



**Joana Filipa Sousa
Rodrigues**

**Autoperceção das famílias sobre a sua participação
na intervenção terapêutica**



**Joana Filipa Sousa
Rodrigues**

**Autoperceção das famílias sobre a sua participação
na intervenção terapêutica**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Terapia da Fala, realizada sob a orientação científica da Mestre e Especialista Isabel Monteiro da Costa, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

O júri

Presidente

Professora Doutora Marisa Lousada
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Arguente

Professora Mestre Maria João Moreira Gonçalves
Professora Coordenadora do Instituto Politécnico do Porto

Orientadora

Professora Mestre e Especialista Isabel Monteiro da Costa
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (orientadora)

Agradecimentos

À professora Isabel Monteiro da Costa pela orientação, disponibilidade e apoio ao longo deste projeto. Obrigada por contribuir para a minha formação profissional e pessoal.

Ao painel de peritos pelo contributo e disponibilidade, permitindo a realização e aperfeiçoamento deste estudo.

Aos meus Pais, por me deixarem voar. E por tudo o que, ao longo dos anos, fizeram por mim.

Ao meu Irmão, que me apresentou à Terapia da Fala e me ensina tanto.

Ao Marco, por todo o amor, pela paciência, apoio e compreensão. Este projeto termina e iniciamos o maior que alguma vez sonhámos juntos.

Aos meus Amigos, àqueles que me levam para a festa e nunca deixam de me amparar, de me desafiar e me acrescentam camadas.

A todos os docentes, terapeutas da fala, psicólogos e outros técnicos, crianças e famílias com quem me cruzei ao longo do meu percurso profissional e tive a honra de dar e, sobretudo, receber tanto.

A todos os professores e Terapeutas da Fala que contribuíram para a minha formação académica e me inspiram, todos os dias, a ser melhor.

Palavras-chave

Intervenção Precoce; Práticas Centradas na Família; percepção das famílias; envolvimento das famílias

Resumo

As investigações realizadas no campo do desenvolvimento na infância e, especificamente, sobre a importância da família nas experiências precoces das crianças, assim como as realizadas sobre a eficácia de intervenções baseadas nas rotinas e levadas a cabo nos contextos naturais de aprendizagem, contribuíram para uma mudança significativa na organização e funcionamento da Intervenção Precoce (IP). Atualmente, as práticas de IP assentam numa perspetiva sistémica, ecológica e centrada na família, deixando o pressuposto anterior, prática centrada exclusivamente na criança, para segundo plano. A abordagem centrada na família é, assim, um dos eixos principais das práticas recomendadas a nível internacional e em Portugal para a IP.

Não obstante o facto de os profissionais de saúde estarem cada vez mais familiarizados com as Práticas Centradas na Família (PCF) e compreenderem a importância das mesmas, na maior parte das situações concretas, não se verifica a participação das famílias em todo o processo de avaliação e intervenção. Assim, a presente investigação pretende determinar o nível e tipo de percepção que as famílias possuem sobre o envolvimento que lhes é proporcionado no processo terapêutico do(s)/da(s) seu(s)/sua(s) filho(s)/a(s), em contexto escolar, por parte do Terapeuta da Fala (TF).

A amostra é constituída por 16 cuidadores de crianças, com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos e que são acompanhadas em Terapia da Fala, em contexto escolar. Para a recolha dos dados foi elaborado um questionário constituído por três partes: questionários sociodemográficos do cuidador principal e da criança e questionário de auto percepção das famílias. Este instrumento foi alvo de escrutínio sobre a sua validade e fiabilidade através de um painel de 5 peritos especializados na temática. A validade de conteúdo foi verificada com recurso ao Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

Os resultados do estudo mostram que, do ponto de vista dos cuidadores, o TF utiliza as PCF na sua prática profissional, em contexto escolar. As práticas mais frequentes são as do tipo relacional, sendo as do tipo participativo menos frequentes – o que se encontra de acordo com estudos prévios, em que se verifica uma maior adesão pelos profissionais de saúde às práticas relacionais e menos às práticas participativas.

Como considerações finais, tem-se que as famílias creem que os TF são necessários em contexto escolar, e o seu trabalho, em parceria, é reconhecido e valorizado por elas. Os resultados deste estudo permitem uma interpretação que vai no sentido de que as famílias consideram que os Terapeutas da Fala que trabalham em contexto escolar usam grande parte das atividades preconizadas nas PCF e apontam uma maior adesão por parte dos técnicos a práticas relacionais. Desta forma, torna-se essencial preparar estes profissionais para desenvolverem a sua compreensão e prática para ensinar os pais e as famílias no seu desenvolvimento profissional, nomeadamente através de formação pós-graduada, em específico, na área da andragogia, por forma a encorajar mudanças na conceção dos papéis dos intervenientes do processo terapêutico.

Como principais limitações, aponta-se a amostra reduzida de participantes, assim como a localização geográfica dos mesmos, que ficou limitada às regiões norte e centro do país, não permitindo a constituição de uma amostra representativa da população. Por forma a colmatar esta limitação, propõe-se uma metodologia a nível nacional, que permita recolher dados que possibilitem a generalização de resultados e que seja mediada pela Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala (APTF). Considera-se, ainda, a possibilidade de a influência da desejabilidade social ter contribuído para o enviesamento das respostas dadas pelos participantes. Assim, propõe-se que, no futuro, o tipo de questões do instrumento utilizado seja revisto e que o mesmo seja divulgado por pessoas e/ou entidades sem ligação aos investigadores principais.

Keywords

Early Childhood Intervention; Family-Centered Practices; families' perception; family involvement

Abstract

Research in childhood development and, specifically, on the importance of the family in children's early experiences, as well as those carried out on the effectiveness of interventions based on routines and implemented in natural learning contexts, have contributed to a significant change in the organization and operation of Early Childhood Intervention (ECI). Currently, ECI practices are based on a systemic, ecological, and family-centered perspective, leaving the previous assumption, a practice centered exclusively on the child to background. The family-centered approach is, therefore, one of the main axes of recommended practices at an international level and in Portugal for ECI.

Even though health professionals are increasingly familiar with Family-Centered Practices (FCP) and understand their importance, in most concrete situations, families do not participate in the whole evaluation process, and intervention. Thus, the present investigation intends to determine the level and type of perception that families have about the involvement that is provided to them in the therapeutic process of their children, in a school context, by the Speech-Language Therapist (SLT).

The sample consists of 16 caregivers of children, aged between 3 and 6 years old, who are accompanied in Speech-Language Therapy, in a school context. For data collection, a questionnaire consisting of three parts was prepared: socio-demographic questionnaires for the main caregiver and the child, and a self-perception questionnaire for the families. This instrument was subject to scrutiny for its validity and reliability by a panel of 5 experts specialized in the subject. Its content validity was analyzed based on the Content Validity Index (CVI).

The results of the study show that, from the caregivers' point of view, the SLT uses the PCF in their professional practice, in a school context. The most frequent practices are those of the relational type, with the participatory type being less frequent – which is in line with previous studies, in which there is a greater adherence by health professionals to relational practices and less to practices participatory.

As final considerations, families believe that SLT are necessary in the school context, and their work, in partnership, is recognized and valued by them. The results of this study allow an interpretation that goes in the sense that the families consider that the Speech-Language Therapists who work in a school context use most of the activities recommended in the PCF and point out a greater adherence by the technicians to relational practices. In this way, it becomes essential to prepare these professionals to develop their understanding and practice to teach parents and families in their professional development, namely through postgraduate training, specifically in andragogy, in order to encourage changes in the roles' conception of the actors in the therapeutic process.

As main limitations, we point out the reduced sample of participants, as well as their geographic location, which was limited to the north and center regions of the country, not allowing the constitution of a representative sample of the population. To overcome this limitation, a methodology is proposed at a national level, which enables the collection of data that allow the generalization of results, and which is mediated by the Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala (APTF). It is also considered the possibility that the influence of social desirability may have contributed to the bias of the answers given by the participants. Thus, it is proposed that, in the future, the type of questions in the used instrument is reviewed and that it is disseminated by people and/or entities with no connection to the main researchers.

Abreviaturas e/ou siglas

APTF – Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala

ASHA – *American Speech-Language-Hearing Association*

EPS – *Enabling Practices Scale*

ESLA – *European Speech and Language Therapy Association*

FSRS – *The Family-School Relationships Survey*

IP – Intervenção Precoce

IVC – Índice de Validade de Conteúdo

MPOC-20 – *The Measure of Processes of Care 20-Item*

MPOC-56 – *The Measure of Processes of Care 56-Item*

PBL – *Problem-based Learning*

PCF – Práticas Centradas na Família

SIPPEI – *Questionnaire of Interaction between Parents and Professionals in Early Intervention*

TF – Terapeuta da Fala

UA – Universidade de Aveiro

ÍNDICE

CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 2: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
2.1. Práticas Centradas na Família	3
2.2. O processo de intervenção baseado nas Práticas Centradas na Família.....	4
CAPÍTULO 3: METODOLOGIA	12
3.1. Questão de partida	12
3.2. Objetivo	12
3.3. Tipo de estudo.....	12
3.4. Amostra	12
3.5. Instrumento de recolha de dados.....	12
3.6. Procedimentos de recolha de dados.....	15
CAPÍTULO 4: RESULTADOS.....	16
4.1. Caracterização da amostra.....	16
4.2. Análise quantitativa.....	17
CAPÍTULO 5: DISCUSSÃO	26
CAPÍTULO 6: CONCLUSÃO	29
6.1. Conclusões.....	29
6.2. Implicações para a prática do TF.....	30
6.3. Limitações	31
6.4. Trabalho futuro	31
BIBLIOGRAFIA.....	32
APÊNDICES.....	i
Apêndice I – Instrumento de recolha de dados.....	i
Apêndice II – Primeira versão do instrumento de recolha de dados.....	xi
Apêndice III – questionário demográfico para caracterização sociodemográfica do painel de peritos	xxvi
Apêndice IV – Questionário para validação de conteúdo.....	xxviii

ANEXOS.....	xi
Anexo I – Parecer do Encarregado de Proteção de Dados.....	xi
Anexo II – Parecer da Comissão de Ética.....	xli

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1: Valores de IVC na primeira intervenção do painel de peritos.	14
Tabela 2: Caracterização sociodemográfica dos cuidadores e das crianças.....	16
Tabela 3: Análise quantitativa do questionário (Categoria I).	18
Tabela 4: Análise quantitativa do questionário (Categoria II).	20
Tabela 5: Análise quantitativa do questionário (Categoria III).	21
Tabela 6: Análise quantitativa do questionário (Categoria IV).	22
Tabela 7: Análise quantitativa do questionário (Categoria V).	24
Figura 1: Interação entre os fatores contextuais e a condição de saúde de um indivíduo.	6

CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO

As investigações realizadas no campo do desenvolvimento na infância e, de forma mais específica, sobre a importância da família nas experiências precoces das crianças, assim como as realizadas sobre a eficácia de intervenções baseadas nas rotinas e levadas a cabo nos contextos naturais de aprendizagem, contribuíram para uma mudança significativa na organização e funcionamento da Intervenção Precoce (IP) (Dunst & Trivette, 2009; Guralnick, 2011). Atualmente, como resultado de um processo contínuo de descoberta de variáveis importantes que influenciam o desenvolvimento da criança, as práticas de IP assentam numa perspetiva sistémica, ecológica e centrada na família, deixando o pressuposto anterior, prática centrada exclusivamente na criança, para segundo plano (A. M. Serrano & Pereira, 2011).

A IP, enquanto sistema de suporte às famílias de crianças dos zero aos seis anos, em risco biológico ou social de atraso de desenvolvimento e/ou com patologias associadas, compreende o conjunto de apoios e recursos, no contexto de atividades significativas nos ambientes naturais da criança. Este conjunto de medidas ocorre a partir da rede social formal e informal que influencia o comportamento e o funcionamento da criança e da família e que se repercute em consequências no desenvolvimento de competências ajustadas às interações das crianças com quem partilham uma relação de referência (Dunst, 2017; Machado et al., 2017).

Em Portugal, a IP na Infância encontra-se legislada, no Decreto-Lei n.º 281/2009, e é aí definida como “o conjunto de medidas integrado centrado na criança e na família”. Este documento enfatiza que deve ser assegurado um sistema de interação entre a família e as instituições e que devem ser acionados os mecanismos necessários à definição de um plano individual de acompanhamento/intervenção que atenda às necessidades destas mesmas famílias. Este plano deve ter em conta os problemas, assim como o potencial de desenvolvimento da criança, a par com as alterações a introduzir no contexto para que esse potencial se possa afirmar (Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de outubro, 2009).

A abordagem centrada na família é, assim, um dos eixos principais das práticas recomendadas a nível internacional e em Portugal para a IP (Machado et al., 2017). Esta abordagem caracteriza-se por a) um conjunto de práticas individualizadas, flexíveis e responsivas que respeitam e dignificam as famílias; b) partilha de informações que potenciem a tomada de decisões esclarecidas e sustentadas por parte da família; c) opção de escolha, por parte da família, do tipo e da quantidade da intervenção; d) desenvolvimento de uma relação de colaboração e parceria entre as

famílias e os profissionais; e) mobilização dos recursos necessários para potenciar o desenvolvimento de competências das crianças e respetivas famílias (Dunst, 2002).

Não obstante o facto de os profissionais de saúde estarem cada vez mais familiarizados com as Práticas Centradas na Família (PCF) e compreenderem a importância das mesmas, na maior parte das situações concretas, não se verifica a participação das famílias em todos o processo de avaliação e intervenção (Crais et al., 2006; Pinto, 2012).

Paralelamente, a experiência profissional da investigadora principal, enquanto Terapeuta da Fala (TF) a exercer funções em contexto escolar, ocasionaram a motivação para compreender a autoperceção das famílias quanto à sua participação nas várias fases do processo terapêutico e contribuir para a reformulação de práticas dos TF de base escolar.

O presente trabalho, intitulado *Autoperceção das famílias sobre a sua participação na intervenção terapêutica*, encontra-se organizado em cinco capítulos. O primeiro, a introdução, aborda a pertinência desta investigação, apresentando o problema do estudo.

No segundo capítulo, são abordados, de forma sintética, o enquadramento teórico e a revisão da literatura.

O terceiro capítulo aborda a descrição e fundamentação da metodologia de investigação utilizada neste estudo, descrevendo os objetivos do estudo, a população/amostra, o instrumento de recolha de dados utilizados e os procedimentos adotados.

O quarto capítulo é dedicado à apresentação dos resultados e o quinto capítulo à sua discussão.

Por fim, no sexto capítulo, apresentam-se as conclusões gerais e ainda algumas propostas para futuras investigações no âmbito do trabalho realizado, assim como possíveis contribuições a práticas mais efetivas dos profissionais a intervir em IP.

CAPÍTULO 2: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Práticas Centradas na Família

As referências ao conceito Práticas Centradas na Família (PCF) têm sido usadas para descrever a natureza da prestação de serviços e de apoios às famílias com crianças com necessidades especiais desde, pelo menos, os finais dos anos 40 do século passado (Dunst & Espe-Sherwindt, 2016; Espe-Sherwindt, 2008; Pereira & Serrano, 2010). O termo intervenção precoce centrada na família não se constitui como um argumento novo ou da era atual. Foi utilizado pela primeira vez por Bronfenbrenner, em 1974, para descrever a necessidade de mudar o foco da intervenção de uma abordagem centrada na criança para uma centrada nos pais e nas suas crianças, assim como outros elementos da família por forma a otimizar os efeitos da IP (Dunst & Espe-Sherwindt, 2016).

Os princípios orientadores das PCF foram estruturados pela primeira vez em meados de 80 do século passado e delineavam o alcance desta abordagem, balizando as noções de atores, contextos e papéis a desempenhar. Os princípios centrados na família são orientações sobre como os profissionais devem interagir com os pais, os seus filhos e outros membros da família e ainda como as diferentes intervenções devem ser implementadas para obter os resultados positivos ideais (Dunst & Espe-Sherwindt, 2016). Atualmente, as práticas de IP assentam, num plano geral adotado nas políticas de educação e saúde, numa perspetiva centrada na família, constituindo a dimensão participação ativa uma componente diferenciadora e a capacitação dos intervenientes uma característica nuclear (Machado et al., 2017; A. M. Serrano & Pereira, 2011). Os profissionais reconhecem as famílias com igualdade de estatuto, devendo ter as mesmas um papel central na tomada de decisões (Dunst, 2017; Mendes, 2010; Dunst, 1997 citado por Pereira, 2009).

A abordagem centrada na família é definida como uma prática de intervenção que envolve trabalhar com a família com dignidade e respeito, partilhar informações para que as famílias possam tomar decisões esclarecidas e sustentadas e disponibilizar os apoios e recursos necessários para responder às preocupações e prioridades da família (Dunst & Espe-Sherwindt, 2016; Espe-Sherwindt, 2008).

A mudança para uma abordagem centrada na família, em IP, tem implicações significativas em vários aspetos da intervenção, nomeadamente nos primeiros contactos com a família, na avaliação, no processo de tomada de decisão e na relação família/profissional, e ainda na forma de prestação e organização dos apoios, o que exige que os profissionais procurem desenvolver-se pessoal e profissionalmente de

forma contínua, devendo clarificar, definir e refletir sobre um conjunto de práticas efetivas que se traduzam na forma como interagem com as famílias e conduzam os serviços que prestam (Matos & Pereira, 2011; Pereira & Serrano, 2010; Vaz, 2021).

As práticas de ajuda eficaz em IP são compostas por três dimensões: relacional, participativa e qualidade técnica (Dunst & Espe-Sherwindt, 2016; Machado et al., 2017). As práticas relacionais referem-se às características e representações interpessoais do profissional que influenciam a forma como estabelecem relações com a família, isto é, os comportamentos interpessoais – escuta ativa, compaixão, empatia, respeito, honestidade, bem como as convicções e crenças positivas sobre as competências e capacidades da família (Dunst, 2000; Ferreira, 2020; Pinto, 2018).

As práticas participativas dizem respeito aos comportamentos do profissional que visam a participação da família no processo de tomada de decisão e de escolha informada (Dunst, 2000; Pinto, 2018). Os profissionais devem trabalhar em parceria com a família de forma a identificar as suas necessidades e colaborar na identificação e obtenção dos recursos, apoios e serviços desejados pela família (Pinto, 2018).

Por último, a dimensão técnica inclui os conhecimentos técnicos e específicos do profissional, resultantes da formação e da experiência profissional obtida na área em que trabalha (Pinto, 2018; Vaz, 2021). O conhecimento e a adoção de práticas informadas em evidência têm sido fulcrais para a avaliação da qualidade técnica das equipas (Carvalho et al., 2016 citado por Vaz, 2021).

2.2. O processo de intervenção baseado nas Práticas Centradas na Família

O desenvolvimento comunicativo constitui-se como um processo dinâmico, natural e espontâneo moldado por fatores interdependentes intrínsecos à criança em interação com o meio ambiente, pressupondo a ligação de um conjunto de interações e competências que abrangem todas as áreas do desenvolvimento – linguísticas, motoras, sensoriais, cognitivas, sociais e a sua combinação (ASHA, 2008; Sim-Sim, 2018; Sim-Sim et al., 2008).

Por seu lado, a prestação de serviços em IP é baseada em modelos teóricos, empíricos e clínicos de desenvolvimento na infância que pressupõem que a aquisição e desenvolvimento da comunicação ocorre dentro de uma estrutura social, cultural e numa dimensão biopsicossocial (ASHA, 2008; Maia, 2012). Os modelos teóricos do desenvolvimento humano têm, assim, servido de base para o aparecimento justificado de políticas e práticas no âmbito da IP (Maia, 2012), sendo amplamente destacados pela literatura como determinantes o Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano

(Bronfenbrenner, 1979) e o Modelo Transacional (Sameroff & Fiese, 2000)(Sameroff & Fiese, 2000), uma vez que trouxeram como grande contributo para a IP a noção da necessidade de intervir não somente com a criança, mas também com o ambiente e os intervenientes com quem esta interage, sendo ambos determinantes para o seu desenvolvimento ao longo do tempo (Carvalho, 2015):

- Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner, 1979): salienta a importância das trocas organismo-meio, que constitui uma rede complexa de interrelações através das quais o desenvolvimento se processa, não podendo ser compreendido independentemente dos contextos em que ocorre (Tegethof, 2007). As influências que os ambientes locais têm nas crianças são o produto de como esses ambientes são percebidos e interpretados por pais e filhos (Caldeira et al., 2017). Esta abordagem chama, assim, a atenção para a relação existente entre o desenvolvimento e a cultura, não podendo identificar-se necessidades, riscos e oportunidades para o desenvolvimento de forma isolada, sendo necessária uma análise dos sistemas de interação multipessoais, que não estejam limitados a um único ambiente e que considerem aspetos ambientais que estão para além da situação imediata na qual o sujeito está inserido (Tegethof, 2007);
- Modelo Transacional (Sameroff & Fiese, 2000): o desenvolvimento da criança é visto como o produto das interações contínuas, dinâmicas e bidirecionais entre a criança e as experiências que lhe são proporcionadas pela família e pelo seu contexto social (Caldeira et al., 2017; Tegethof, 2007). O seu contributo inovador reside na ênfase colocada nos efeitos inerentes à criança, assim como nos do envolvimento, de tal modo que as experiências proporcionadas pelo ambiente não são consideradas independentes da criança. Assim, apesar de a criança poder ter sido um forte determinante das experiências atuais, o desenvolvimento não pode ser sistematicamente descrito sem ser realizada uma análise dos efeitos do ambiente na criança (Maia, 2012).

Na Fig. 1, encontra-se um esquema que mostra o papel que os fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais) têm no processo de intervenção e de como estes estabelecem uma relação complexa com a condição de saúde de um indivíduo e determinam o nível e a extensão das funções do mesmo (Organização Mundial de Saúde & Direção-Geral da Saúde, 2004).

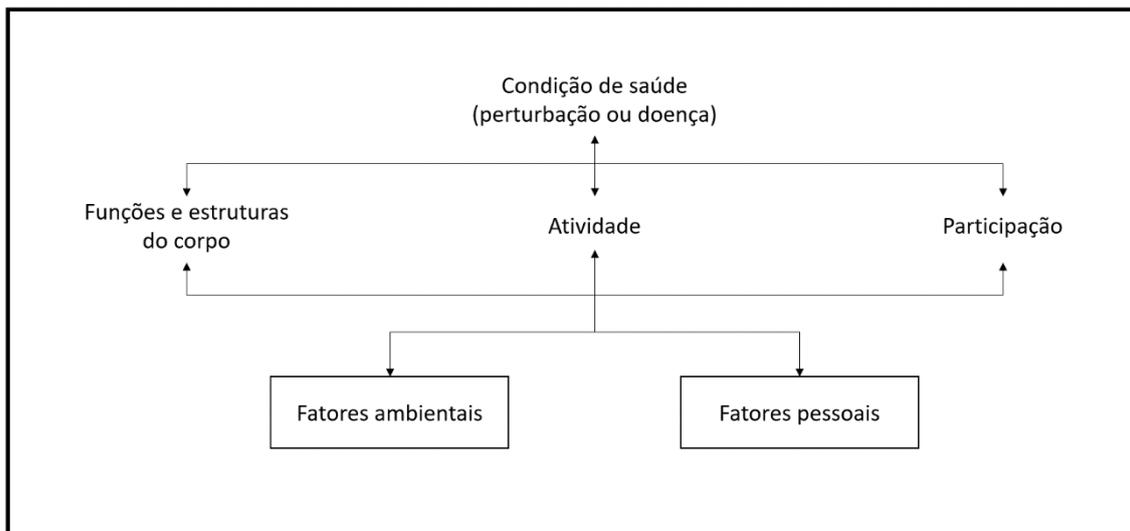


Figura 1: Interação entre os fatores contextuais e a condição de saúde de um indivíduo (Organização Mundial de Saúde & Direção-Geral da Saúde, 2004).

Idealmente, os serviços em IP são prestados nos ambientes naturais de aprendizagem do dia-a-dia da criança, uma vez que estes permitem experiências e oportunidades normalizadoras que promovem a participação da criança nas rotinas da família e da comunidade (American Speech-Language-Hearing Association, 2008; Pinto, 2018). Como R. McWilliam (2002) citado por Pereira (2009) refere, o desenvolvimento da criança é o resultado de interações nos seus contextos de vida e não de tentativas maciças de estimulação descontextualizadas. Dado que a família é a principal estrutura organizadora no desenvolvimento da criança (Bronfenbrenner, 1979 citado por Pinto, 2018), ao passar mais tempo com os cuidadores principais, são proporcionadas as oportunidades de aprendizagem ideais para gerar efeitos diretos no desenvolvimento da criança (Jung, 2010). Assim, o envolvimento ativo e corresponsabilização da família constituem ingredientes fundamentais do pensamento atual sobre como conseguir os efeitos benéficos da IP (Dunst et al., 2010). A partir desta perspetiva, as rotinas da família passam a ter uma relevância fundamental em IP (Caldeira et al., 2017). De acordo com McWilliam (2007) citado por Caldeira et al. (2017), é nos ambientes naturais e rotinas diárias e em diferentes espaços, como creche, jardim-de-infância e em casa, que o apoio na aprendizagem deve ser realizado de formas diversificadas. As crianças em idades precoces aprendem através de interações repetidas de forma dispersa ao longo do tempo por oposição ao contexto clínico tradicional (Almeida et al., 2011). Sabe-se ainda que, se por um lado as intervenções dos profissionais têm poucos efeitos diretos nas crianças, por outro têm um impacto importante na melhoria das competências e da autoconfiança dos pais e das famílias, que, por sua vez, têm uma grande influência na promoção do desenvolvimento da criança (McWilliam, 2003 citado por Almeida et al., 2011).

O Terapeuta da Fala é o profissional responsável pela prevenção, avaliação, intervenção e estudo científico das perturbações da comunicação humana, englobando todas as funções associadas à compreensão e à expressão da linguagem, oralmente ou por escrito, outras formas de comunicação não verbal e ainda ao nível da deglutição (APTF, 2023b). O TF é, pois, o profissional qualificado para prestar apoio às famílias de crianças que desenvolveram ou estão em risco de desenvolver perturbações relacionadas com a linguagem, comunicação, fala, literacia emergente e/ou alimentação e deglutição, desempenhando, por isso, um papel importante nos serviços de IP (ASHA, 2008). Por seu lado, o Terapeuta da Fala com atuação em contexto escolar, reflete as bases científicas e interdisciplinares da profissão em medicina, educação, linguística e psicologia (ESLA, 2023). A intervenção deste profissional nos ambientes naturais da criança permite a identificação de rotinas e interesses da mesma e da sua família, facilita o acesso a materiais e brinquedos e realiza as mudanças no contexto necessárias para promover a comunicação e atividades funcionais (ASHA, 2008).

O envolvimento da família na intervenção permite uma continuidade do trabalho desenvolvido pelos profissionais (A. M. Serrano & Correia, 2000; Skeat & Roddam, 2019; Sugden et al., 2019), sendo responsabilidade destes últimos orientar aquele que deve ser o trabalho e papel da família no processo, tendo em conta as dificuldades e obstáculos por ela reportados (Sugden et al., 2019).

Em Terapia da Fala, o envolvimento da família é um processo complexo, onde devem ser considerados vários aspetos (Mdshah et al., 2021), desde as expectativas dos cuidadores até ao conhecimento que os mesmos detêm sobre como ajudar os filhos (Skeat & Roddam, 2019), sobre que papéis desempenhar e mais especificamente onde, quando e como fazer. Os TF devem partilhar a sua experiência e conhecimento técnico, assim como estratégias e abordagens e fornecer oportunidades e recursos para apoiar e promover o envolvimento da família (Skeat & Roddam, 2019), tendo para isso, idealmente, de dominar estratégias de aprendizagem de adultos – andragogia. Esta teoria presume que os adultos têm requisitos específicos para a aprendizagem e que os melhores ambientes para que esta ocorra são os colaborativos, assim como a utilização de uma abordagem baseada em problemas (*Problem-based Learning* – PBL) (Branco, 2018). Em 1984, Knowles sugeriu que a educação de adultos deve assentar em quatro princípios (Kearsley, 2010 citado por Branco, 2018):

- Os adultos precisam de estar envolvidos no planeamento e na avaliação do seu próprio processo enquanto alunos;

- A experiência fornece a base para as atividades que envolvem aprendizagem;
- Os adultos revelam mais interesse em aprender sobre temáticas que tenham relevância imediata e impacto nas várias áreas da sua vida, nomeadamente na vida profissional e, principalmente, na vida pessoal;
- A aprendizagem de adultos é centrada no problema e não no conteúdo.

Contudo, os adultos, ao contrário das crianças, não são motivados facilmente pelos mesmos motivos que as segundas, pelo que se torna difícil motivá-los e mantê-los ativos. Desta forma, é importante que quem assume o papel de professor coloque em prática algumas estratégias para motivar os seus alunos adultos, como a de criar experiências de aprendizagem úteis e relevantes, com base na faixa etária; construir uma comunidade para troca de experiências e conhecimento; incentivar à procura de soluções ou respostas para os seus próprios problemas; acomodar os interesses e objetivos individuais com uma postura de respeito; utilizar os erros como exemplos de autorreflexão para encontrar alternativas ou estratégias para resolver problemas; fornecer exemplos reais; e apresentar os benefícios de aprender sobre determinado assunto (Branco, 2018).

No sentido de promoverem o desenvolvimento linguístico das crianças em idade pré-escolar, os TF e a família formam uma relação de parceria (ASHA, 2008; Davies et al., 2017). Contudo, o conhecimento acerca da perceção dos pais sobre o seu papel e expectativas do seu envolvimento no processo terapêutico ainda é limitado, sendo que estas informações são importantes para a construção de uma relação profissional de efetiva confiança durante a implementação de uma intervenção onde os pais possam assumir uma participação ativa (Davies et al., 2017).

O uso de inquéritos na investigação e na prática clínica como metodologia de investigação permite recolher e analisar dados que subjazem a uma avaliação das PCF (Dunst & Espe-Sherwindt, 2016). O alcance do uso desta metodologia permite, por um lado, avaliar a adesão do profissional ao uso das PCF e, por outro lado, relacionar, de algum modo, a implementação destas práticas com os resultados obtidos na intervenção com a família e a criança (Dunst & Espe-Sherwindt, 2016).

O estudo prévio à construção do nosso instrumento debruçou-se numa análise apurada dos seguintes inquéritos já existentes e usados em estudos relacionados com a nossa temática:

Helpgiving Practices Scales (Trivette & Dunst, 1994)

Este instrumento possui três versões – a original (ou longa), a curta e a modificada – com 28, 16 e 12 itens, respetivamente. Os itens foram desenvolvidos a partir de uma revisão da literatura sobre práticas de ajuda (relacionais e participativas) e o processo

de empoderamento. No instrumento referido, nas versões original e curta, podem-se distinguir dois conjuntos de indicadores: aqueles relativos às práticas relacionais e os relativos às práticas participativas (Dunst et al., 2006). É um questionário constituído por um conjunto de questões sobre as quais o entrevistado deve escolher a afirmação com que se identifica, através de uma Escala de Likert com cinco pontos, que variam de acordo com a questão.

Enabling Practices Scales – EPS (Dempsey, 1995)

A EPS é um questionário constituído por 24 itens e pretende medir práticas de capacitação da família, utilizadas pelos profissionais que trabalhem com famílias e indivíduos com necessidades especiais (Dempsey, 1995; Pinto, 2018). As famílias entrevistadas devem indicar o nível de concordância com cada item através de uma Escala de Likert com cinco pontos (1 – Não é verdade e 5 – Totalmente verdade) (Dempsey, 1995).

The Measure of Processes of Care 56-Item (MPOC-56) (S. M. King et al., 1996) e The Measure of Processes of Care 20-Item (MPOC-20) (S. King et al., 2014)

O MPOC-56 é um questionário com 56 itens e foi desenvolvido para avaliar as percepções e experiências dos pais sobre os comportamentos dos profissionais de saúde que, do seu ponto de vista, são mais importantes no processo de intervenção (S. M. King et al., 1996). Em 2014, foi desenvolvida a versão curta e melhorada deste instrumento, com 20 itens (S. King et al., 2014). É um questionário de autopreenchimento, dividido em cinco categorias (Capacitação e parceria; Partilha de informações gerais; Partilha de informações específicas acerca da criança; Cuidado coordenado e compreensivo com a criança e a família; Cuidado com respeito e de apoio), em que os pais devem indicar o nível de concordância com cada item através de uma Escala de Likert com sete pontos (1 – Nunca e 7 – Sempre) ou, caso não se aplique, seleccionar a opção adicional “Não aplicável”.

Family-Centered Practices (Dunst & Trivette, 2002, 2003, 2003 citado por Dunst et al., 2006)

Este instrumento apresenta três versões com 8, 12 e 17 itens. Foi desenvolvido com o intuito de aperfeiçoar a medição das práticas de ajuda relacionais e participativas e foi usado em diferentes estudos com o objetivo de compreender a relação entre as práticas de ajuda centradas na família e o funcionamento da família e da criança (Dunst et al., 2006). À semelhança dos questionários supramencionados, o instrumento Family-Centered Practices Scale, nas suas três versões, é um

questionário de autopreenchimento, constituído por afirmações sobre as quais as famílias devem expressar o grau de concordância através de uma Escala de Likert com cinco pontos (1 – Nunca e 5 – Sempre).

The Family-School Relationships Survey (FSRS) (Gehlbach et al., 2015)

O FSRS é um conjunto de questionários que avaliam, entre outros, o envolvimento da família na vida escolar dos seus filhos e a sua perceção acerca do apoio que são capazes de lhes dar, quando não estão na escola. Estes questionários permitem aos profissionais que desempenham as suas funções em contexto escolar determinar pontos fortes e necessidades para quantificar mudanças nas atitudes da família ou determinar a eficácia da sua intervenção (Gehlbach et al., 2015). Os questionários são constituídos por perguntas que devem ser respondidas, em entrevista, por pais de crianças a frequentar escolas até ao ensino secundário e incluem perguntas abertas e de caracterização sociodemográfica (Gehlbach et al., 2015).

Styles Questionnaire of Interaction between Parents and Professionals in Early Intervention (SIPPEI) (Escorcia-Mora et al., 2016)

O SIPPEI tem duas versões: uma para os cuidadores e outra para os profissionais. Cada uma tem duas secções, sendo que a primeira diz respeito a dados sociodemográficos da família e da criança ou do profissional e a segunda corresponde ao questionário propriamente dito e está dividida em quatro categorias de itens: 1) Ações levadas a cabo para orientar a família; 2) Dificuldades em seguir as linhas orientadoras; 3) Estilo comunicativo do profissional para oferecer orientação e 4) Linhas orientadoras para o treino (Escorcia-Mora et al., 2016). As questões da segunda parte devem ser respondidas pelas famílias através de uma Escala de Likert com cinco pontos (1 – Nunca; 5 – Sempre). O questionário conta ainda com duas perguntas abertas.

Este instrumento foi desenvolvido para avaliar de que forma é que as relações entre os profissionais e as famílias são construídas e o nível de implementação de práticas participativas e relacionais (Escorcia-Mora et al., 2016).

Scale of Parental Involvement and Self-Efficacy – revised (Ambrose et al., 2019)

Este instrumento destina-se a pais cujos filhos foram diagnosticados com perda auditiva e utilizam tecnologia de apoio. Encontra-se dividido em cinco secções e tem por objetivo obter uma melhor compreensão acerca das crenças, do conhecimento, da confiança, das ações e do uso da tecnologia de apoio por parte dos pais (Ambrose et al., 2019).

As quatro primeiras secções devem ser respondidas através de uma Escala de Likert de sete pontos, que variam de acordo com a questão. A quinta secção é constituída por perguntas fechadas.

O questionário construído encontra-se organizado em cinco categorias, à semelhança do que se verifica em instrumentos como o MPOC-56, o MPOC-20 e o SIPPEI. Tendo em conta os princípios da abordagem centrada na família, foram retiradas questões de cada um dos questionários supramencionados para elaborar o questionário utilizado para a presente investigação, como aquelas que se verificavam em mais do que um instrumento. É ainda de referir que a categoria V, que corresponde às dificuldades dos cuidadores, foi norteadada pelo SIPPEI, que também tem uma categoria homóloga. No capítulo seguinte proceder-se-á à descrição do questionário construído, assim como os procedimentos levados a cabo para a validação do mesmo.

CAPÍTULO 3: METODOLOGIA

3.1. Questão de partida

Com base no exposto, propõe-se como questão de partida a seguinte: “Qual o nível de autoperceção apresentado pelas famílias sobre o seu envolvimento no processo terapêutico, em contexto escolar?”.

3.2. Objetivo

Determinar o nível e tipo de perceção que as famílias apresentam sobre o envolvimento que lhes é proporcionado no processo terapêutico do(s)/da(s) seu(s)/sua(s) filho(s)/a(s), em contexto escolar, por parte do Terapeuta da Fala.

3.3. Tipo de estudo

De forma a responder à questão de partida conduzir-se-á um estudo exploratório. Os estudos exploratórios geralmente ocorrem quando há pouco conhecimento sobre a temática que se pretende abordar e, portanto, se pretende aprofundar o assunto para torná-lo mais claro (Raupp & Beuren, 2006). Face aos objetivos estabelecidos, optou-se por um estudo observacional descritivo transversal.

3.4. Amostra

De referir que não foi definido um número mínimo de participantes a priori. Acederam ao questionário 117 pessoas, sendo que apenas 42 completaram o mesmo. Destes, apenas 16 cumprem com os critérios de inclusão e de exclusão, que se passam a elencar:

- Os filhos usufruem de acompanhamento em Terapia da Fala, em contexto escolar;
- Pais/ Cuidadores de crianças entre os 3 e os 6 anos de idade

Foram excluídas as famílias:

- Famílias residentes fora de Portugal.

3.5. Instrumento de recolha de dados

Para o presente estudo foi elaborado um questionário, baseado em instrumentos já existentes e usados em estudos anteriores, cujo objetivo é verificar a autoperceção

das famílias acerca da sua participação no processo terapêutico. O instrumento de recolha de dados ficou alojado no *Limesurvey*, da Universidade de Aveiro (UA), e divulgado nas redes sociais.

O questionário (Apêndice I) foi elaborado pela responsável do estudo e encontra-se dividido em três partes: questionário sociodemográfico (I) do/a cuidador(a) principal e (II) da criança e (III) questionário de autoperceção das famílias.

As partes I e II tem como propósito obter informações sobre as famílias e as crianças para fazer a caracterização sociodemográfica da amostra, como faixa etária, sexo, escolaridade, língua materna, distrito/ região autónoma, estado civil, situação profissional do cuidador e grau de parentesco do mesmo com a criança e ainda idade, sexo da criança, número de irmãos e respetiva(s) idade(s) e grau de escolaridade.

Por forma a responder à questão de partida, procurou estruturar-se a parte III em cinco categorias, tendo em conta os princípios da abordagem centrada na família, nomeadamente:

- **Categoria I – Práticas do/a Terapeuta da Fala:** constituída por 10 itens;
- **Categoria II – Partilha de informações:** constituída por 5 itens;
- **Categoria III – Tomada de decisões:** constituída por 5 itens;
- **Categoria IV – Colaboração e parceria:** constituída por 6 itens;
- **Categoria V – Dificuldades:** constituída por 6 itens.

De referir que, no fim de cada categoria, foi incluído um espaço para outras informações e comentários, possibilitando ao informante acrescentar informações adicionais à recolhida através das respostas fechadas.

Categoria I: Na primeira categoria, procura-se entender as práticas relacionais do profissional, ou seja, os seus comportamentos interpessoais com as famílias.

Categorias II, III e IV: Pretende-se determinar quais são os comportamentos do profissional que visam a participação da família no processo de tomada de decisões e de escolha informada.

Categoria V: Na quinta e última categoria, procura-se entender as maiores dificuldades identificadas pelas famílias no decorrer do processo terapêutico.

O instrumento criado foi alvo do escrutínio sobre a sua validade e fiabilidade através de um painel de peritos especializados na temática.

Depois de elaborada a primeira versão do questionário (Apêndice II), iniciou-se o processo de validação do mesmo. Assim, foi constituído um painel de cinco peritos com experiência na área das Práticas Centradas na Família, ao qual foram apresentados dois questionários (Apêndices III e IV): questionário demográfico (III) e questionário para validação de conteúdo (IV).

O questionário demográfico tem como propósito fazer a caracterização do painel de peritos em termos de sexo, idade, grau académico, escola e ano de formação, nº de anos de experiência profissional, contexto(s) de intervenção e nº de anos de experiência profissional no âmbito das PCF.

Os peritos são maioritariamente do sexo feminino (80%); têm idades compreendidas entre os 31 e os 58 anos; uma média de 21 anos de experiência profissional e de 14 anos de experiência profissional no âmbito das PCF e a intervenção levada a cabo pelos mesmos decorre/decorreu nos contextos “Equipa de Intervenção Precoce”, “Estabelecimento de Educação Inclusiva”, “Contexto Hospitalar”, “Clínica ou Gabinete Particular”, “Docência ou Ensino Superior”, “Estabelecimento de Educação Especial” e em “Centros de Reabilitação de Paralisia Cerebral”.

A validade de conteúdo foi verificada com recurso ao Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Os valores de IVC obtidos (Tabela 1: Valores de IVC na primeira intervenção do painel de peritos) variaram entre 0,67 e 0,8, sendo que somente 1 item dos 30 que constituíam o instrumento apresentaram um índice de concordância não aceitável (<0,75). Na primeira intervenção do painel constituído, foram propostas algumas alterações relacionadas, essencialmente, com a organização da informação e do vocabulário utilizado. Após a reformulação dos itens, de acordo com as alterações sugeridas, foi elaborada uma segunda versão que reuniu o consenso entre avaliadores e que representa a versão usada neste estudo.

Item	IVC	Item	IVC	Item	IVC
1	1	11	1	21	1
2	1	12	1	22	0,75
3	1	13	1	23	1
4	1	14	1	24	1
5	1	15	1	25	1
6	1	16	1	26	1
7	0,8	17	1	27	1
8	1	18	1	28	0,75
9	1	19	1	29	0,67
10	1	20	0,75	30	1

Tabela 1: Valores de IVC na primeira intervenção do painel de peritos.

3.6. Procedimentos de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados ficou alojado no *Limesurvey*, da UA, e divulgado nas redes sociais, nomeadamente no *Facebook*, *Instagram* e *Linkedin*. Devido ao número reduzido de participantes elegíveis no primeiro momento, a recolha de dados decorreu em dois momentos diferentes: entre 10 de outubro de 2022 e 15 de dezembro de 2022 e entre 6 de janeiro de 2023 e 28 de fevereiro de 2023.

Para a análise estatística das respostas foram utilizados os *softwares* IBM® SPSS® Statistics e Microsoft Excel.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

4.1. Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 16 participantes, cuidadores de crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 6 anos e que são acompanhadas em Terapia da Fala, em contexto escolar. Na Tabela 2, encontram-se os dados relativo à caracterização sociodemográfica dos cuidadores e das crianças.

VARIÁVEIS		N (%)	VARIÁVEIS		N (%)	
Faixa etária do cuidador	De 18 a 24 anos	1(6,3%)	Escolaridade do cuidador	2º Ciclo do Ensino Básico (6º ano)	2(12,5%)	
	De 25 a 35 anos	5(31,3%)		3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano)	1(6,3%)	
	De 36 a 50 anos	9(56,3%)		Ensino Secundário (12º ano)	5(31,3%)	
Sexo do cuidador	Masculino	1(6,3%)		Licenciatura	6(37,5%)	
	Feminino	15(93,8%)		Mestrado	1(6,3%)	
Língua materna do cuidador	Português	16(100%)		Doutoramento	1(6,3%)	
	Distrito/ Região autónoma	Aveiro		1(6,3%)	Estado civil do cuidador	Solteiro/a
		Coimbra	1(6,3%)	Casado/a		9(56,3%)
Lisboa		3(18,8%)	Outro	1(6,3%)		
Idade da criança	4	3(18,8%)	Grau de parentesco com a criança	Mãe	14(87,5%)	
	5	6(37,5%)		Pai	1(6,3%)	
	6	7(43,8%)		Tia	1(6,3%)	
	Sexo da criança	Masculino	9(56,3%)	Sexo da criança	Masculino	9(56,3%)
		Feminino	7(43,8%)		Feminino	7(43,8%)
			A criança tem irmãos?	Sim	8(50,0%)	
				Não	8(50,0%)	

Tabela 2: Caracterização sociodemográfica dos cuidadores e das crianças.

Os informantes são mãe, pai e tia de crianças que beneficiam de Terapia da Fala na escola. Todos os cuidadores têm o português como língua materna, 56,3% tem entre 36 e 50 anos, 31,3% tem entre 25 e 35 anos e apenas 6,3% tem entre 18 e 24 anos.

Em relação à localização geográfica, os participantes residem nos distritos de Viseu (50,0%), Lisboa (18,8%), Porto (12,5%), Coimbra (6,3%), Aveiro (6,3%) e Vila Real (6,3%).

No que concerne à escolaridade dos cuidadores, 50% concluiu o ensino superior (37,5% tem licenciatura; 6,3% o mestrado e 6,3% o doutoramento), 31,3% concluiu o ensino secundário, 12,5% o 2º ciclo do ensino básico e 6,3% o 3º ciclo do ensino básico.

Quanto ao estado civil, 56,3% dos inquiridos são casados, 37,5% são solteiros e 6,3% respondeu “outro”.

No que concerne à caracterização das crianças, 43,8% tem 6 anos, 37,5% tem 5 anos e 18,8% tem 4 anos. Destes, 56,3% é do sexo masculino e 43,8% do sexo feminino. E ainda, 50,0% não tem irmãos, sendo que os restantes têm. Destes, 87,5% têm apenas um irmão, sendo que, no caso de 57,1% destas crianças, é mais velho. Apenas 12,5% das crianças tem irmãos (2) mais novos.

4.2. Análise quantitativa

Todas as dimensões do questionário foram alvo de uma análise quantitativa, que se apresenta em seguida.

Para avaliação da frequência das práticas dos Terapeutas da Fala, os participantes responderam ao questionário segundo uma escala de Likert com cinco opções de resposta: nunca (1); raramente (2); às vezes (3); quase sempre (4) e sempre (5).

CATEGORIA I: PRÁTICAS DO/A TERAPEUTA DA FALA

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
O/A Terapeuta da Fala relaciona-se com a minha família com respeito.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	16 (100%)
O/A Terapeuta da Fala apresenta-me indicações/orientações que eu consigo compreender.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (12,5%)	14 (87,5%)
O/A Terapeuta da Fala conhece e tenta responder às minhas preocupações e necessidades	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (12,5%)	14 (87,5%)
Consigo falar com o/a Terapeuta da Fala sem me sentir julgado/a.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	16 (100%)
Sinto confiança no/a Terapeuta da Fala.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (6,3%)	15 (93,8%)
Durante a intervenção, o/a Terapeuta da Fala adapta-se	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (18,8%)	13 (81,3%)

às características e necessidades do/a meu/minha filho/a.					
O/A Terapeuta da Fala questiona-me sobre as necessidades da família, do/a meu/minha filho/a e orienta a intervenção nesse sentido.	0 (0%)	0 (0%)	2 (12,5%)	2 (12,5%)	12 (75,0%)
O/A Terapeuta da Fala ajuda-me a sentir mais competente como pai/mãe/cuidador.	0 (0%)	0 (0%)	1 (6,3%)	2 (12,5%)	13 (81,3%)
O/A Terapeuta da Fala questiona-me sobre o que eu gostaria que o/a meu/minha filho/a alcançasse.	0 (0%)	0 (0%)	2 (12,5%)	6 (37,5%)	8 (50,0%)
Desde o primeiro momento e ao longo de todo o acompanhamento o/a Terapeuta da Fala valoriza a minha opinião e cria momentos de análise, reflexão e discussão comigo.	0 (0%)	1 (6,3%)	0 (0%)	2 (12,5%)	13 (81,3%)

Tabela 3: Análise quantitativa do questionário (Categoria I).

100% dos inquiridos refere que o/a Terapeuta da Fala se relaciona com a sua família com respeito.

No que concerne à apresentação de indicações/ orientações passíveis de ser compreendidas pelos cuidados, 87,5% dos participantes afirma que isso acontece “sempre” e 12,5% afirma que acontece “quase sempre”.

87,5% dos cuidadores considera que o/a Terapeuta da Fala conhece e tenta responder às suas preocupações e necessidades, enquanto apenas 12,5 afirma que isso acontece “quase sempre”.

Todos os participantes afirmam que conseguem falar com o/a Terapeuta da Fala sem se sentir julgado/a.

No que respeita à confiança no técnico, 93,8% afirmam que sentem “sempre” confiança no/a Terapeuta da Fala, enquanto apenas 6,3 refere que confia “quase sempre” no profissional.

Relativamente à capacidade de adaptação do/a Terapeuta da Fala face às características e necessidades de cada criança, 81,3% dos participantes respondeu que o técnico se adapta “sempre” e 18,8% refere que esta prática se verifica “quase sempre”.

Dos 16 participantes que responderam ao inquérito, 75,0% referiram que o/a Terapeuta da Fala os questiona “sempre” sobre as necessidades da família e da criança e que orienta a intervenção nesse sentido. 12,5% responde que esta prática se verifica “quase sempre” e 12,5% refere que se verifica “às vezes”.

Quanto à afirmação “O/A Terapeuta da Fala ajuda-me a sentir mais competente como pai/mãe/cuidador”, 81,3% dos participantes refere que o técnico o faz “sempre”, 12,5% refere “quase sempre” e 6,3% refere que o Terapeuta da Fala o/a ajuda a sentir mais competente “às vezes”.

50,0% dos inquiridos refere que o/a Terapeuta da Fala questiona sobre o que gostariam que o/a seu/sua filho/a alcançasse “sempre”, 37,5% refere que esta prática se verifica “quase sempre” e 12,5% refere que se verifica “às vezes”.

No que diz respeito aos momentos de análise, reflexão e discussão ao longo do processo terapêutico, 81,3% dos participantes refere que o/a Terapeuta da Fala valoriza a sua opinião e cria esses momentos “sempre”, 12,5% refere que acontece “quase sempre” e apenas 6,3% refere “raramente”.

CATEGORIA II: PARTILHA DE INFORMAÇÕES

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
O/A Terapeuta da Fala informa-me sobre os tipos de serviços/recursos prestados na instituição de ensino e/ou na comunidade.	0 (0%)	0 (0%)	1 (6,3%)	2 (12,5%)	13 (81,3%)
O/A Terapeuta da Fala partilha os resultados das suas avaliações e discute-os comigo.	0 (0%)	0 (0%)	1 (6,3%)	1 (6,3%)	14 (87,5%)
O/A Terapeuta da Fala questiona-me sobre as formas como quero receber informação acerca das avaliações/intervenção/atividades desenvolvidas/objetivos/estratégias.	0 (0%)	0 (0%)	2 (12,5%)	0 (0%)	14 (87,5%)
O/A Terapeuta da Fala partilha informação clara e objetiva sobre os progressos do/da meu/minha filho/a.	0 (0%)	0 (0%)	1 (6,3%)	1 (6,3%)	14 (87,5%)
O/A Terapeuta da Fala partilha fontes de informação científica sobre desenvolvimento típico,	0 (0%)	0 (0%)	3 (18,8%)	3 (18,8%)	10 (62,5%)

assim como documentos acerca das características apresentadas pelo/a meu/minha filho/a comigo.

Tabela 4: Análise quantitativa do questionário (Categoria II).

Relativamente à partilha de informações por parte do/a Terapeuta da Fala com a família, no que diz respeito à partilha de informações acerca dos tipos de serviços/recursos prestados na instituição de ensino e/ou na comunidade, 81,3% dos inquiridos refere que o técnico realiza esta partilha “sempre”, 12,5% refere “quase sempre” e 6,3% refere que o/a Terapeuta da Fala tem esta prática “às vezes”.

No que concerne à partilha dos resultados das avaliações, 87,5% dos participantes refere que o/a Terapeuta da Fala partilha os resultados das avaliações e discute-os com eles “sempre”, 6,3% refere que esta prática se verifica “quase sempre” e 6,3% refere “às vezes”.

Relativamente à afirmação “O/A Terapeuta da Fala questiona-me sobre as formas como quero recebe informação acerca das avaliações/intervenção/atividades desenvolvidas/objetivos/estratégias”, 87,5% dos participantes refere que o/a Terapeuta da Fala o faz “sempre” e 12,5% refere “às vezes”.

No que respeita à partilha de informação sobre os progressos das crianças, 87,5% dos participantes refere que o o/a Terapeuta da Fala partilha informação clara e objetiva sobre os progressos do/da seu/sua filho/a, 6,3% refere “quase sempre” e 6,3% refere “às vezes”.

No que concerne à partilha de fontes de informação científica sobre desenvolvimento típico e documentos acerca das características que as crianças apresentam, 62,5% dos inquiridos refere que o técnico realiza esta partilha “sempre”, 18,8% refere “quase sempre” e 18,8% refere que o/a Terapeuta da Fala tem esta prática “às vezes”.

CATEGORIA III: TOMADA DE DECISÕES

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
O/A Terapeuta da Fala questiona-me sobre os resultados que espero obter com a sua intervenção.	0 (0%)	1 (6,3%)	5 (31,3%)	1 (6,3%)	9 (56,3%)
O/A Terapeuta da Fala define e discute os objetivos da intervenção comigo.	0 (0%)	0 (0%)	1 (6,3%)	5 (31,3%)	10 (62,5%)
O/A Terapeuta da Fala apresenta-	0 (0%)	1 (6,3%)	1 (6,3%)	3 (18,8%)	11 (68,8%)

me todas as opções em termos de intervenção, assim como os resultados esperados com cada uma delas, de acordo com as evidências conhecidas.

Depois de orientado/a pelo/a Terapeuta da Fala, sinto-me capaz de tomar decisões informadas acerca da intervenção.

0 (0%) 0 (0%) 0 (0%) 5 (31,3%) 11 (68,8%)

O/A Terapeuta da Fala planeia os momentos de avaliação comigo e solicita a minha participação nesse processo.

0 (0%) 0 (0%) 5 (31,3%) 1 (6,3%) 10 (62,5%)

Tabela 5: Análise quantitativa do questionário (Categoria III).

Dos 16 participantes neste estudo, 56,3% refere que o/a Terapeuta da Fala o questiona “sempre” acerca dos resultados que espera obter com a intervenção do técnico, enquanto 31,3% refere que o técnico tem esta prática “às vezes”, 6,3% refere “quase sempre” e 6,3% refere que isto acontece “raramente”.

No que diz respeito à definição e discussão dos objetivos de intervenção do técnico com o cuidador, 62,5% dos inquiridos refere que o técnico o faz “sempre”, 31,3% refere “quase sempre” e 6,3% “às vezes”.

Relativamente à afirmação “o/a Terapeuta da Fala apresenta-me todas as opções em termos de intervenção, assim como os resultados esperados com cada uma delas, de acordo com as evidências conhecidas”, 73,3% dos inquiridos refere que o técnico tem esta prática “sempre”, 13,3% refere “quase sempre”, 6,7% “às vezes” e 6,7% “raramente”.

No que diz respeito à tomada de decisões informada acerca da intervenção por parte do cuidador, 68,8% dos inquiridos refere que se sente “sempre” capaz de tomar decisões informadas acerca da intervenção, enquanto 31,3% refere “quase sempre”.

No que concerne ao planeamento de momentos de avaliação com o cuidador, 62,5% dos participantes refere que o/a Terapeuta da Fala planeia os momentos de avaliação comigo e solicita a sua participação nesse processo “sempre”, 31,3% refere que isto acontece “às vezes” e 6,3% refere “quase sempre”.

CATEGORIA IV: COLABORAÇÃO E PARCERIA

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
O/A Terapeuta da Fala analisa comigo informação escrita acerca do que posso fazer com o/a meu/minha filho/a.	1 (6,3%)	2 (12,5%)	2 (12,5%)	0 (0%)	11 (68,8%)
O/A Terapeuta da Fala dá-me sugestões de brincadeiras, materiais ou outros recursos que posso utilizar com o/a meu/minha filho/a, integrados no nosso dia a dia.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (25,0%)	12 (75,0%)
O/A Terapeuta da Fala planeia a intervenção comigo de acordo com as necessidades identificadas, definindo-se objetivos e estratégias para semana/mês/período.	0 (0%)	4 (25,0%)	0 (0%)	2 (12,5%)	10 (62,5%)
O/A Terapeuta da Fala dá-me orientações passíveis de serem integradas nas rotinas diárias e auxilia-me em como fazer essa integração.	0 (0%)	0 (0%)	3 (18,8%)	2 (12,5%)	11 (68,8%)
O/A Terapeuta da Fala solicita a minha participação em sessões em que me orienta, demonstra e eu experimento o uso de estratégias e tarefas que poderão ser implementadas em casa e/ou noutros contextos em que estou com o/a meu/minha filho/a.	2 (12,5%)	3 (18,8%)	1 (6,3%)	1 (6,3%)	9 (56,3%)
No processo de recolha de informação o/a Terapeuta da Fala, para além de outros aspetos, tem preocupação em saber a minha perceção sobre outros locais/interesses/interlocutores do/a meu/minha filho/a para articulação da intervenção.	0 (0%)	1 (6,3%)	2 (12,5%)	2 (12,5%)	11 (68,8%)

Tabela 6: Análise quantitativa do questionário (Categoria IV).

Relativamente a análise de informação escrita acerca das possibilidades de atividades/tarefas que os cuidadores têm para realizar com os/as seus/suas filhos/as, 68,8% dos participantes refere que o/a Terapeuta da Fala realiza essa análise

conjunta “sempre”, 12,5% refere que realiza “às vezes”, 6,3% refere “raramente” e 6,3% refere “nunca”.

No que diz respeito à afirmação “o/a Terapeuta da Fala dá-me sugestões de brincadeiras, materiais ou outros recursos que posso utilizar com o/a meu/minha filho/a, integrados no nosso dia a dia”, 75,0% dos cuidadores inquiridos refere que o técnico o faz “sempre” e 25,0% refere “quase sempre”.

Relativamente ao planeamento da intervenção, 62,5% dos participantes refere que o/a Terapeuta da Fala planeia a intervenção consigo de acordo com as necessidades identificadas, definindo-se objetivos e estratégias para um determinado período de tempo, “sempre”, enquanto 25,0% refere que esta prática se verifica “raramente” e 12,5% refere “quase sempre”.

No que concerne à partilha de orientações passíveis de serem integradas nas rotinas diárias e auxílio na integração dessas mesmas orientações, 68,8% dos participantes responde que o técnico tem esta prática “sempre”, 18,8% refere “às vezes” e 12,5% refere “quase sempre”.

Ao nível da solicitação, por parte do/a técnico, para os cuidadores participarem em sessões para orientação, demonstração e experimentação do uso de estratégias e tarefas que podem ser implementadas em casa e/ou noutros contextos com a criança, 56,3% dos participantes refere que o/a Terapeuta da Fala solicita a sua presença “sempre”, 18,8% refere que o técnico o faz “raramente”, 12,5% refere que “nunca” o faz, 6,3% refere “às vezes” e 6,3% refere “quase sempre”.

No que se refere à afirmação “no processo de recolha de informação o/a Terapeuta da Fala, para além de outros aspetos, tem preocupação em saber a minha perceção sobre outros locais/interesses/interlocutores do/a meu/minha filho/a para articulação da intervenção”, 68,8% dos cuidadores inquiridos refere que o/a Terapeuta da Fala se preocupa em saber a sua perceção sobre outros locais/interesses/interlocutores do/a seu/sua filho/a “sempre”, 12,5% refere “quase sempre”, 12,5% refere “às vezes” e 6,3% “raramente”.

CATEGORIA V: DIFICULDADES

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Tenho tempo para colocar em prática as orientações do/a Terapeuta da Fala.	0 (0%)	1 (6,3%)	7 (43,8%)	2 (12,5%)	6 (37,5%)
Sinto-me cansado/a para colocar	6 (37,5%)	4 (25,0%)	5 (31,3%)	1 (6,3%)	0 (0%)

em prática as orientações do/a Terapeuta da Fala.					
O cansaço do/a meu/minha filho/a impede que eu coloque em prática as orientações do/a Terapeuta da Fala.	4 (25,0%)	1 (6,3%)	9 (56,3%)	2 (12,5%)	0 (0%)
Sei como pôr em prática as orientações do/a Terapeuta da Fala.	0 (0%)	0 (0%)	4 (25,0%)	8 (50,0%)	4 (25,0%)
Consigo identificar como é que as orientações do/a Terapeuta da Fala podem ser integradas nas nossas rotinas.	0 (0%)	0 (0%)	3 (18,8%)	9 (56,3%)	4 (25,0%)
Verifico que as orientações dadas pelo/a Terapeuta da Fala têm sido úteis.	0 (0%)	0 (0%)	1 (6,3%)	2 (12,5%)	13 (81,3%)

Tabela 7: Análise quantitativa do questionário (Categoria V).

No que concerne às dificuldades por parte dos cuidadores relativamente ao processo terapêutico, especificamente sobre a disponibilidade horária para colocar em prática as orientações do/a Terapeuta da Fala, 73,8% refere que “às vezes” tem tempo, 37,5% refere que tem “sempre” tempo, 12,5% refere que tem essa disponibilidade “quase sempre” e 6,3% refere “raramente”.

Relativamente ao cansaço do cuidador para colocar em prática as orientações dadas pelo/a Terapeuta da Fala, 37,5% dos participantes refere que “nunca” se sente cansado, 31,3% refere que “às vezes” se sente cansado para colocar as orientações do técnico em prática, 25,0% refere que tal acontece “raramente” e 6,3 refere “quase sempre”.

Ao nível da influência do cansaço da criança na execução das orientações, 56,3% dos participantes refere que “às vezes” o cansaço da criança impede o cuidador de colocar em prática as orientações do/a Terapeuta da Fala, 25,0% refere que “nunca” impede, 12,5% refere que o cansaço da criança influencia “quase sempre” e 6,3% refere “raramente”.

Relativamente à afirmação “sei como pôr em prática as orientações do/a Terapeuta da Fala”, 50,0% dos cuidadores inquiridos refere que sabe “quase sempre” colocar em prática as orientações do técnico, 25,0% refere que é capaz “sempre” e 25,0% refere “às vezes”.

Dos 16 participantes, 56,3% consegue identificar como é que as orientações do/a Terapeuta da Fala podem ser integradas nas suas rotinas “quase sempre”, 25,0% refere que o consegue fazer “sempre” e 18,8% refere “às vezes”.

Por fim, 81,3% dos participantes verifica que as orientações dadas pelo/a Terapeuta da Fala são úteis “sempre”, 12,5% refere que verifica “quase sempre” e 6,3% refere que “às vezes” verifica a utilidade das orientações dadas pelo técnico.

CAPÍTULO 5: DISCUSSÃO

Neste capítulo, pretende-se analisar e relacionar os resultados obtidos, considerando o objetivo geral inicialmente definido.

Como abordado no capítulo do enquadramento teórico, as PCF pressupõem uma prática que envolve o trabalho com famílias com dignidade e respeito, partilha de informações, tomada de decisões por parte das mesmas a partir de evidências científicas e a disponibilização dos apoios e dos recursos necessários para responder às características de cada uma (Dunst & Espe-Sherwindt, 2016; Espe-Sherwindt, 2008). Pode-se, assim, dividir as práticas de ajuda eficaz em IP em três dimensões: relacional, participativa e qualidade técnica (Dunst & Espe-Sherwindt, 2016; Machado et al., 2017).

Os resultados do estudo conduzido mostram que, do ponto de vista dos cuidadores, o Terapeuta da Fala utiliza as PCF na sua prática profissional, em contexto escolar, sendo uma mais-valia nas escolas.

Os itens com percentagem mais elevada de respostas para a cotação “sempre” são referentes a práticas do tipo relacional, o que se encontra consonante com os resultados obtidos por Carvalho (2015), onde a autora avaliou a operacionalização das PCF dos profissionais integrados nas Equipas Locais de Intervenção Precoce dos distritos de Braga e Bragança. Os itens com percentagem mais elevada de respostas para a cotação “sempre” são:

- *“O/A Terapeuta da Fala relaciona-se com a minha família com respeito”* (100%);
- *“Consigo falar com o/a Terapeuta da Fala sem me sentir julgado/a”* (100%);
- *“Sinto confiança no/a Terapeuta da Fala”* (93,8%);
- *“O/A Terapeuta da Fala conhece e tenta responder às minhas preocupações e necessidades”* (87,5%).

Em suma, a grande maioria dos participantes responderam que o/a Terapeuta da Fala se relaciona com a família com respeito, potencia uma relação de confiança e ouve as suas preocupações e necessidades.

Por outro lado, os itens com percentagem mais baixa para a cotação “sempre” correspondem a práticas participativas:

- *“O/A Terapeuta da Fala questiona-me sobre o que eu gostaria que o/a meu/minha filho/a alcançasse”* (50,0%);

- *“O/A Terapeuta da Fala questiona-me sobre os resultados que espero obter com a sua intervenção” (56,3%);*

- *“O/A Terapeuta da Fala solicita a minha participação em sessões em que me orienta, demonstra e eu experimento o uso de estratégias e tarefas que poderão ser implementadas em casa e/ou noutros contextos em que estou com o/a meu/minha filho/a” (56,3%);*

- *“O/A Terapeuta da Fala partilha fontes de informação científica sobre desenvolvimento típico, assim como documentos acerca das características apresentadas pelo/a meu/minha filho/a comigo” (62,5%);*

- *“O/A Terapeuta da Fala define e discute os objetivos da intervenção comigo” (62,5%);*

- *“O/A Terapeuta da Fala planeia os momentos de avaliação comigo e solicita a minha participação nesse processo” (62,5%);*

- *“O/A Terapeuta da Fala planeia a intervenção comigo de acordo com as necessidades identificadas, definindo-se objetivos e estratégias para semana/mês/período” (62,5%).*

No que diz respeito às dificuldades sentidas pelos cuidadores, a maior dificuldade assinalada está relacionada com o cansaço dos/as seus/suas filhos/as, que, por vezes, impede que se coloque em prática as orientações do Terapeuta da Fala. Os participantes deste estudo referem que verificam a utilidade das orientações dadas pelo técnico e que sabem como as colocar em prática de forma integrada nas rotinas familiares.

Num estudo de 2012, conduzido por Maia, em 13 Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral, os resultados mostram que, apesar de haver um esforço notório e perceções positivas por parte das famílias e dos profissionais quanto à implementação de PCF, é reconhecida uma fragilidade relativamente ao fornecimento de informação às famílias. Neste estudo, os resultados são concordantes em ambos os grupos e indicam, por parte dos profissionais, uma maior adesão às práticas relacionais e menos às práticas participativas (Maia, 2012), tal como evidenciam os resultados do presente estudo.

Mandak & Light (2018), conduziram um estudo com Terapeutas da Fala com prática em contexto escolar por forma a auscultar as suas crenças e práticas em relação às PCF. Os participantes revelaram que, apesar de reconhecerem a importância das PCF e de ser seu propósito colocá-las em prática, há,

frequentemente, barreiras que limitam a prestação de serviços centrados na família, nomeadamente: agendamento e tempo disponível quer por parte das famílias como também por parte dos técnicos, sendo o elevado número de casos atribuídos uma barreira importante no que concerne à preparação e à execução das atividades com a família; ambiente escolar e exigências do mesmo; e desacordos entre as duas partes. Estas barreiras fazem com que este seja um contexto que pode ser desvantajoso para o envolvimento das famílias (Mandak & Light, 2018). Esta opinião é partilhada pela investigadora, com experiência profissional em contexto escolar, que considera que, ao nível das práticas participativas e de qualidade técnica, há um desfasamento entre aquilo que são as práticas percebidas pelas famílias e as reais e que há ainda um percurso a realizar pelos técnicos que prestam serviços neste contexto.

CAPÍTULO 6: CONCLUSÃO

6.1. Conclusões

Atualmente, as práticas recomendadas em IP apelam a uma mudança da perspectiva mais focada na criança para uma intervenção centrada na família, de modo a promover o desenvolvimento da criança e a melhoria da qualidade de vidas das suas famílias (Carvalho, 2015). De facto, a literatura realça a necessidade e a importância de os apoios em IP se orientarem no sentido da capacitação e da corresponsabilização dos cuidadores primários das crianças e dos contextos em que estão inseridas, uma vez que são esses que providenciam as experiências e oportunidades de aprendizagem essenciais para o desenvolvimento das crianças (Dunst, 2000; Dunst et al., 2010; Guralnick, 2011; Pinto, 2018; A. Serrano, 2007).

A partir dos dados recolhidos neste estudo, pode-se afirmar que os resultados permitem uma interpretação que vai no sentido de que as famílias consideram que os Terapeutas da Fala que trabalham em contexto escolar usam grande parte das atividades preconizadas nas PCF e apontam uma maior adesão por parte dos técnicos a práticas relacionais e menor adesão às práticas participativas e de qualidade técnica. Com efeito, Tegethof (2007) realizou um estudo onde verificou que os profissionais usam com frequência as práticas relacionais, mas, por outro lado, têm dificuldades em implementar práticas participativas. Davies et al. (2019) conduziram um estudo cujo objetivo de relatar as conceções dos Terapeutas da Fala acerca dos seus papéis durante a intervenção com crianças em idade pré-escolar com dificuldades de fala e linguagem, assim como as perceções destes profissionais acerca dos papéis dos pais durante a intervenção. Estes autores verificaram que os Terapeutas da Fala se referem, habitualmente, aos pais como ajudantes e/ou observadores e esperam que estes realizem as tarefas planeadas pelo técnico, em casa. Também apuraram que, apesar de considerarem importante o envolvimento dos pais e das famílias, raramente negociam a intervenção levada a cabo com eles ou deixam que a mesma seja liderada por eles (Davies et al., 2019). Assim, preparar estes profissionais para desenvolverem a sua compreensão e prática para ensinar os pais e as famílias torna-se necessário no seu desenvolvimento profissional, nomeadamente através de formação pós-graduada, em específico, na área da andragogia, por forma a encorajar mudanças na conceção dos papéis dos intervenientes do processo terapêutico.

6.2. Implicações para a prática do TF

A partir do estudo realizado, percebeu-se que os Terapeutas da Fala não só são necessários em contexto escolar, como o seu trabalho, em parceria com os cuidadores, é reconhecido e valorizado por eles.

Desta forma, esta investigação poderá ser a base para a construção de um perfil mais específico do Terapeuta da Fala com atuação em escolas à semelhança do que já existe noutros países (ASHA, 2010). Nesse perfil deverá constar os seus papéis e responsabilidades em contexto escolar por forma a promover, de forma eficaz e eficiente, ganhos nas crianças acompanhadas e respetivas famílias. Ensinar os pais sobre o desenvolvimento da comunicação, da linguagem e da fala, compartilhar experiências, fornecer novas perspetivas e ideias são papéis importantes que os Terapeutas da Fala poderão ter de assumir para proporcionar um maior envolvimento dos pais (Skeat & Roddam, 2019). O *coaching* parental encontra-se desenvolvido em programas de intervenção já existentes há mais de três décadas. São exemplo, os Programa Hanen para Pais e ainda a Terapia Auditiva Verbal. Do primeiro podemos retirar a prática em grupos de Pais, fora do horário laboral, cujo objetivo principal é informá-los sobre as oportunidades que as rotinas familiares apresentam como experiências promotoras de um bom desenvolvimento comunicativo e linguístico e ainda aprendizagem sobre o tipo de ameaças que o seu próprio perfil comunicativo pode representar (Manolson, 1985). Do segundo, as regras da andragogia a seguir para se estabelecer uma verdadeira parceria com os pais no estabelecimento de objetivos de intervenção e o treino de uso de estratégias específicas no treino de competências de comunicação baseadas em evidências (Estabrooks, 2008; Estabrooks et al., 2020; Rhoades et al., 2016).

De salientar, também, que os Terapeutas da Fala não estão, atualmente, nos órgãos de gestão dos agrupamentos de escolas, em Portugal, e que, por isso, não podem tomar decisões com influência direta na sua intervenção. Seria importante adaptar o modelo escolar ao perfil de atuação destes profissionais, permitindo, por exemplo, a execução de um horário flexível assim como a possibilidade de gerir de forma autónoma o papel a desempenhar junto das famílias, tornando, assim, a sua atuação autónoma e ajustada à natureza das exigências do seu trabalho. Para tal, dever-se-ia estabelecer um perfil de TF de base escolar, através da APTF, à semelhança do que já existe estabelecido pela ASHA (ASHA, 2000).

6.3. Limitações

No decorrer da realização deste estudo, foram encontradas algumas limitações que condicionaram os seus resultados e que se prenderam, essencialmente, com a recolha de dados. Assim sendo, uma das limitações diz respeito à amostra reduzida de 16 participantes. Também no que concerne à localização geográfica dos informantes, a mesma ficou limitada às regiões norte e centro do país. Estes constrangimentos não permitiram a constituição de uma amostra representativa da população.

Um outro aspeto prende-se com o instrumento de recolha de dados, sendo que se considera a possibilidade da influência da desejabilidade social em questionários de autoadministração, ou seja, sabendo que as respostas fazem parte de um estudo e tendo o mesmo sido proposto pelos técnicos envolvidos no mesmo, os participantes podem ter respondido da forma que consideraram mais desejável. Por este motivo, também o tipo de perguntas, demasiado diretas, podem ter contribuído para o enviesamento das respostas.

6.4. Trabalho futuro

Como propostas de trabalho futuro, sugere-se uma revisão do tipo de questões do instrumento utilizado para a recolha de dados, de forma a diminuir o enviesamento dos resultados. Posteriormente, o mesmo deve ser divulgado por pessoas/ entidades sem ligação aos investigadores principais para que não haja a possibilidade de as famílias envolvidas poderem sentir que estão a avaliar os profissionais em questão.

Relativamente à aplicação do instrumento, a mesma deve abranger famílias de todas as áreas geográficas do país, propondo-se, desta forma, uma metodologia a nível nacional, que permita recolher dados que possibilitem a generalização de resultados e que seja mediada pela Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala (APTF). Esta associação sem fins lucrativos visa promover o desenvolvimento da Terapia da Fala e o que possa contribuir para o seu progresso técnico e científico, assegurando e fazendo respeitar os direitos dos utentes a uma terapia qualificada (APTF, 2023a).

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, I. C., Carvalho, L., Ferreira, V., Grande, C., Lopes, S., Pinto, A. I., Portugal, G., Santos, P., & Serrano, A. M. (2011). Práticas de intervenção precoce baseadas nas rotinas: Um projecto de formação e investigação. *Análise Psicológica*, 1(XXIX), 83–98.
- Ambrose, S. E., Appenzeller, M. C., & DesJardin, J. L. (2019). *Scale of Parental Involvement and Self-Efficacy – Revised [Assessment Instrument]*. Boys Town National Research Hospital. *Highlight*. Boys Town National Research Hospital.
- APTF. (2023a). *Associação Portuguesa Terapeutas da Fala*. <https://aptf1978.wixsite.com/aptf/a-associao>
- APTF. (2023b). *O TERAPEUTA DA FALA*. <https://aptf1978.wixsite.com/aptf/o-terapeuta-da-fala>
- ASHA. (2000). *Guidelines for the roles and responsibilities of the school-based speech-language pathologist*. <http://faculty.washington.edu/jct6/ASHAGuidelinesRolesSchoolSLP.pdf>
- ASHA. (2008). *Roles and Responsibilities of Speech-Language Pathologists in Early Intervention: Guidelines Ad Hoc Committee on the Role of the Speech-Language Pathologist in Early Intervention*. <https://doi.org/10.1044/policy.GL2008-00293>
- ASHA. (2010). *Roles and Responsibilities of Speech-Language Pathologists in Schools*.
- Branco, M. A. R. da V. (2018). The Adult Learning Theory – Andragogy. In A. A. Colomeischi (Ed.), *Psycho-Educational and Social Intervention Program for Parents (PESI): manual for trainers* (pp. 7–17). Lumen.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Caldeira, Z. S., Seixas, S. R., & Piscalho, I. (2017). Intervenção Baseada nas Rotinas Routine Based Intervention. *Revista Da UIIPS - Unidade de Investigação Do*

Instituto Politécnico de Santarém, 5(1), 62–80.

<http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>

- Carvalho, J. da C. (2015). *Estudo das ELI dos Distritos de Braga e Bragança: Um Contributo para a Avaliação das Práticas Centradas na Família*. Universidade do Minho.
- Crais, E. R., Poston, V., & Free, R. K. (2006). Parents' and Professionals' Perceptions of the Implementation of Family-Centered Practices in Child Assessments. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 15(4), 365–377.
- Davies, K. E., Marshall, J., Brown, L. J. E., & Goldbart, J. (2017). Co-working: parents' conception of roles in supporting their children's speech and language development. *Child Language Teaching And Therapy*, 33(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0265659016671169>
- Davies, K. E., Marshall, J., Brown, L. J. E., & Goldbart, J. (2019). SLTs' conceptions about their own and parents' roles during intervention with preschool children. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 54(4), 596–605. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12462>
- Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de outubro, Pub. L. No. Diário da República: I série, No 193, 1a série 7298 (2009). <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/281-2009-491397>
- Dempsey, I. (1995). The enabling practices scale: The development of an assessment instrument for disability services. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 20(1), 67–73. <https://doi.org/10.1080/07263869500035451>
- Dunst, C. J. (2000). Revisiting “Rethinking Early Intervention.” *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), 95–104. www.puckett.org/winterberrypress
- Dunst, C. J. (2002). Family-centered practices: Birth through high school. In *The Journal of Special Education; Fall* (Vol. 36, Issue 3).
- Dunst, C. J. (2017). *Early Childhood Intervention: Working with families of young children with special needs* (H. Sukkar, C. J. Dunst, & J. Kirkby, Eds.). Routledge.

- Dunst, C. J., & Espe-Sherwindt, M. (2016). Family-centered practices in early childhood intervention. In *Handbook of Early Childhood Special Education* (pp. 37–55). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28492-7_3
- Dunst, C. J., Raab, M., Trivette, C., & Swanson, J. (2010). Community-based everyday child learning opportunities. In R. MacWilliam (Ed.), *Working with Families of Young Children with Special Needs* (pp. 60–81). NY: The Guilford Press.
- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (2009). Capacity-building family-systems intervention practices. *Journal of Family Social Work*, 12(2), 119–143. <https://doi.org/10.1080/10522150802713322>
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2006). *Technical manual for measuring and evaluating family support program quality and benefits*. Winterberry Press.
- Escorcía-Mora, C. T., García-Sánchez, F. A., Sánchez-López, M. C., & Hernández-Pérez, E. (2016). Cuestionario de estilos de interacción entre padres y profesionales en atención temprana: Validez de contenido. *Anales de Psicología*, 32(1), 148–157. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.1.202601>
- ESLA. (2023). *Home - ESLA Europe*. <https://eslaeurope.eu/>
- Espe-Sherwindt, M. (2008). Family-centred practice: collaboration, competency and evidence. *Support for Learning*, 23(3), 136–143. <https://doi.org/10.1111/J.1467-9604.2008.00384.X>
- Estabrooks, W. (2008). *Auditory-Verbal Practice Today: A Shifting Paradigm*. WE Listen International.
- Estabrooks, W., Morrison, H. M. C., & MacIver-Lux, K. (2020). *Auditory Verbal Therapy Science, Research, and Practice* (1st ed.). Plural Publishing, Inc.
- Ferreira, L. P. (2020). *Terapeutas da Fala em contexto clínico: Práticas Centradas na Família*.
- Gehlbach, H., Mapp, K., & Weissbours, R. (2015). *User Guide: Family-school relationships survey*. Panorama Education.

- Guralnick, M. J. (2011). Why early intervention works: A systems perspective. In *Infants and Young Children* (Vol. 24, Issue 1, pp. 6–28). <https://doi.org/10.1097/IYC.0b013e3182002cfe>
- Jung, L. A. (2010). Identifying Families' Supports and Other Resources. In R. A. McWilliam (Ed.), *Working with Families of Young Children with Special Needs* (pp. 9–26). The Guilford Press.
- King, S., King, G., & Rosenbaum, P. (2014). Evaluating Health Service Delivery to Children With Chronic Conditions and Their Families: Development of a Refined Measure of Processes of Care (MPOC-20). *Children's Health Care*, 33(1), 35–57. https://doi.org/10.1207/s15326888chc3301_3
- King, S. M., Rosenbaum, P. L., & King, G. A. (1996). Parents' perceptions of caregiving: development and validation of a measure of processes. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 38(9), 757–772. <https://doi.org/10.1111/J.1469-8749.1996.TB15110.X>
- Machado, M. A. M., Santos, P. Â. C. H., & Espe-Sherwindt, M. (2017). Envolvimento participativo de famílias no processo de apoio em Intervenção Precoce na Infância. *Saber & Educar*, 0(23), 122–137. <https://doi.org/10.17346/se.vol23.280>
- Maia, M. de F. S. C. (2012). *A Intervenção Precoce nas Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral: Perceções das Famílias, dos Profissionais e dos Diretores de Serviço*. Universidade do Minho.
- Mandak, K., & Light, J. (2018). Family-centered services for children with complex communication needs: the practices and beliefs of school-based speech-language pathologists. *Augmentative and Alternative Communication (Baltimore, Md. : 1985)*, 34(2), 130–142. <https://doi.org/10.1080/07434618.2018.1438513>
- Manolson, A. (1985). *It Takes Two to Talk: A Parent's Guidebook to Helping Children Communication* (2nd ed.). Hanen Early Language Resource Centre.
- Matos, S., & Pereira, A. P. (2011). *O perfil de competências do profissional de Intervenção Precoce: Contributos e perspectivas dos profissionais*.

- Mdshah, N., Madon, Z., & Ismail, N. (2021). Perceived Competence as a Mediator in Parental Engagement in Speech Therapy. *Pertanika Journal of Social Sciences & Humanities*, 29(3), 1746–1763. <https://doi.org/10.47836/pjssh.29.3.15>
- Mendes, M. E. da S. (2010). *Avaliação da qualidade em intervenção precoce, práticas no distrito de Portalegre*. Universidade do Porto.
- Organização Mundial de Saúde, & Direção-Geral da Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*.
- Pereira, A. P. da S. (2009). *Práticas Centradas na Família em Intervenção Precoce: Um Estudo Nacional sobre Práticas Profissionais*. Universidade do Minho.
- Pereira, A. P. da S., & Serrano, A. M. (2010). Intervenção Precoce em Portugal: Evidências e consequências. *Inclusão*, 10, 101–120.
- Pinto, M. J. de S. (2012). *Utilização de Práticas Contextualmente Mediadas pelos Profissionais das ELI Norte*.
- Pinto, M. J. de S. (2018). *Participação das famílias no apoio prestado pelo Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância*. Universidade do Minho - Instituto de Educação.
- Raup, F. M., & Beuren, I. M. (2006). Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais. In Beuren, Ilse Maria (Ed.), *Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade* (3rd ed., pp. 76–79). Atlas.
- Rhoades, E. A., Estabrooks, W., & Lim, S. R. (2016). Strategies for Listening, Talking and Thinking in Auditory-Verbal Therapy. In W. Estabrooks, K. MacIver-Lux, & E. A. Rhoades (Eds.), *Auditory-Verbal Therapy For Young Children with Hearing Loss and Their Families, and the Practitioners Who Guide Them* (pp. 285–326). Plural Publishing, Inc.
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 135–159). Cambridge University Press.

- Serrano, A. (2007). *Redes sociais de apoio e sua relevância para a intervenção precoce*. Porto Editora.
- Serrano, A. M., & Correia, L. de M. (2000). Intervenção precoce centrada na família: Uma perspectiva ecológica de atendimento. In L. de M. Correia & A. M. Serrano (Eds.), *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce. Das Práticas Centradas na Criança às Práticas Centradas na Família* (pp. 11–32). Porto Editora.
- Serrano, A. M., & Pereira, A. P. (2011). *Parâmetros recomendados para a qualidade da avaliação em intervenção precoce*. 40, 163–180.
- Sim-Sim, I. (2018). *Desenvolvimento da linguagem* (2nd ed.). Universidade Aberta.
- Sim-Sim, I., Silva, A. C., & Nunes, C. (2008). *Linguagem e Comunicação no Jardim-de-Infância - Textos de Apoio para Educadores de Infância*. Ministério da Educação - Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.
- Skeat, J., & Roddam, H. (2019). What do parents think about their involvement in speech-language pathology intervention? A qualitative critically appraised topic. *Evidence-Based Communication Assessment and Intervention*, 13(1–2), 15–31. <https://doi.org/10.1080/17489539.2019.1600293>
- Sugden, E., Munro, N., Trivette, C. M., Baker, E., & Williams, A. L. (2019). Parents' Experiences of Completing Home Practice for Speech Sound Disorders. *Journal of Early Intervention*, 41(2), 159–181.
- Tegethof, M. I. S. C. de A. (2007). *Estudos sobre a intervenção precoce em Portugal: Ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Évora.
- Vaz, A. L. C. (2021). *Soft Skills e relação de ajuda: Competências não técnicas dos profissionais de Intervenção Precoce*. Universidade de Évora.

APÊNDICES

Apêndice I – Instrumento de recolha de dados

Parte 1 – Dados sociodemográficos do/a cuidador(a) principal

Faixa etária*: (escolha múltipla)

- De 18 a 24 anos
- De 25 a 35 anos
- De 36 a 50 anos
- A partir de 51 anos

Sexo*: (escolha múltipla)

- Masculino
- Feminino

Escolaridade*: (escolha múltipla)

- 1º Ciclo do Ensino Básico (4º ano)
- 2º Ciclo do Ensino Básico (6º ano)
- 3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano)
- Ensino Secundário (12º ano)
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outra opção: _____

Língua materna*: (resposta curta)

Por favor, indique qual foi a primeira língua que aprendeu.

Distrito/ Região Autónoma*: (escolha múltipla)

- Aveiro
- Beja
- Braga

- Bragança
- Castelo Branco
- Coimbra
- Évora
- Faro
- Guarda
- Leiria
- Lisboa
- Portalegre
- Porto
- Santarém
- Setúbal
- Viana do Castelo
- Vila Real
- Viseu
- Açores Madeira

Estado civil*: (escolha múltipla)

- Solteiro/a
- Casado/a
- Viúvo/a
- Divorciado/a

Situação profissional*: (escolha múltipla)

- Trabalhador(a) por conta de outrem
- Trabalhador(a) por conta própria
- Trabalhador-Estudante
- Estudante
- Desempregado/a
- Doméstico/a

Reformado/a

Outra opção: _____

Grau de parentesco com a criança*: (resposta curta)

Parte 2 – Dados sociodemográficos da criança

1. Idade*: (resposta curta; número)

Se responder < 3, terminar o questionário e enviar as respostas.

Se responder \geq 3, continuar para a pergunta seguinte.

2. Sexo*: (escolha múltipla)

Masculino

Feminino

3. A criança tem irmãos?

Sim

Se assinalar "Sim", mostrar a pergunta 3.1.

Não

Se assinalar "Não", mostrar a pergunta 4.

3.1. Indique a(s) respetiva(s) idade(s) e escolaridade(s). (resposta curta)

Parte 3 – Questionário

Selecione a resposta que melhor descreve a forma como o/a Terapeuta da Fala se relaciona consigo, com a sua família e o/a seu/sua filho/a.

Caso pretenda acrescentar alguma informação ou comentários que considere importantes e que não tenham sido contemplados nas questões, pode utilizar o espaço “Outras informações/ comentários”.

Categoria I: Práticas do/a Terapeuta da Fala					
	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1. O/A Terapeuta da Fala relaciona-se com a minha família com respeito.					
2. O/A Terapeuta da Fala apresenta-me indicações/ orientações que eu consigo compreender.					
3. O/A Terapeuta da Fala conhece e tenta responder às minhas preocupações e necessidades.					
4. Consigo falar com o/a Terapeuta da Fala sem me sentir julgado/a.					
5. Sinto confiança no/a Terapeuta da Fala.					
6. Durante a intervenção, o/a Terapeuta da Fala adapta-se às características e necessidades do/a meu/minha filho/a.					
7. O/A Terapeuta da Fala questiona-me sobre as necessidades da família, do/a meu/minha filho/a e orienta a intervenção nesse sentido.					
8. O/A Terapeuta da Fala ajuda-me a sentir mais competente como pai/mãe/cuidador.					
9. O/A Terapeuta da Fala questiona-me sobre o que eu gostaria que o/a meu/minha filho/a alcançasse.					

10. Desde o primeiro momento e ao longo de todo o acompanhamento o/a Terapeuta da Fala valoriza a minha opinião e cria momentos de análise, reflexão e discussão comigo.					
Outras informações/ comentários					

Categoria II: Partilha de informações					
	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
11. O/A Terapeuta da Fala informa-me sobre os tipos de serviços/recursos prestados na instituição de ensino e/ou na comunidade.					
12. O/A Terapeuta da Fala partilha os resultados das suas avaliações e discute-os comigo.					
13. O/A Terapeuta da Fala questiona-me sobre as formas como quero receber informação acerca das avaliações/intervenção/atividades desenvolvidas/objetivos/estratégias.					
14. O/A Terapeuta da Fala partilha informação clara e objetiva sobre os progressos do/da meu/minha filho/a.					
15. O/A Terapeuta da Fala partilha fontes de informação científica sobre desenvolvimento típico, assim como documentos acerca das características apresentadas pelo/a meu/minha filho/a comigo.					
Outras informações/ comentários					

Categoria III: Tomada de decisões					
	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre

16. O/A Terapeuta da Fala questiona-me sobre os resultados que espero obter com a sua intervenção.					
17. O/A Terapeuta da Fala define e discute os objetivos da intervenção comigo.					
18. O/A Terapeuta da Fala apresenta-me todas as opções em termos de intervenção, assim como os resultados esperados com cada uma delas, de acordo com as evidências conhecidas.					
19. Depois de orientado/a pelo/a Terapeuta da Fala, sinto-me capaz de tomar decisões informadas acerca da intervenção.					
20. O/A Terapeuta da Fala planeia os momentos de avaliação comigo e solicita a minha participação nesse processo.					
Outras informações/ comentários					

Categoria IV: Colaboração e parceria					
	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
21. O/A Terapeuta da Fala analisa comigo informação escrita acerca do que posso fazer com o/a meu/minha filho/a.					
22. O/A Terapeuta da Fala dá-me sugestões de brincadeiras, materiais ou outros recursos que posso utilizar com o/a meu/minha filho/a, integrados no nosso dia a dia.					
23. O/A Terapeuta da Fala planeia a intervenção comigo de acordo com as necessidades identificadas, definindo-se objetivos e estratégias para semana/mês/periodo.					

24. O/A Terapeuta da Fala dá-me orientações passíveis de serem integradas nas rotinas diárias e auxilia-me em como fazer essa integração.					
25. O/A Terapeuta da Fala solicita a minha participação em sessões em que me orienta, demonstra e eu experimento o uso de estratégias e tarefas que poderão ser implementadas em casa e/ou noutros contextos em que estou com o/a meu/minha filho/a.					
26. No processo de recolha de informação o/a Terapeuta da Fala, para além de outros aspetos, tem preocupação em saber a minha perceção sobre outros locais/interesses/interlocutores do/a meu/minha filho/a para articulação da intervenção.					
Outras informações/ comentários					

Categoria V: Dificuldades					
	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
27. Tenho tempo para colocar em prática as orientações do/a Terapeuta da Fala.					
28. Sinto-me cansado/a para colocar em prática as orientações do/a Terapeuta da Fala.					
29. O cansaço do/a meu/minha filho/a impede que eu coloque em prática as orientações do/a Terapeuta da Fala.					
30. Sei como pôr em prática as orientações do/a Terapeuta da Fala.					
31. Consigo identificar como é que as orientações do/a Terapeuta da Fala podem ser integradas nas nossas rotinas.					

32. Verifico que as orientações dadas pelo/a Terapeuta da Fala têm sido úteis.					
Outras informações/ comentários					

Apêndice II – Primeira versão do instrumento de recolha de dados

Auto percepção das famílias sobre a sua participação na intervenção terapêutica

Caro(a) cuidador,

No âmbito da investigação levada a cabo no âmbito do Mestrado em Terapia da Fala da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, sob orientação científica da Professora Isabel Monteiro, solicita-se o preenchimento deste questionário.

O principal objetivo da investigação é determinar o nível de auto percepção que as famílias apresentam sobre o seu envolvimento no processo terapêutico do(s)/da(s) seu(s)/sua(s) filho(s)/a(s), em contexto escolar. Posto isto, este questionário destina-se a recolher informações sobre a percepção que as famílias residentes em Portugal têm acerca do seu envolvimento no processo terapêutico do(s)/da(s) seu(s)/sua(s) filho(s)/a(s), quando acompanhado(s)/a(s) em contexto escolar.

Por forma a concretizar o objetivo definido, será realizada, pela investigadora responsável pelo projeto, Joana Rodrigues, a recolha de dados sociodemográficos e dos dados resultantes do preenchimento do presente questionário, construído especificamente para o estudo. Os dados recolhidos serão recolhidos e alojados numa plataforma informática da Universidade de Aveiro, sendo, posteriormente, processados e analisados.

A responsabilidade do tratamento dos dados é da investigadora principal, Joana Rodrigues, sendo todo o desenvolvimento do projeto orientado pela Professora Isabel Monteiro.

Este estudo cumpre o normativo legal constante no RGPD, tendo sido ouvida a equipa RGPD da Universidade de Aveiro, e encontra-se aprovado pelo Conselho de Ética e Deontologia desta Universidade.

O questionário é anónimo e os dados serão utilizados, exclusivamente, para fins de investigação, podendo ser publicados em revistas científicas, apresentados em conferências ou utilizados noutras investigações, sem que haja qualquer quebra de confidencialidade.

É garantido ao participante, durante todo o período de desenvolvimento do estudo, o exercício do direito de acesso, de retificação ou esquecimento dos seus dados.

Em caso de dúvidas, contacte a investigadora principal através do e-mail:

joanafsrodrigues@ua.pt.

A sua colaboração é imprescindível para a execução deste estudo.

Antecipadamente grata pela colaboração,

A investigadora

Joana Rodrigues

*Obrigatório

1. Por favor, leia as afirmações que se seguem e assinale as opções seguintes: *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Eu confirmo que percebi a informação que me foi dada e tive a oportunidade de questionar e de me esclarecer.
- Eu percebo que a minha investigação é voluntária e que sou livre de desistir, em qualquer altura, sem dar nenhuma explicação e sem que isso afete qualquer serviço que me é prestado.
- Eu compreendo que os dados recolhidos durante a investigação são confidenciais e que só os investigadores do projeto da Universidade de Aveiro a eles têm acesso. Dou, por isso, autorização para que os mesmos tenham acesso a esses dados.
- Eu compreendo que os resultados do estudo, após anonimização, podem ser publicados em Revistas Científicas e usados noutras investigações (por exemplo, dissertações de mestrado ou teses de doutoramento), sem que haja qualquer quebra de confidencialidade. Dou autorização para a utilização dos dados para esses fins.
- Eu concordo em participar no estudo.

Avançar para a pergunta 2

Parte 1 - Dados sociodemográficos do/a cuidador(a) principal

2. Idade *

3. Género *

Marcar apenas uma oval.

- Masculino
- Feminino
- Outra: _____

4. Escolaridade *

Marcar apenas uma oval.

- 1º Ciclo do Ensino Básico (4º ano)
- 2º Ciclo do Ensino Básico (6º ano)
- 3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano)
- Ensino Secundário (12º ano)
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outra: _____

5. Língua materna *

Por favor, indique qual foi a primeira língua que aprendeu.

6. País de residência *

Marcar apenas uma oval.

- Portugal
- Outra: _____

7. Distrito/ Região Autónoma *

Marcar apenas uma oval.

- Aveiro
- Beja
- Braga
- Bragança
- Castelo Branco
- Coimbra
- Évora
- Faro
- Guarda
- Leiria
- Lisboa
- Portalegre
- Porto
- Santarém
- Setúbal
- Viana do Castelo
- Vila Real
- Viseu
- Açores
- Madeira

8. Estado civil *

Marcar apenas uma oval.

- Solteiro/a
- Casado/a
- Viúvo/a
- Divorciado/a

9. Situação profissional *

Marcar tudo o que for aplicável.

Trabalhador(a) por conta de outrem

Trabalhador(a) por conta própria

Trabalhador(a)-Estudante

Estudante

Desempregado/a

Doméstico/a

Reformado/a

Outra: _____

10. Grau de parentesco com a criança *

Parte 2 - Dados sociodemográficos da criança

11. Idade *

12. Género *

Marcar apenas uma oval.

Masculino

Feminino

Outra: _____

13. Número de irmãos *

14. A criança usufrui de Terapia da Fala na escola? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Parte 3 - Questionário

O questionário que se segue divide-se em cinco categorias:

(I) Práticas do/a Terapeuta da Fala;

(II) Partilha de informações;

(III) Tomada de decisões;

(IV) Colaboração e parceria;

(V) Dificuldades.

Categoria I: Práticas do/a Terapeuta da Fala

Para cada uma das afirmações que se seguem, seleccione a resposta que melhor descreve a forma como o/a Terapeuta da Fala trabalha consigo, com a sua família e a criança.

15. O/A Terapeuta da Fala trata-me e ao/à meu/minha filho/a com respeito. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

16. O/A Terapeuta da Fala dá-me indicações/ orientações que eu consigo compreender. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

17. O/A Terapeuta da Fala conhece e responde às minhas preocupações. *

Marcar apenas uma oval.

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

18. Consigo falar com ele/a sem me sentir julgado/a. *

Marcar apenas uma oval.

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

19. Confio no/a Terapeuta da Fala. *

Marcar apenas uma oval.

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

20. Durante a intervenção, ele/a adapta-se às necessidades do/a meu/minha filho/a. *

Marcar apenas uma oval.

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

21. O/A Terapeuta da Fala identifica as necessidades da família e dá sugestões de intervenção. *

Marcar apenas uma oval.

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

22. O/A Terapeuta da Fala ajuda-me a sentir competente como pai/mãe. *

Marcar apenas uma oval.

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

23. O/A Terapeuta da Fala questiona-me sobre o que eu gostaria que o/a meu/minha filho/a conseguisse adquirir. *

Marcar apenas uma oval.

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

Categoria II:
Partilha de
informações

Para cada uma das afirmações que se seguem, seleccione a resposta que melhor descreve a forma como o/a Terapeuta da Fala trabalha consigo, com a sua família e a criança.

24. O/A Terapeuta da Fala informa-me sobre os tipos de serviços prestados na instituição de ensino ou na comunidade. *

Marcar apenas uma oval.

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

25. O/A Terapeuta da Fala dá-me conhecimento dos resultados das avaliações. *

Marcar apenas uma oval.

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

26. O/A Terapeuta da Fala dá-me informação escrita acerca das atividades que a criança realiza nas sessões. *

Marcar apenas uma oval.

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

27. O/A Terapeuta da Fala dá-me informação escrita sobre os progressos da criança. *

Marcar apenas uma oval.

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

28. O/A Terapeuta da Fala partilha comigo fontes de informação ou documentos acerca das dificuldades do/a meu/minha filho/a. *

Marcar apenas uma oval.

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

Categoria
III: Tomada
de decisões

Para cada uma das afirmações que se seguem, seleccione a resposta que melhor descreve a forma como o/a Terapeuta da Fala trabalha consigo, com a sua família e a criança.

29. O/A Terapeuta da Fala questiona-me sobre os resultados que espero obter com a sua intervenção. *

Marcar apenas uma oval.

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

30. O/A Terapeuta da Fala discute comigo os objetivos da intervenção. *

Marcar apenas uma oval.

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

31. O/A Terapeuta da Fala explica-me todas as opções em termos de intervenção, assim como os resultados esperados em cada uma delas, de acordo com as evidências científicas conhecidas. *

Marcar apenas uma oval.

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

32. O/A Terapeuta da Fala dá-me oportunidades para tomar decisões informadas acerca da intervenção. *

Marcar apenas uma oval.

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

**Categoria IV:
Colaboração
e parceria**

Para cada uma das afirmações que se seguem, selecione a resposta que melhor descreve a forma como o/a Terapeuta da Fala trabalha consigo, com a sua família e a criança.

33. O/A Terapeuta da Fala dá-me informação escrita acerca do que posso fazer com a criança. *

Marcar apenas uma oval.

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

34. O/A Terapeuta da Fala comunica, por via oral, o que posso fazer com a criança. *

Marcar apenas uma oval.

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

35. O/A Terapeuta da Fala dá-me sugestões de brinquedos, livros ou outros recursos que posso utilizar com o/a meu/minha filho/a. *

Marcar apenas uma oval.

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

36. O/A Terapeuta da Fala dá-me um plano de trabalho para realizar ao longo da semana/mês/periodo. *

Marcar apenas uma oval.

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

37. O/A Terapeuta da Fala dá-me orientações passíveis de serem integradas nas rotinas diárias. *

Marcar apenas uma oval.

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

38. O/A Terapeuta da Fala organiza uma sessão específica em que me orienta, demonstra e deixa experimentar o uso de estratégias e tarefas de uso em casa. *

Marcar apenas uma oval.

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

Categoria V:
Dificuldades

Para cada uma das afirmações que se seguem, selecione a resposta que melhor descreve a forma como se sente em relação ao processo terapêutico do/a seu/sua filho/a.

39. Tenho tempo para colocar em prática as orientações do/a Terapeuta da Fala. *

Marcar apenas uma oval.

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

40. Sinto-me cansado/a para colocar em prática as orientações do/a Terapeuta da Fala. *

Marcar apenas uma oval.

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

41. O cansaço do/a meu/minha filho/a impede que eu coloque em prática as orientações do/a Terapeuta da Fala. *

Marcar apenas uma oval.

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

42. Sei como colocar as orientações do/a Terapeuta da Fala em prática. *

Marcar apenas uma oval.

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

43. Consigo identificar como é que as orientações do/a Terapeuta da Fala podem ser integradas nas rotinas. *

Marcar apenas uma oval.

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

44. Sei que as orientações dadas pelo/a Terapeuta da Fala são úteis. *

Marcar apenas uma oval.

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

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

Apêndice III – questionário demográfico para caracterização sociodemográfica do painel de peritos



Questionário Demográfico para a Validação de Questionário

O presente questionário enquadra-se no projeto de investigação intitulado “Auto percepção das famílias sobre a sua participação na intervenção terapêutica”, desenvolvido pela mestranda Joana Rodrigues, aluna do Mestrado em Terapia da Fala da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA), sob a orientação da Professora Isabel Monteiro da Costa.

O principal objetivo da investigação é determinar o nível de auto percepção que as famílias apresentam sobre o seu envolvimento no processo terapêutico do(s)/da(s) seu(s)/sua(s) filho(s)/a(s), em contexto escolar.

Tendo em vista a validação de conteúdo, solicita-se a sua colaboração através da resposta ao questionário demográfico seguidamente apresentado. A cada participante foi atribuído um código alfanumérico para identificação e será sempre salvaguardada a confidencialidade da informação recolhida.

Dados Pessoais

1. Nome: _____

2. Género (colocar um X na opção que se aplique no seu caso):

- Feminino
- Masculino
- Não-Binário
- Outro: Qual? _____

3. Idade (anos): ____

4. Grau Académico (colocar um X na opção que se aplique no seu caso):

- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outro: Qual? _____

5. **Escola de Formação:** _____

6. **Ano de Formação:** _____

7. **Experiência Profissional (anos):** _____

8. **Contexto(s) de Intervenção:**

- Equipa de Intervenção Precoce
- Estabelecimento de Educação Inclusiva
- Contexto Hospitalar
- Clínica ou Gabinete Particular
- Docência no Ensino Superior
- Estabelecimento de Educação Especial
- Outro: Qual? _____

9. **Experiência em Práticas Centradas na Família (anos):** _____

Apêndice IV – Questionário para validação de conteúdo



Questionário para Validação de Questionário “Auto percepção das famílias sobre a sua participação na intervenção terapêutica”

O presente questionário enquadra-se no projeto de investigação intitulado “Auto percepção das famílias sobre a sua participação na intervenção terapêutica”, desenvolvido pela mestranda Joana Rodrigues, aluna do Mestrado em Terapia da Fala da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA), sob a orientação da Professora Isabel Monteiro da Costa.

O principal objetivo da investigação é determinar o nível de auto percepção que as famílias apresentam sobre o seu envolvimento no processo terapêutico do(s)/da(s) seu(s)/sua(s) filho(s)/a(s), em contexto escolar.

Tendo em vista a validação de conteúdo, solicita-se a sua colaboração através da resposta ao questionário apresentado em <https://forms.gle/6efmnQoHmnrdfGYi7>. A cada participante foi atribuído um código alfanumérico para identificação e será sempre salvaguardada a confidencialidade da informação recolhida.

Questionário de Avaliação do Questionário “Auto percepção das famílias sobre a sua participação na intervenção terapêutica”

Para efetuar o preenchimento das grelhas que se encontram nas seguintes páginas, deve ter em atenção as seguintes informações. Cada conjunto de grelhas apresentadas referem-se a partes identificadas do questionário em epígrafe (categorias). As grelhas são constituídas por **3 colunas principais**:

1. **Critérios:** cada um destes será usado para avaliar a validade de conteúdo.
2. **Avaliação:** coluna para colocação do número correspondente à sua avaliação segundo uma Escala de Likert de zero (0) a quatro (4).
3. **Sugestões:** coluna para sugestão de alterações a realizar no questionário. É necessário o seu preenchimento caso a sua avaliação seja menor ou igual a dois (2) na Escala de Likert.

A avaliação dos diferentes **critérios** segundo a Escala de Likert é a seguinte:

- **Clareza:** 1 = nada claro; 2 = precisa de revisão significativa; 3 = claro, mas precisa de revisão menor; 4 = muito claro.
- **Relevância da Informação:** 1= nada relevante; 2 = precisa de revisão significativa; 3 = relevante, mas precisa de revisão menor; 4 = muito relevante.
- **Utilidade da Informação:** 1 = nada útil; 2 = precisa de revisão significativa; 3 = útil, mas precisa de revisão menor; 4 = muito útil.
- **Vocabulário utilizado:** 1 = nada adequado; 2 = precisa de revisão significativa; 3 = adequado, mas precisa de revisão menor; 4 = muito adequado.
- **Organização da Informação:** 1 =nada organizado; 2 = precisa de revisão significativa; 3= organizado, mas precisa de revisão menor; 4 = muito organizado.

Categoria I: Práticas do/a Terapeuta da Fala

Questão	A Avaliar	Avaliação	Sugestões
"O/A Terapeuta da Fala trata-me e ao/à meu/minha filho/a com respeito."	Clareza		
	Relevância da Informação		
	Utilidade da Informação		
	Vocabulário utilizado		
	Organização da Informação		

Questão	A Avaliar	Avaliação	Sugestões
"O/A Terapeuta da Fala dá-me indicações/orientações que eu consigo compreender."	Clareza		
	Relevância da Informação		
	Utilidade da Informação		
	Vocabulário utilizado		
	Organização da Informação		

Questão	A Avaliar	Avaliação	Sugestões
"O/A Terapeuta da Fala conhece e responde às minhas preocupações."	Clareza		
	Relevância da Informação		
	Utilidade da Informação		
	Vocabulário utilizado		
	Organização da Informação		

Questão	A Avaliar	Avaliação	Sugestões
"Consigo falar com ele/a sem me sentir julgado/a."	Clareza		
	Relevância da Informação		
	Utilidade da Informação		
	Vocabulário utilizado		
	Organização da Informação		

Questão	A Avaliar	Avaliação	Sugestões
"Confio no/a Terapeuta da Fala."	Clareza		
	Relevância da Informação		
	Utilidade da Informação		
	Vocabulário utilizado		
	Organização da Informação		

Questão	A Avaliar	Avaliação	Sugestões
"Durante a intervenção, adapta-se às necessidades do/a meu/minha filho/a."	Clareza		
	Relevância da Informação		
	Utilidade da Informação		
	Vocabulário utilizado		
	Organização da Informação		

Questão	A Avaliar	Avaliação	Sugestões
"O/A Terapeuta da Fala identifica as necessidades da família e dá sugestões de intervenção."	Clareza		
	Relevância da Informação		
	Utilidade da Informação		
	Vocabulário utilizado		
	Organização da Informação		

Questão	A Avaliar	Avaliação	Sugestões
"O/A Terapeuta da Fala ajuda-me a sentir competente como pai/mãe."	Clareza		
	Relevância da Informação		
	Utilidade da Informação		
	Vocabulário utilizado		
	Organização da Informação		

Questão	A Avaliar	Avaliação	Sugestões
"O/A Terapeuta da Fala questiona-me sobre o que eu gostaria que o/a meu/minha filho/a conseguisse adquirir."	Clareza		
	Relevância da Informação		
	Utilidade da Informação		
	Vocabulário utilizado		
	Organização da Informação		

Categoria II: Partilha de informações

Questão	A Avaliar	Avaliação	Sugestões
"O/A Terapeuta da Fala informa-me sobre os tipos de serviços prestados na instituição de ensino ou na comunidade."	Clareza		
	Relevância da Informação		
	Utilidade da Informação		
	Vocabulário utilizado		
	Organização da Informação		

Questão	A Avaliar	Avaliação	Sugestões
"O/A Terapeuta da Fala dá-me conhecimento dos resultados das avaliações."	Clareza		
	Relevância da Informação		
	Utilidade da Informação		
	Vocabulário utilizado		
	Organização da Informação		

Questão	A Avaliar	Avaliação	Sugestões
"O/A Terapeuta da Fala dá-me informação escrita acerca das atividades que a criança realiza nas sessões."	Clareza		
	Relevância da Informação		
	Utilidade da Informação		
	Vocabulário utilizado		
	Organização da Informação		

Questão	A Avaliar	Avaliação	Sugestões
"O/A Terapeuta da Fala dá-me informação escrita sobre os progressos da criança."	Clareza		
	Relevância da Informação		
	Utilidade da Informação		
	Vocabulário utilizado		
	Organização da Informação		

Questão	A Avaliar	Avaliação	Sugestões
"O/A Terapeuta da Fala partilha comigo fontes de informação ou documentos acerca das dificuldades do/a meu/minha filho/a."	Clareza		
	Relevância da Informação		
	Utilidade da Informação		
	Vocabulário utilizado		
	Organização da Informação		

Categoria III: Tomada de decisões

Questão	A Avaliar	Avaliação	Sugestões
"O/A Terapeuta da Fala questiona-me sobre os resultados que espero obter com a sua intervenção."	Clareza		
	Relevância da Informação		
	Utilidade da Informação		
	Vocabulário utilizado		
	Organização da Informação		

Questão	A Avaliar	Avaliação	Sugestões
"O/A Terapeuta da Fala discute comigo os objetivos da intervenção."	Clareza		
	Relevância da Informação		
	Utilidade da Informação		
	Vocabulário utilizado		
	Organização da Informação		

Questão	A Avaliar	Avaliação	Sugestões
"O/A Terapeuta da Fala explica-me todas as opções em termos de intervenção, assim como os resultados esperados em cada uma delas, de acordo com as evidências científicas conhecidas."	Clareza		
	Relevância da Informação		
	Utilidade da Informação		
	Vocabulário utilizado		
	Organização da Informação		

Questão	A Avaliar	Avaliação	Sugestões
"O/A Terapeuta da Fala dá-me oportunidades para tomar decisões informadas acerca da intervenção."	Clareza		
	Relevância da Informação		
	Utilidade da Informação		
	Vocabulário utilizado		
	Organização da Informação		

Categoria IV: Colaboração e parceria

Questão	A Avaliar	Avaliação	Sugestões
"O/A Terapeuta da Fala dá-me informação escrita acerca do que posso fazer com a criança."	Clareza		
	Relevância da Informação		
	Utilidade da Informação		
	Vocabulário utilizado		
	Organização da Informação		

Questão	A Avaliar	Avaliação	Sugestões
"O/A Terapeuta da Fala comunica, por via oral, o que posso fazer com a criança."	Clareza		
	Relevância da Informação		
	Utilidade da Informação		
	Vocabulário utilizado		
	Organização da Informação		

Questão	A Avaliar	Avaliação	Sugestões
"O/A Terapeuta da Fala dá-me sugestões de brinquedos, livros ou outros recursos que posso utilizar com o/a meu/minha filho/a."	Clareza		
	Relevância da Informação		
	Utilidade da Informação		
	Vocabulário utilizado		
	Organização da Informação		

Questão	A Avaliar	Avaliação	Sugestões
"O/A Terapeuta da Fala dá-me um plano de trabalho para realizar ao longo da semana/mês/periodo."	Clareza		
	Relevância da Informação		
	Utilidade da Informação		
	Vocabulário utilizado		
	Organização da Informação		

Questão	A Avaliar	Avaliação	Sugestões
"O/A Terapeuta da Fala dá-me orientações passíveis de serem integradas nas rotinas diárias."	Clareza		
	Relevância da Informação		
	Utilidade da Informação		
	Vocabulário utilizado		
	Organização da Informação		

Questão	A Avaliar	Avaliação	Sugestões
"O/A Terapeuta da Fala organiza uma sessão específica em que me orienta, demonstra e deixa experimentar o uso de estratégias e tarefas de uso em casa."	Clareza		
	Relevância da Informação		
	Utilidade da Informação		
	Vocabulário utilizado		
	Organização da Informação		

Categoria V: Dificuldades

Questão	A Avaliar	Avaliação	Sugestões
"Tenho tempo para colocar em prática as orientações do/a Terapeuta da Fala."	Clareza		
	Relevância da Informação		
	Utilidade da Informação		
	Vocabulário utilizado		
	Organização da Informação		

Questão	A Avaliar	Avaliação	Sugestões
"Sinto-me cansado/a para colocar em prática as orientações do/a Terapeuta da Fala."	Clareza		
	Relevância da Informação		
	Utilidade da Informação		
	Vocabulário utilizado		
	Organização da Informação		

Questão	A Avaliar	Avaliação	Sugestões
"O cansaço do/a meu/minha filho/a impede que eu coloque em prática as orientações do/a Terapeuta da Fala."	Clareza		
	Relevância da Informação		
	Utilidade da Informação		
	Vocabulário utilizado		
	Organização da Informação		

Questão	A Avaliar	Avaliação	Sugestões
"Sei como colocar as orientações do/a Terapeuta da Fala em prática."	Clareza		
	Relevância da Informação		
	Utilidade da Informação		
	Vocabulário utilizado		
	Organização da Informação		

Questão	A Avaliar	Avaliação	Sugestões
“Consigo identificar como é que as orientações do/a Terapeuta da Fala podem ser integradas nas rotinas.”	Clareza		
	Relevância da Informação		
	Utilidade da Informação		
	Vocabulário utilizado		
	Organização da Informação		

Questão	A Avaliar	Avaliação	Sugestões
“Sei que as orientações dadas pelo/a Terapeuta da Fala são úteis.”	Clareza		
	Relevância da Informação		
	Utilidade da Informação		
	Vocabulário utilizado		
	Organização da Informação		

ANEXOS

Anexo I – Parecer do Encarregado de Proteção de Dados



Confirmation Letter

I, the undersigned official designated Data Protection Officer of Aveiro's University (UAve), hereby certify that all personal data collection and processing that will be performed as part of the project "Auto percepção das famílias sobre a sua participação na intervenção terapêutica" as sustained by the local project manager **Joana Filipa Sousa Rodrigues** will occur, from today on, in the exact terms of the European (GDPR) and Portuguese legislation on that matter in practice on this University.

Aveiro, 01 July 2022

Data Protection Officer,



Fernando Ferreira Batista

Comissão Permanente para os Assuntos de Investigação (CPAI)

Parecer nº: 44-CED/2022

Data de submissão: 26/07/2022

Requerente: Joana Filipa Sousa Rodrigues

Título do Projeto: “Auto perceção das famílias sobre a sua participação na intervenção em Terapia da Fala”

Investigadora responsável: Isabel Monteiro Costa

Equipa de Investigação:

- Isabel Monteiro da Costa / Professora Adjunta / Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro
Joana Filipa Sousa Rodrigues / Discente do Mestrado em Terapia da Fala da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Enquadramento Institucional: Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Data para conclusão da investigação: dezembro/2022

Relatora: Filipe Almeida

Relatores Adjuntos: Ana Gabriela Henriques, José Carlos Vieira de Andrade, Josefa das Neves, Simões Pandeirada, Luís Miguel Teixeira de Jesus e Pedro João Bem-Haja Gabriel Ferreira.

I. Relatório

Enquadramento

A investigadora responsável por este projeto é a Professora Doutora Anabela Silva, da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. A Doutora Rosa Andias, pertencente ao Instituto de Engenharia Eletrónica e Informática de Aveiro da Universidade de Aveiro também fará parte da equipa de investigação.

As investigações realizadas no campo do desenvolvimento na infância e, de forma mais específica, sobre a importância da família nas experiências precoces das crianças, assim como as realizadas sobre a eficácia de intervenções baseadas nas rotinas e levadas a cabo nos contextos naturais de aprendizagem, contribuíram para uma mudança significativa na organização e funcionamento da Intervenção Precoce (IP) (Dunst & Trivette, 2009; Guralnick, 2011). As referências ao conceito Práticas Centradas na Família (PCF) têm sido usadas para descrever a natureza da prestação de serviços e de apoios às famílias com crianças com necessidades especiais desde, pelo menos, os finais dos anos 40 (Dunst & Espe-Sherwindt, 2016; Espe-Sherwindt, 2008; Pereira & Serrano, 2010). O termo intervenção precoce foi utilizado pela primeira vez por Bronfenbrenner, em 1974, para descrever a necessidade de mudar o foco da intervenção de uma abordagem centrada na criança para uma centrada nos pais e nas suas crianças, assim como outros elementos da família por forma a otimizar os efeitos da IP (Dunst & Espe-Sherwindt, 2016). Os princípios orientadores das PCF foram estruturados pela primeira vez em meados e final da década de 80 e

delineavam o alcance desta abordagem, balizando as noções de atores, contextos e papéis a desempenhar. Estes princípios são orientações sobre como os profissionais devem interagir com os pais, os seus filhos e outros membros da família e ainda na como as diferentes intervenções devem ser implementadas para obter os resultados positivos ideais (Dunst & Espe-Sherwindt, 2016). Atualmente, as práticas de IP assentam, num plano geral adotado nas políticas de educação e saúde, numa perspetiva centrada na família, constituindo a dimensão participação ativa uma componente diferenciadora e a capacitação dos intervenientes uma característica nuclear (Machado et al., 2017; Serrano & Pereira, 2011). A abordagem centrada na família é definida como uma prática de intervenção que envolve trabalhar com a família com dignidade e respeito, partilhar informações para que as famílias possam tomar decisões esclarecidas e sustentadas e disponibilizar os apoios e recursos necessários para responder às preocupações e prioridades da família (Dunst & Espe-Sherwindt, 2016; Espe-Sherwindt, 2008). A mudança para uma abordagem centrada na família, em IP, tem implicações significativas em vários aspetos da intervenção, nomeadamente nos primeiros contactos com a família, na avaliação, no processo de tomada de decisão e na relação família/profissional, e ainda na forma de prestação e organização dos apoios, o que exige que os profissionais procurem desenvolver-se pessoal e profissionalmente de forma contínua, devendo clarificar, definir e refletir sobre um conjunto de práticas efetivas que se traduzam na forma como interagem com as famílias e conduzam os serviços que prestam (Matos & Pereira, 2011; Pereira & Serrano, 2010; Vaz, 2021). O desenvolvimento comunicativo constitui-se como um processo dinâmico, natural e espontâneo moldado por fatores interdependentes intrínsecos à criança em interação com o meio ambiente. A prestação de serviços em IP é baseada em modelos teóricos, empíricos e clínicos de desenvolvimento na infância que pressupõem que a aquisição e desenvolvimento da comunicação ocorre dentro de uma estrutura social, cultural e numa dimensão biopsicossocial (American Speech-Language-Hearing Association, 2008; Maia, 2012). Language-Hearing Association, 2008; Sim-Sim, 2018; Sim-Sim et al., 2008). Idealmente, os serviços em IP são prestados nos ambientes naturais da criança, uma vez que estes permitem experiências e oportunidades de aprendizagem que promovem a participação da criança no dia-a-dia da família e da comunidade (American Speech-Language-Hearing Association, 2008; Pinto, 2018). O TF é o profissional qualificado para prestar apoio às famílias de crianças que desenvolveram ou estão em risco de desenvolver perturbações relacionadas com a linguagem, comunicação, fala, literacia emergente e/ou alimentação e deglutição, desempenhando, por isso, um papel importante nos serviços de IP. A intervenção deste profissional nos ambientes naturais da criança permite a identificação de rotinas e interesses da mesma e da sua família, facilita o acesso a materiais e brinquedos e realiza as mudanças no contexto necessárias para promover a comunicação e atividades funcionais (American Speech-Language-Hearing Association, 2008). Dado que a família é a principal estrutura organizadora no desenvolvimento da criança (Bronfenbrenner, 1979 citado por Pinto, 2018), ao passar mais tempo com os cuidadores principais, são proporcionadas as oportunidades de aprendizagem ideais para gerar efeitos diretos no desenvolvimento da criança (Jung, 2010). O envolvimento da família na intervenção permite uma continuidade do trabalho desenvolvido pelos profissionais (Serrano &

Correia, 2000; Skeat & Roddam, 2019; Sugden et al., 2019), sendo responsabilidade destes últimos orientar aquele que deve ser o trabalho e papel da família no processo, tendo em conta as dificuldades e obstáculos por ela reportados (Sugden et al., 2019). Em Terapia da Fala, o envolvimento da família é um processo complexo, onde devem ser considerados vários aspetos (Mdshah et al., 2021), desde as expectativas dos cuidadores até ao conhecimento que os mesmos detêm sobre como ajudar os filhos (Skeat & Roddam, 2019), sobre que papéis desempenhar e mais especificamente onde, quando e como fazer. Os TF devem partilhar a sua experiência e conhecimento técnico, assim como estratégias e abordagens e fornecer oportunidades e recursos para apoiar e promover o envolvimento da família (Skeat & Roddam, 2019). No sentido de promoverem o desenvolvimento linguístico das crianças em idade pré-escolar, os TF e a família formam uma relação de parceria (American Speech-Language-Hearing Association, 2008; Davies et al., 2017). Contudo, o conhecimento acerca da perceção dos pais sobre o seu papel e expectativas acerca do seu envolvimento no processo terapêutico ainda é limitado, sendo que estas informações são importantes para a construção de uma relação de confiança durante a implementação de uma intervenção onde os pais possam assumir uma participação ativa (Davies et al., 2017). O uso de inquéritos na investigação e na prática clínica permite analisar e avaliar as PCF. Estes inquéritos permitem, por um lado, avaliar a adesão do profissional ao uso das PCF e, por outro lado, permitem relacionar a implementação das PCF com os resultados da família e da criança (Dunst & Espe-Sherwindt, 2016). Para a construção do instrumento usado nesta investigação, procedeu-se à análise apurada de inquéritos já existentes.

Objetivos:

Determinar o nível e tipo de perceção que as famílias apresentam relativamente ao seu envolvimento no processo terapêutico do(s)/da(s) seu(s)/sua(s) filho(s)/a(s), em contexto escolar.

Metodologias:

Este estudo terá um carácter exploratório. Face ao objetivo geral estabelecido, optou-se por um estudo observacional analítico transversal. Os critérios de inclusão são: famílias a residir em Portugal, cujos/as filhos/as com idades entre os 3 e os 6 anos devem usufruir de acompanhamento em Terapia da Fala nas escolas e que aceitem voluntariamente participar no estudo. Excluem-se todas as famílias que não se proponham voluntariamente a participar no presente estudo, assim como famílias cujos filhos/as não se encontrem no intervalo de idades proposto ou usufruam cumulativamente de apoio em terapia da fala fora do contexto escolar. Para a recolha dos dados será utilizado um questionário alojado no Limesurvey, da UA, que será divulgado nas redes sociais. Este questionário foi elaborado e validado no âmbito deste estudo, através de um painel de peritos especializados na temática. Após o parecer positivo do CED-UA será também conduzido um estudo-piloto, antes da recolha dos dados que serão alvo de análise e discussão. Toda a informação recolhida no decurso do estudo é confidencial. Apenas os investigadores do projeto terão acesso aos dados. Os participantes serão informados do carácter voluntário do estudo, assim como de todo o processo de tratamento dos dados através de um documento de consentimento livre e informado.

Questões éticas específicas sobre as quais se pretende o parecer do CED

O projeto terá a participação de adultos que cumpram os critérios de inclusão (residentes em Portugal, cujos filhos tenham entre 3 e 6 anos e sejam acompanhados em Terapia da Fala, em contexto escolar). Serão recolhidos dados pessoais do cuidador principal (faixa etária, sexo, escolaridade, língua materna, distrito/ região autónoma, estado civil, situação profissional e grau de parentesco com a criança) e da criança (idade, sexo, número de irmãos e respetiva(s) idade(s) e escolaridade(s)). Contudo, o estudo tem um carácter anónimo, não sendo possível realizar a identificação indireta dos participantes que aceitarem participar no estudo de livre e expressa vontade.

II. Parecer

a. Fundamentação

O projeto de investigação aqui em análise está muito bem fundamentado, tem objetivos bem definidos e com inegável interesse científico, com impacto franco na área da saúde, tem um desenho experimental adequado e respeita as recomendações éticas para esta investigação em seres humanos.

b. Recomendações

Nenhumas.

c. Conclusão

De acordo com o anteriormente referido e com os princípios seguidos por este Conselho, é emitido o seguinte parecer:

Pelas circunstâncias indicadas, proponho um parecer favorável à sua realização.

O Presidente da CPAI

Assinado por: **LUÍS MIGUEL TEIXEIRA DE JESUS**
Num. de identificação: 05822604
Data: 2022.10.21 11:53:27+01'00'

Plenário CED

Submetido ao CED o respetivo parecer da sua Comissão Permanente, este Conselho, em sua reunião plenária de 12 de outubro de 2022, por entender que ficam salvaguardadas as exigências éticas inerentes à investigação em seres humanos, atentos os princípios da justiça e da autonomia e segurança dos participantes, concorda por unanimidade com o mesmo, em razão do que o ratifica e dá **parecer favorável** à realização do projeto intitulado: "Auto percepção das famílias sobre a sua participação na intervenção em Terapia da Fala".

Data 22/10/22

O Vice-Presidente do CED

