhar o reconhecimento do símbolo ou a associação, posso ter que fazer em contexto sala mas mais direcionada.” PTF5</p> <p>“Em relação à experiência que eu tenho a modalidade é mais individual de 1 [terapeuta da fala] para 1 [criança/adolescente].” PDEE1</p>
--	--	---

	<p>Grupo (pares da unidade; ensino regular; outros profissionais) (15)</p>	<p>“(…) pela minha experiência (…) a terapeuta levava a criança e trabalhava individualmente com ela.” PDEE2</p> <p>“(…) pelo conhecimento que tenho é individualizado com as nossas crianças, é feito individualmente com cada aluno especificamente para aquele aluno. (…) é individualizado.” PDEE3</p> <p>“No ano passado era em contexto individual, as atividades eram dinamizadas na unidade de MD em contexto de individual (…)” PDEE4</p> <p>“Este ano [2017-2018] era individual (…)” PDEE5</p> <p>“E no caso dele (…) em grupo trabalha muito mal, fica muito agitado e depois não se consegue concentrar-se na tarefa que lhe é pedida. E é atrasado a nível de vida dele, atrasa um pouco a vida dele e o desenvolvimento.” PP1</p> <p>“Eu penso que funciona em grupo.” PP2</p>
--	--	---

		<p>“(…) em grupo na escola.” PP3</p> <p>“Eu acho que ela [terapeuta da fala] trabalha com ele em grupo.” PP5</p> <p>“Eram partilhadas as tarefas a fazer e a desenvolver pelo terapeuta em colaboração com o professor que estava na unidade ou o trabalho em grupo [com os pares].” PDEE2</p> <p>“(…) e faço intervenção em grupo, embora o objetivo não seja a intervenção de grupo. Desenvolvo competências em contexto unidade, em contexto de recreio que são, lá está, para o grupo em geral.” PTF1</p> <p>Por vezes faço (...) intervenção em grupo para trabalhar um bocadinho a comunicação entre eles, quando são casos mais fáceis (...). Porque quando são aqueles casos graves que dão pouca resposta, o trabalho de grupo não trás muitos ganhos, sinceramente. Depende, quando são miúdos mais funcionais aí sim, dá para fazer um trabalho de grupo para trabalharmos</p>
--	--	---

		<p>a comunicação, para trabalharmos aspetos de interação, e de linguagem quando é possível. Quando eles têm assim mais capacidade cognitiva, (...). Dependendo dos miúdos das unidades de multideficiência em qual estamos a trabalhar porque eu trabalho em mais que uma, e há unidades onde tem miúdos mais funcionais e há outros miúdos com quadros clínicos mais graves e que não dá para fazer um trabalho tão... principalmente o de grupo, fica um bocadinho de parte.” PTF2</p> <p>“Já houve crianças em que eu trabalhei em grupo porque, beneficiavam mais (...)” PTF3</p> <p>“O nosso papel nas escolas passa muito por trabalhar no contexto em que elas inserem, e isso é uma coisa da minha parte, acho que foi cada vez mais potenciada ao longo dos anos, cada vez mais eu trabalho em grupo, (...) procuro que haja a promoção da interação entre uns e outros e potenciar as pessoas que estão à volta deles.” PTF5</p>
--	--	--

		<p>Mas acho, que (...) em alguns momentos deveria haver modalidades de grupo (...) acho que era benéfico tanto para a criança como para o grupo.” PDEE1</p> <p>“Não é em grupo (...).” PDEE3</p> <p>“(...) mas já tive quem trabalhasse em grupo, quando têm as características bastante semelhantes e assim até permite a interação entre eles, não se sentem tão inibidos (...). Eu acho que resulta das duas formas [individual e grupo], também depende um pouco do terapeuta e das próprias crianças.” PDEE5</p> <p>“(...) houve crianças em que tive que trabalhar no contexto em sala com os professores e com a sua turma (...).” PTF3</p> <p>“(...) percebemos que tinha mais resultados trabalhando em conjunto com a terapia ocupacional. Acho que foi quando começaram a juntar a terapia da fala e a terapia ocupacional</p>
--	--	---

		<p>que ele começou a ter mais resultados. Deu mais resultado quando se juntaram as duas terapeutas.” PP4</p> <p>“(…) de facto nas unidades de MD, eu privilegio atividades de grupo. (…). Outras vezes tenho a sorte de trabalhar com a minha colega, terapeuta ocupacional, faz-se um trabalho muito rico, em termos de competências.” PTF4</p>
--	--	--

Tema: O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com multideficiência no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Categoria: Apoio fornecido pelo TF

Sub-categoria: Indireto (10)

Unidades de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
	Consultoria (10)	<p>“Recebi muitas dicas e apoio preciosos da terapeuta.” PP2</p> <p>“(…) foram-me dando o feedback como é que ele reagia e eu também fui dizendo como era em casa ao nível da comunicação foi mais assim.(…) a nível de intervenção, nem sempre conseguem os objetivos, se trabalhar sozinho com ele, se o pai ou a mãe estiverem envolvidos, ele responde mais rápido (..) eu conhecia coisas que as terapeutas não conseguem, porque ele é muito chegado à família (..).” PP4</p>

		<p>“Consultoria, também, pois é fundamental e dentro das nossas competências em contexto escolar é fundamental que façamos isso com todos os intervenientes, com os professores de educação especial, com os professores do ensino regular, com os assistentes operacionais, com a direção porque, primeiro nós não estamos lá sempre. O desenvolvimento das competências que pretendemos que sejam adquiridas, não vão ser só trabalhadas quando estamos lá. Além de que, o resto dos profissionais muitas vezes sentem que não tem formação, que não têm conhecimento.” PTF1</p> <p>“(…) em momentos de alimentação e de lanche e assim, eu passo estratégias às funcionárias de como alimentar (…).” PTF2</p> <p>“Trabalho noutra contexto, que são as reuniões com os professores, um pouco de consultoria em dar muitas estratégias aos professores e algumas vezes há oportunidade de dar essas estratégias às famílias, mas em contexto educativo é mais com os professores e auxiliares.” PTF3</p>
--	--	--

		<p>“(…) quando falo em consultoria é com os professores. Com os pais é mais complicado. (…), hoje em dia não tenho, infelizmente tanto tempo para a consultoria. Tem que ser mesmo naquele tempo do agrupamento, não consigo ir lá de outra forma [redução do horário]. O período das interrupções letivas, os miúdos não vão à escola, mas o nosso trabalho continua (…) a ser da escola, do agrupamento. Muitas das vezes, as reuniões é com os (…) professores que estão mais distantes do aluno no dia-a-dia, com os diretores de turma ou com os próprios professores titulares. É mais nestes termos que a interrupção letiva é possível fazermos reuniões um bocadinho mais prolongadas e mais específicas, mais detalhadas sobre as necessidades ou até mesmo de construir material para eles levarem para as salas ou para ficarem nas salas, este tipo de tarefas. (…) Posso não conseguir trabalhar com todas [crianças/adolescentes com MD], também nunca estou só. Eu, as funcionárias, a professora, eu gosto de as envolver nesse tipo de tarefas para que depois ao longo da semana, porque eu só vou uma vez por semana a cada unidade, para que depois ao longo da semana possa ser</p>
--	--	---

		<p>trabalhada as atividades que envolvam este tipo de competências. (...).” PTF4</p> <p>“Em consultoria, eu acho que cada vez mais, tendo em conta o nosso tempo nas escolas.” PTF5</p> <p>“(…), [não é realizado] nem de consultoria.” PDEE3</p> <p>“(…) em consultoria com os professores, era muito na dinamização dos sistemas alternativos, muito à base disso. Havia muito trabalho de partilha, informações constantes. Até no ano passado, muito na questão da comunicação, tentar encontrar ali um processo que fosse unânime para todos” PDEE4</p> <p>“Posso dizer que sim [consultoria]. Gostaria de ter mais, mas compreendo que para a terapeuta da fala não será fácil (...). Ela tem pouco tempo para comunicar connosco. A maioria das vezes falamos quando vem buscar o aluno ou deixá-lo na unidade, mas como os apoios são todos seguidos acaba por</p>
--	--	--

		ser difícil esse diálogo entre o terapeuta da fala e o professor.” PDEE5
--	--	---

Tema: O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com multideficiência no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Categoria: Apoio fornecido pelo TF

Sub-categoria: Desconhecimento da família (1)

Unidades de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
		“Na escola, neste momento, neste ano que ocorreu [2017-2018] por acaso não estou a par dessa situação, se ele tem individual, grupo, ou se existe consultoria. Não tenho conhecimento disso.” PP1

Tema: O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com multideficiência no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Categoria: Apoio fornecido pelo TF

Sub-categoria: Espaços formais (18)

Unidades de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
	Unidade (9)	“(…) a terapia da fala (…) é feita na sala da unidade, junto com os professores (...). Penso, que não há ali uma sala para terapias individualizadas. Penso que é tudo feito no contexto de sala da unidade. (...). Eu acho que é porque, em primeiro pela falta de meios físicos na escola para trabalhar de outra forma (...). Penso que será por isso e porque também é importante trabalhar no contexto escolar com a criança. É importante os professores receberem orientações profissionais (...) das terapias e porque, as crianças são todas diferentes e as terapias têm que ser individualizadas e os

		<p>professores também têm que compreender um bocado com isso. A terapeuta vai orientando a criança à medida do que ela precisa, das respostas que ela precisa, do trabalho que é preciso fazer com ela.” PP2</p> <p>“(…) é na sala da unidade. Ela dá a terapia da fala na sala da unidade, mas depois ela acaba por transportar isso para os vários sítios onde vai com ele.” PP3</p> <p>“É na sala da unidade juntamente com os outros meninos até porque ele precisa de trabalhar um bocadinho o facto de estar acompanhado. (…).” PP4</p> <p>“Não tenho um local maioritário, dentro do contexto escolar, são todos os contextos, na unidade (…).” PTF1</p> <p>“(…) são crianças que ficam agitadas e que choram com o barulho. Portanto, temos que dar o almoço mesmo na unidade se não conseguimos dar o almoço com eles a chorar</p>
--	--	---

	Sala individual (6)	<p>incomodados com o barulho, com toda aquela informação, (...), apoiámos essencialmente na unidade (...)" PTF2</p> <p>"Eu trabalho sempre dentro da unidade. É muito raro retirar o aluno, só se for para trabalhar uma competência específica." PTF4</p> <p>"Maioritariamente, (...) no espaço da sala da unidade mais calmo, para fazer a sessão (...) individual." PDEE1</p> <p>"O terapeuta da fala trabalhava (...) na unidade. PDD2</p> <p>"Quando há unidade é na unidade. De todas as escolas por onde eu passei foi sempre na unidade." PDEE4</p> <p>"(...) agora ele tem uma terapeuta que trabalha mais na sala. Uma sala que é mais individual, mas isso fica mais ao critério da terapeuta. Ela acha melhor por causa do comportamento dele. Deve ser mais benéfico." PP1</p>
--	---------------------	---

		<p>“(…) numa sala à parte da sala de aula porque assim exige o horário para o agrupamento.” PTF3</p> <p>“Maioritariamente, é numa sala à parte (…)” PDEE1</p> <p>“O terapeuta da fala trabalhava ou numa sala à parte que foi criada para as terapias (...). Mas para mim o trabalho eficaz é na sala da unidade e não naquela sala à parte. Acho que é mais eficaz, ali é o contexto onde a criança no dia-a-dia e no fundo acaba por favorecer e promover o trabalho colaborativo com o docente de educação especial.” PDEE2</p> <p>“Normalmente, é feito numa sala à parte com o aluno. (...) Uma sala que não tem ninguém, por acaso temos uma sala vazia (...) no dia em que a terapeuta da fala vai (...) e ela dá a terapia, tanto a terapeuta da fala, como a psicologia, como a terapeuta ocupacional.” PDEE3</p> <p>“É numa sala em individual. Porque conseguem ter outras condições. Aqui estão a decorrer outras atividades, a</p>
--	--	---

	Sala de aula (3)	<p>concentração da criança não deixa desenvolver bem a atividade. Mas também (...) não é um dogma, sempre que eles acham que aqui estão melhor, nós estamos recetivos desde que seja o melhor para a criança, também o melhor para nós e para os terapeutas.” PDEE5</p> <p>“Em contexto sala de aula, o trabalho do terapeuta da fala, também está muito relacionado com a manutenção de um comportamento ajustado e mesmo de interação. Embora, isto é um bocado polémico, porque dentro da sala de aula não se interage, eu acho que dentro da sala de aula é muito para os outros, para o aceitar, reagir, porque eles muitas vezes eles tem comportamentos desajustados, gritos, mordem-se, batem-nos e eu reajo sempre a essas situações de forma muito normal.” PTF1</p> <p>“(…), cada vez mais com a entrada do novo decreto e a consciencialização para os professores que a criança tem de passar mais tempo em sala de aula, de acordo com o grau de</p>
--	------------------	--

		<p>funcionalidade da criança/jovem na MD, eu também trabalho na sala de aula.” PTF5</p> <p>“(…) se houver um grau [um perfil de funcionalidade] que proporciona que o aluno vá há sala, devem ir trabalhar à sala (…). Os meninos da unidade iam à sala para trabalhar com os alunos da sala com a turma o sistema de comunicação.” PDEE4</p>
--	--	---

Tema: O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com multideficiência no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Categoria: Apoio fornecido pelo TF

Sub-categoria: Espaços informais (17)

Unidades de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
	Recreio (8)	<p>“(…) se o horário dele apanhar a hora do recreio, ela [terapeuta da fala] vai lá para fora com ele. Se o horário dele apanhar (…) a alimentação, porque apanha o recreio com o lanche.” PP3</p> <p>“Se o que quero promover é a comunicação então eu trabalho no intervalo ou no recreio.” PTF1</p> <p>“(…), apoiámos essencialmente (…) nos recreios (…)” PTF2</p>

		<p>“(…) ainda tive um caso em que fui fazer, porque precisava dessa informação, observação indireta ao contexto de recreio. Mas isso, é raramente, porque também o tempo que nos é fornecido não é muito para trabalhar [no recreio]. (….) por vezes nos recreios temos oportunidades (…), de fazer observação indireta, esse faz parte do nosso trabalho, mas não está contemplado no nosso horário.” PTF3</p> <p>“Também pode acontecer no recreio, mas é menos comum no meu caso.” PTF4</p> <p>“O recreio, a questão da promoção da interação com os outros meninos ou algumas atividades que promovam a interação, comunicação, a procura do outro, é nesse sentido, em parceria até muitas vezes com a terapeuta ocupacional quando isso é possível, para que ela [criança e/ou adolescente com MD] não fique tão isolada (….) que haja uma procura no brincar.” PTF5</p> <p>“Mas também o faz muitas vezes no recreio (….)” PDEE1</p>
--	--	---

	Refeitório (5)	<p>“(…), às vezes vinha ao recreio.” PDEE2</p> <p>“(…) sei que a terapeuta da fala trabalhou com ele na cantina. (…) E daí ir para a cantina, trabalhar a refeição, estar com a professora e explicar como podemos lidar com esta criança.” PP2</p> <p>“Agora se o que quero promover é a alimentação, a utilização de novas texturas, introdução de novos alimentos faz sentido trabalhar na cantina.” PTF1</p> <p>Quando eles almoçam no refeitório, eu acompanho no refeitório onde estão outros alunos.” PTF2</p> <p>“Trabalho na cantina (...), porque é o sítio mais indicado para trabalhar a alimentação com estes alunos. E aliás, eles [crianças e adolescentes com MD] precisam de estar envolvidos com as restantes crianças. Estou lá, pois ajudo na quantidade de alimento, ajudo nos posicionamentos, no</p>
--	----------------	---

	Casa de banho (4)	<p>controlo da respiração, na quantidade de oxigénio, entre outras...” PTF4</p> <p>“Na cantina porque, tem haver com as questões da alimentação, da participação, da comida, as técnicas utilizadas na mastigação, (...) pode ser feita também a estimulação nesse momento.” PTF5</p> <p>“Se eu quero promover é a utilização da comunicação para o controlo dos esfíncteres, vou trabalhar na casa de banho (...)” PTF1</p> <p>“Trabalho na casa de banho na questão da higiene oral.” PTF4</p> <p>“Na questão da casa de banho será ao nível da higiene oral, (...) enquanto terapeuta da fala.” PTF5</p> <p>“(…) também o faz (...) na casa de banho (...), nas atividades de vida diária.” PDEE1</p>
--	-------------------	--

Tema: O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com multideficiência no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Categoria: Apoio fornecido pelo TF

Sub-categoria: Adaptações (5)

Unidades de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
	atividades/ambiente	<p>[Apoio adaptado às necessidades da criança/adolescente com MD] “Muitas das vezes nós temos de ir de encontro às necessidades das crianças e isso também é parte dos técnicos em que ajusta as atividades perante cada necessidade da criança por exemplo para a alimentação, para a mobilidade tornar se mais fácil de ir a determinados sítios.” PTF1</p> <p>“Se não há pessoas minimamente preparadas para tentar adaptar as suas atividades elas ficam completamente excluídas.” PTF2</p>

		<p>“A participação está-se a desenvolver, mas a participação está mais restringida porque nas escolas não tem os contextos escolares totalmente adaptados (...). A participação escolar propriamente dita, fica bastante... é difícil fazer a integração (...). Temos as salas das unidades, porque estão adaptadas para eles [crianças e adolescentes com MD] com símbolos, com materiais específicos com rotinas que são estruturadas diariamente (...), já crias um ambiente para que eles possam participar e até desenvolver autonomia da melhor forma. Precisas de adaptar a que nível eles estão do vocabulário, que tipo de instrumento de comunicação é que deve utilizar, será uma capa de comunicação com símbolos? Se tem capacidade para símbolos, se não tiverem irmos a um nível mais básico ao nível da fotografia, se não tem, tens que descer ao nível do objeto referência. A partir daí, tens que desenvolver a comunicação para aquilo que eles precisam no dia-a-dia, que é para as necessidades básicas quer para os interesses e vontades deles. (...) “Agora, fora da sala é mais complicado porque o resto do ambiente vais fazendo algumas adaptações</p>
--	--	--

		<p>no contexto escolar, mas também o resto ainda não está adaptado, até para a própria unidade escolar.” PTF4</p> <p>“(…) elas [crianças e adolescentes com MD] necessitam e muitas vezes não têm e também pela dificuldade que as pessoas que estão à volta dessas crianças tem em que conseguir adaptar essas atividades no dia-a-dia à funcionalidade dessa criança.” PTF5</p> <p>“(…) o que acontece é que se temos os alunos junto da turma e dos pares, conseguimos com mais ou menos adaptações que eles participem.” PDEE2</p>
--	--	--

Tema: O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com multideficiência no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Categoria: Apoio fornecido pelo TF

Sub-categoria: Satisfação (9)

Unidades de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
	Atitudes dos profissionais (6)	<p>“A nível da atenção e esforço, dedicação acho que sim são aplicados [profissionais] dentro dos meios que possuem.” PP1</p> <p>“Acho que o trabalho das terapeutas é importante” PP4</p> <p>“O que existe de mercado não é adequado a ele, e teve que se fazer um trabalho de pesquisa e nesse aspeto a terapeuta da fala da unidade foi fantástica. Tive mais resultados na unidade do que ao nível particular.” PP4</p>

	Integração na UAEM (3)	<p>“(…) é um apoio muito bom.” PP5</p> <p>“(…) na unidade onde está o D. os terapeutas são excelentes.” PP5</p> <p>“Há muitos bons profissionais, nomeadamente terapeutas da fala.” PDEE1</p> <p>“(…) nesta unidade onde ele tem estado, eu acho que ele desenvolveu algumas faculdades (…).” PP1</p> <p>“Este ano eu senti uma grande evolução na autonomia ao comer e acho que foi feito um trabalho fantástico na escola ele já consegue pegar na colher sozinho e levá-la à boca, e muito mais. (...) tem sido muito importante o trabalho que ele faz na escola, na unidade (...) que ele desenvolve com os terapeutas (...). Acho que foi feito um trabalho fantástico na escola (...).” PP2</p>
--	------------------------	--

		<p>“Estou agradada, o G. andou num infantário normal até aos 6 anos e quando o trouxe para a unidade foi muito difícil, porque imaginava tudo do pior e achava que ele não iria desenvolver-se, e não, foi uma mais valia o facto de ele ter integrado uma unidade multideficiência apesar de ele ter muitas reticencias no início. Penso que sim, ao nível de unidade tive sorte” PP4</p>
--	--	--

Tema: O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com multideficiência no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Categoria: Apoio fornecido pelo TF

Sub-categoria: Insatisfação (5)

Unidades de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
	Ausência de formação dos profissionais (2)	“(…) mesmo por parte dos professores que não estão preparados para trabalhar com eles [crianças e adolescentes com MD]” PTF2 “O grave problema é que eu acho que nas escolas, no seio escolar, temos alguma dificuldade em conseguirmos alguns profissionais de qualidade” PP3
	Ausência de resposta individualizada (3)	“(…) no entanto, para nós acho que ainda fica bastante aquém daquilo que podia ser (.) mas não são muito

		<p>direcionados para as necessidades que eles tem. (...) O desenvolvimento dele não está tão dependente de nós visto que ele passa bastante tempo na unidade, no dia-a-dia e o desenvolvimento é mais a parte deles [profissionais], eles é que passam mais horas com ele.” PP1</p> <p>“E muitas vezes os professores fazem trabalhos que são muito gerais, independentemente da sua capacidade cognitiva ou não. O que torna a vida do meu filho um bocadinho mais complicada (...). Porque ele tendo muita cognição e muita capacidade, estando com atividades iguais para meninos com muito ou com pouca cognição, ele acaba por ficar muitas vezes frustrado nas atividades que lhe dão diariamente.” PP3</p> <p>“O que acontece muitas vezes os professores não sabem adaptar as atividades, mas outros sim.” PDEE1</p>
--	--	--

ANEXO H

Matriz Conceptual – Unidade 3 do guião de entrevista (**Comunicação do TF e envolvimento do TF com a família no contexto escolar**)

Tema: O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com multideficiência no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Categoria: Comunicação do TF e envolvimento do TF com a família

Sub-categoria: Frequência da comunicação/envolvimento (16)

Unidades de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
	Esporádica (12)	<p>“Não é uma comunicação intensiva, é esporádica. (...) Acho que há muita falha de comunicação. (...) houve muita falha porque não tive conhecimento nenhum do que ele fez em terapia da fala. (...)” PP1</p> <p>“A comunicação é esporádica. Nós encontrámo-nos nas reuniões e volta e meia encontrámos à saída da escola porque, as terapeutas também têm o horário delas e eu também tenho os meus. (...) Mas eu sei, que se tiver alguma dúvida também me basta enviar um email porque eu tenho os e-mails das</p>

		<p>terapeutas (...), se precisarem de falar comigo também disponibilizo-me sempre, mas tem sido esporádica a comunicação mas muito útil, porque fazemos um ponto de situação volta e meia. (...).” PP2</p> <p>““Em relação à da escola [terapeuta da fala da escola] é como eu digo, não falo, digo bom dia/boa tarde, mas não tenho grande feedback até das situações. (...) na escola eu não posso falar muito porque, eu pouco contacto tive com ela. ” PP3</p> <p>“Durante o ano letivo, normalmente nós reunimo-nos três vezes por ano com a família.” PTF2</p> <p>“(...) infelizmente há casos em que a comunicação é esporádica, só no início do ano letivo, que se inicia o apoio, (...) nós chamamos no início do ano e depois no final do ano se houver alguma transição de mudança de ciclo, do primeiro para o segundo ciclo (...). Quando já estamos a falar de adolescentes que estão a trabalhar com projetos com outras</p>
--	--	---

		<p>entidades parceiras dentro da escola, por exemplo, quando estão a desenvolver os PIT's [plano individual de transição] em que há o apoio do TF, aí já conseguimos ter um contacto mais próximo da família mas isso também depende do projeto que está, da equipa que integra o centro de recursos para a inclusão." PTF3</p> <p>“Tenho pais que tenho o contacto pessoal e eles têm o meu. Sempre que há uma questão, ligo, conversámos, (...). tenho estas situações que o pai ou a mãe ligam-me ou vice-versa. Tenho situações que é preciso fazer uma convocatória para que os pais venham à escola, conversar sobre os seus filhotes (...). Não posso dizer que é uma comunicação frequente, se tivesse que caracterizar é esporádica (...).” PTF4</p> <p>“Há uma rotina mais frequente que é nas avaliações, estamos mais com os pais, para saber e conhecer melhor ou em casos esporádicos. Em que nós vimos uma alteração muito grande naquela criança e temos mesmo que reunir. E reunimo-nos com os pais ou reunimo-nos com as equipas dos centros onde</p>
--	--	---

		<p>estas crianças são acompanhadas esporadicamente (...). Quando há uma necessidade muito forte e que urge essa situação de reunião. Se não, o ano letivo vai decorrendo e na avaliação nós voltamos a falar, se não houver nenhuma situação grave.” PTF5</p> <p>“A comunicação é esporádica. (...). Eu acho que o envolvimento é esporádico, mas na minha opinião deveria ser mais frequente, mais próximo para haver ali uma ligação entre a família e os terapeutas que acompanham a criança. Deveriam começar a adotar páticas nesse sentido.” PDEE1</p> <p>“A comunicação acaba por ser esporádica, no sentido dos tempos que são concedidos ao tf para prestar o apoio (...). A ser, deveria ser mais frequente.” PDEE2</p> <p>“Pode-se dizer que na maioria das vezes é esporádico (...).” PDEE3</p>
--	--	---

	Frequente (4)	<p>“Acho que é esporádico (...) e o envolvimento também é esporádico” PDEE4</p> <p>“A comunicação da família com o terapeuta é esporádica, sempre através de nós, docentes. (...) acho que se devia criar essa oportunidade, pelo menos uma vez por ano, no início para estabelecer depois de conhecer os alunos, o que se vai fazer e no final do ano avaliarem, para alinhar arestas.” PDEE5</p> <p>“É frequente [comunicação e envolvimento], eu todos os dias vou à escola, por isso acabamos por trocar ideias. Não estou a dizer que é todos os dias, mas vamos partilhando uma coisa ou outra, como é que corre relativamente a isto. (...) eu acho que o contacto diariamente é importante, porque se não, não conseguimos chegar a lado nenhum. (...) No nosso dia-a-dia há muita interação, só assim é que se consegue os resultados.” PP4</p>
--	---------------	--

		<p>“(…) o meu caso com a terapeuta da fala é uma vez por período, por isso é esporádica. Só se a vir lá na escola, por algum motivo se tiver que ir lá de manhã. O meu marido é que está mais vezes com ela, porque vai levá-lo e encontra-a. Ela vem busca-lo à porta e falam, por isso a comunicação com ele é mais frequente. O meu marido fala sempre com ela de manhã. E o meu marido está sempre disponível, como eu. Eu, é mesmo uma vez por período.” PP5</p> <p>“(…) nas famílias que eu tenho uma comunicação mais frequente (…) não é só uma comunicação, é um trabalho, é uma parceria.” PTF4</p> <p>“(…) só se surgir algo de grave ou mais específico aí torna-se mais frequente. (…) Eles falam com os pais dos alunos sempre que seja solicitado, eles falam com os pais (…)” PDEE3</p>
--	--	---

Tema: O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com multideficiência no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Categoria: Comunicação do TF e envolvimento do TF com a família

Sub-categoria: Envolvimento (41)

Unidades de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
	Momentos (inicial/regular) (3)	<p>“No início, há (...) bastante interação, até para o conhecer, para fazer o reconhecimento dele e das dificuldades que ele tem (...). Depois, não há muita interação.” PP1</p> <p>“(...) eu pouco contacto tive com ela, a não ser quando ela chegou (...)” PP3</p> <p>“(...) como eu venho todos os dias à unidade, a tf pergunta: <i>como é que ele faz em casa?</i> Há sempre essa ligação não</p>

	<ul style="list-style-type: none">• Conversa informal (2)	<p>de questionar de aprender, só sabemos as coisas no final de cada período por escrito das terapeutas.” PP1</p> <p>“Os terapeutas fazem os relatórios e nós fazemos chegar aos encarregados de educação. Não existe nenhuma reunião formal, só se por algum motivo especial seja convocado. Nas reuniões de avaliação eles não estão presentes, mas nunca houve ninguém que não disse que tinha disponibilidade ou não estava pronta para falar com o pai sobre isto. Eles estão recetivos, penso que ainda não criou oportunidade e os pais também querem saber, se é a mesma, quem é, e como trabalha, quais os objetivos da planificação. Nós tentamos passar a informação o mais direita possível.” PDEE5</p> <p>“Vou comunicando só verbalmente o que é preciso. Nunca assisti ao trabalho da escola (...), as coisas só são simplesmente comunicadas (...). Por vezes, através dos auxiliares (...), quando o vou buscar à escola, a auxiliar <i>ele hoje fez isto assim assim</i>, e eu vou sabendo porque nem sempre é possível encontrar [as terapeutas].” PP2</p>
--	---	--

	<p>Colaboração com a família:</p> <ul style="list-style-type: none">• Identificação das necessidades da família (5)	<p>“Infelizmente, ainda há muito a falta do contacto com as famílias passando apenas só pelo professor titular.” PTF3</p> <p>“No ano passado tínhamos esse feedback, e até questionou-me uma vez acerca da baba, se gostaria que trabalhasse isso, o que eu poderia fazer em casa, essas coisas. Mas este ano, não!” PP1</p> <p>“Quando me reúno com os pais tenho em conta as suas necessidades, o que está a correr bem e menos bem, o que poderia ser feito para que consiga melhorar aquele aspeto.”PTF1</p> <p>“A família fazendo parte da equipa e falamos dos objetivos de trabalho, o que eles também consideram mais prioritário trabalhar com a criança, o que é que eles gostavam que nós trabalhássemos com a criança, o que eles sentem mais necessidade e damos um feedback do que temos feito também na escola (...). Devemos ter em consideração as prioridades da família e apoiá-los a partir daí. Se seguirmos as prioridades</p>
--	---	--

		<p>da família teremos maior colaboração e envolvimento desta.”</p> <p>PTF2</p> <p>“(…) também gosto sempre de discutir com as famílias é a escolha, a seleção de vocabulário a ser trabalhado. Qual é a necessidade em casa, o que é que sentem que mais precisam de priorizar em termos de vocabulário para os símbolos, para a construção dos símbolos, o gesto makaton, o que é que acham? Tento sempre este tipo de trabalho. No início faço sempre aquela reunião inicial com os pais, questões, funcionam como anamnese (...). Portanto, eu tento sempre ir de encontro às questões que também são consideradas prioritárias para a família daquela criança</p> <p>“A articulação é fundamental para o sucesso da nossa intervenção e ir de encontro das necessidades das famílias. Compreende-las e auxilia-las nas suas maiores necessidades, sejam elas quais forem.” PTF5</p>
--	--	---

	<ul style="list-style-type: none">• Auscultação da opinião (5)	<p>“(…) também ela sentiu a necessidade de como não chegava ao G., sentiu a necessidade de nos chamar para perceber como é que ele reagia em casa.” PP4</p> <p>“Sim, sim. Ainda esta semana estivemos a falar com a terapeuta, coisas que ele não faz.” PP5</p> <p>“Eu tento é valorizar as prioridades da família, as dificuldades que a família tem em casa, o que é que eles gostavam de ver trabalhado, o que é que eles sentem mais falta (...). Também eles explicam-me como fazem e eu tento seguir também da mesma forma. Devemos mostrar as alternativas de apoio e deixá-los decidir. Se não houver envolvimento tf-família o apoio não se desenvolve. Estamos muito pouco tempo com a criança. Resumidamente, devemos servir de consultores da família.” PTF2</p> <p>“Além disso, é importante para mim, enquanto tf, a auscultação das necessidades da família e as principais preocupações no âmbito da comunicação, linguagem,</p>
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Partilha de experiências (4) 	<p>alimentação... Desta forma, procuro sempre estabelecer os meus objetivos centrados na criança, mas sempre de forma a ir ao encontro das suas necessidades académicas e familiares. (...).” PTF4</p> <p>“(...) é que muitas vezes nós não concordamos, mas (...), é isso que eles querem, é isso que vamos fazer. Vai demorar mais tempo. Nós temos que fazer ver aos pais, apesar de os pais terem o direito de escolher aquilo que consideram mais importante (...), mas em alguns casos nós temos que fazer ver o que é que é prioritário. Às tantas ele vai ter menos tf e mais ft, porque aquela situação [da criança], tem que ser resolvida o quanto antes.” PTF5</p> <p>“(...) nós estamos a trabalhar, por sugestão da tf (...) o PECS na plataforma digital que também é um trabalho que tem que ser feito para o futuro. Por outro lado, eu também peguei no livro do PECS e desmembrei-o e comuniquei isso à tf (...) tem havido essa comunicação entre mim e as terapeutas, não só o vou buscar conhecimento que elas transmitem-me,</p>
--	--	---

		<p>conselhos e eu também vou comunicando aquilo que vou fazendo em casa, no contexto de casa, às vezes é um bocadinho diferente do da escola.” PP2</p> <p>“(…) depois tento passar estratégias para colocarem em prática em casa. Tento é explicar à família o que faço e pedir que continuem em casa ou eles dizem como é que fazem porque os pais passam muito mais tempo com os miúdos do que nós.” PTF2</p> <p>“Alguns casos em que há oportunidade quando chamamos os pais à escola, há casos em que há oportunidades de fazer esta colaboração com as famílias, pedir o parecer delas, por exemplo, às vezes quando desenvolvemos estratégias para a comunicação tínhamos cadernos, eles levavam para casa e conseguíamos ver isso.” PTF3</p> <p>Às vezes fazem-se coisas muito engraçadas. Às vezes a criança anda com uma máquina de fotografias, as atividades que faço na escola, eu fotografo e levam para casa. Crio</p>
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none">• Passagem de estratégias (5)	<p>cadernos de comunicação com as atividades que foram feitas na escola, o que é que eles almoçaram e lancharam e isto vai para casa. Os pais exploram depois o dia da criança em casa com o caderno, mandam novamente para a escola, fotografam algumas atividades em casa, às vezes livros adaptados a histórias que eu construo para as escolas vão para casa aquele fim de semana. Os pais depois fazem, escrevem como correu (...).” PTF4</p> <p>“(...) foi-nos dadas dicas como nós podíamos explorar, como é que nós podíamos apontar. (...) E depois dá dicas para trabalhar com ele em casa ou noutros contextos.” PP3</p> <p>“(...) ela [terapeuta da fala] também pede para nós trabalharmos alguns aspetos com ele, nós fazemos, dá orientações. (...)” PP5</p> <p>“Fazemos algumas atividades na escola e tentamos ao máximo englobar os pais nessas atividades de forma a proporcionar um maior envolvimento, uma melhor</p>
--	---	--

		<p>comunicação não só com a criança, mas com toda a equipa educativa. Por vezes, surge sempre um comentário, uma estratégia, uma sugestão para que ele tente fazer de outra forma, como também surgem dúvidas aos pais que nos questionam. Tentámos sempre potenciar ao máximo as qualidades positivas dos pais e a partir daí melhoramos sempre mais um bocadinho a relação criança-pais.” PTF1</p> <p>“Às vezes é proposto às famílias virem assistir a uma sessão. (...) Tento muito é fazer uma intervenção baseada nas rotinas deles e dando indicações do que podem fazer nas rotinas (...) tento passar algumas estratégias como poderão trabalhar com essas crianças no dia-a-dia, (...) enquanto os vestem, quando os alimentam, quando dão banho o que é que podem fazer para trabalhar em termos de interação, de comunicação com os seus filhos.” PTF2</p> <p>“Quando é proporcionado momentos com os pais, algumas vezes quando os vão levar, eles comentam. Ele já faz isto, e até mostram um vídeo. E nós percebemos realmente como foi</p>
--	--	--

	<p>Participação da família nos documentos escolares:</p> <ul style="list-style-type: none">• Participação na elaboração (5)	<p>feito, mas ficamos com algumas dúvidas de que forma é que aquilo foi ou fizeram para chegarem até ali. No dia-a-dia, na rotina da escola é muito difícil fazer algumas coisas. Uma coisa é o pai mostrar um vídeo, outra coisa é eu ter oportunidade de o pai ir à escola fazer e mostrar-me o que ele está a fazer. Já aconteceu os pais se disponibilizarem-se e vir mostrar-me como é que fazem. <i>Então mostre-me como faz para eu perceber como é que está a fazer, o que é que eu posso mudar. (...)</i>. Porque às vezes basta mudar de cuidador a fazer e a resposta é diferente.” PTF5</p> <p>“Há uma discussão. Se bem que nunca houve grandes correções no PEI, acho que o PEI tem sido assertivo no que é preciso trabalhar com ele. Houve pequenos acertos no início dos anos letivos, mas nada de ... Ele vem sempre diferente depois das férias de verão, transmito o que ele já consegue fazer isto, começou a fazer isto, começou a fazer aquilo. O PEI é adaptado, mas nunca houve a necessidade de grandes adequações.” PP2</p>
--	---	--

		<p>“Sim, durante o ano acho que vou dando um bocadinho daquilo que pretendo. É criado em função [das necessidades dele], pode acrescentar outras coisas que para mim não é tão importante, mas que depois percebo que também é necessário.” PP4</p> <p>“Normalmente (...) há casos em que é discutido o PEI (...)” PTF3</p> <p>“Normalmente, eu gosto que os pais sejam incluídos nos processos de decisões dos objetivos a trabalhar. Até questões básicas por exemplo, <i>o pai quer que participe na rotina da higiene oral? O pai quer que a criança tenha essa rotina? Vai dar continuidade em casa, à rotina? (...)</i> Se a família não quer, não considera que é um objetivo, como exemplo, da higiene oral, digamos que às vezes há tanta coisa para trabalhar com cada criança que não posso transformar esse objetivo a minha prioridade porque, não é uma prioridade para a família.” PTF4</p>
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none">• Assinatura (5)	<p>“Na unidade em que estive no ano passado sim, havia [participação da família]. Mas lá está, as terapeutas já estavam naquele agrupamento há vários anos, havia continuidade e o trabalho era mais fácil.” PDEE4</p> <p>“Sim, esses documentos nós assinamos. E derivado a essa comunicação entre terapeutas e pais, é uma coisa que acho que falha muito (...). Porque nós, praticamente nunca estamos presentes com os terapeutas. Às vezes vão à escola, a professora pede para assinar o PEI (...). A professora é que nos diz a opinião da terapeuta da fala, a opinião do fisioterapeuta e acho que não devia ser a professora. A professora sim, devia dizer a opinião, mas o terapeuta da fala no final de cada período acho que devia estar presente com os pais, tanto a terapeuta da fala (...). Deviam estar com os pais e dizerem (...) Ser ela a explicar, para nós pormos as nossas dúvidas porque, às vezes nós queremos fazer uma pergunta à terapeuta da fala e a professora não sabe responder, tem mesmo que ser com ela [terapeuta da fala]. Às vezes, se calhar certas coisas que a terapeuta da fala escreve</p>
--	--	---

		<p>e que nós perguntamos à professora “<i>o que é que ela escreveu</i>” e ela também não nos sabe transmitir o porquê (...).” PP1</p> <p>“Não. Nem da fala nem de nada. Nós quando temos, temos aquilo em concreto.” PP3</p> <p>“Os pais participam sempre na realização dos documentos, obrigatoriamente, pelo menos tem que os assinar. A participação pode efetivamente passar por aí, assinar ou pode passar por construí-la ativamente. Isso não depende só de nós, depende da própria posição dos pais. Muitas vezes, o desconhecimento deles faz com que não queiram participar.” PTF1</p> <p>“Para mim, e quando entrei na unidade não era a prática recorrente de os tfs assinarem e participarem ativamente no CEI. Eu traçava o CEI, traçava o currículo a desenvolver com o aluno e depois os terapeutas entregavam-me a planificação. Quando eu entrei lá, eu quis... acho que o tf deve participar</p>
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none">• Possibilidade de correção do documento (3)	<p>ativamente junto com o professor EE e a família. A família ter acesso. Porque eu acho que a família deve participar em todo o processo e está contemplado na legislação que os pais são a parte ativa na elaboração do currículo para desenvolver com o aluno.” PDEE2</p> <p>“(…) É óbvio que os pais por vezes questionam-se, por ter termos que não compreendem, e nós explicamos.” PDEE5</p> <p>“No início do ano ela mostra-nos e nós dizemos se concordamos ou se falta alguma coisa. Se faltar alguma coisa, ela acrescenta. Se tiver alguma coisa que não concordamos, retira. Assinamos. Normalmente, se isso aconteceu foi uma vez, normalmente está sempre de acordo com o que nós pensamos.” PP5</p> <p>“Devia de ser. Na realidade, isso é o que devia ser feito (...) Estabelecer de acordo [com as prioridades, as necessidades dos pais] (...) é não é. Porque isso não acontece (...) nós fazemos, nós desenvolvemos o PEI/CEI, claro que chamamos</p>
--	--	---

		<p>a família para ler o PEI/CEI, para ver se concorda. Se calhar as coisas deviam ser feitas ao contrário. Primeiro deveríamos questionar a família e depois é que o PEI/CEI deveria ser elaborado, (risos) mas neste momento é o que está acontecer, é que são os profissionais que elaboram o PEI/CEI e depois a família é chamada para ler e ver se concordam ou se querem fazer uma alteração, algum objetivo que queira acrescentar (...).” PTF2</p> <p>“Nem sempre há esse envolvimento, deveria haver mais. Por norma o documento é realizado e apresentado posteriormente aos pais para discussão dos objetivos e se concordam ou não. Nesta fase é que as expectativas dos pais são muitas vezes discutidas em função da sua funcionalidade e do que a escola delineou para os seus filhos.” PTF5</p>
--	--	--

Tema: O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com multideficiência no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Categoria: Comunicação do TF e envolvimento do TF com a família

Sub-categoria: Importância atribuída (14)

Unidades de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
	Relacionamento família-terapeuta <ul style="list-style-type: none">• Parceria (13)	“Eu acho muito importante, para saber o que a terapeuta da fala está a fazer com ele (...), para termos conhecimentos e conseguirmos ajudar.” PP1 “Acho que o envolvimento quer de uma parte, quer da outra (...) é fundamental em contextos diferentes a criança pode ter comportamentos diferentes e há coisas que ele faz na escola que com certeza não faz em casa e vice-versa.” PP2

		<p>“(…) a comunicação não verbal não é a mais importante, mas é a que reconhecemos como normal (...), tem que haver alguém [terapeuta da fala] que nos faça essa mediação (...). A mediação foi feita por essa tf que começou a trabalhar com o meu filho, (...) mas são duas horas por semana, se nós não tivermos um trabalho contínuo das aprendizagens que ela nos vai dando, os meninos também de semana a semana esquecem (...). Não há uma realização contínua do trabalho dela [da terapeuta da fala].” PP3</p> <p>“Se não houver esta interação entre os pais, com as terapeutas, com as professoras e com as auxiliares nós sentimo-nos um bocadinho perdidos. Não sabemos o que é que ele fez, o que é que ele conseguiu alcançar. Se foi bom o dia, se não foi, e é importante até porque ele passa seis horas na unidade e o resto em casa (...). Se não houver este tipo de interação, perdemo-nos um bocadinho. E nem sabemos muito bem, até podemos fazer tudo ao contrário daquilo que a terapeuta está a experimentar ou então a terapeuta está a fazer coisas que não vai chegar lá, mas nós, como pais percebemos</p>
--	--	---

		<p>que é assim que ele vai [conseguir]. Isso acontece um bocadinho.” PP4</p> <p>“(…) se queremos que o D. desenvolva todas as áreas é fundamental a articulação com a terapeuta da fala, como também, com a restante equipa. Mas, como estamos a falar do caso da terapia da fala é imprescindível essa comunicação e envolvimento para nos fornecer ferramentas. E nós mencionar o que está a correr bem ou mal em casa com o D. (…). É importante para a família saber o que está a ser feito, para também em casa ser trabalhado.” PP5</p> <p>“O envolvimento com a família é fundamental, uma vez que esta é quem melhor conhece a criança. São eles os elementos com quem a criança está a maior parte do tempo.” PTF2</p> <p>“Em todo o tipo de acompanhamento terapêutico é importante a comunicação com as famílias e até mesmo a presença dos pais em algumas sessões para estabelecer estratégias mais eficazes e principalmente para definir os</p>
--	--	--

		<p>objetivos de intervenção e transpô-los para diversos contextos. O trabalho com a família é de extrema importância, a família deve ter um papel ativo na intervenção terapêutica.” PTF3</p> <p>“Considero importante o contacto direto com as famílias ou cuidadores das crianças das unidades, uma vez que o trabalho em cooperação é o único caminho a ser percorrido no contexto de intervenção. As crianças estão na escola durante o dia, mas regressam a casa no final do dia e nos períodos de interrupção letiva, pelo que os familiares devem saber utilizar estratégias para o contexto de casa (para as rotinas, para as atividades de lazer...)” PTF4</p> <p>“Na MD eu noto mais esta dificuldade, o processo de comunicação é de extrema importante, porque há muita informação que não chega à escola de casa e há muita informação da escola que tem de chegar o mais rapidamente o possível a casa e para o trabalho que desenvolvemos é importante perceber se está a funcionar ou não está. Pegar na</p>
--	--	--

		<p>palavra comunicação, e nós sendo tfs, se pensarmos em sistemas de comunicação nós queremos perceber como é que as coisas estão em casa, o que está a funcionar e o que não está, quais são as necessidades. (...).” PTF5</p> <p>“É fundamental essa relação entre pais e terapeutas da fala, para que sejam comunicados aos pais o que estão a trabalhar para que estes possam em casa colocar em prática. E também os pais dizerem o que corre mal e bem em casa. É importante o envolvimento porque vai promover o desenvolvimento da criança, porque há coisas que não é naquele bocadinho que o tf está com a criança que nós podemos avaliar o grau de eficácia delas. E, se elas também forem trabalhadas em casa, se o tf introduz e o pai desenvolve, acho que sim, é benéfico.” PDEE2</p> <p>“Falar com as famílias é sempre muito importante, ainda que seja meramente informativo, pois, assim, conseguiremos fazer com que intervenham no processo educativo para além de obterem informações sobre o seu educando. O intercâmbio</p>
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none">• colaboração baseada na confiança (1)	<p>é muito saudável e ajuda bastante nas respostas que se pretendem do aluno através da aquisição de competências para ajudar.” PDEE3</p> <p>“É fundamental. São os pais que passam mais tempo com as suas crianças e assim sendo eles devem ter uma comunicação e um envolvimento frequente, para que possam orientar os pais no melhor sentido (...)” PDEE4</p> <p>“Tal como os outros profissionais que trabalham com estas crianças, é muito importante dar continuidade do que se faz aqui [na escola].” PDEE5</p> <p>“(...) o contacto com as famílias é fundamental. Nem sempre é fácil conquistar a confiança dos pais. É necessário ter a confiança deles para conseguirmos desenvolvermos um trabalho eficiente, significativo para a criança. Nós estamos com eles, em acompanhamento o tempo que estamos, pode ser uma vida, mas por norma não é. Eles vão estar sempre com eles. São os principais promotores de competências e</p>
--	--	--

		<p>quem mais influencia as crianças e quem tem contacto com eles mais efetivo. Tiveram com eles, desde sempre. E sem os pais, o processo terapêutico fica de facto muito condicionado porque, aquele trabalho de gabinete clássico com crianças com MD não funciona (...).” PTF1</p>
--	--	--

Tema: O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com multideficiência no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Categoria: Comunicação do TF e envolvimento do TF com a família

Sub-categoria: Condicionantes (25)

Unidades de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
	Organização do serviço <ul style="list-style-type: none"> • horário (8) 	Fatores, só se for mesmo a questão dos horários, a incompatibilidade por vezes dos horários. (...) Por vezes complicam um bocadinho mais as pessoas comunicarem um bocadinho mais.” PP2 “Os contactos, a disponibilidade dos pais, se trabalham ou se não trabalham, se tem disponibilidade para vir à escola ou não.” PTF2

		<p>“Infelizmente, porque o horário também não contempla (...) Mas muitas vezes, a reunião passa para além ao horário [do terapeuta da fala], (...) e passa muitas vezes pelo professor do ensino especial.” PTF3</p> <p>“hoje em dia os pais trabalham (...). Todos têm os seus empregos, têm as suas vidas muito complicadas (...) para mim é a principal barreira é essa. O horário escolar coincide com o horário de trabalho dos pais e às vezes, as entidades empregadoras nem sempre são flexíveis e compreensíveis em relação a este tipo de perturbação [condição da MD]. Algumas são, uma vez mais, os contextos onde eu trabalho não são grandes cidades, ou seja, há sempre alguma dificuldade e muitos dos meus pais trabalham em fábricas, horários muito complicados e, portanto, são barreiras consideráveis.” PTF4</p> <p>“(…) acho que os tñ’s deveriam estar presentes na reunião em que é apresentado o PEI aos encarregados de educação, em</p>
--	--	---

		<p>que é assinado, que é formalizado, acho que deveria estar presente nesses momentos.” PDEE1</p> <p>“(…) se quer reunir [a terapeuta da fala com a família] acaba por usar a hora de apoio do menino [com MD] para reunir com a família. Acaba pela criança, ficar a perder.” PDEE2</p> <p>“(…) se quer reunir [a terapeuta da fala com a família] acaba por usar a hora de apoio do menino [com MD] para reunir com a família. Acaba pela criança, ficar a perder.” PDEE2</p> <p>“(…) depois também têm aquela barreira da comunicação com os pais que nem sempre é fácil de ser feita devido aos horários [dos pais e técnicos].” PDEE3</p> <p>“Seria importante, mas depois existe todo o constrangimento de horários da parte dos encarregados de educação, às vezes acontece os pais faltarem às reuniões, temos que insistir que eles venham ou marcar outras horas. Os professores estão aqui na escola, mas os terapeutas não são bem assim (…)</p> <p>PDEE5</p>
--	--	---

	<p>Atitudes/crenças</p> <ul style="list-style-type: none">• Falta de autonomia do TF (6)	<p>horário de 35h, (...), tenho 58 crianças. (...), portanto eu também tenho aqui umas barreiras que me impedem de me envolver mais um bocadinho [com a família]. Até muitas vezes, eu gostaria de ficar mais um pouco naquele agrupamento, mas não posso, porque já tenho outro [aluno] à minha espera. É complicado, às vezes de gerir isto.” PTF4</p> <p>“(…) em casos mais graves ou situações mais urgentes que aquela criança tem de ser reencaminhada para alguma especialidade (...) o tf faz algum tipo de pressão junto ao professor do ensino especial para que os pais sejam chamados para verem a dinâmica familiar.” PTF3</p> <p>“(…) em contexto de escola nós temos sempre uma situação que é, não temos a mesma autonomia de pegar no telefone e ligar a um pai (...). Nós temos que pedir uma autorização, há escolas em que as coisas são mais fáceis e o próprio professor tem autonomia e considera-se que podemos fazer isso, (...). Pegar num telefone, ligamos (...). Outras escolas, nós temos mais dificuldades e precisamos de pedir uma autorização para</p>
--	--	--

		<p>entrar em contacto, mais burocrático. (...) A forma de trabalhar das escolas é muito diferente. Isso é um fator que condiciona o envolvimento com o pai.” PTF5</p> <p>“Elas próprias [terapeutas da fala] pedem para que isso se faça, [comunicar com as famílias] através delas ou através do centro [CRI] fazem isso.” PDEE3</p> <p>“(...) depois também têm aquela barreira da comunicação com os pais que nem sempre é fácil de ser feita (...), com as dinâmicas da escola.” PDEE4</p> <p>“Eu penso que tem mesmo haver com a dinâmica da própria escola, que tudo tem que passar por nós, docentes e titulares de turma, por assim dizer e também por aquele receio que temos que ser práticos, que vocês [terapeutas da fala] são um serviço contratado para um determinado meio e o receio é que haja assédios junto aos encarregados de educação para a realização de mais sessões.” PDEE5</p>
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none">• Responsabilização da escola (disponibilidade tf/pais, transportes, (4)	<p>“Mas acima de tudo os professores, se a relação deles for boa isso facilita a nossa comunicação [com os pais].” PTF5</p> <p>“Há pais que não se interessam tanto, alguns que nós dissermos está tudo bem e nem questionam. E há outros que gostam de fazer valer as vontades e acho bem, os filhos são deles. Claro que esses fatores condicionam sempre as reuniões, a frequência com que falamos com eles. Por vezes marcamos as reuniões e eles não aparecem, nem mostram interesse na remarcação das reuniões. Há outros que sim.” PTF2</p> <p>“(…) muitos pais continuam a delegarem esse tipo de responsabilidades ao terapeuta.” PTF4</p> <p>“Muitas vezes os pais não querem, demitem dessa função, ou porque trabalha ou não tem capacidades para perceber o que tem de ser desenvolvido.” PDEE2</p>
--	--	--

	<p>Não existem (4)</p>	<p>“Temos muitos casos em meios mais pequenos que os meios rurais são muito dispersos, as crianças vivem em aldeias muito dispersas da escola e às vezes quem faz os transportes são as juntas de freguesia ou a câmara municipal, e muitas vezes não há oportunidade para chamarmos os pais à escola porque os pais trabalham e não têm tempo para se dirigirem à escola.” PTF3</p> <p>“Sinceramente, não. A terapeuta está na unidade (...).E nesses dias poderia falar connosco, mandar um recado, telefonar (...).” PP1</p> <p>“Não!” PP3</p> <p>“Não, penso que não. É o terceiro ano que o meu filho está na unidade, já conheço bem a terapeuta da fala e ela a nós.” PP5</p> <p>“Não, acho que não.” PDEE3</p>
--	------------------------	--

ANEXO I

Matriz Conceptual – Unidade 4 do guião de entrevista (**Focos de intervenção no contexto escolar**)

Tema: O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com multideficiência no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Categoria: Focos de intervenção

Sub-categoria: Domínios de intervenção (28)

Unidades de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
	Linguagem (6)	<p>“(…), melhorar a linguagem.” PP1</p> <p>“Principalmente a (…) linguagem, nós falamos com a criança, estamos sempre a dizer o nome das coisas.” PTF2</p> <p>“(…) em todas as unidades trabalho as áreas (…) da linguagem (…)” PTF4</p> <p>“Eu acho na MD no contexto educativo vai muito (…) a linguagem (…)” PTF5</p>

	Comunicação (5)	<p>“(…) a nível da linguagem (…). PDEE1</p> <p>“Se calhar mais ao nível (…) da linguagem, acho que sim” PDEE2</p> <p>“Na escola, o que elas fazem, é trabalhar mais a comunicação.” PP1</p> <p>“(…) principalmente (…) ao nível da comunicação.” PP2</p> <p>“Eu pedi comunicação, comunicação (…) Então eu insisti sempre muito com a comunicação que era a parte mais “chata” para mim. Fazia-me confusão, que ele tivesse, como se não tivesse. Apesar de ele ser muito expressivo a nível do olhar fazia-me falta e foi isso que sempre tentei. Elas foram tentando outras coisas, mas sinceramente o que dei mais valor foi ao nível da comunicação. Eu sei que trataram de outras coisas, antecipar as tarefas, usar símbolos, mas eu sinceramente nunca dei valor. E posso dizer que trabalhei</p>
--	-----------------	--

	Alimentação/deglutição (5)	<p>muito pouco isso em casa. Eu tentava, mas não era motivador o suficiente, o que eu mais tentei foi a comunicação. Até que conseguimos chegar ao objetivo (...) deixei a comunicação para a escola.” PP4</p> <p>“Principalmente a comunicação (...), os principais objetivos são em termos de comunicação (...) nos quadros de MD mais complexos” PTF2</p> <p>“Em termos de intervenção é sobretudo ao nível da comunicação, muitas vezes é nestas sessões que são definidas um sistema de comunicação para a criança (...) e a evolução dele da utilização do mesmo.” PDEE1</p> <p>“(…) nas crianças com disfagia sou eu que faço a avaliação e como é que vai ser feita a higiene oral daquela criança. (...) PTF1</p> <p>“(…) os principais objetivos são em termos de alimentação (...) nos quadros de MD mais complexos.” PTF2</p>
--	----------------------------	---

	Socialização (4)	<p>“(...) a nível da alimentação (...). PDEE1</p> <p>“Trabalham a alimentação.” PDEE2</p> <p>“(...) a tf é que fazia a alimentação, três dias com eles e corria muito bem.” PDEE4</p> <p>“Trabalham a interação com as outras crianças. Não sei se alguma vez a terapeuta foi com ele para fora [recreio], mas eles vão ao intervalo. Não sei se foi trabalhado a interação com outras crianças, mas dentro da unidade sim, essa interação é trabalhada.” PP2</p> <p>“No recreio é um contexto de intervenção, trabalha-se a interação e a socialização com os outros. (...)” PTF1</p> <p>“Há muitos miúdos que têm dificuldades em termos (...) de interação.” PTF2</p>
--	------------------	--

	<p>Comportamento (1)</p> <p>Linguagem escrita (1)</p>	<p>“(…) são áreas que se calhar eu trabalho (…) o comportamento.” PTF1</p> <p>“Também trabalho naqueles que tem competências académicas, lá está, consciência fonológica apesar de serem MD há crianças que têm muitas limitações físicas e sensoriais, mas em termos cognitivos têm algumas potencialidades, portanto trabalho todas essas áreas.” PTF1</p>
--	---	--

Tema: O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com multideficiência no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Categoria: Focos de intervenção

Sub-categoria: Autonomia (12)

Unidades de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
	Comunicação (6)	<p>“Penso que o mais importante é fazer com que eles sejam autónomos (...) saber fazer pedidos, pedir o que querem, seja do essencial, das coisas simples que precisam de fazer.”PP2</p> <p>“Desde as terapeutas até às professoras é, até onde ele puder ir, vamos. O D. fala, a partir de agora vais contar histórias, vais relatar a história, vais ter que dizer os animais que participam pelo menos para evoluir mais um bocadinho, se não só se limitava aos animais, às cores e ao básico. (...), tem tido muita evolução na comunicação. Ele saber falar, saber</p>

		<p>explicar tudo o que acontece por exemplo, à 2f ele tem de explicar o que fez no fim de semana tem que dizer à tf. (...).” PP5</p> <p>“A sua comunicação no todo, não só a fala, que é uma coisa que as pessoas acham sempre “se ele não fala, para quê é o terapeuta da fala” Esta é a ideia, às vezes até os próprios pais dizem este tipo de coisas. (...) A comunicação é mais do que isso, pode passar ou não pela utilização de comunicação com simbologia porque eu tenho crianças que tem muitas dificuldades motoras e de compreensão, embora seja estimulado pelas rotinas na sala de aula e por uma série de símbolos utilizados em todas as rotinas, mas muitas vezes não chegam mesmo a compreender nem sequer a perceber a funcionalidade, assim é sempre estimulado. Lá está, o terapeuta da fala ajuda na construção destes instrumentos dentro das rotinas onde a criança interage, na escola e em casa quando a família é recetiva.” PTF1</p>
--	--	---

		<p>“O apoio que nós podemos prestar é muitas vezes para a autonomia (...) de fazer pedidos em termos de comunicação, de fazer pedidos para que sejam autónomos, ir à casa de banho, ou pedir, transmitir o que gostam realmente de fazer de acordo com a sua motivação.” PTF3</p> <p>“Eu acho na MD no contexto educativo vai muito a questão da comunicação. O facto de pegar num meio de comunicação e tentar mostrar alguma coisa, que seja capaz de direccionar a um grupinho tentar ir jogar à bola.” PTF5</p> <p>“Eu acho que o principal foco deveria ser a comunicação. Não propriamente a questão da linguagem, do processo da linguagem, mas o processo da comunicação. Não só da criança com os outros, mas principalmente dos outros com a criança. O principal foco acho que deveria ser sempre na parte da comunicação, no alargamento de métodos de comunicação, não só aqueles tradicionais, mas também valorizando gestos, expressões da criança.” PDEE4</p>
--	--	---

	Alimentação (6)	<p>“(…) o lanche é feito dentro da unidade e aí também é trabalhado a questão da autonomia para comer. (…). Penso que o mais importante é fazer com que eles sejam autónomos.” PP2</p> <p>“(…) a escola foi muito importante para ele se habituar a comer.” PP5</p> <p>“O apoio que nós podemos prestar é muitas vezes para a autonomia relativamente à alimentação que melhora muito aquela criança.” PTF3</p> <p>“(…) em todas as unidades trabalho as áreas (…) da alimentação, da autonomia (…). Na cantina são trabalhos específicos, individualizados, na cantina trabalho aspetos da alimentação e da mastigação (…), ensino técnicas de controlo oral.” PTF4</p> <p>“O tf pode trabalhar a questão da autonomia, estou a pensar na alimentação, de ele pegar na colher sozinho (…). Eu acho</p>
--	-----------------	---

		<p>na MD no contexto educativo vai muito (...) para a alimentação segura. (...)” PTF5</p> <p>“Elas [terapeutas da fala] trabalham aquilo que nós trabalhamos todos, a autonomia. (...), trabalham talvez a mastigação (...)” PDEE5</p>
--	--	--

Tema: O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com multideficiência no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Categoria: Focos de intervenção

Sub-categoria: Atividades (4)

Unidades de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
		“(...) tenho muitas crianças com alimentação por sonda. Têm uma série de alterações sensoriais, algumas delas a passarem para sonda nasogátrica. (...) é fundamental que seja feito o trabalho com novos alimentos para a criança não rejeitar algumas texturas X, Y. E quando temos uma ementa na cantina que é definida, por vezes rejeitam as texturas, puré, e vão ficar sem comer. O nosso trabalho é ajustar aquela ementa à criança.” PTF1

		<p>“(…) é mais a comunicação do arasaac é o que eu vejo o que eu sinto, é muito a comunicação do arassac, eles fazem a documentação de uma música e colocam as imagens do arassac, uma culinária a receita colocam no arassac, (…) essas coisas que eu vejo diariamente.” PP2</p> <p>“(…) Vamos desenvolvendo também esse foco de intervenção que é a participação da criança com recurso a uma linguagem, neste caso, através de símbolos ou de fotografias. (...)” PTF3</p> <p>“Em todas as unidades trabalho as áreas da comunicação, fazemos um pequeno grupo da comunicação com os gestos, com os símbolos, esse tipo de atividades.” PTF4</p>
--	--	---

Tema: O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com multideficiência no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Categoria: Focos de intervenção

Sub-categoria: Modos de atuação (5)

Unidades de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
	Profissionais (3)	<p>“No início quando comecei a trabalhar, os professores exigiam muito isso [que as crianças e adolescentes com MD começassem a comunicar usando a fala], e cobravam-nos um pouco isso, mas <i>ele fala assim (...)</i>, focavam-se nisso, mas depois acho que nós mesmos [terapeutas da fala] ou com colegas de equipa viemos a desenvolver que o foco é mais a participação à comunicação desses contextos (...). O foco, foi a comunicação associada ao programa de EVT, por exemplo, já não foi, ela falar melhor porque não era esse o objetivo da professora do ensino especial, mas sim associar</p>

		<p>as formas geométricas, associar o desenho (...) Adaptar os testes, que também é uma grande lacuna.” PTF3</p> <p>“(...) deve colaborar com o TO e com FT para definirem questões motoras, como é que a criança poderá funcionar melhor mesmo em termos de simbologia, eles discordarem, eu acho que o TF deve ser flexível.” PTF1</p> <p>“Na casa de banho é a higiene oral. Não vou dizer que nunca trabalhei um controlo de esfíncteres. Lá está, se esse é um objetivo da TO então eu também vou trabalhar tendo em conta esse tipo de atividade. Mas eu também faço um plano também centrado nos objetivos da TO. A TO está a trabalhar o controlo de esfíncteres na casa de banho, ir ao potty chair ou a ida à sanita, então aí vou construir os símbolos que vão permitir também a antecipação dessa rotina, vou construir as tabelas, vou adaptar a casa de banho com os símbolos. (...) Depois também há todo este tipo de intervenção (...) que não é só centrada na terapia da fala, mas também nas necessidades de outras valências e naquilo enquanto tf posso ajudar,</p>
--	--	---

	Família (2)	<p>contribuir para permitir que cada um tenha acesso, facilidade, principalmente nas áreas da comunicação.” PTF4</p> <p>Nós tínhamos casos nas unidades em que havia crianças que faziam aquilo de contar o fim de semana. Então, o que eu desenvolvi com esses casos foi a participação da família, porque as crianças tinham muitas limitações e como alguns não comunicam (...) da maneira esperada ou que não tem a linguagem abstrata suficiente para dizer, no <i>fim de semana fui passear com os meus pais, fui a casa da minha avó</i>, desenvolvemos essa dinâmica em que os pais escreviam num caderno o que fizeram no fim de semana e a professora lia na 2ªfeira e através de fotografias, recortes de jornais já pode pôr esta criança a participar.” PTF3</p> <p>“também deveria haver mais comunicação com os pais, com a família, da continuidade daquilo que é feito na escola, em casa, perceber aquilo que em casa resulta e transportar isso para a escola, como o contrário.” PDEE4</p>
--	-------------	--

ANEXO J

Matriz Conceptual – Unidade 4 do guião de entrevista (**Qualificação da atuação do TF n contexto escolar**)

Tema: O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com multideficiência no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Categoria: Qualificação da atuação do TF

Sub-categoria: Positiva (17)

Unidades de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
	Trabalho colaborativo com os profissionais e família (10)	Considero positivo e fundamental porque é uma área muito específica que um professor não consegue trabalhar sozinho. (...). Porque todas as crianças são diferentes e todas elas precisam de uma resposta individualizada e a terapeuta na sua área sabe dar essa resposta. Positivo não só, mas é fundamental é ter um terapeuta da fala na unidade.” PP2 “E mesmo o trabalho com as professoras, eu acho que é importante. Acho que é uma mais valia, ter este tipo de apoio na escola.” PP4

		<p>“No caso da MD é muito importante. Primeiro porque os professores não conhecem as técnicas. É importante porque é um trabalho feito em conjunto com a escola (...) acho que devem trabalhar todos em conjunto, os terapeutas não só os da fala, como os professores. Eles [professores] precisam de um apoio grande dos TF’s porque, só com um professor não conseguem. Eu não trabalho numa unidade, mas acho que é muito complicado para darem orientações. O TF pode implementar um sistema de comunicação para a criança comunicar com os outros.” PP5</p> <p>“A maior parte do seu dia é passado na escola. Portanto é um contexto preferencial, dada a permanência da criança, além de ter dentro do contexto vários pequenos contextos, cantina, recreio, sala de aula, sala de unidade, casa de banho. (...) Mas acho que a escola, o contexto fundamental e além disso é um contexto funcional (...). Onde a criança precisa efetivamente de utilizar as competências que adquire, quanto no contexto isolado de intervenção, como um contexto clínico não é um contexto tão privilegiado em termos de experiências e de</p>
--	--	--

		<p>necessidade. Podemos simular, podemos sair à rua com a criança, podemos utilizar competências na receção, mas nunca é tão produtivo como na escola. Portanto, acho que a riqueza de experiências e de possibilidades, o contacto com os pares da mesma idade é fundamental, daí que, acho que o contexto escolar, é o contexto preferencial para a intervenção com este tipo de crianças e adolescentes.” PTF1</p> <p>“Considero positivo porque o TF tem um papel importante no apoio com a família, caso haja esta hipótese, como na sala de aula, trabalhar em parceria com os professores de EE.” PTF3</p> <p>“Realmente foi muito difícil no início esta entrada, esta parceria dos TF’s nas escolas. Hoje em dia, não. As pessoas gostam, aceitam, pedem, recorrem tem sido positivo. E porquê que é positivo? Porque no fundo acabamos por permitir a criação de novas atividades e de novas ideias para que eles possam pôr em prática aos seus objetivos. (...) A construção dos próprios PEI’s e CEI’s e anexos são feitos</p>
--	--	---

		<p>sempre em conjunto e quando há um objetivo verbal da criança, da linguagem por exemplo, hoje em dia já recorrem muito a nós para também pudermos selecionarem, priorizar aquilo que realmente é importante para aquelas crianças. Acho que sim, as coisas estão muito enraizadas e acho que o papel do TF nas escolas é muito importante porque providencia aqui áreas específicas de intervenção que eles também trabalham.” PTF4</p> <p>“Sim. Muito positivo é uma valência que é muito importante na comunicação deles e é importante também, a ajuda do terapeuta a implementar novas estratégias e a promover uma melhor dinâmica na unidade (...) ao nível do trabalho do desenvolvimento da criança.” PDEE1</p> <p>“É muito importante, é muito importante no contexto escolar com os alunos com MD. (...) Porque é uma ajuda que nós temos especializada numa área que nós, não estamos muito preparados e que nos vai ajudar na comunicação com eles, na interação. Muitas vezes como interagir com eles, qual a</p>
--	--	--

		<p>maneira mais adequada como falar ou como estar com ele. Se nós podemos, o que é que nós podemos esperar daquela criança, se depois da avaliação feita se eles disserem que esta criança pode e consegue ir mais além, nós podemos trabalhá-la nesse sentido, na parte da comunicação, na linguagem, na articulação e tudo isso. Para nós é muito importante, porque nós temos crianças que falam, mas não se entende, metade do que dizem não é compreendido, por tanto é de toda a importância que eles [terapeutas da fala] façam um trabalho consciente.” PDEE3</p> <p>“É fundamental, porque até vocês [terapeutas da fala] trabalham uma área de uma forma, vocês intervêm na parte da linguagem, da comunicação através de certos mecanismos que nós enquanto profissionais da educação especial, não é isso que estamos a trabalhar e juntámos a vossa valência a outras como o to, os psicólogos, sim, acho muito positivo e que deve continuar. Também é importante para nós enquanto unidade. Como, eles [terapeutas da fala] são responsáveis pela área da comunicação e outras funções e como a maioria</p>
--	--	--

	Envolvimento nas atividades (3)	<p>dos alunos têm graves problemas ao nível da fala, o TF auxilia e ajuda-nos a compreender como deveremos comunicar com eles, ajudam-nos a implementar o sistema de comunicação, ajuda-nos na parte da alimentação.” PDEE4</p> <p>“Sim. É mais um profissional, um pilar que nos ajuda a conseguir aquilo que nós propomos para estes alunos. Cada um na sua área com a sua competência e eu não vou substituir um terapeuta, nem o terapeuta vai substituir-me. São coisas diferentes e acho que é uma parceria que resulta com um bom trabalho.” PDEE5</p> <p>“Sim, considero. Porque (...), eu comecei praticamente no início em que os alunos com MD começaram a ter estes apoios (...), eles não tinham terapias na escola. E noto uma grande diferença, agora as pessoas estão mais habilitadas a trabalhar com estes alunos. Enquanto que no início, mesmo em termos de auxiliares ficavam um bocadinho sem saber o que fazer com eles [crianças/adolescentes com MD]. Enquanto lá estou, muitas vezes eu chego às unidades e vejo</p>
--	---------------------------------	--

		<p>que os meninos só faziam alguma coisa nos momentos em que eu lá estava (...). Elas [professoras, auxiliares] já começam, elas vêm o que eu faço naquela hora por semana e tentam replicar depois durante a semana, estão muito mais habilitados em termos de alimentação do que fazer, posicionar os alunos, como mudar a alimentação aos alunos. Acho que é positivo por isso, por conseguirmos reabilitar o contexto também, os professores EE, os auxiliares, mesmo os colegas levá-los ao recreio e como comunicar com eles.”</p> <p>PTF2</p> <p>“(...) não sabiam da existência de brinquedos adaptados, de meios de comunicação alternativos, de tecnologias de apoio (...) E agora já toda a gente conhece, já toda a gente sabe o que é. Eu faço com os miúdos e nos momentos em que não estou lá, elas já pegam num brinquedo adaptado com um switch e já põem à frente do aluno, não o deixam sem nada (...). Porque acontecia muitas vezes chegar à unidade estarem nas cadeiras sem nada, às vezes sem tabuleiro, sem</p>
--	--	--

		<p>nada, olhar para o nada e agora estão sempre com o tabuleiro e com alguma atividade.” PTF4</p> <p>“Eu acho que se vê muitas diferenças quando está um TF e quando não está. Porque, dá a possibilidade à criança de fazer aquilo que nunca tinha sido proposto. Muitas vezes, <i>coitadinho, o nosso menino, coitadinho</i>, eu acho que na escola o facto daquela criança ser empurrada, ser puxada, participar numa dança, participar em transportar alguma coisa, apesar das suas limitações motoras, já faz com que a criança esteja envolvida na atividade. Eu acho que acima de tudo, é isso. É o envolvimento na atividade do contexto escolar. O transportar qualquer coisa na sua cadeira, levar, uma coisa mais básica, mais simples ir até lá (...). Se alguém tem que ir a empurrar a cadeira, isso faz com que é preciso mais uma pessoa ali, uma menina para ir ali. É o envolvimento e o sentir-se mais semelhante aos outros possível. Eu acho que o TF consegue fazer isso, se pensarmos na questão do to ou do ft que também teria abertura num contexto escolar muito positivo. Pensamos na questão da</p>
--	--	--

	<p>Resposta individualizada (2)</p>	<p>comunicação e alertar as pessoas à volta que aquele corpo que ali está também pensa, também comunica, também ri, também chora, também está a transmitir algum tipo de sentimento para nós. E com os sistemas de comunicação mostrar que afinal aquele cérebro funciona e consegue-nos dizer alguma coisa. Acho que isso é fantástico.” PTF5</p> <p>“Eu considero positivo. Agora, são crianças especiais, tem que ter tratamentos especiais. Vai de encontro ao que ela [esposa] estava a dizer, a TF se calhar 2 horas, para uma criança é suficiente [sem MD], para outra criança [com MD] para que se note algum desenvolvimento, se calhar precisa de 5 ou 6 horas diárias. E nestas unidades, que lidam com 10 ou 12 crianças era interessante ter uma TF o dia todo. Porque aí conseguia direccionar [o apoio] conforme as necessidades de cada um pelo tempo que dava a cada criança, que neste momento não é isso que acontece.” PP1</p> <p>“Eu considero que é importante (...) num contexto escolar é muito importante que elas [crianças e adolescentes] saibam</p>
--	-------------------------------------	---

		<p>é fácil passar para uma terapeuta que está na clínica. Porque não trataram de outros meninos ou tratam poucos e aqui há muita experiência e conseguem ir buscar as coisas de uns para ajudar os outros. As próprias terapeutas [privado] assumiam que não tinham muita experiência, não sabiam. Eu tive terapeutas que assumiram que não sabiam, era uma novidade também para elas, mas que iam tentar fazer o melhor porque são outros contextos.” PP4</p>
--	--	--

Tema: O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com multideficiência no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Categoria: Qualificação da atuação do TF

Sub-categoria: Menos positiva (3)

Unidades de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
	Tempo de intervenção (2)	“É assim, a TF na escola achava positivo se fosse mais tempo e se fosse bem trabalhado. Porque, eu acho que as terapias na escola são mais um passatempo. As terapeutas vão lá (...) estão pouco tempo com as crianças e pouco é feito com eles (...). É a minha maneira de ver, acho que as terapeutas deviam estar mais tempo. Em vez de vir uma vez por semana, se calhar vir duas ou três vezes por semana do que ir lá apenas uma vez por semana, durante 30 minutos. Meia hora para uma criança, meia hora para outra, isso é pouco, e acho que

	<p>Falta de articulação com os profissionais (1)</p>	<p>não têm grandes resultados em meia hora uma vez por semana.” PP1</p> <p>“(…) às vezes o terapeuta não tem tempo, não está no âmbito do seu horário trabalhar alguns contextos que eram extremamente importantes ou trabalhar algumas áreas que não tem hipótese para o fazer, por exemplo, imaginemos que temos sete casos de crianças que precisam de trabalhar no horário da refeição, e no horário da refeição o terapeuta não está ali disponível ou não tem esse horário contemplado, aí é mais difícil. Eu considero muito positivo se o sistema estivesse diferente.” PTF3</p> <p>“Agora, o ideal era que isso tudo fosse feito de facto em articulação e às vezes isso não é possível porque muitas das vezes nem nos cruzamos.” PDEE4</p>
--	--	---

ANEXO K

Matriz Conceptual – Unidade 4 do guião de entrevista (**Constrangimentos/barreiras/desafios identificados para a atuação do TF no contexto escolar**)

Tema: O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com multideficiência no contexto escolar: percepções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Categoria: Constrangimentos/barreiras/desafios identificados para a atuação do TF

Sub-categoria: Organização do serviço (23)

Unidades de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
	Rotatividade dos profissionais (7)	“(…) todos os anos é um enorme desafio, sempre a começar do zero. Eu acho que nas escolas, nas unidades acho que os professores deveriam ser efetivos (...) e os terapeutas também. É como eu disse à bocado, é complicado ele todos os anos estar sempre a mudar de professoras e de terapeutas. (...) Porque as terapeutas já conhecem as capacidades, o trabalho que foi desenvolvido ao longo do ano e por isso já pode trabalhar mais um bocadinho para o ano. Vem o próximo ano letivo, vai haver outra vez a mudança, os terapeutas e professores começam a trabalhar do zero.

		<p>Enquanto que já podiam estar a evoluir, começam novamente do zero.” PP1</p> <p>“(…) para as crianças como para os tf’s é péssimo mudarem constantemente de ano para ano. Com o D. nunca aconteceu isso, é o segundo ano da unidade e para o ano irão continuar os mesmos técnicos..., mas sei que em algumas escolas ocorre a mudança frequente dos técnicos.” PP5</p> <p>“Se está a ser desenvolvido um programa de comunicação, no nosso caso em particular, interromper por muito que deixemos a informação escrita nos documentos, não é igual. A pessoa que vem de novo, perde muito tempo na adaptação, no conhecimento do aluno, a perceber quais estratégias que funcionam, começa do zero. Portanto, muitas vezes, estas mudanças consecutivas, o primeiro período é completamente perdido (...), mas o que eu sinto é que quando eu mudo de contexto porque a mim acontece o mesmo (...) já aconteceu de haver mudanças muito radicais no comportamento dos</p>
--	--	--

		<p>alunos e era precisamente por isso, porque eu não os conhecia.” PTF1</p> <p>“(…) quando nós chegamos a uma escola, já passaram por não sei quantos técnicos, também não é muito bom esta mudança constante dos técnicos (…)” PTF5</p> <p>“Acho que a equipa multidisciplinar onde está incluído o tf deveria estar permanente. Deveria ser colocado a nível de agrupamento e que a colocação fosse mais permanente e não estivesse sempre a trocar os profissionais que trabalham com as crianças nestas unidades.” PDEE1</p> <p>“(…) depois também, é o facto de não haver continuidade nesse trabalho e não estarem na escola, não fazerem parte da equipa da escola. Isso é a principal, a grande barreira, deveriam fazer parte da equipa da escola (…).” PDEE4</p> <p>“Outra coisa, á a mudança dos técnicos, às vezes é bom mudarmos de terapeutas da fala porque pode haver alguma</p>
--	--	--

	<p>Contratação dos técnicos (6)</p>	<p>coisa que não tenha corrido bem, outras vezes é pena ter mudado porque correu tudo muito bem. Supostamente o trabalho que fazem fica registado e passámos ao colega que vem aí e como está dentro da área percebe o que foi feito e essa criança. (...). Por isso não me preocupa nada porque essas crianças já estão isoladas o suficientemente pela sociedade e dar-lhe um terapeuta desde que nasce até à idade... não faz sentido, acho que sim, vamos mudar. Às vezes é pena quando mudam, quando são bons profissionais, temos que acreditar que vai correr bem.” PDEE5</p> <p>“Primeiro, é a contratação dos terapeutas (...). Noto essa barreira em termos de contratação.” PTF1</p> <p>“(...) o que acho mais deficitário é mesmo a contratação dos tf”, a qualidade de trabalho que podem desenvolver com estas crianças e adolescentes com MD. (...) A contratação fosse só das escolas. (...) porque ainda há muito o “fechar as portas”, porque os técnicos que vem do cri vem de alguma IPSS e há uma barreira no início para abrir portas, quando se começou</p>
--	-------------------------------------	--

		<p>com o CRI [centro de recursos para a inclusão] nos agrupamentos novos, ainda é muito difícil eles estabelecerem a dinâmica [com os terapeutas]. (...) há muita discrepância porque são várias contratações, uns são por IPSS, outros são por escola, todos nós fazemos um trabalho muito diferente (...).” PTF3</p> <p>“Apesar de muitas vezes os professores ainda nos verem como uma fonte externa à escola do que nos vemos como um recurso da escola (...). Às vezes questiono-me porquê? Porque não somos contratados para o agrupamento. Porquê que temos que passar pelo CRI para trabalharmos naquele agrupamento. Acho que isto, deveria mudar um bocadinho (...). Continuamos a ser considerados um recurso extra escola e às vezes, por isto, os timings e os nossos horários não são feitos em função da escola, são feitos depois (...).” PTF4</p> <p>“Isto não acontece só com as tfs mas com as restantes terapeutas (...), o nosso filho já ficou à espera 2 meses para</p>
--	--	--

		<p>conhecer a tf. A escola começa em setembro e só em novembro é que conhecemos a tf.” PP1</p> <p>“Mas acho que acima de tudo, pior do que a mudança do técnico e do professor, também a mudança às vezes é positiva, é o início em novembro. Porque isso sim, se o primeiro período já é uma mudança de conhecimento, se começarmos em novembro, realmente não faz sentido. O ministério financiar todos os anos e não iniciar este processo mais cedo (...) Se sabem que vão contratar, se sabem que é uma necessidade porquê que protelam e dão um trabalho imenso às escolas todos os anos? Este processo de contratação são super demorosos e super burocrático em que acima de tudo quem fica mais prejudicado são os alunos.”</p> <p>PTF1</p> <p>“(…) só entro nas escolas, na melhor das hipóteses no final de setembro, inícios de outubro, na das melhores hipóteses. Já tive anos que só entrei em novembro, porque dependemos sempre da aprovação do ministério. Ou seja, muitas vezes os</p>
--	--	---

	<p>Tempo de apoio (6)</p>	<p>horários dos miúdos já estão construídos, às vezes já tenho dificuldades em colocar-me nas atividades deles, não é? Porque já vão trabalhar para os cavalos, ou vão para a horta, ou vão para a piscina, ou porque já têm outra atividade, ou porque já estão todos na unidade, porque cada um vai para a turma. E às vezes isto realmente é uma barreira. A construção dos horários tarde, porque depois já não conseguimos nos incluir.” PTF4</p> <p>“(…) é o tempo que tem de dar às crianças. Cada caso é um caso, e muitas vezes são obrigados a dosear da mesma forma todos os casos ao mesmo tempo, isso não está correto. Deviam ter a capacidade para gerir mais o seu tempo.” PP1</p> <p>“Eu acho que deveria ser mais tempo (...) acho que elas têm que se desdobrar em vez de ser uma vez ou duas por semana meia hora ou uma hora, deviam estar mais presentes (..) o G. faz terapia fora daqui, mas se não fizesse limitava-se a 3 vezes por semana mais ou menos.” PP4</p>
--	---------------------------	--

		<p>“(…) no CRI é a barreira que identifico é o horário e o tempo contemplado, tanto a nível do horário que vem do ministério como depois o agrupamento distribuí os horários. Acho que os técnicos deviam fazer parte ativa disso, sei que há sítios que já fazem isso, mas há outros que não (…) depois são as horas que os agrupamentos nos exigem, por exemplo, duas horas aqui para quatro crianças.” PTF3</p> <p>“Hoje em dia, a valência [consultoria], foi feita dentro do horário de cada agrupamento. (…) às vezes é complicado porque nas escolas tentam que prevaleçam o apoio aos alunos, o apoio direto em contexto de grupo, individual seja o que for. E muitas das vezes não há uma grande aceitação, acham-se que estamos a roubar tempo aos miúdos e nem sempre compreendem a importância deste tipo de trabalho.” PTF4</p> <p>“(…) o tempo que é dedicado às sessões que o tf tem, é reduzido o número de tempo e o número por semana. Deveria ser mais regular, mais sessões durante uma semana e com</p>
--	--	---

	<p>Incompatibilidade de horários (3)</p>	<p>maior período de tempo, com mais minutos. Tem poucos minutos para cada criança.” PDEE1</p> <p>“(…) mais tempo para a terapia. Acho que o condicionalismo passa pelo pouco tempo que é dedicado, ou o que é dado ao tf para trabalhar, 45 minutos semanais não chega. Era apostar nisso.” PDEE2</p> <p>“(…) a terapeuta só está lá naquela escola duas horas. Às vezes pode haver incompatibilidade e passa-se uma semana, duas semanas, três semanas até se conseguir dialogar com elas sobre algo que pode estar a atrasar o processo dele, o desenvolvimento dele. Se tivéssemos uma tf a tempo inteiro na escola, cobria um horário maior, mais alargado era mais fácil para toda a gente ter acesso a reuniões ou dúvidas.” PP1</p> <p>[os horários dos tf’s não coincidem com o horário que os pais estão disponíveis]. “Sim, mas eu ajustei a minha vida a vida do G. e consegui com muita logística, mas consegui.” PP4</p>
--	--	---

	<p>Elevado número de crianças/adolescentes (1)</p>	<p>“Sei que para alguns pais pode ser a questão dos horários, mas para mim não. Porque o meu marido encontra sempre a tf, mas sei que para muitas famílias o horário condiciona. Eu conheci algumas mães no centro de paralisia que referiam muito isso.” PP5</p> <p>“(…) trabalhar em grupo é uma barreira muito deficitária, trabalhar em grupo com 3 crianças com MD é extremamente complicado.” PTF3</p>
--	--	--

Tema: O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com multideficiência no contexto escolar: perceções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Categoria: Constrangimentos/barreiras/desafios identificados para a atuação do TF

Sub-categoria: Atitudes/crenças (16)

Unidades de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
	Comunicação e envolvimento tf-pais (6)	“(…) seria útil de vez em quando nós fazermos um encontro no início e no final do ano. (…) As evoluções nestas crianças são por vezes muito lentas também (…) Mas, se calhar na época da páscoa não seria mau, fazer um ponto de situação. Não sei, se por vezes pode não haver grande ponto de situação a fazer, porque as respostas são lentas (…) Devíamos encontrar mais [com as terapeutas da fala] ou se calhar os pais deviam volta e meia participar, estar lá, os pais que quisessem estar na escola a ver como era feito o trabalho para aprender alguma coisa que possa aplicar em casa. Se

		<p>calhar é por aí (...) Se calhar mais isso, criar oportunidades para os pais <i>venham assistir, venham ver o trabalho que é feito aqui na escola</i> e aí de certeza iriam surgir outras dúvidas aos pais.” PP2</p> <p>“(...) eu acho importante, mas mesmo ao nível de outras terapias e ao nível de professores, acho que é importante, os pais deviam estar muito mais envolvidos, porque nem sempre é possível, mas devíamos fazer um esforço.” PP4</p> <p>“São as principais barreiras, eu não estar tanto com a família como em contexto gabinete, não que eu defenda o contexto de gabinete, mas em contexto de gabinete as famílias têm de leva-los (...) e ir busca-los. E acabam por ter um contacto com o tf que não existe na escola. Na escola é muito mais difícil este contacto com as famílias. Claro que podemos fazer por telefone também, mas não é a mesma coisa do que estar com a família. Eu acho que é isso, é o não estar com a família. Há famílias que estão disponíveis e outras que não.” PTF2</p>
--	--	--

	<p>Valorização do terapeuta da fala (4)</p>	<p>“Outra barreira que sinto é relativamente ao envolvimento das famílias, porque nós sabemos que as famílias não podem estar sempre na escola. Há escolas que estão abertas para as famílias mas outras que não.” PTF3</p> <p>“Os desafios acho que são muito dos nossos, é o conseguir chegar aos pais e trazer os pais para a escola, para trabalharem numa perspetiva de grupo. Acho que é muito daquilo que acontece com os professores de EE.” PDEE4</p> <p>“Outra barreira é realmente a questão da família. Gosto sempre de os desenvolver, mas nem sempre é fácil. Em termos escolares, a família muitas vezes não vai. Ainda há pouco foi uma convocatória a pedir, carta registada para os pais irem às escolas, se não de outra forma, não vão. (...)” PTF4</p> <p>“Nem sempre seguem as estratégias que passamos, acho que são as principais dificuldades. (...). Há pessoas e pessoas. Há pessoas que até seguem as nossas indicações e há outras que</p>
--	---	---

		<p>fazem “ouvidos moucos” e quando eu viro costas, volta tudo ao mesmo (...) e nem sempre estão recetivos também aos nossos conselhos.” PTF2</p> <p>“Tenho sentido barreiras com alguns professores de EE, às vezes como têm muitos anos de experiência e como nós somos jovens não aceitam tão bem alguma proposta de melhoria que sugerimos.” PTF3</p> <p>“Na desacreditação e a desvalorização em alguns momentos daquilo que nós dizemos. Eu acho que cada vez mais, os tíf’s vão conseguindo desconstruir alguns ideais, algumas ideias feitas (...) É para nós um grande desafio no sentido em que nós temos que lutar contra ideias feitas, <i>mas ele consegue mas vamos tentar, vamos ver, até pode ser que não consiga, mas vamos tentar</i>, vamos lhe dar oportunidade e eu acho que esse é o maior desafio.” PTF5</p> <p>“Só acrescentar o facto de terem sido criados manuais de apoio à prática de cada um dos técnicos especializados, o que</p>
--	--	--

	Conceções sociais (3)	<p>tenho visto é que nas escolas, acho que isso já é um reconhecimento que nós estamos lá e aquilo que nós fazemos é valorizado.” PTF5</p> <p>“Acho que neste momento, as principais barreiras estão (...) na aceitação por parte da sociedade.” PTF1</p> <p>“Mas existe uma questão, por parte dos profissionais, <i>o que ele vem fazer, qual é o objetivo do aluno</i>. Nesse aspeto os técnicos, o terapeuta deve auxiliar nessa compreensão e nessa sensação de impotência que muitas vezes os profissionais, os docentes têm ao aluno com MD e elucidá-lo que efetivamente o nosso objetivo tem que se adequar às competências do aluno. E que não tem que ser comparado com a restante turma.” PTF1</p> <p>“(...) há também algum receio de tocar e de aproximar porque são alunos muito frágeis, muitas vezes com uma saúde muito debilitada e as pessoas muitas vezes têm algum receio que o toque possa até prejudicá-los. Ainda assim, acho</p>
--	-----------------------	--

	<p>Postura do terapeuta da fala/pais (3)</p>	<p>que temos feito uma evolução positiva nos últimos anos. Acho que as pessoas estão familiarizadas e estão mais recetivas, não quer dizer que seja sempre que não continuem a existir barreiras, mas acho que na escola temos feito um percurso muito positivo. Eu acho que acima de tudo, todas as pessoas que trabalham com MD, o TF, todos devem trabalhar nesse sentido, o construir um meio, uma sociedade que seja mais recetiva e que seja mais aceitadora da diferença. Nós trabalhamos com crianças com muitas limitações, mas a sociedade não aceita. A sociedade rejeita, nem sempre, mas em muitas situações, sim.” PTF1</p> <p>“(…) alguns tf’s também não querem tanto fazer ou não têm tanto estímulo (...) Estas crianças muitas vezes demoram muito tempo, muitos anos, muitos dias para adquirirem determinadas coisas ou uma simples coisa que nós aprendemos, que nós ensinamos num dia inteiro. E muitas vezes é frustrante, mas se nós não criarmos mais desafios, não explorarmos todas as abrangências, e tudo o que aquela criança pode dar, nós nunca vamos saber porque há crianças,</p>
--	--	--

	<p>Falta de recetividade do aluno (1)</p>	<p>eu falo pelo meu filho, se nó não explorarmos, ele também não vai mostrar.” PP3</p> <p>“Eu tive uma família este ano, que desde o início do ano que estou a pedir para vir assistir a uma sessão e não vieram..” PTF2</p> <p>“Noto que existe um desinvestimento por parte dos pais à medida que os seus filhos vão crescendo. Na entrada para o 1º ciclo, nota-se a preocupação dos pais, em saber o que vai ser trabalhado ou quem são as terapeutas, (...). No entanto no decorrer dos anos, os pais deixam-se de preocupar ou questionar.” PTF4</p> <p>“(…) por exemplo a tf este ano teve uma aluna que ela não conseguiu dar quase nenhuma sessão. Porque a menina simplesmente recusava-se porque não queria trabalhar e chegou a ficar agressiva (...). Muitas das vezes, os constrangimentos passam por aí, às vezes não se conseguir</p>
--	---	---

		chegar aquele aluno, às vezes nem se sabe exatamente o porquê.” PDEE3
--	--	---

Tema: O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com multideficiência no contexto escolar: perceções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Categoria: Constrangimentos/barreiras/desafios identificados para a atuação do TF

Sub-categoria: Recursos (7)

Unidades de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
	Humanos (2)	<p>“Quanto às próprias tf’s acho que o maior constrangimento delas é o número de alunos que têm para apoiar. São poucas para muitos alunos. E, portanto, andar de um lado para o outro e estar num canto e noutra dia ir para o outro...” PDEE3</p> <p>“Nós na sala acabamos por ter às vezes 3 ou 4 CEI’s e mais 3 ou 4 ACIS é lógico que o trabalho não se torna rentável. Mas isso só poderia, não podendo dividir os alunos dentro da</p>

	Materiais (5)	<p>unidade teria que ser distribuídos com mais terapeutas. E acho que ainda temos que caminhar bastante.” PDEE4</p> <p>“(…) a falta de material para trabalhar. Alguns muito obsoletos, alguns estão lá, 6-7anos. Torna-se cansativo para uma criança todos os anos, de 2 em 2 meses estar a fazer sempre os mesmos jogos, perde-se o interesse.” PP1</p> <p>“Às vezes não podemos levar os meninos, porque o elevador está estragado então ir à sala de aula está fora de questão.” PDEE1</p> <p>“(…) em termos de material também era importante termos mais coisas atualizadas e mais específicas para cada um deles. Tentámos e quando eles são avaliados e quando são prescritos algum instrumento demora 2 a 3 anos até chegarem aqui e isso não favorece.” PDEE5</p> <p>“Muitos locais ainda têm algumas barreiras físicas. As escolas estão adaptadas e têm que estar, é obrigatório por lei.</p>
--	---------------	---

		<p>Ainda assim, às vezes há determinadas, sei lá, têm acesso às salas, mas não têm acesso à biblioteca, ou um elevador que não funciona por exemplo, porque está desligado por questões de custo. Muitas das vezes, não tem haver com a escola, tem haver com a própria organização porque, as escolas são do ministério. Aliás, o pessoal é dos ministérios, as escolas são das câmaras e nem sempre é fácil de articular com estas duas valências e de superar algumas barreiras físicas existentes. Tenho tido a experiência positiva de quando é falado sobre o assunto tenta-se corrigir ou colmatar, sabemos que essas coisas estão dependentes de financiamentos e que ultrapassa muitas vezes as próprias entidades.” PTF1</p> <p>Efetivamente nos casos de alunos com MD, a falta de recursos acaba por implicar se calhar consequências mais negativas porque eles necessitam de ajudas técnicas muito caras. E se há famílias que podem eventualmente adiantar os pagamentos, existem outras que não podem fazer, podem</p>
--	--	--

		<p>implicar maiores prejuízos para os alunos. Mas isso é questão da sociedade, não é característica da MD.” PTF1</p>
--	--	--

Tema: O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com multideficiência no contexto escolar: perceções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala

Categoria: Constrangimentos/barreiras/desafios identificados para a atuação do TF

Sub-categoria: Formação (5)

Unidades de Análise		
Registo		Contexto
Formal	Semântica	
	Especializada (4)	<p>“Acho que, principalmente os professores do ensino regular continuam a não estarem preparados para trabalhar com estes alunos.” PTF2</p> <p>Os professores mudam de ano para ano, os funcionários mudam de ano para ano e às vezes é importante a formação destas pessoas que trabalham diariamente com estas crianças (...)” PTF4</p>

	Académica (1)	<p>“Acima de tudo a falta de formação das pessoas com quem lidamos na escola. (...) temos apostado muito que é a formação dos assistentes operacionais e dos próprios professores. Porque os professores, a formação deles é muito superficial no que toca à educação especial.” PTF5</p> <p>“A formação do tf também acho que é muito importante.” PDEE1</p> <p>“Outra barreira são as burocracias que toda esta atividade na escola envolve. Os professores têm que entregar a documentação (...) os PEI’s, RTP’s e os circunstanciais, tudo isto também foi uma barreira para mim. Quando saí da faculdade nunca tinha falado destas questões, o que é um CEI, um PEI ou um RTP, um RC tudo isto foi algo que se tem que aprender com contexto de campo, de trabalho (...). Lá está, não sei se os planos de estudos estão orientados para este tipo de terminologia, não sei, não faço a mínima ideia. Mas, na minha altura não. Tudo isto foi um bocadinho novo.” PTF4</p>
--	---------------	---

O contributo do terapeuta da fala com crianças/adolescentes com MD no contexto escolar: perceções dos pais, docentes de educação especial e terapeutas da fala