



**Raquel dos Santos
Costa**

**Rastreo de perturbações de comunicação num
agrupamento de escolas**



**Raquel dos Santos
Costa**

**Rastreio de perturbações de comunicação num
agrupamento de escolas**

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

o júri

presidente

Prof. Doutor António Joaquim da Silva Teixeira
Professor auxiliar da Universidade de Aveiro

vogais

Prof. Doutora Isabel Maria dos Santos Falé
Professora auxiliar da Universidade Aberta

Prof. Doutora Anabela Gonçalves da Silva
Professora adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

agradecimentos

À Professora Doutora Anabela Silva, pelo apoio e motivação demonstrados em todos os processos da realização deste trabalho.

À Professora Isabel Monteiro, pela disponibilidade no esclarecimento de dúvidas.

A todas as crianças participantes no estudo, bem como aos seus pais e educadores de infância, pela disponibilidade para colaborar.

À minha família, pelo apoio, carinho, confiança e força que me transmitiram durante todo o processo de realização do trabalho.

Ao Henrique, pela presença constante.

Aos meus amigos, pela motivação nos momentos mais difíceis.

palavras-chave

Rastreio, avaliação, linguagem, fala, comunicação, perturbação da linguagem, perturbação da fala.

resumo

As perturbações da comunicação podem estar na origem de várias dificuldades, nomeadamente de aprendizagem escolar, interacção social, comportamento. Em Portugal, não existem estudos de prevalência que reportem o número de crianças com perturbações da comunicação, não se sabendo se os recursos existentes estão bem distribuídos.

Este trabalho consiste na avaliação da linguagem e da fala das crianças em idade pré-escolar a frequentar o Agrupamento de Escolas de Águeda. Tem como objectivo determinar o número de crianças com perturbação da linguagem e/ou da fala neste agrupamento.

A linguagem foi avaliada formalmente através do Teste de Avaliação da Linguagem na Criança (crianças dos 36 aos 47 meses) e do Teste de Identificação de Competências Linguísticas (crianças dos 48 aos 72 meses). A fala, especificamente a articulação, foi avaliada através do Teste Fonético-Fonológico – Avaliação da Linguagem Pré-Escolar. Os encarregados de educação foram ainda convidados a preencher um questionário, com o objectivo de caracterizar a origem das perturbações. Foram avaliadas um total de 130 crianças, das quais 102 (78,46%) apresentaram resultados abaixo do ponto de corte estabelecido em pelo menos um dos testes.

Os resultados indicam uma percentagem mais elevada de crianças com uma perturbação da linguagem e/ou da fala do que a que está documentada na literatura, que varia entre os 1,06% e os 22,30%. Esta discrepância poderá ser devida, no entanto, ao número reduzido da amostra utilizada neste estudo.

keywords

Screening, assessment, language disorder, speech sound disorder.

abstract

Communication disorders can be the cause of many difficulties, including bad results at school, difficulties in social interaction and behaviour problems. In Portugal, there are no speech and/or language disorders prevalence reports. This knowledge is important to adequate the resources in this area.

This paper focuses on the language and speech assessment of preschool children attending the Agrupamento de Escolas de Águeda. This paper aims to assess the percentage of children with a language and/or speech disorder.

The language was assessed using the Teste de Avaliação da Linguagem na Criança (aged between 36 and 47 months) and the Teste de Identificação de Competências Linguísticas (aged between 48 and 72 months). Articulation was assessed using Teste Fonético-Fonológico – Avaliação da Linguagem Pré-Escolar. Parents were also asked to complete a questionnaire to help to characterize the disorders. There were 130 children assessed, 102 (78,46%) revealed results below the cutoff point determined at least at one of the assessment tests used.

The percentage of children with a language and/or speech sound disorder found in this study is higher than that reported in literature, which varies between 1,06% and 22,30%. This difference could be related with the number of children assessed in this work, which is very short.

Índice

Índice.....	1
Índice de Tabelas	3
Lista de Abreviaturas	4
1. INTRODUÇÃO.....	5
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	7
2.1. Comunicação, Linguagem e Fala	7
2.1.1. Fala	7
2.1.2. Linguagem.....	8
2.1.3. Comunicação.....	9
2.1.4. Aquisição e Desenvolvimento da Linguagem.....	10
2.2. Perturbações da Comunicação.....	13
2.2.1. Caracterização das Perturbações.....	14
2.2.2. Avaliação das Perturbações da Linguagem e da Fala	19
2.2.2.1. Testes de avaliação da Linguagem	20
2.2.2.2. Testes de Avaliação da Fala.....	21
2.3. Factores de Risco e Sinais de Alerta	21
2.4. Actuação do Terapeuta da Fala na Escola	23
2.5. Prevalência das perturbações da comunicação em crianças.....	25
2.6. Importância de uma detecção precoce de perturbações da comunicação	28
3. METODOLOGIA.....	31
3.1. Objectivos do estudo	31
3.2. Tipo de estudo.....	31
3.3. Amostra	31
3.4. Procedimentos.....	32
3.5. Análise de dados	33

3.6.	Critérios de encaminhamento das crianças para a Terapia da Fala.....	34
4.	RESULTADOS	37
4.1.	Caracterização da amostra.....	37
4.2.	Avaliação formal	39
4.2.1.	TALC (compreensão)	39
4.2.2.	TALC (expressão).....	40
4.2.3.	T.I.C.L.....	40
4.2.4.	Subteste Fonético - ALPE.....	41
4.2.5.	Análise Global	42
4.3.	Comparação das pontuações obtidas nos testes em função dos dados do questionário.....	43
4.4.	Crianças a encaminhar para o médico de família	44
5.	DISCUSSÃO	47
6.	CONCLUSÕES.....	51
7.	BIBLIOGRAFIA.....	53
	ANEXO I – Autorização da Direcção-geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular.....	61
	ANEXO II – Folha de Informação aos Pais.....	62
	ANEXO III – Consentimento Informado.....	65
	ANEXO IV – Estudo de Fiabilidade entre observadores.....	66
	ANEXO V – Questionário aos Encarregados de Educação/Pais	67
	ANEXO IV – Pontos de corte para cada teste	70

Índice de Tabelas

Tabela 1- Marcos do desenvolvimento na fase pré-linguística (adaptado de (SIM-SIM, 1998)	12
Tabela 2 – Marcos do desenvolvimento da fase linguística (SCHIRMER et al., 2004, SIM-SIM, 1998).....	12
Tabela 3- Idade de desaparecimento dos Processos Fonológicos (adaptado de (CAMBIM, 2002, MENDES et al., 2009).....	13
Tabela 4 - Sinais de Alerta referentes à aquisição e desenvolvimento da linguagem (fontes: (CASTRO et al., 2000, CPLOL, REBELO et al., 2006).....	23
Tabela 5 - Alguns estudos de prevalência de perturbações da fala e linguagem em crianças em idade pré-escolar	27
Tabela 6 - Número total de crianças a frequentar os estabelecimentos de ensino e n.º de crianças avaliadas	38
Tabela 7 – Número (%) de crianças, por sexo, com resultados abaixo dos critérios média -1DP e média -2DP, tendo em conta os valores de referência do TALC	40
Tabela 8 – Número (%) de crianças abaixo do nível de mestria proposto pelo T.I.C.L. por áreas avaliadas.....	41
Tabela 9 - Pontuação média, mínima e máxima obtida pela amostra do estudo por sexo e faixa etária	42
Tabela 10 – Número (%) de crianças com resultados abaixo da média -1DP e da média -2DP, tendo em conta os resultados normativos dados pelo Subteste Fonético - ALPE ...	42
Tabela 11 – Número (%) de crianças com resultados abaixo do ponto de corte em pelo menos um teste e número (%) de crianças que serão encaminhadas.	44
Tabela 12 – Número (%) de crianças com possível perturbação da linguagem e perturbação mista, por faixa etária.....	45
Tabela 13 – Número (%) de crianças com possível perturbação de fala, perturbação fonológica e em que não foi possível determinar o tipo de perturbação, por faixa etária..	45
Tabela 14 - Pontuação considerada como ponto de corte para o teste TALC por sexo. ...	70
Tabela 15 – Pontuação considerada como ponto de corte por faixa etária e sexo para o teste ALPE.....	70
Tabela 16 - Níveis de mestria por área avaliada e por faixa etária (VIANA, 2004).....	70

Lista de Abreviaturas

ADL – Atraso de Desenvolvimento da Linguagem

ALPE – Avaliação da Linguagem Pré-Escolar

ASHA – American Speech-Language-Hearing Association

MOF – Motricidade Orofacial

PEDL – Perturbação Específica do Desenvolvimento da Linguagem

TALC – Teste de Avaliação da Linguagem na Criança

T.A.L.O. – Teste de Avaliação da Linguagem Oral

TF – Terapia da Fala ou Terapeuta da Fala

TFF – ALPE – Teste Fonético - Fonológico – Avaliação da Linguagem Pré-Escolar

T.I.C.L. – Teste de Identificação de Competências Linguísticas

1. INTRODUÇÃO

As alterações da linguagem situam-se entre as mais frequentes alterações de desenvolvimento em crianças em idade pré-escolar, atingindo entre 3 a 15% das crianças (LAW et al., 2000).

A linguagem é o meio privilegiado para a transmissão das aprendizagens escolares, desempenhando um papel crucial na aquisição da leitura e da escrita, na qual se baseia todo o processo académico, logo uma alteração neste desenvolvimento tem repercussões nestas aprendizagens. Por outro lado, a criança com uma perturbação da linguagem pode ter dificuldades em comunicar com os outros, o que pode ser responsável por dificuldades ao nível da interacção social e estar na origem de problemas de comportamento, uma vez que estas dificuldades na interacção social provocam frequentemente frustração e revolta social. Uma perturbação da linguagem em crianças mais pequenas pode ser ainda o primeiro sintoma de uma perturbação mais grave, como a deficiência mental (AMARAL, 2007, SILVA et al., 1983).

A escola, nomeadamente o jardim-de-infância, é um lugar privilegiado para a aquisição da linguagem e a criança na faixa etária dos 3 aos 6 anos encontra-se em plena expansão de áreas que contribuirão para aquisições tardias mais complexas. Uma detecção precoce destas alterações da linguagem poderá evitar problemas mais graves. Assim, é necessário identificar as crianças que precisam de Terapia da Fala (TF) para que estas possam ser atempadamente encaminhadas para a intervenção, ajudando a evitar ou minimizar outros problemas (AMARAL, 2007, NICHCY, 2004).

O conhecimento do número de pessoas afectadas por uma patologia influencia, ou deverá influenciar, os recursos (dinheiro, profissionais, investigação na área) disponibilizados para avaliar e tratar essa patologia (LAMPRECHT, 2004). Os estudos de prevalência são comuns em vários países.

Este trabalho surgiu assim da inexistência de estudos de prevalência de perturbações da linguagem e/ou da fala em Portugal e da necessidade sentida pelo Centro de Saúde de Águeda de conhecer o número de crianças com este tipo de perturbação a frequentar as escolas do concelho, de forma a justificar a contratação de um terapeuta da fala (TF) para a sua equipa.

Como é sabido, é a partir dos 36 meses de idade que a criança termina o processo de discriminação auditiva e que inicia o seu acesso à consciência fonológica, competência considerada de grande importância para a aquisição da leitura e da escrita (SIM-SIM, 1998). Esta é a idade em que se inicia a educação pré-escolar e por isso é a partir desta

idade que se torna mais importante a sinalização de eventuais alterações no desenvolvimento, com o objectivo de intervir atempadamente, ou seja, antes de entrar para o 1º ciclo.

O presente estudo tem como objectivo determinar a percentagem de crianças, em idade pré-escolar, a frequentar o Agrupamento de Escolas de Águeda, que apresentam uma perturbação da linguagem e/ou da fala. Para determinar esse valor as crianças foram avaliadas através de um instrumento formal de avaliação da linguagem e de um instrumento formal de avaliação da fala.

Este trabalho encontra-se dividido em cinco capítulos. No Capítulo 1 (Introdução) são definidos os objectivos do estudo, assim como a sua estrutura. No Capítulo 2, apresenta-se uma definição dos conceitos de comunicação, linguagem e fala e dos principais marcos do respectivo desenvolvimento, assim como uma caracterização das principais perturbações da comunicação, formas de avaliação destas perturbações e testes disponíveis para o efeito e ainda os factores de risco e sinais de alerta que estão associados a estas perturbações. Seguidamente, aborda-se a actuação do TF na escola e apresentam-se os principais estudos de prevalência de perturbações da linguagem e/ou fala realizados até ao momento. Por último, discute-se a importância de uma detecção precoce destas perturbações. No Capítulo 3 (Metodologia) é caracterizada a amostra e justificada a escolha dos instrumentos utilizados para a recolha dos dados. No capítulo seguinte (Resultados), são apresentados os dados recolhidos. No Capítulo 5 (Discussão) é realizada a discussão destes resultados, comparando-os com os resultados obtidos por outros estudos. Serão apresentadas também as limitações do presente estudo, o seu contributo para a prática clínica e sugestões de continuidade para futuros estudos. No último capítulo (Conclusões) serão apresentadas as conclusões do trabalho

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Este capítulo apresenta uma breve revisão da literatura, na qual se abordam assuntos relacionados com o estudo de campo, com o objectivo de esclarecer alguns conceitos e contribuir para uma melhor compreensão do nosso estudo.

2.1. Comunicação, Linguagem e Fala

2.1.1. Fala

A fala é um dos vários meios de comunicação e a forma mais comum de usar a linguagem (LADEFOGED, 2001). É o acto motor que expressa a linguagem, ou seja, é o modo verbal oral de transmitir mensagens e envolve uma coordenação neuro-muscular precisa, que permite a realização de movimentos orais para produzir sons e unidades linguísticas. É um acto pretensamente individual, que está dependente da intervenção de vários órgãos, nomeadamente os da respiração (pulmões, traqueia, laringe, faringe, boca e nariz) e da articulação (lábios, língua, palato duro, palato mole, alvéolos, dentes e fossas nasais) (BERNSTEIN et al., 2002, MARCHESAN, 2004).

A fala pode ser caracterizada quanto à articulação (produção de sons realizada pelos articuladores), ressonância (equilíbrio do fluxo aéreo entre o nariz e a boca), voz (é produzida pela vibração das pregas vocais na laringe), fluência/ritmo (diz respeito ao débito) e prosódia (está relacionada com a acentuação e entoação das palavras e frases, que transmitem emoções e atitudes)(SCHIRMER et al., 2004).

A ciência que estuda as propriedades dos sons da fala do ponto de vista físico, ao nível da produção e da percepção, independentemente do seu significado, é a fonética. Esta ciência distingue-se da fonologia, que é a ciência que se ocupa da organização dos sons da língua e da sua classificação em unidades mínimas capazes de distinguir significados, que será abordada na secção referente à linguagem (MARCHESAN, 2004).

Podemos então classificar os sons da fala em dois grandes grupos: i) as consoantes, que são produzidas através de diferentes tipos de obstrução criados pelos articuladores à passagem do ar; ii) as vogais e as semivogais, que são produzidas quando o ar flui livremente pelo tracto vocal. As vogais podem ser classificadas, do ponto de vista articulatorio, quanto ao grau de abertura da cavidade oral, ao movimento de recuo ou avanço da língua e à projecção dos lábios (FARIA et al., 1996). As consoantes podem ser classificadas quanto ao vozeamento (vozeadas ou não vozeadas), à nasalidade (orais ou nasais), ao modo de articulação (oclusivas, fricativas, líquidas) e ao ponto de articulação

(bilabiais, labiodentais, dentais, alveolares, palatais e velares) (CRUZ-FERREIRA, 1999, FARIA et al., 1996).

Os primeiros fonemas a serem adquiridos, a seguir às vogais, são as consoantes oclusivas e as nasais, sendo estas adquiridas antes dos dois anos. Às oclusivas seguem-se as fricativas, sendo a aquisição deste último modo de articulação muito díspar, com fonemas a serem adquiridos cedo, como são os casos do /f/ e do /v/, e fonemas a serem adquiridos mais tarde, como são os casos do /s/, /S/, /z/ e /Z/. De qualquer forma, a sua aquisição acontece até aos 3 anos e 6 meses nas várias posições na palavra – posição inicial, medial e final. A classe das líquidas é a última a ser adquirida no português, podendo a sua aquisição prolongar-se até aos 5 anos (LAMPRECHT, 2004).

2.1.2. Linguagem

A linguagem é um código social partilhado, ou sistema convencional, que representa ideias através do uso de símbolos arbitrários e de regras que regulam a combinação destes símbolos (BERNSTEIN et al., 2002). A linguagem pode ser verbal ou não verbal. Dentro da linguagem verbal, podemos falar de linguagem verbal oral ou escrita.

A linguagem verbal pressupõe regras complexas de uso dos símbolos que permitem a organização dos sons, palavras, frases e conseqüente significado, assim como pressupõe um objectivo e uma intencionalidade. Com a aquisição destas regras, o indivíduo vai desenvolvendo competências para perceber a linguagem (linguagem compreensiva) e para formular/produzir linguagem (linguagem expressiva). Ao conhecimento implícito destas regras chama-se competência linguística. Uma pessoa que tenha competência linguística poderá usar a linguagem, porque sabe combinar os sons (fonologia), sabe o que tem e não tem sentido (semântica), compreende e consegue formular uma variedade infinita de frases (morfo-sintaxe), assim como, adequar o uso destas regras a vários contextos sociais (pragmática), mesmo que não as saiba explicitamente. Ao conhecimento explícito, que permite analisar e explicar as regras, chama-se conhecimento metalinguístico. Este conhecimento implica competências como ser capaz de identificar e justificar a agramaticalidade de uma frase, identificar e justificar absurdos semânticos, identificar rimas, fazer segmentação silábica, entre outros (BERNSTEIN et al., 2002, FRANCO et al., 2003).

Bloom and Lahey (1978, citados por BERNSTEIN et al., 2002) propuseram um modelo que divide a linguagem em três grandes componentes: forma, conteúdo e uso. A forma diz respeito às regras de combinação de sons para formar palavras (fonologia), às regras que regulam a organização interna das palavras (morfologia) e às regras que

permitem a combinação de palavras para construir os vários tipos de frases (sintaxe). O conteúdo está relacionado com o significado. Fazem parte do conteúdo as regras que governam a semântica. O conteúdo ou significado pode ser literal e não-literal e a sua interpretação depende do contexto e do conhecimento que cada indivíduo tem dos conceitos (do léxico). Este conhecimento provém das experiências anteriores e está dependente do desenvolvimento cognitivo de cada indivíduo. O uso diz respeito às regras que regulam a utilização da linguagem nos diversos contextos sociais. Estas regras são denominadas de pragmática. São exemplo destas regras, as que regulam os motivos por que se comunica (intenções ou funções comunicativas). Cumprimentar, perguntar, responder, pedir informações, informar e pedir esclarecimentos são exemplos de intenções comunicativas. Além destes aspectos, a pragmática engloba ainda as regras para iniciar, manter e terminar uma interacção.

2.1.3. Comunicação

A comunicação é um processo complexo de troca de informação, usado para influenciar o comportamento dos outros (FRANCO et al., 2003). Segundo Watzlawick (1967), um teórico da comunicação humana, não se pode não comunicar, uma vez que os nossos comportamentos não têm um contrário, ou seja, não conseguimos não ter um comportamento. Assim sendo, admitindo que numa interacção todos os comportamentos passam uma mensagem, então, é impossível não comunicar. A fala, o silêncio, os gestos, os olhares, tudo tem o valor de mensagem. Da mesma forma, estes comportamentos influenciam os outros e, como tal, eles não conseguem não reagir a eles. Este autor sublinha que o facto de não se responder ao outro ou de não lhe prestar atenção é em si mesmo uma reacção à sua comunicação.

É, então, necessário distinguir comunicação não intencional da intencional. Ao não reagir ao outro eu estou a comunicar algo, ou melhor, estou a provocar também uma reacção. No entanto, posso não ter a intenção de transmitir uma mensagem. Quando um recém-nascido chora porque tem fome, ele não chora com a intenção de pedir à mãe comida, porque ainda não aprendeu que o seu comportamento vai provocar uma reacção no outro. Ele chora, porque sente desconforto. Podemos concluir que a comunicação não intencional inclui os comportamentos comunicativos que não são movidos por uma intenção (BERNSTEIN et al., 2002).

A comunicação humana intencional é um processo interactivo, desenvolvido em contexto social, que requer um emissor, que codifica e formula a mensagem, e um receptor, que descodifica ou compreende a mensagem. Para que a comunicação tenha

sucesso, é importante que os interlocutores dominem um código comum (sistema de sinais usado para transmitir uma mensagem) e utilizem um canal de comunicação apropriado ao contexto. Cada parceiro comunicativo tem de estar desperto para as necessidades do outro, de forma a garantir que a mensagem seja correctamente emitida e compreendida (BERNSTEIN et al., 2002, SIM-SIM, 1998). Apesar de se utilizar essencialmente a fala para comunicar, a comunicação implica a utilização de outros meios que podem complementar ou até alterar a mensagem. É então importante ter em atenção as pistas paralinguísticas, tais como a entoação, a acentuação, o débito da fala, assim como outras pistas comunicacionais, extralinguísticas, tais como os movimentos corporais, o contacto visual e as expressões faciais (BERNSTEIN et al., 2002).

Não se pode deixar de sublinhar que a comunicação humana se confunde com a linguagem, uma vez que ao comunicar, independentemente da forma como essa comunicação é feita (mesmo que se comunique através de gestos não convencionados faz-se referência a conceitos), remete-se para uma realidade, um conceito, que se materializa através da linguagem. De tal forma, que não se conhece qualquer grupo de seres humanos sem linguagem (SIM-SIM, 1998). É, no entanto, possível identificar uma fase pré-linguística na criança, como iremos ver mais à frente, em que esta comunica, mas ainda não recorre à linguagem.

De entre todas as formas de comunicação, quer verbais quer não verbais, usadas pelo ser humano, a comunicação verbal é, de facto, a mais elaborada e a que mais utilizamos para comunicar, sendo o sistema linguístico (linguagem) o código mais complexo (SIM-SIM, 1998).

A comunicação verbal, sobretudo a oral é, sem dúvida, a que está mais enraizada na sociedade. Falar é a forma mais rápida e simples de comunicar (simples porque é algo que se adquire espontaneamente). Por estes motivos, este trabalho centra-se na avaliação da linguagem verbal, e no seu modo oral, a fala, nomeadamente ao nível da articulação. Para detectar as perturbações da fala e da linguagem é necessário primeiramente ter conhecimentos acerca do desenvolvimento normal destas duas áreas. Anteriormente já referimos a aquisição normal dos fonemas, em seguida explanaremos os principais marcos do desenvolvimento da linguagem.

2.1.4. Aquisição e Desenvolvimento da Linguagem

É possível identificar no desenvolvimento da linguagem uma ordem sequencial de aquisições e marcos de desenvolvimento que ocorrem aproximadamente na mesma idade em todas as crianças (SIM-SIM, 1998).

A linguagem verbal oral adquire-se natural e espontaneamente e traduz-se pela aquisição de uma língua, que identifica o sujeito com uma comunidade linguística. Para que tal aconteça, o indivíduo tem de estar exposto a essa língua. O desenvolvimento da linguagem inicia-se assim primeiramente num contexto restrito – a família. Com a entrada no sistema de ensino, há o alargamento do grupo social e a exposição a contextos mais alargados e conseqüentemente o enriquecimento linguístico (SIM-SIM, 1998). Pode concluir-se que a aquisição da linguagem é o resultado de um programa que nos é transmitido geneticamente, mas a concretização desse programa não é possível se a criança não crescer num ambiente em que se fale.

Muito antes de começar a falar, e mesmo antes de começar a aquisição da linguagem, a criança utiliza o olhar, as expressões faciais, o choro e o gesto para comunicar com os outros. A esta fase chamamos de etapa pré-linguística, que se inicia com a gestação, altura em que o feto reage já a estímulos sonoros, e termina entre os 9 e os 13 meses de idade (SCHIRMER et al., 2004, SIM-SIM, 1998). Uma vez que o conhecimento existente sobre o funcionamento auditivo do feto é ainda diminuto e pouco detalhado, falaremos apenas do desenvolvimento após o nascimento. Neste período, ao nível da produção vocal, verificam-se, resumidamente, quatro grandes fases de desenvolvimento: i) a produção de sons vegetativos e de choro reflexo, ii) as primeiras vocalizações/palreio, iii) a lalação ou reduplicação silábica e iv) a produção de “protopalavras”, isto é, a utilização consistente de uma cadeia fónica para designar um objecto ou uma situação, sem correspondência com o léxico do adulto (SIM-SIM, 1998).

Na Tabela 1 são apresentados os marcos de desenvolvimento na fase pré-linguística, não apenas ao nível da produção vocal, mas também da compreensão e da discriminação da fala. A compreensão do significado de sequências fonológicas constitui uma mudança significativa, que marca o fim da etapa pré-linguística (SIM-SIM, 1998).

Tabela 1- Marcos do desenvolvimento na fase pré-linguística (adaptado de SIM-SIM, 1998)

Idade	Desenvolvimento da Linguagem
Nascimento	Reflexo de orientação e localização da fonte sonora; preferência pela voz materna. Choro e som vegetativo.
1-2 semanas	Distinção entre voz e outros sons.
1-2 meses	Discriminação na base do fonema. Sorriso social. Choro com intenção comunicativa.
2 meses	Discriminação entre vozes que expressam ternura ou zanga (até aos 4 meses). Palreio e risos. Começa o domínio da regra básica da conversação: o <i>turn taking</i> .
3-9 meses	Palreio e lalação. Identificação de padrões de entoação e ritmo (5-6 meses).
9-13 meses	Compreensão das sequências fonológicas em contexto – quando perguntamos “Onde está o pai?” ou “Onde está a mãe?” vira-se na direcção correcta ou dá os braços.

O período linguístico começa quando é atribuído um significado à produção sonora, com a produção das primeiras palavras. Na Tabela 2 são apresentados os principais marcos de desenvolvimento da linguagem até aos 6 anos.

Tabela 2 – Marcos do desenvolvimento da fase linguística (SCHIRMER et al., 2004, SIM-SIM, 1998)

Idade	Desenvolvimento da Linguagem
12 meses	Diz as primeiras palavras. Entende muitas palavras familiares e ordens simples associadas aos gestos. Ex: “Vem com o papá.”
18 meses	Conhece algumas partes do corpo. Acha objectos a pedido. Realiza brincadeira simbólica com miniaturas. Poderá produzir 30 a 40 palavras. Começa a combinar duas palavras.
24 meses	Segue instruções envolvendo dois conceitos verbais. Possui um vocabulário de cerca de 150 palavras. Combina duas ou três palavras.
30 meses	Entende os primeiros verbos. Entende instruções envolvendo até 3 conceitos. Usa habitualmente a linguagem telegráfica.
36 meses	Conhece diversas cores. Reconhece plurais, pronomes que diferenciam os sexos e adjectivos. Inicia o uso de artigos, plurais, preposições e verbos auxiliares. A nível fonológico, faz a discriminação de nível adulto para os sons da língua materna.
48 meses	Começa a aprender conceitos abstractos (duro, mole). Entende “se”, “porque”, “quanto”. Compreende 1500 a 2000 palavras. Formula frases correctas, faz perguntas, usa a negação, fala de acontecimentos no passado ou antecipa outros no futuro.
4-6 anos	Indicadores de consciência fonológica (observáveis aos 4/5 anos). Extinção de todos os processos fonológicos por volta dos 5 anos.

Anteriormente apresentámos a ordem de aquisição normal dos fonemas do português. No entanto, a sua produção de forma isolada tem um contributo escasso para

a produção do discurso. Daí que seja necessário considerar a sua produção em palavra. Surge assim a necessidade de esclarecer o conceito de processos fonológicos.

Segundo Smit (2004), os processos fonológicos são descrições de regularidades na fonologia das crianças quando comparadas com as formas do adulto. Os processos fonológicos existem no desenvolvimento normal, apresentando-se de seguida um quadro, baseado num estudo piloto, realizado com crianças entre os 3 anos e 6 meses e os 4 anos e 5 meses, e no estudo utilizado como instrumento de recolha de dados neste trabalho. (Tabela 3).

Tabela 3- Idade de desaparecimento dos Processos Fonológicos (adaptado de CAMBIM, 2002, MENDES et al., 2009)

Processos Fonológicos	(CAMBIM, 2002)	(MENDES et al., 2009)
Omissão da sílaba átona	4;00	>6A6M – 6A12M
Omissão de consoante final	4;00	6A0M – 6A12M
Desvozeamento	Antes dos 3;06	4A0M – 4A12M
Vozeamento	Antes dos 3;06	----
Anteriorização	4:00 – 4:06	3A0M – 3A6M
Posteriorização	Antes dos 3:06	3A0M – 3A6M
Oclusão	Antes dos 3:06	3A0M – 3A6M
Despalatalização	----	4A0M – 4A6M
Palatalização	----	4A0M – 4A6M
Redução Grupo Consonântico	----	4A0M – 4A6M

Aos 36 meses de idade o processo de discriminação auditiva está terminado. É a partir desta altura que a criança começa a apresentar capacidades de manipulação dos sons: é capaz de fazer jogos de rimas, produz palavras inventadas e é capaz de actividades de reconstrução e segmentação silábica. A criança inicia assim o acesso à consciência fonológica, que é considerada de grande importância para a aquisição da leitura e da escrita (SIM-SIM, 1998). É sobretudo a partir desta idade que se torna mais premente a avaliação da linguagem e da fala da criança, com o objectivo de intervir atempadamente em possíveis alterações que possam ocorrer. Estas alterações serão abordadas no próximo ponto.

2.2. Perturbações da Comunicação

A comunicação de uma criança é considerada fora da norma quando as competências ao nível do desenvolvimento da linguagem e/ou da fala ficam aquém do

que é considerado normal para a sua idade (NICHCY, 2004). Assim sendo, a expressão perturbações da comunicação refere-se, neste estudo, às perturbações da linguagem e às perturbações da fala.

Ruben (1999) apontava, já há 12 anos, as perturbações da comunicação como a mais preocupante área de saúde pública do século XXI, exemplificando que um atleta desempregado com problemas de comunicação é considerado uma pessoa não empregável, enquanto uma pessoa com paraplegia com boas competências comunicativas não terá problemas em encontrar um bom emprego. O autor apresenta como perturbações da comunicação os problemas de voz, fala e linguagem, salientando estas últimas como as mais significativas (RUBEN, 1999).

2.2.1. Caracterização das Perturbações

Antes de mais, é necessário distinguir as perturbações da linguagem das perturbações da fala. Como já foi referido, fala e linguagem são dois processos distintos necessários para a produção de uma mesma mensagem, reportando-se a linguagem ao planeamento e processamento simbólico da mensagem, ou seja, à selecção do vocabulário, à sua flexão morfológica, à construção sintacticamente correcta de frases e à adequação da mensagem ao contexto. Já a fala, diz respeito à realização motora que permitirá produzir a mensagem propriamente dita (ZORZI, 2002).

As perturbações da fala incluem dificuldades na produção dos sons e perturbações da qualidade vocal ou da fluência (como é o caso da gaguez). Por sua vez, uma perturbação da linguagem traduz dificuldades na compreensão e no uso de palavras em contexto. Inclui o uso incorrecto das palavras e respectivos significados, incapacidade para expressar ideias, construção de frases agramaticais, vocabulário reduzido e dificuldade em cumprir ordens (NICHCY, 2004).

A American Speech-Language-Hearing Association (ASHA, 1980, citado por BERNSTEIN et al., 2002) define perturbações da linguagem como a anormal aquisição, compreensão ou expressão da linguagem falada ou escrita. A perturbação pode envolver todos ou apenas um dos componentes do sistema linguístico: fonologia, morfologia, semântica, sintaxe ou pragmática. Os indivíduos com perturbação da linguagem apresentam frequentemente dificuldades na compreensão de frases ou em seleccionar informação significativa para mais tarde aceder através da memória de curto e longo prazo.

As alterações da linguagem situam-se entre as mais frequentes alterações de desenvolvimento em crianças em idade pré-escolar, atingindo entre 3 a 15% das crianças (LAW et al., 2000, SCHIRMER et al., 2004).

A tipologia utilizada para referir as perturbações da linguagem é vasta e pouco sistematizada. Daremos por isso conta neste trabalho dos termos geralmente utilizados para classificar as perturbações mais frequentes e das classificações mais frequentemente encontradas.

Assim, o DSM-IV – Manual de Classificação e Estatística das Perturbações Mentais (2006) classifica as perturbações da comunicação nos seguintes grupos: Perturbação da Linguagem Expressiva; Perturbação Mista da Linguagem Receptiva-Expressiva; Perturbação Fonológica; Gaguez; e Perturbação da Comunicação Sem Outra Especificação.

A Perturbação da Linguagem Expressiva traduz-se por um resultado em testes de avaliação acentuadamente abaixo dos alcançados na avaliação da linguagem não-verbal e na linguagem receptiva. Pode ser de tipo evolutivo ou adquirido. No tipo adquirido a perturbação ocorre após um período de desenvolvimento normal, em consequência de uma condição neurológica ou outra condição médica geral. Esta perturbação inclui, entre outros, vocabulário restrito, dificuldade em adquirir novas palavras, estruturas verbais simplificadas, variedades limitadas de tipos de frases (ASSOCIATION, 2006).

A Perturbação Mista da Linguagem Receptiva-Expressiva expressa-se por resultados em testes de avaliação acentuadamente abaixo dos obtidos na avaliação da capacidade intelectual não-verbal. O indivíduo apresenta as dificuldades associadas à Perturbação da Linguagem Expressiva juntamente com uma perturbação no desenvolvimento da linguagem receptiva (dificuldade para compreender palavras, frases ou tipos específicos de palavras). Tal como a Perturbação da Linguagem Expressiva pode ser de tipo evolutivo ou adquirido (ASSOCIATION, 2006).

A Perturbação Fonológica manifesta-se através da incapacidade para usar os sons da fala esperados para o nível etário do indivíduo e pode envolver erros na produção, uso, representação ou organização dos sons. Segundo o DSM-IV (2006), pode estar associado a factores causais, como défice auditivo, alterações estruturais do mecanismo periférico oral da fala (por exemplo, fenda palatina), condições neurológicas (por exemplo, paralisia cerebral) e limitações cognitivas (por exemplo, atraso mental).

É, no entanto, necessário ressaltar que esta classificação não é consensual entre os TF, uma vez que não faz a distinção entre a Perturbação Fonológica ou Dispraxia Verbal e a Perturbação Articulatória ou Perturbação Fonética ou Dislália (BOWEN, 2009).

A Gaguez é descrita como uma perturbação na fluência e padrão temporal normais da fala, inapropriado à idade do indivíduo. Caracteriza-se por repetições ou prolongamentos frequentes de sons ou de sílabas, interjeições, palavras fragmentadas, bloqueios audíveis ou silenciosos, circunlóquios, produção de palavras com excesso de tensão física (ASSOCIATION, 2006).

A Perturbação da Comunicação Sem Outra Especificação é utilizada para as perturbações que não satisfazem os critérios para as perturbações apresentadas, como por exemplo, as perturbações da voz (alterações do volume, da qualidade, do timbre ou da ressonância vocais).

Já a CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (2003) refere as Perturbações Específicas do Desenvolvimento da Fala e da Linguagem como perturbações nas quais as modalidades normais de aquisição da linguagem estão comprometidas desde os primeiros estádios de desenvolvimento. Não estão directamente relacionadas com anomalias neurológicas, anomalias anatómicas do aparelho fonador, défices sensoriais, atraso mental ou factores ambientais. Incluem a Perturbação da Articulação da Fala, a Perturbação Expressiva da Linguagem, a Perturbação Receptiva da Linguagem e Afasia Adquirida com Epilepsia (SAÚDE, 2003).

Na Perturbação da Articulação da Fala, a utilização de fonemas pela criança é inferior ao nível correspondente à sua idade mental, mas na qual o nível de aptidão linguística é normal. Esta perturbação exclui o comprometimento da articulação associada a afasia, apraxia, perda de audição, atraso mental, perturbação do desenvolvimento da linguagem expressiva e receptiva (SAÚDE, 2003).

A Perturbação Expressiva da Linguagem caracteriza-se por as capacidades da criança em utilizar a linguagem oral serem nitidamente inferiores ao nível correspondente à sua idade mental, mas na qual a compreensão da linguagem se situa nos limites normais. Exclui a afasia adquirida com epilepsia, o mutismo electivo, o atraso mental e o atraso global de desenvolvimento (SAÚDE, 2003).

A Perturbação Receptiva da Linguagem caracteriza-se por a capacidade de compreensão da linguagem estar abaixo do nível correspondente à sua idade mental. Em quase todos os casos a linguagem expressiva também está afectada. Exclui a afasia adquirida com epilepsia, o autismo, a disfasia, o mutismo electivo, o atraso na aquisição da linguagem devido à surdez e o atraso mental (SAÚDE, 2003).

Na Afasia Adquirida com Epilepsia, a criança, após um desenvolvimento normal da linguagem, perde quer a capacidade para a linguagem expressiva quer para a linguagem receptiva, mas mantém uma inteligência normal (SAÚDE, 2003).

São Luís Castro e Inês Gomes (2000), numa tentativa de sistematizar as várias terminologias encontradas, distinguem em primeiro lugar as dificuldades de linguagem originadas por uma perturbação a outro nível e as dificuldades de linguagem devidas a uma perturbação no próprio sistema de linguagem. As primeiras referem-se a dificuldades de linguagem associadas à deficiência mental, à surdez e outras deficiências auditivas, alterações físicas das estruturas anatómicas envolvidas na produção de fala, lesões neurológicas de tipo neuromotor. As segundas referem-se às dificuldades que não se explicam por as razões apontadas anteriormente, são as perturbações específicas de linguagem. As autoras definem o atraso, distinguindo-o da perturbação, que é descrita como sendo um desvio, como sendo uma situação em que o desenvolvimento da linguagem, embora seguindo as etapas normais, se processa de forma demasiado lenta para o que é esperado para determinada idade.

As autoras classificam ainda as perturbações como podendo ser adquiridas ou de desenvolvimento. A perturbação designa-se de adquirida quando se verifica a perda de uma capacidade de linguagem anteriormente dominada. As perturbações são de desenvolvimento quando as dificuldades de linguagem se fazem sentir ao longo do próprio processo de aquisição.

Os conceitos de atraso e desvio são utilizados também por outros autores. Assim, num atraso, o desenvolvimento da linguagem segue as etapas normais mas de uma forma mais lenta, assemelhando-se a linguagem da criança à de uma criança mais nova. No desvio, a linguagem não se desenvolve dentro dos parâmetros normais, não sendo observável uma causa para que isso aconteça (AGUADO, 1999). As principais alterações da linguagem podem ser divididas, assim, em dois grandes grupos: o Atraso do Desenvolvimento da Linguagem (ADL) e a Perturbação Específica do Desenvolvimento da Linguagem (PEDL). Estas alterações limitam a capacidade da criança para comunicar e estão muitas vezes na origem de perturbações do comportamento, isolamento social e insucesso escolar, sendo que um ADL tem à partida melhor prognóstico do que uma PEDL. É a possibilidade deste tipo de consequências que realça a necessidade de uma intervenção ainda em idade pré-escolar (AGUADO, 1999).

O ADL pode ser ligeiro, moderado ou grave e ter como etiologia factores sócio-ambientais, como são os casos de abandono, maus tratos, falta de estimulação, existência de um irmão gémeo. O ADL pode ainda ter como etiologia factores orgânicos,

nomeadamente as alterações sensoriais (cegueira e surdez) e défices intelectuais (deficiência mental) (AGUADO, 1999, BISHOP et al., 2002).

O diagnóstico da PEDL é realizado com base em critérios de inclusão e exclusão, estabelecidos em 1999 por Leonard (1998, citado por AGUADO, 1999). São critérios de exclusão de uma PEDL: alteração da estrutura oral, perda auditiva; alterações cognitivas (Quociente de Inteligência (QI) não verbal deverá ser igual ou superior a 85); problemas emocionais; factores ambientais prejudiciais e lesão neurológica grave. São critérios de inclusão: a discrepância entre o nível de linguagem e o QI não verbal; história familiar de dificuldades de desenvolvimento da linguagem ou aprendizagem da leitura e da escrita; e a existência de sinais ligeiros de disfunção cerebral (AGUADO, 1999).

As crianças com PEDL não apresentam todas as mesmas dificuldades de linguagem. Uma vez que as componentes da linguagem poderão estar afectadas de forma muito díspar, a PEDL foi sub-dividida em seis grupos, por Rapin e Allen (1988), citadas por (AGUADO, 1999): agnosia auditiva, síndrome fonológico-sintáctico, dispraxia verbal, défice de programação fonológica, síndrome léxico-sintáctico e síndrome semântico-pragmático.

Resta referir como uma perturbação da linguagem a Perturbação Fonológica, em que apenas a componente da linguagem da fonologia está afectada (BOWEN, 2009).

Podemos ainda considerar a Afasia Adquirida na Criança, uma perturbação que atinge crianças que tiveram um desenvolvimento normal a nível psicomotor e de linguagem até determinado momento, sendo este desenvolvimento perturbado por uma lesão do sistema nervoso central.

As perturbações da fala, como já foi referido, incluem dificuldades na produção dos sons e perturbações da qualidade vocal ou da fluência (como é o caso da gaguez). As perturbações da fala correspondem a alterações que afectam os padrões de produção dos sons da língua, devido a alterações nas fases de programação e/ou de execução motora. As alterações mais comuns são a adição de fonemas; a distorção ou produção aproximada de um fonema; a imprecisão articulatória, que se expressa em produções pouco diferenciadas e que dificulta a distinção dos fonemas; a omissão ou ausência de fonemas; e as substituições de um fonema por outro. As perturbações da fala podem ser de origem neurológica ou músculo-esquelética e implicam um comprometimento das estruturas envolvidas na produção de fala: centros nervosos, vias de terminações nervosas, músculos ou ossos (ZORZI, 2002). As perturbações da fala mais comuns são as Perturbações Articulatórias, que pressupõem a existência de erros motores

permanentes na pronúncia, podendo estar presentes problemas aos níveis anatómicos e fisiológicos (LIMA, 2008).

Em síntese, as perturbações da linguagem englobam as dificuldades e alterações que podem comprometer o uso da linguagem com fins comunicativos, a capacidade de produzir e compreender enunciados gramaticalmente estruturados e/ou semanticamente adequados. As perturbações da fala estão relacionadas com alterações que afectam os padrões de produção dos sons da língua. Estas alterações estão relacionadas com a capacidade de programação motora dos movimentos e com a capacidade para a execução neuromotora (ZORZI, 2002). As perturbações da articulação são as perturbações da fala a que daremos atenção neste trabalho. Estas são as perturbações com melhor prognóstico, não estando relacionadas com dificuldades na aquisição da leitura e da escrita (CATTS, 1993, NATHAN et al., 2004).

2.2.2. Avaliação das Perturbações da Linguagem e da Fala

A fala e a linguagem podem ser avaliadas através de uma avaliação informal (observação da criança, por exemplo) ou formal (recorrendo a testes de avaliação padronizados).

A avaliação formal pressupõe o recurso a instrumentos de avaliação padronizados, que podem ser de dois tipos: testes referenciados ao critério e testes referenciados à norma. Os primeiros têm como objectivo avaliar o desempenho do indivíduo relativamente a um critério pré-estabelecido. São desenhados de modo a permitir interpretações do desempenho do indivíduo relativamente a um conjunto definido de competências e assim determinar se o indivíduo adquiriu ou domina a competência em causa. Os testes referenciados à norma têm como objectivo avaliar o indivíduo, comparando os resultados obtidos com um grupo padrão que representa a norma. Estes testes utilizam grandes amostras representativas da população. Enquanto os primeiros testes têm como objectivo avaliar o desempenho do indivíduo relativamente a um conjunto de competências, os segundos comparam resultados entre os membros de um grupo. Nos testes referenciados à norma não é possível fazer generalizações acerca da competência do indivíduo na área de conhecimentos testados, enquanto essa generalização é possível nos testes referenciados a critério (POPHAM, 1978, VIANA, 2004).

No caso da linguagem, estes testes são direccionados para uma determinada faixa etária e são compostos por uma série de provas que avaliam as várias componentes da linguagem. A fala, especificamente a articulação, é habitualmente avaliada através da

nomeação de várias imagens de palavras com os vários fonemas nas várias posições. O diagnóstico diferencial nem sempre é fácil, baseando-se apenas nos resultados destes testes. Os testes de avaliação da linguagem verbal oral permitem avaliar as várias componentes da linguagem e ter uma noção se a perturbação engloba todas ou apenas algumas áreas. No entanto, para realizar um diagnóstico sólido, é obrigatório realizar uma boa anamnese e ter acesso a avaliações das funções auditiva, visual e intelectual.

Da mesma forma, só é possível realizar o diagnóstico diferencial entre Perturbação Articulatória e Perturbação Fonológica após a avaliação da motricidade orofacial.

2.2.2.1. Testes de avaliação da Linguagem

Os testes disponíveis para avaliar a linguagem pré-escolar em língua portuguesa são: o Teste de Identificação de Competências Linguísticas (T.I.C.L.), o Teste de Avaliação da Linguagem na Criança (TALC) e o Teste de Avaliação da Linguagem Oral (T.A.L.O.). Frequentemente os TF recorrem aos testes *Reynell Development Language Scales* e *Bankson Language Screening Test*, que não estão aferidos para o português.

O T.I.C.L. é uma prova de linguagem expressiva dirigida a crianças dos 4 aos 6 anos, que permite identificar as competências linguísticas em quatro vertentes: conhecimento lexical, conhecimento morfo-sintáctico, memória auditiva para material verbal e capacidade para reflectir sobre a linguagem oral (competências metalinguísticas). É um teste referenciado ao critério e apresenta boa consistência interna (alfa de Cronbach de 0.93). O teste apresenta uma correlação de 0.74 na análise das intercorrelações dos resultados por prova e 0.9 na análise factorial das quatro partes revelando-se um teste válido (VIANA, 2004).

O TALC avalia crianças dos 2 anos e 6 meses de idade aos 6 anos e divide-se em duas partes: a primeira destina-se a avaliar os aspectos respeitantes à compreensão, através de 3 subtestes e a segunda avalia as áreas da expressão (semântica, morfologia, sintaxe e pragmática) através de 4 subtestes. Apresenta uma consistência interna acima de 0.7, indicando uma consistência razoável a boa nos vários subtestes e muito boa nos totais de Compreensão e Expressão (SUA-KAY et al., 2007).

O T.A.L.O. permite avaliar crianças com idades compreendidas entre os 3 anos e 10 meses e os 9 anos e 11 meses. O teste é constituído por 6 subtestes, que avaliam itens lexicais (definição verbal e nomeação), o conhecimento das regras sintácticas (compreensão de estruturas complexas e completamento de frases) e o conhecimento metalinguístico (reflexão morfosintáctica e segmentação e reconstrução segmental –

segmentação silábica e fonémica). Estes subtestes não são componentes de uma prova global, mas instrumentos para serem usados separadamente (SIM-SIM, 2004).

As Escalas de Desenvolvimento da Linguagem de Reynell foram adaptadas em 1998 por Castro & Gomes para o português, mas não foram aferidas. Destinam-se a avaliar crianças dos 12 meses aos 7 anos e permitem avaliar a compreensão verbal e a expressão verbal. Para além de permitir avaliar crianças com dificuldades em termos da linguagem, fornece algumas orientações básicas quanto a uma futura intervenção (REYNELL et al., 1985).

O Bankson Language Screening Test dirige-se a crianças dos 4 aos 6 anos e divide-se em 5 sub-testes, que avaliam o conhecimento semântico, as regras morfológicas, as regras sintáticas, a percepção visual e a percepção auditiva (BANKSON, 1977).

2.2.2.2. Testes de Avaliação da Fala

A avaliação formal da fala incide sobretudo sobre a avaliação da articulação verbal, através do recurso a testes que são constituídos por um conjunto de imagens para a criança nomear. As palavras a nomear têm os vários fonemas e grupos consonânticos nas várias posições na palavra. Um dos testes frequentemente utilizados pelos TF é o Teste de Articulação Verbal, de Isabel Guimarães e Margarida Grilo, da Fisiopraxis (GUIMARÃES et al., 1998). Este teste permite fazer um inventário das várias produções da criança e respectivas alterações.

Recentemente foi publicado o teste Fonético - Fonológico - Avaliação da Linguagem Pré-Escolar (TFF-ALPE) elaborado por Ana Mendes, Elisabete Afonso, Marisa Lousada e Fátima Andrade (MENDES et al., 2009). Este teste permite avaliar a capacidade de articulação verbal, assim como o tipo e percentagem de ocorrência dos processos fonológicos e a inconsistência na produção repetida de palavras, em crianças entre os 3 anos e 0 meses e os 6 anos e 12 meses. É um teste referenciado à norma e apresenta uma forte coesão entre os itens analisados com uma consistência interna de 0.96.

2.3. Factores de Risco e Sinais de Alerta

Existem um conjunto de factores de risco que podem condicionar as competências comunicativas das crianças. Segundo a ASHA (1993), estes factores de risco podem ser agrupados em i) factores de risco estacionário – o desenvolvimento da criança está condicionado devido a patologia de etiologia conhecida; ii) factores de risco ambiental - as crianças estão sujeitas a experiências limitadas sem intervenção correctiva e iii)

factores de risco biológico - as crianças apresentam uma história sugestiva de perturbação biológica do sistema nervoso central.

Andrade (2008) refere-se ao primeiro grupo de factores como os factores genéticos, fisiológicos e neurológicos e inclui neste conjunto de factores o sexo da criança (dados apontam para uma maior prevalência de perturbações da linguagem em crianças do sexo masculino). Distingue destes os problemas de saúde e hábitos orais. Os problemas de saúde podem ocorrer desde o momento do nascimento. O nascimento prematuro e o baixo peso são factores de risco para o desenvolvimento da linguagem na criança. Da mesma forma, a duração do parto e a eventual falta de oxigenação cerebral é um factor de risco. São-no também todas as doenças que poderão causar lesões nos sistemas sensoriais, nomeadamente otites, rubéola e demais viroses, que podem provocar surdez neuro-sensorial e de transmissão; que afectem a componente motora e estruturas anatómicas, como por exemplo, lábio leporino, fenda palatina ou adenoidite; ou que provoquem interferências no desenvolvimento neurológico, como a epilepsia, doenças degenerativas do sistema nervoso central e doenças neurodesenvolvimentais. São também factores de risco alguns hábitos respiratórios, como é o caso da respiração bucal, questões relacionadas com a alimentação, como a manutenção de alimentos passados até muito tarde ou o facto de a mãe não amamentar o bebé, e alguns hábitos orais, como o uso de chupeta até tarde ou a onicofagia. Os factores ambientais são referidos pela autora como factores de contexto familiar, que dizem respeito às experiências propiciadas pela família, e factores sócio-culturais e institucionais, que estão relacionados com o contexto demográfico e, por exemplo, com o facto de a criança frequentar o jardim-de-infância (ANDRADE, 2008).

Além de ser possível identificar factores de risco, há características da comunicação da criança que indiciam um possível perturbação. Na Tabela 4, damos conta de um conjunto de sinais de alerta que pais e educadores devem ter em conta, de modo a sinalizar um possível problema o mais rápido possível.

Tabela 4 - Sinais de Alerta referentes à aquisição e desenvolvimento da linguagem (fontes: CASTRO et al., 2000, CPLOL, REBELO et al., 2006).

Idade	Sinais de Alerta
0 - 6 meses	Não reagir à estimulação sonora. Não sorrir. Não estabelecer contacto ocular.
6 -12 meses	Deixar de produzir sons. Não reagir ao seu nome. Não reagir a sons familiares (telefone, campainha, porta).
12-18 meses	Não usar palavras isoladas. Não reagir, olhando ou sorrindo, quando brincam com ele.
18 - 24 meses	Não compreender ordens simples. Ter vocabulário reduzido a 4/6 palavras. Ter um discurso pouco perceptível.
24 - 36 meses	Não combinar duas palavras para formar frases. O discurso continuar pouco inteligível. Usar apenas poucos verbos e não usar artigos/adjectivos. Não usar plural. Não formar frases simples (três palavras).
36 – 48 meses	Ter dificuldade em iniciar frases ou repetir sílabas ou palavras. Utilizar frases curtas e mal construídas. Não conseguir narrar eventos simples e recentes.

2.4. Actuação do Terapeuta da Fala na Escola

Um dos locais de actuação do TF são as escolas e a necessidade da presença dos TF nas escolas surgiu quando se extinguiram as escolas de ensino especial, passando as crianças com deficiência a estar integradas nas escolas de ensino regular. Este modelo surgiu nos anos 60 nos países nórdicos, quando se apostou na escolarização no sistema regular de ensino das crianças com deficiência sensorial (SANCHES et al., 2006)

Portugal adoptou parcialmente (parcialmente porque as Escolas de Ensino Especial continuaram a existir paralelamente) o modelo de integração escolar no início dos anos 70, mas foi apenas em 1990, que se oficializou a ruptura com as escolas de educação especial (SANCHES et al., 2006).

Foi desta forma que os TF passaram a integrar as equipas das escolas, sobretudo as que acolhem crianças com surdez, autismo ou multideficiência. Esta presença pode ser permanente, nos casos em que os TF fazem parte dos recursos humanos das escolas, ou, ainda que regular, não permanente, nos casos em que os TF integram equipas de Centros de Recursos para a Inclusão, deslocando-se às escolas para dar apoio às crianças com necessidades. Ou seja, nem todas as escolas têm acesso a um TF, o que coloca em causa o cumprimento de uma das funções do TF: a de prevenção.

Cada vez mais os TF deveriam estar envolvidos em actividades de prevenção e no rastreio precoce de perturbações da linguagem em crianças, porque, uma vez que as perturbações da comunicação tendem a isolar os indivíduos do seu contexto social e educacional, a actuação do TF é um forte contributo para a melhoria da vida educacional, profissional, social e cultural das pessoas com quem intervêm (NICHCY, 2004).

A escola, nomeadamente o jardim-de-infância, é um lugar privilegiado para a aquisição da linguagem. A criança na faixa etária dos 3 aos 6 anos encontra-se em plena expansão de áreas que contribuirão para aquisições tardias mais complexas. Assim sendo, a escola é o local ideal para a actuação do TF, uma vez que este é o responsável pela prevenção, avaliação e tratamento das perturbações da comunicação. O TF na escola pode assim auxiliar os processos de aquisição da linguagem e facilitar os processos de aprendizagem da leitura e da escrita. Nestas idades a actuação de um TF pode ter resultados mais produtivos, uma vez que, tendo em conta o processo de maturidade cerebral, é mais fácil para uma criança desenvolver a linguagem e as competências comunicativas antes dos 5 anos (AMARAL, 2007, MARANHÃO et al., 2009, NICHCY, 2004).

O TF pode ainda ajudar as crianças, não apenas através de intervenção directa, mas também dando orientações aos professores sobre os métodos mais efectivos para facilitar a comunicação da criança e promovendo a continuidade do trabalho desenvolvido na escola e na terapia em casa – intervenção indirecta (NICHCY, 2004).

Num estudo realizado por Maranhão (2009) em oito escolas da rede pública da cidade de Maceió (Brasil), concluiu-se que apenas 53,4% dos 73 professores questionados conheciam o trabalho do TF e apenas 4,1% (3 professores) tinham tido contacto com um TF na escola. No entanto, 100% consideravam importante a actuação deste profissional no contexto escolar. Na presença de uma criança com alguma alteração de linguagem, apenas 16,4% disse ter encaminhado a criança para um TF (MARANHÃO et al., 2009). Podemos, assim, concluir que apesar de a maioria afirmar conhecer o trabalho do TF, apenas uma minoria faz este tipo de encaminhamento, o que leva muitas vezes a que os problemas vão persistindo e, pior do que isso, agravando-se. Esta ausência de encaminhamento pode ser explicada por apenas um número muito reduzido ter este tipo de contacto com o TF na escola, podendo extrapolar-se que o trabalho deste profissional ainda está mais ligado à prática clínica e de reabilitação do que à prática educacional e de prevenção. Apesar deste estudo não poder ser representativo da realidade nacional, considerou-se pertinente apresentá-lo, uma vez que não há estudos semelhantes realizados no nosso país.

2.5. Prevalência das perturbações da comunicação em crianças

Os estudos de epidemiologia são extremamente importantes para a prática profissional dos profissionais de saúde, porque o conhecimento do número de pessoas afectadas por uma patologia influencia, ou deverá influenciar, os recursos (dinheiro, profissionais, investigação na área) disponibilizados para avaliar e tratar essa patologia (THREATS, 2006).

Os estudos epidemiológicos da incapacidade em saúde são relativamente recentes e incluem estudos de incidência e prevalência, estudos de avaliação da eficácia de intervenções terapêuticas e investigação acerca das consequências da incapacidade em várias populações. No caso da terapia da fala, a epidemiologia pode ajudar a demonstrar o custo social das perturbações da comunicação e assim tornar possível uma argumentação mais sólida da necessidade de maiores recursos para intervir junto destas populações, assim como demonstrar a eficácia e eficiência das intervenções terapêuticas (LAW et al., 2000, THREATS, 2006).

O termo prevalência é um conceito estatístico que se refere à proporção de indivíduos numa população, normal e não clínica, que têm uma patologia (MEDICINENET, 1996).

Segundo o *National Dissemination Center for Children with Disabilities* (2004), estima-se que mais de um milhão das crianças que usufruíram de programas de educação especial em escolas públicas em 2000/2001 apresentavam uma perturbação da linguagem ou da fala, sendo que esta estimativa não inclui crianças com perturbações da fala e da linguagem secundárias a défice auditivo.

Numa revisão sistemática da literatura, Law et al (2000) analisaram 16 estudos com estimativas de prevalência de alterações da fala e da linguagem e os resultados foram categorizados em alterações da fala e atraso da linguagem (perturbação mista), atraso da linguagem apenas, e alterações da fala. Aos 3 anos, as médias das taxas de prevalência apresentadas foram as seguintes: 6,9% (taxas variam entre os 5,6% e os 8%) para perturbação mista e 2,63% (entre 2,27% e 7,6%) para atraso de linguagem, não sendo apresentada nenhuma taxa de prevalência para alterações da fala para esta idade. Aos 5 anos, a prevalência de perturbação mista era de 11,78% (entre 4,56% e 19%), a de atraso de linguagem de 6,8% (entre 2,14% a 10,4%) e a de alteração da fala de 7,8% (entre 6,4 e 24,6%).

A Tabela 5 apresenta alguns estudos realizados sobre a prevalência das perturbações da fala e da linguagem, indicando as perturbações avaliadas, respectivas taxas de prevalência, assim como, o método utilizado. Este é extremamente importante,

uma vez que a diversidade de métodos utilizados nos diferentes estudos pode ajudar a explicar as diferenças encontradas nas taxas de prevalência. Ao observar a tabela podemos concluir que os estudos de prevalência realizados abrangem sobretudo crianças a partir dos 3 anos, sendo mais frequentes os estudos em crianças com idades mais próximas da entrada para o ensino básico (4, 5 anos). No que diz respeito ao tipo de perturbações estudadas, pode-se concluir que as perturbações de linguagem apresentam, de uma forma geral, uma maior taxa de prevalência comparativamente às perturbações da fala (MCKINNON et al., 2007, SCHRIBERG et al., 1999, TOMBLIN et al., 1997). Na maioria dos estudos e para todas as perturbações, a taxa de prevalência é superior para o sexo masculino, com o rácio a variar entre os 1.3:1 (TOMBLIN et al., 1997) e os 2.85:1 (MCKINNON et al., 2007). É ainda necessário chamar a atenção para o facto da prevalência mais elevada do estudo de McLeod e Harrison (2009) se referir à sinalização por parte dos pais e não à apurada pela avaliação directa do terapeuta da fala.

Tabela 5 - Alguns estudos de prevalência de perturbações da fala e linguagem em crianças em idade pré-escolar

Estudo	País	Amostra	Idade (anos)	Tipo de Perturbação	Prevalência (%)	Rácio Fem/masc	Método
Silva, McGee, Williams, 1983	Nova Zelândia	1037	3 a 7	Perturbação da Linguagem	7,6%-10,4%	Sem informação	Avaliação da amostra pelo TF aos 3,5 e 7 anos
Beitchman, Nair, Clegg, Patel, 1986	Canadá	1655	5	Perturbação da fala, linguagem e mista	6,4%; 8,04%; 4,56%	1.5:1	Avaliação pelo TF em 3 fases: geral, específica e anamnese de uma amostra representativa estratificada
Tomblin et al, 1997	USA	7218	5 a 6	PEDL	7,4%	1.3:1	Rastreio e avaliação de uma amostra representativa
Andrade, 1997	Brasil	2980	1 a 11	Perturbação da fala e/ou da linguagem	4,19%	Sem informação	Avaliação directa pelo TF
Schriberg, Tomblin, McSweeny, 1999	USA	1328	6	Perturbação da fala	3,8%	1.5:1	Avaliação directa pelo TF
McKinnon, McLeod, Reily, 2007	Austrália	10425	5-12	Gaguez, patologia vocal e articulação	0,33%; 0,12%;1,06%	2.85:1	Sinalização dos professores e posterior confirmação pelo TF
(CARVALHEIRO, 2008)	Brasil	2880	4 a 6	Perturbação Fonológica	9,17%	2.6:1	Avaliação directa pelo TF
McLeod, Harrison, 2009	Austrália	4983	4 a 5	Perturbação da linguagem	13%-22,3%	Sem informação	Estudo longitudinal baseado em questionários e entrevistas aos pais e professores e avaliação directa pelo TF

Em Portugal, o único estudo de prevalência encontrado foi o de Peixoto e Silva (2008), com 748 crianças em idade escolar, levado a cabo no Agrupamento de Escolas Bernardino Machado (idades compreendidas entre os 5 e os 11 anos). Apesar de ter sido realizado em idades distintas deste estudo, considerou-se pertinente apresentá-lo. As autoras concluíram que 48,2% das crianças apresentam alguma alteração da linguagem (12,2%) e/ou da fala - articulação (34,1%). A percentagem de outras perturbações de fala foi considerada pouco significativa (1,1% de alterações da voz e as alterações de ressonância, respiração e gaguez não ultrapassaram 1%). Dos 48,2%, as autoras consideram que 17,6% apresentava uma alteração transitória, os restantes (30,6%) apresentavam uma alteração que justificaria intervenção terapêutica. Consideraram ainda que a população que não foi rastreada, por falta de autorizações, não tinha nenhum tipo de perturbação, uma vez que os pais não nutriam qualquer preocupação, e fizeram uma correcção da taxa de prevalência encontrada para os 27,3%.

A ausência de estudos de prevalência de perturbações da comunicação em Portugal, sobretudo ao nível da educação pré-escolar, e as consequências que estas alterações podem ter para o indivíduo sublinham a necessidade da realização deste tipo de estudos.

2.6. Importância de uma detecção precoce de perturbações da comunicação

A linguagem é, antes de mais, o meio privilegiado para a transmissão das aprendizagens escolares, logo uma dificuldade no desenvolvimento da linguagem tem repercussões imediatas nestas aprendizagens. Por outro lado, a criança com um atraso da linguagem poderá ter dificuldades em comunicar com os outros, o que, só por si, poderá ser responsável por problemas ao nível da interacção social. Um atraso da linguagem em crianças mais pequenas poderá ainda ser o primeiro sintoma de uma perturbação de desenvolvimento mais grave, como deficiência mental, dificuldades de aprendizagem ou problemas comportamentais. O atraso da linguagem pode ainda ser directa ou indirectamente a causa de outros problemas de aprendizagem, uma vez que o adequado desenvolvimento da linguagem tem um papel crucial na aquisição da leitura e da escrita. E pode ser ainda a causa de problemas de comportamento, uma vez que as dificuldades de comunicação com os pares poderão suscitar frustração e revolta social (AMARAL, 2007, SILVA et al., 1983).

Uma criança com uma perturbação da linguagem e/ou da fala ao entrar numa sala de aula está, logo à partida, desfavorecida, uma vez que, a informação que terá de adquirir é

transmitida pela linguagem e necessita desta para participar nas actividades propostas. As dificuldades na linguagem trarão dificuldades em aceder à informação transmitida e em participar nestas mesmas actividades. Por outro lado, ao não participar totalmente nas actividades propostas, vai ter menos oportunidades para desenvolver a linguagem e conseqüentemente para participar nas actividades (AMARAL, 2007).

Catts (1993) apresenta um estudo, no qual um grupo de crianças em idade pré-escolar com perturbações da linguagem e da fala foi seguido nos primeiros dois anos do ensino básico. O estudo concluiu que as crianças diagnosticadas com perturbações da fala e da linguagem apresentaram piores resultados nos testes de leitura que as crianças sem perturbações. Este estudo mostrou a estreita relação entre a prestação em provas de linguagem em idade pré-escolar e os resultados posteriores na área da leitura, nomeadamente ao nível da compreensão. Catts (1993) reconhece ainda que as provas de consciência fonológica e de nomeação são os melhores preditores das capacidades de leitura, nomeadamente ao nível do reconhecimento das palavras. Este autor acrescenta ainda, atendendo a que nem todas as crianças com perturbações da fala e da linguagem demonstraram dificuldades na leitura, que apenas algumas áreas da linguagem estão relacionadas com o insucesso na aquisição desta competência. As perturbações articatórias não estão directamente relacionadas com as dificuldades na aquisição da leitura. Por outro lado, as crianças com dificuldades ao nível da semântica e da sintaxe (importantes para o desenvolvimento da capacidade de compreensão da leitura), da consciência fonológica e da nomeação rápida (importantes para a capacidade de reconhecimento da palavra escrita) encontram-se em risco de desenvolver perturbações da leitura, devendo ser alvo de uma intervenção precoce que previna o desenvolvimento deste tipo de perturbação (CATTS, 1993).

Silva (1983), num estudo longitudinal que envolveu a avaliação de 891 crianças aos 3, 5 e 7 anos, concluiu que 45,8% das crianças diagnosticadas com atraso da linguagem aos 3 anos apresentaram dificuldades de leitura aos 7 anos. Um atraso de linguagem aos 3 ou aos 5 anos está associada a uma maior prevalência de problemas de linguagem mais tarde.

Poder-se-á então questionar o motivo por que é tão importante que as crianças desenvolvam competências de leitura e escrita. Para responder a essa questão basta pensar na organização da sociedade actual, que é uma sociedade que se alimenta da circulação da informação, conseguida em grande parte através da informação escrita, uma sociedade que distingue os seus membros pelos seus níveis de acesso a esta, bem como pela capacidade de uso desta mesma informação. Assim sendo, a capacidade de

compreensão e de produção da linguagem escrita assume um papel preponderante na formação, sendo uma das actividades mais importantes do universo social e escolar dos indivíduos (MARTINS et al., 2008).

A capacidade para utilizar informação escrita apresenta-se como uma questão de sobrevivência na sociedade actual, porque permite o acesso à cultura e à sua partilha. Da mesma forma, permite a mobilidade social, constituindo a incapacidade para utilizar a linguagem escrita um factor de redução do nível e da qualidade da participação social, conduzindo conseqüentemente à exclusão social. Os alunos que saem do ensino básico com lacunas ao nível da compreensão na leitura apresentam dificuldades de inserção na sociedade, ou seja, as competências que apresentam não são suficientes para lhes proporcionarem uma vida pessoal e profissional de sucesso e o exercício de uma cidadania crítica e interventiva. Daí que desenvolver estas competências deva ser um dos principais objectivos da escolarização dos cidadãos, uma vez que é um contributo essencial para a sua integração social (MARTINS et al., 2008).

3. METODOLOGIA

3.1. Objectivos do estudo

Este trabalho tem como objectivo identificar a percentagem de crianças com perturbações da fala e/ou linguagem em idade pré-escolar (3-6 anos), no Agrupamento de Escolas de Águeda, por faixa etária e sexo.

3.2. Tipo de estudo

O estudo é descritivo e transversal.

3.3. Amostra

Foram convidadas a participar neste estudo todas as crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos a frequentar os estabelecimentos de ensino público do Agrupamento de Escolas de Águeda. Este agrupamento é constituído por 5 estabelecimentos de ensino que receberam no ano lectivo 2010/2011 um total de 177 crianças, distribuídas da seguinte forma: Águeda 1 (n=100), Giesteira (n=17), Borralha (n=24), Castanheira do Vouga (n=11) e Recardães (n=25).

A escolha desta faixa etária prende-se com o facto de ser a partir dos 36 meses que as competências linguísticas conhecem um grande desenvolvimento, nomeadamente ao nível da expressão, e ganham maior consistência (SIM-SIM, 1998), tal como referido na revisão bibliográfica. Assim sendo, a não aquisição ou aquisição incorrecta destas competências poderá ter como consequência, entre outras situações, o comprometimento de todo o percurso académico.

O motivo da escolha desta faixa etária também se prende, em parte, com o facto de esta ser a que legalmente corresponde ao que se considera ensino pré-escolar. No decreto-lei nº 5/97 lê-se que a educação pré-escolar se destina às crianças com idades compreendidas entre os 3 anos de idade e o ingresso no Ensino Básico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999). A escolha do ensino público relaciona-se com o facto de estes dados nos parecerem mais relevantes, uma vez que em Portugal o número de alunos a frequentar o ensino público nos restantes anos do ensino escolar é mais significativo do que aquele que frequenta o ensino particular e cooperativo e era impraticável incluir o

ensino particular e cooperativo neste estudo por limitações de tempo e de recursos humanos.

3.4. Procedimentos

A recolha de dados foi precedida pelo pedido de autorização à Direcção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (Anexo I) e ao Director do Agrupamento. Seguidamente, foi convocada uma sessão de esclarecimento com todas as educadoras de infância para apresentar o estudo e solicitar a sua participação, nomeadamente através da entrega de uma carta de apresentação do estudo aos pais das crianças (Anexo II), juntamente com o consentimento informado (Anexo III), imprescindível para realizar a avaliação da criança. Foi solicitado aos pais que, caso autorizassem a participação dos seus educados no estudo, devolvessem às educadoras os consentimentos informados devidamente preenchidos.

As crianças cujos pais autorizaram a avaliação através da devolução do consentimento informado devidamente preenchido e assinado foram, posteriormente, avaliadas por um TF (a autora deste trabalho) nas instalações das escolas. Inicialmente, era previsível que um total de 5 terapeutas participassem na recolha de dados, tendo sido levado a cabo, por isso, um estudo de fiabilidade entre observadores (Anexo IV). Uma vez que a recolha de dados foi realizada apenas pela investigadora principal, este estudo de fiabilidade, que fez parte de um projecto de Licenciatura realizado em colaboração com a autora deste trabalho, não será descrito no corpo do trabalho.

Para realizar a avaliação das crianças que participaram neste estudo foram utilizados 3 testes:

- O T.I.C.L. - para avaliar a linguagem oral verbal em crianças na faixa etária dos 48 aos 72 meses (entre os 4 e os 6 anos);
- O TALC para avaliar a linguagem oral verbal em crianças na faixa etária dos 36 aos 47 meses (dos 3 aos 4 anos). Optou-se por não usar o TALC para todas as idades, uma vez que este teste não avalia as competências metalinguísticas, que, como já foi referido anteriormente, são de extrema importância para o sucesso na aquisição da escrita e da leitura. Apesar do T.I.C.L. não avaliar a compreensão, considerou-se que esta poderia ser avaliada numa fase posterior;
- Subteste Fonético do ALPE - para avaliar a fala, nomeadamente a articulação, em crianças dos 36 aos 72 meses de idade.

Paralelamente, foi avaliada informalmente a motricidade orofacial com o objectivo de despistar eventuais alterações das estruturas anatómicas envolvidas na produção de fala, uma vez que não há testes formais para avaliar esta área em crianças. A avaliação, ainda que informal, teve por base os exercícios propostos pelo Protocolo de Avaliação da Motricidade Orofacial (GUIMARÃES, 1995) e foi utilizada apenas para a decisão de encaminhamento ou não da criança para Terapia da Fala. Estes resultados não são apresentados, uma vez que não são resultado de uma avaliação formal.

Para a decisão de encaminhamento das crianças foi também utilizado o Subteste Fonológico do ALPE. Os resultados deste subteste não foram analisados globalmente, porque a fonologia é uma área específica da linguagem, tendo a linguagem sido avaliada com recurso a um teste mais geral. A análise dos processos fonológicos é uma área tão complexa da linguagem, que se considerou que estava para além dos objectivos deste trabalho. Sentiu-se, no entanto, a necessidade de olhar para estes resultados para decidir se as crianças que apresentavam resultados abaixo dos esperados nos restantes testes de avaliação da linguagem utilizados deveriam ser efectivamente encaminhadas para Terapia da Fala.

Esta avaliação foi complementada com um questionário desenvolvido pela investigadora (Anexo V) e preenchido pelos encarregados de educação. Neste questionário solicitou-se informação referente a: antecedentes familiares, desenvolvimento peri-natal (tempo de gestação e tipo de parto), história médica (ocorrência de otites, problemas respiratórios, dificuldade auditiva, dificuldade visual, outras doenças), alimentação (amamentação, idade de introdução de semi-sólidos) e hábitos orais (uso de chupeta, mamar no dedo, roer as unhas).

As crianças que revelaram ter uma perturbação da fala e/ou linguagem serão encaminhadas para o médico de família com o respectivo relatório da avaliação do TF para que este, por sua vez, proceda ao encaminhamento que entender necessário.

3.5. Análise de dados

A análise dos dados foi feita através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0 para Windows XP.

Para caracterizar a amostra, descrever as informações recolhidas através do questionário preenchido pelos pais e descrever a avaliação formal foi utilizada estatística descritiva (média, desvio padrão, percentagem, mínimo e máximo). Para decidir se uma criança apresentava ou não uma alteração da linguagem e/ou da fala foram utilizados

como referência os valores apresentados no estudo relativo ao desenvolvimento do ALPE (MENDES et al., 2009) e do TALC (SUA-KAY et al., 2007). Para estes testes foram utilizados 2 pontos de corte distintos: a média -1DP e a média -2DP (BEITCHMAN et al., 1986, LAW et al., 2000) para a faixa etária e sexo correspondente, uma vez que são testes normativos. Todas as crianças que obtiveram pontuação inferior a estes pontos de corte foram consideradas como apresentando uma possível alteração da linguagem e/ou da fala. Para o T.I.C.L. o ponto de corte utilizado foi o critério proposto pela autora do teste (VIANA, 2004), uma vez que é um teste de critério. No Anexo VI, são apresentadas as cotações utilizadas como ponto de corte, por faixa etária e sexo, para os dois critérios considerados relativamente ao teste TALC, assim como os pontos de corte utilizados para o Subteste Fonético - ALPE e os níveis de mestria proposto pela autora do T.I.C.L..

Para avaliar as diferenças dos subgrupos nos resultados dos testes com base nas respostas dos questionários, foi utilizado o teste não-paramétrico Qui-quadrado. Para esta análise ser possível foi criada uma variável nominal para os resultados dos testes, que foram classificados como “alterado” ou “não alterado”, em função dos 2 pontos de corte já referidos. Foram agrupadas também algumas questões do questionário, uma vez que este teste só é adequado para análise de tabelas 2x2 (HICKS, 2004). Assim, na questão referente ao tipo de problema que esteve na base da criança não ser amamentada, unificaram-se as opções “alterações de mamilo”, “o leite não era suficientemente nutritivo” e “fissura palatina” numa só. No que diz respeito à questão “Com que idade começou a comer (semi-sólidos)?” unificaram-se as opções “antes dos 5 meses” e “entre os 5 meses e um ano”. Na questão “Até que idade usou chupeta”, e uma vez que há autores que afirmam que se a criança usar chupeta até aos 3 anos a MOF poderá regularizar naturalmente, unificaram-se as três primeiras opções (nunca usou; até aos 18 meses; até aos 3 anos). O mesmo aconteceu na questão “Até que idade mamou no dedo?” (CUNHA, 2001). O nível de significância utilizado foi de 0.05.

3.6. Critérios de encaminhamento das crianças para a Terapia da Fala

Na ausência de critérios claros descritos na literatura para tomar essa decisão, foi estabelecido um conjunto de critérios de forma a decidir quais as crianças a encaminhar e os dados referentes a cada uma das crianças analisados individualmente, tendo em conta os resultados do teste de linguagem e de fala, mas também os resultados no

subteste fonológico do ALPE e a avaliação informal da motricidade orofacial. Assim, serão encaminhadas crianças que:

- Apresentaram resultados abaixo da média -2DP em ambas as áreas do TALC ou no subteste fonético - ALPE;
- Crianças que apesar de terem resultados acima do ponto de corte referido apresentaram processos fonológicos não esperados para a idade, que comprometem a inteligibilidade do discurso;
- Nas crianças avaliadas através do T.I.C.L. foram encaminhadas crianças abaixo dos 50% na cotação total. Nas crianças a frequentar o último ano de pré-escolar, foi dada uma maior relevância a baixos resultados na área da metalinguagem, por serem um forte preditor do sucesso na aquisição da leitura e da escrita. Daí terem sido encaminhadas crianças que apenas apresentaram resultados abaixo dos 50% nesta área específica.

Algumas crianças entre os 36 e os 47 meses serão colocadas “em observação”, sendo os educadores e encarregados de educação alertados para as alterações encontradas e para a necessidade de reavaliar a criança caso estas se mantenham no início do próximo ano lectivo.

Serão também dadas orientações a encarregados de educação e educadores de algumas crianças entre os 48 e os 72 meses, nomeadamente no que concerne ao desenvolvimento de competências metalinguísticas, por esta ser uma área em que uma enorme percentagem de crianças apresentou resultados abaixo do nível de mestria, e nalguns casos próximos do critério utilizado para o encaminhamento, e por esta ser uma área de extrema importância para o sucesso da aquisição da leitura e da escrita.

4. RESULTADOS

4.1. Caracterização da amostra

Foram entregues aos pais 177 consentimentos informados, dos quais foram devolvidos 136. Dos consentimentos devolvidos, apenas um dos pais não autorizou a avaliação de rastreio do seu educando. Das 135 crianças passíveis de ser avaliadas, três recusaram participar no estudo, uma faltou à escola no dia da recolha de dados e outra foi excluída do estudo por ter como língua materna o Português do Brasil. Foram assim avaliadas 130 crianças, 73,45% da amostra inicial. Houve ainda uma criança que realizou apenas o teste de linguagem, tendo-se recusado posteriormente a completar a avaliação, motivo pelo qual esses dados estão em falta. Outra criança pertencente à faixa etária dos 48 aos 59 meses, devido às dificuldades encontradas, teve de ser avaliada através do TALC e não do T.I.C.L., como estava previsto, por isso os seus resultados foram considerados apenas na análise do ALPE e para efeitos de encaminhamento. Outra criança apresentava 72 meses, tendo os seus resultados sido analisados no teste ALPE apenas para efeitos de encaminhamento, uma vez que já não pertencia à faixa etária dos 66 aos 71 meses.

Foram avaliadas 32 crianças na faixa etária dos 36 aos 47 meses (3 anos aos 3 anos e 11 meses); 35 da faixa etária dos 48 aos 59 meses (4 anos aos 4 anos e 11 meses); e 63 da faixa etária dos 60 aos 72 meses (dos 5 anos aos 6 anos). Na Tabela 6, é possível observar a distribuição das crianças avaliadas por jardim-de-infância e faixa etária, assim como é possível comparar o número das crianças avaliadas com o número total de crianças convidadas a participar no estudo. Cada avaliação demorou entre 45 a 60 minutos.

Tabela 6 - Número total de crianças a frequentar os estabelecimentos de ensino e n.º de crianças avaliadas

Pré-Escola	Nº de Crianças					
	36 – 47 meses		48 -59 meses		60 – 72 meses	
	Total	Avaliadas	Total	Avaliadas	Total	Avaliadas
Águeda 1	17	12	29	18	54	30
Giesteira	6	5	7	6	4	4
Borralha	9	9	5	3	10	10
Castanheira do Vouga	5	3	3	3	3	3
Recardães	4	2	7	5	14	16
Total	41	32	51	35	85	63

Foram entregues 130 questionários aos Encarregados de Educação que autorizaram a participação do seu educando no estudo, dos quais foram recolhidos 113 (86,92%). Destes, dois foram entregues em branco (um deles relativo a uma criança que está em processo de pré-adopção, não possuindo o responsável informações suficientes que permitissem responder ao questionário). Dos 111 questionários válidos para análise, 54 referem-se a crianças do sexo feminino (48,64%) e 57 do sexo masculino (51,35%). Contudo, alguns questionários tinham respostas em branco. Assim, o número total de respostas válidas variou ao longo das perguntas e as percentagens foram calculadas tendo em conta o número de respostas válidas.

Das 111 crianças, 13 (11,71%) apresentavam antecedentes familiares de alterações da fala ou de linguagem. O parto a termo ocorreu em 65 das crianças (63,73%), 29 (28,43%) nasceram pré-termo e 8 (7,84%) nasceram pós-termo. Houve 9 encarregados de educação (8,10%) que não responderam a esta questão. Relativamente ao tipo de parto, 56 (50,90%) crianças nasceram de parto normal, 40 (36,36%) de cesariana, 4 (3,64%) de fórceps e 10 (9,10%) de ventosa. Apenas um encarregado de educação não respondeu a esta questão.

No que diz respeito à história médica, e considerando apenas as respostas válidas, 43 (39,09%) crianças tinham historial de otites (um encarregado de educação não respondeu), 36 (32,43%) crianças apresentavam problemas respiratórios, 8 (7,34%) dificuldades auditivas (dois questionários não tinham resposta a esta questão) e apenas 6 (5,56%) dificuldades visuais. No entanto, há 3 (2,78%) crianças que estão a fazer este despiste, sendo que 3 encarregados de educação não responderam a esta questão. Foram identificadas 18 (16,51%) crianças que sofrem ou já sofreram outras patologias. Uma criança apresentou paralisia cerebral dipléctica espástica e outra epilepsia, não

sendo as outras patologias referidas significativas. Dois encarregados de educação não preencheram este item.

Relativamente à alimentação, 98 (89,09%) crianças foram amamentadas e um pai não respondeu a esta questão. Das 12 crianças que não foram amamentadas, 4 não o foram devido a alterações do mamilo, 6 porque o leite não era suficientemente nutritivo e 2 por outros motivos. No que diz respeito à idade de introdução de alimentos sólidos, 35 (32,71%) crianças começaram a comer semi-sólidos antes dos 5 meses, 69 (64,49%) entre os 5 meses e um ano e 3 (2,80%) depois de um ano.

O último grupo de questões do questionário dizia respeito aos hábitos orais. Foram identificadas 18 (16,36%) crianças que ainda usam chupeta e 26 (23,64%) que nunca usaram, sendo que apenas um pai não respondeu a esta questão. Das 66 que usaram chupeta, 38 (57,57%) deixaram a chupeta antes dos 18 meses, 23 (34,85%) antes dos 3 anos e 5 (7,58%) depois dos 3 anos. Apenas 2 crianças foram identificadas como mantendo o hábito oral “mamar no dedo”, enquanto 108 não têm esse hábito. Estas 2 crianças mantêm o hábito após os 3 anos. Já no que diz respeito ao hábito de roer as unhas, 21 (19,09%) crianças foram identificadas como tendo esse hábito, enquanto 89 (80,91%) não o têm. Um encarregado de educação não respondeu a esta questão.

4.2. Avaliação formal

4.2.1. TALC (compreensão)

O TALC área da compreensão foi aplicado a 32 crianças: 13 (40,63%) do sexo feminino e 19 (59,38%) do sexo masculino. A pontuação média (\pm DP) da amostra total foi 51,78 (\pm 6,56).

Das 13 crianças do sexo feminino avaliadas nenhuma obteve cotação máxima (65 pontos), tendo o máximo sido os 62 pontos e o mínimo os 31 pontos. A pontuação média obtida foi de 52,00 (\pm 7,89). No que diz respeito ao sexo masculino, a pontuação média obtida foi de 51,63 (\pm 5,70) e a pontuação máxima os 61 pontos e a mínima 40.

Usando como referência para a distinção entre crianças com e sem alteração uma pontuação não inferior à média -1DP dos valores de referência do TALC, verificamos que 10 (76,92%) crianças do sexo feminino e 11 (57,90%) crianças do sexo masculino apresentam alterações da compreensão.

Se utilizarmos como referência para a distinção entre crianças com e sem alterações uma pontuação não inferior à média -2DP dos valores de referência do TALC, verificamos

que 3 (23,08%) crianças do sexo feminino e 7 (36,84%) do sexo masculino apresentam alterações da compreensão (Tabela 7).

4.2.2. TALC (expressão)

O TALC área da expressão foi aplicado a 32 crianças: 13 (40,63%) do sexo feminino e 19 (59,38%) do sexo masculino. A pontuação média (\pm DP) obtida pela amostra total foi de 34,31 (\pm 10,46).

As crianças do sexo feminino obtiveram uma pontuação média de 34,46 (\pm 11,72). Uma pontuação mínima de 8 pontos e máxima de 47. As crianças do sexo masculino obtiveram uma média de 34,21 (\pm 9,84) e uma pontuação mínima de 2 e máxima de 53 pontos.

Cinco (38,46%) crianças do sexo feminino e 8 (42,10%) crianças do sexo masculino obtiveram resultados inferiores à média -1DP (Tabela 7).

Observa-se ainda que 11 (34,38%) das crianças apresentam alterações nas duas áreas, 10 (31,25%) apenas na área da compreensão e 2 (6,25%) apenas na área da expressão e 9 (28,13%) não apresentam qualquer alteração. Ou seja, 23 (71,88%) crianças obtiveram resultados abaixo do ponto de corte em pelo menos uma das áreas.

Se considerarmos o critério da média -2DP, 3 (23,08%) crianças do sexo feminino e 4 (21,05%) do sexo masculino são classificadas como tendo uma perturbação (Tabela 7). Seis (18,75%) crianças apresentam alterações nas duas áreas, 4 (12,50%) apenas na compreensão, 1 (3,12%) na expressão e 21 (65,63%) não apresentam qualquer alteração. Ou seja, 11 (34,38%) crianças apresentaram resultados abaixo do ponto de corte em pelo menos uma das áreas.

Tabela 7 – Número (%) de crianças, por sexo, com resultados abaixo dos critérios média -1DP e média -2DP, tendo em conta os valores de referência do TALC

Sexo	Nº total de crianças	Compreensão		Expressão	
		Nº (%) Média -1DP	Nº (%) Média - 2DP	Nº (%) Média -1DP	Nº (%) Média - 2DP
Feminino	13	10 (76,92%)	3 (23,08%)	5 (38,46%)	3 (23,08%)
Masculino	19	11 (57,89%)	7 (36,84%)	8 (42,10%)	4 (21,05%)

4.2.3. T.I.C.L.

O T.I.C.L. foi aplicado a 97 crianças: 51 (52,58%) raparigas e 46 (47,42%) rapazes. Foram avaliadas 34 (35,05%) crianças na faixa etária dos 4/5 anos (48 a 59 meses), das

quais 22 são do sexo feminino, e 63 (64,95%) na faixa etária dos 5/6 anos (60 a 72 meses), das quais 30 são do sexo feminino.

Na faixa etária dos 4/5 anos, apenas 3 em 34 crianças, todas do sexo feminino, alcançaram o nível de mestria proposto pelo teste, o que significa que 31 crianças (91,18%) apresentam algum tipo de alteração. Ou seja, 19 (86,36%) crianças do sexo feminino e 12 (100%) do sexo masculino apresentam resultados abaixo do nível de mestria.

Na faixa etária dos 5/6 anos, apenas 8 em 63 (12,70%) crianças obtiveram resultados iguais ou superiores no nível de mestria, o que significa que 55 crianças (87,30%) apresentam alterações ao nível da linguagem. Se olharmos para as diferenças de sexo, 83,33% (25 em 30) das crianças do sexo feminino e 90,91% (30 em 33) do sexo masculino obtiveram resultados abaixo do nível de mestria.

Ao analisarmos os resultados do T.I.C.L. por áreas (Tabela 8), verificamos que, apesar de em todas as áreas a percentagem de crianças que ficam abaixo dos níveis de mestria ser elevada, há duas áreas em que as crianças apresentam piores resultados. Essas áreas são as referentes à avaliação da Memória Auditiva e à Reflexão Sobre a Língua. Nesta última área mais de 90% das crianças ficam abaixo dos níveis de mestria propostos pelo T.I.C.L. Da mesma forma, a percentagem obtida na área da Memória Auditiva fica muito próxima dos 90%.

Tabela 8 – Número (%) de crianças abaixo do nível de mestria proposto pelo T.I.C.L. por áreas avaliadas

Idade	Conhecimento Lexical N (%)	Conhecimento Morfo-sintático N (%)	Memória Auditiva N (%)	Reflexão Sobre a Língua N (%)
48-59	27 (79,41%)	22 (64,71%)	30 (88,24%)	31 (91,18%)
60-72	44 (69,84%)	46 (73,02%)	55 (87,30%)	59 (93,65%)

4.2.4. Subteste Fonético - ALPE

O Subteste Fonético - ALPE foi aplicado a 129 crianças. Foram, no entanto, analisados resultados referentes a apenas 128 crianças, uma vez que uma das crianças já tinha 72 meses, o que a coloca numa outra faixa etária. Na Tabela 9 é possível ver as pontuações máximas e mínimas, médias e desvios-padrão obtidos pela amostra do estudo por sexo e faixa etária.

Tabela 9 - Pontuação média, mínima e máxima obtida pela amostra do estudo por sexo e faixa etária

Idade (meses)	Sexo Feminino				Sexo Masculino			
	N	Média (\pm DP)	Min	Max	N	Média (\pm DP)	Min	Max
36 - 41	6	59,67 \pm 7,55	41	79	6	59,67 \pm 7,55	50	72
42 - 47	7	69,43 \pm 12,23	55	88	12	64 \pm 18,72	36	86
48 - 53	10	82,5 \pm 6,35	72	90	5	74,40 \pm 13,24	55	89
54 - 59	12	76,08 \pm 17,22	34	89	8	72,38 \pm 14,14	51	90
60 - 65	15	76,20 \pm 13,47	51	90	20	78,95 \pm 10,86	59	90
66 - 71	14	79,47 \pm 11,64	51	89	13	81,31 \pm 10,18	57	90

No total, 46 (35,94%) crianças estão abaixo do valor da média -1DP.

Se considerarmos o critério da média -2DP, 31 (24,22%) crianças apresentam resultados inferiores a este valor. Na Tabela 10, podemos ver o número e percentagem de crianças com perturbação, para cada sexo e respectiva faixa etária. De salientar que o maior número de crianças com perturbação se encontra a partir dos 54 meses.

Tabela 10 – Número (%) de crianças com resultados abaixo da média -1DP e da média -2DP, tendo em conta os resultados normativos dados pelo Subteste Fonético - ALPE

Idade (meses)	N Total		N (%) Média - 1DP		N (%) Média - 2DP	
	Fem	Masc	Sexo feminino	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Sexo Masculino
36 - 41	6	6	3 (50,00%)	1 (16,67%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
42 - 47	6	13	2 (33,33%)	4 (30,77%)	0 (0,00%)	3 (23,08%)
48 - 53	10	5	0 (0,00%)	1 (20,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
54 - 59	12	8	4 (33,33%)	4 (50,00%)	3 (25,00%)	1 (12,5%)
60 - 65	15	20	7 (46,67%)	6 (30,00%)	6 (40,00%)	6 (30,00%)
66 - 71	14	13	10 (71,43%)	4 (30,77%)	9 (64,29%)	3 (23,08%)

4.2.5. Análise Global

Analisando os resultados obtidos quer no teste de linguagem quer no teste de fala, podemos concluir que 5 em 32 (15,63%) crianças na faixa etária dos 36 aos 41 meses – 3 em 13 (23,08%) raparigas e 2 em 19 (10,53%) rapazes - obtiveram resultados abaixo da média -1DP no TALC Compreensão, TALC Expressão e Subteste Fonético - ALPE em simultâneo. Utilizando o critério média -2DP, nenhuma criança obteve resultados abaixo do ponto de corte nos três testes em simultâneo. Uma (7,69%) rapariga em 13 e 1

(5,26%) rapaz em 19 obtiveram resultados abaixo da média -1DP em pelo menos uma área do TALC e no ALPE. Nenhuma criança obteve resultados abaixo do ponto de corte média -2DP em pelo menos uma área do TALC e no ALPE.

No que se refere ao T.I.C.L., na faixa etária dos 4/5 anos (48 aos 59 meses), 8 em 34 (23,53%) crianças apresentaram resultados abaixo do nível de mestria no T.I.C.L. e abaixo da média -1DP no ALPE em simultâneo. Se considerarmos o critério média -2DP apenas 3 em 34 (8,82%) crianças apresentaram resultados abaixo do esperado nos dois testes. Na faixa etária dos 5/6 anos (60 aos 72 meses), 23 em 63 (36,51%) crianças apresentaram resultados abaixo do nível de mestria no T.I.C.L. e abaixo da média -1DP no ALPE. E 22 em 63 (34,92%) crianças apresentaram resultados abaixo do nível de mestria no T.I.C.L. e abaixo da média -2DP no ALPE.

4.3. Comparação das pontuações obtidas nos testes em função dos dados do questionário

Pretendia-se explorar as diferenças entre subgrupos da amostra com base na informação recolhida através do questionário, como por exemplo, verificar se a existência de patologias ou determinados hábitos orais tinham implicações na prestação das crianças nos testes de avaliação formais. Contudo, esta análise não foi possível em relação às crianças que foram avaliadas com o TALC, devido ao número reduzido de elementos da amostra (HICKS, 2004). Relativamente ao T.I.C.L. verificou-se que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre subgrupos da amostra com base nos antecedentes familiares, no termo e tipo de parto, no histórico médico de otites, problemas respiratórios, dificuldades auditivas, visuais ou de outras patologias, na alimentação e nos hábitos orais (uso de chupeta, mamar no dedo e roer as unhas).

Relativamente ao ALPE, e considerando como tendo uma alteração as crianças que obtiveram uma pontuação inferior à média-1DP, verificou-se que crianças com problemas respiratórios ($p = 0,009$) ou com problemas auditivos ($p=0,002$) obtiveram uma pontuação estatisticamente inferior a crianças sem estas patologias. Não foram encontradas diferenças significativas na pontuação obtida no ALPE para as restantes comparações realizadas. Considerando o critério média -2DP, apenas a comparação entre os resultados obtidos no ALPE e a questão referente às dificuldades auditivas se revelou estatisticamente significativa ($p=0,008$).

4.4. Crianças a encaminhar para o médico de família

Na Tabela 11 podemos ver o número de crianças, por faixa etária, que apresentaram resultados abaixo do ponto de corte média -1DP e -2DP em pelo menos um dos testes ou abaixo do nível de mestria do T.I.C.L., e o número de crianças que serão encaminhadas, tendo em conta os critérios definidos na metodologia, assim como o número de crianças a quem serão feitas recomendações.

Tabela 11 – Número (%) de crianças com resultados abaixo do ponto de corte em pelo menos um teste e número (%) de crianças que serão encaminhadas.

Idade (meses)	N Total	Nº (%) Média -1DP / < nível de mestria no T.I.C.L. *	Nº (%) Média -2DP / < nível de mestria no T.I.C.L. #	Nº de crianças encaminhadas	Nº de crianças com orientações
36 - 47	32	26 (81,25%)	13 (40,63%)	11 (34,38%)	9 (28,13%)
48 - 59	35	32 (91,43%)	32 (91,43%)	10 (28,57%)	16 (45,71%)
60 – 72	63	59 (93,65%)	57 (90,48%)	27 (42,86%)	22 (34,92%)
Total	130 ¹	117 (90,00%)	102 (78,46%)	48 (36,92%)	47 (36,15%)

Legenda: Número (%) de crianças que obtiveram resultados abaixo do ponto de corte média -1DP em pelo menos um dos testes ou abaixo do nível de mestria do T.I.C.L.

#Número (%) de crianças que obtiveram resultados abaixo do ponto de corte média -2DP em pelo menos um dos testes ou abaixo do nível de mestria do T.I.C.L.

¹Considerou-se como N total 130 crianças, uma vez que, no caso das crianças que não foram avaliadas pelos dois testes, há pelo menos os dados de um elemento de avaliação. Em relação à criança com 72 meses, apesar de não ter entrado na análise do ALPE apresentada, os seus resultados foram avaliados segundo os critérios para a faixa etária correspondente.

Uma pontuação dentro dos parâmetros normais no subteste fonético - ALPE afasta logo à partida um problema de fala. Já um resultado dentro dos parâmetros normais no teste de linguagem e abaixo do considerado normal no teste de articulação não significa obrigatoriamente um problema de fala, podemos estar perante uma perturbação de linguagem, ao nível da fonologia (BOWEN, 2009, ZORZI, 2002). Apesar da avaliação da motricidade orofacial ter sido realizada de forma informal e do seu carácter subjectivo, arriscamos determinar a percentagem das perturbações da fala, especificamente das perturbações articulatórias.

Recorrendo então aos dados obtidos informalmente através da avaliação da MOF, concluímos que apenas uma criança apresenta alterações ao nível da MOF das 6 que obtiveram resultados abaixo do ponto de corte (-1DP) apenas no subteste fonético – ALPE e tiveram resultados dentro dos parâmetros normais no teste de linguagem, o que nos diz que, das 129 crianças que foram avaliadas com os dois testes, apenas uma

(0,78%) tem apenas uma perturbação da fala. Assim, na Tabela 12 e na Tabela 13 podemos ver, por faixa etária, as crianças que apresentam uma possível perturbação da linguagem apenas, uma perturbação da linguagem e da fala, que designaremos por perturbação mista, uma perturbação da fala (articulatória) e uma perturbação fonológica, assim como o número de crianças em que não foi possível determinar o tipo de perturbação. Apesar das Perturbações Fonológicas constituírem uma Perturbação da Linguagem, considerou-se pertinente determinar a respectiva percentagem separadamente para poder comparar com a literatura.

Tabela 12 – Número (%) de crianças com possível perturbação da linguagem e perturbação mista, por faixa etária

Idade (meses)	N	Perturbação de Linguagem		Perturbação Mista	
		-1DP	-2DP	-1DP	-2DP
36-47	32	18 (56,25%)	9 (28,13%)	2 (6,25%)	1 (3,13%)
48-59	35	27 (77,14%)	29 (82,86%)	3 (8,57%)	2 (5,71%)
60-72	63	45 (71,43%)	45 (71,43%)	10 (15,87%)	10 (15,87%)
Total	130	90 (69,23%)	83 (63,85%)	15 (11,54%)	13 (10,00%)

Tabela 13 – Número (%) de crianças com possível perturbação de fala, perturbação fonológica e em que não foi possível determinar o tipo de perturbação, por faixa etária

Idade (meses)	N	Perturbação de Fala		Perturbação Fonológica		Indeterminada	
		-1DP	-2DP	-1DP	-2DP	-1DP	-2DP
36-47	32	1 (3,70%)	1 (3,70%)	2 (6,25%)	1 (3,13%)	3 (9,36%)	1 (3,13%)
48-59	35	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (5,71%)	1 (2,86%)
60-72	63	0 (0,00%)	0 (0,00%)	4 (6,45%)	2 (3,17%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Total	130	1 (0,77%)	1 (0,77%)	6 (4,62%)	3 (2,31%)	5 (3,85%)	2 (1,54%)

Devido à ausência de dados referentes às capacidades auditivas e medições de Quociente Intelectual não foi possível estabelecer a distinção entre ADL e PEDL.

5. DISCUSSÃO

A ausência de pontos de corte fornecidos pelos testes referenciados à norma utilizados fez com que se tornasse necessário determinar um ponto de corte. Assim, optou-se por usar um ponto de corte menos conservador, ou seja a média - 1DP, também utilizado por Beitchman et al (1986) e um mais conservador, uma vez que a literatura encontrada reporta que a maioria dos estudos utiliza um ponto de corte entre os -1.5 e -2 DP (LAW et al., 2000).

Efectivamente, o ponto de corte utilizado interfere no número de crianças que se poderão considerar como tendo uma perturbação da fala e/ou da linguagem. Os resultados obtidos vão ao encontro da ideia defendida por Law et al (2000) de que a prevalência é tanto maior quanto mais liberal for o ponto de corte determinado. Assim, se considerarmos como ponto de corte a média -1DP para as áreas da Compreensão e da Expressão do TALC e para o ALPE e os níveis de mestria propostos pela autora do T.I.C.L. para este teste, concluímos que 90% das crianças avaliadas apresentaram resultados abaixo do ponto de corte em pelo menos um dos testes. Se considerarmos como ponto de corte a média -2DP para as áreas da Compreensão e da Expressão do TALC e para o ALPE e os níveis de mestria propostos pela autora do T.I.C.L. para este teste, concluímos que 78,46% das crianças apresentaram resultados abaixo do ponto de corte em pelo menos um dos testes.

A faixa etária que apresentou uma maior percentagem de crianças com resultados abaixo do ponto de corte foi a das crianças dos 5 aos 6 anos (60 aos 72 meses) com 93,65% (média -1DP). A que apresentou uma percentagem mais baixa de crianças com resultados abaixo do ponto de corte em pelo menos um teste foi a dos 3 aos 4 anos (36 aos 47 meses) com 81,25% (média -1DP). Já se considerarmos o critério média -1DP, a faixa etária com maior percentagem de crianças com resultados abaixo do ponto de corte foi a dos 4 aos 5 anos com 91,45%, sendo que a percentagem da faixa etária seguinte é muito próxima desta: 90,48%. A que teve menos continua a ser a faixa etária dos 3 aos 4 anos com 40,63%. Utilizando este critério, a diferença entre esta faixa etária e as outras é mais significativa. Estes resultados parecem ir ao encontro da literatura (LAW et al., 2000), que refere que a prevalência de perturbações da linguagem aumenta na faixa etária dos 5 anos.

Numa análise mais detalhada, verifica-se que, das crianças com resultados abaixo do ponto de corte, apenas 0,77% da amostra total apresentaram uma perturbação apenas da fala. Já a percentagem de crianças com uma perturbação apenas da linguagem foi

mais elevada: entre os 31,25% (média -2DP para os 36 aos 47 meses, se considerarmos as perturbações fonológicas como perturbações da linguagem) e os 82,86% (média -2DP para os 48 aos 59 meses). Os resultados para a perturbação mista (média -2DP) foram de 3,13% (36 aos 47 meses), 5,71% (48 aos 59 meses) e 15,87% (60 aos 72 meses).

A percentagem mais elevada encontrada num estudo de prevalência de perturbações da linguagem e da fala foi de 22,3% (MCLEOD et al., 2009), percentagem abaixo dos resultados do presente estudo. Da mesma forma, são mais elevados do que os apresentados pelo único estudo português encontrado (PEIXOTO et al., 2008), mas esta diferença pode estar relacionada quer com a idade quer com o método utilizado. No estudo referido foram avaliadas crianças dos 5 aos 11 anos e utilizados testes de avaliação distintos dos utilizados no presente estudo. Além disso, não está descrito no artigo o ponto de corte utilizado. O estudo que utilizou o ponto de corte média -1DP apresenta percentagens de 6,4% para alterações da fala apenas, 4,56% para perturbação mista e 8,04% para perturbação da linguagem (BEITCHMAN et al., 1986). Os dados obtidos neste estudo para possível perturbação de fala estão abaixo destes valores, já os de perturbação mista e de linguagem estão acima. Esta discrepância poderá dever-se ao número reduzido da amostra utilizada no presente estudo e à própria metodologia utilizada, uma vez que os testes de avaliação utilizados são diferentes.

Perante uma percentagem tão elevada de crianças abaixo dos ponto de corte no presente estudo e após a avaliação da criança como um todo, foram estabelecidos uma série de critérios com base na prática clínica da investigadora principal, uma vez que também não há critérios definidos na literatura, para determinar quais as crianças que efectivamente deveriam ser encaminhadas para apoio terapêutico. Serão encaminhadas 48 (36,92%) das 130 crianças que foram avaliadas. Segundo estes critérios e tendo em conta apenas as crianças que serão encaminhadas, das 130 crianças avaliadas 27 (20,77%) têm perturbação apenas da linguagem, 1 (0,77%) apenas da fala, 14 (10,77%) perturbação mista e 2 (1,54%) perturbação fonológica, não tendo sido possível determinar o tipo de alteração em 4 (3,08%) crianças, uma vez que, uma das crianças apenas realizou o teste de linguagem e as outras não colaboraram na avaliação da MOF. À excepção da percentagem de perturbações da fala, que se aproxima do valor proposto por McKinnon et al (2007), de 1,06%, as restantes percentagens estão acima das encontradas na literatura, que se situam entre 4,19% e os 10,4% (não se está a considerar o estudo de McLeod (2009) que apresenta uma percentagem de 22,30% por esta percentagem ser resultado de uma avaliação feita por pais e educadores).

A diferença encontrada entre o número de crianças com resultados abaixo dos pontos de corte determinados e as que foram encaminhadas, ainda que os critérios de encaminhamento sejam subjectivos e discutíveis, realça a necessidade de se estabelecerem critérios bem definidos para o encaminhamento clínico das crianças.

Ao analisarmos os dados referentes ao T.I.C.L., concluímos que neste estudo também se verificou uma maior percentagem de crianças com alterações do sexo masculino, com um rácio de 1.1:1. Esta é uma diferença menos acentuada do que a encontrada na literatura que se situa entre os 1.3:1 e os 2.85:1 (BEITCHMAN et al., 1986, MCKINNON et al., 2007, SAÚDE, 2003, SCHRIBERG et al., 1999, TOMBLIN et al., 1997).

Perante a elevada percentagem de perturbações da linguagem encontrada, é necessário reflectir acerca dos motivos que poderão estar na origem destes resultados. Em primeiro lugar, a amostra utilizada é demasiado pequena para considerar este estudo um estudo de prevalência. Houve uma percentagem considerável (27,12%) de crianças do Agrupamento cujos pais não autorizaram a participação no estudo. Informalmente sabemos que a maioria dessas crianças não inspira preocupação nem aos pais nem aos educadores. Apesar de não significar que estas crianças não tenham uma perturbação, deixa antever que foram avaliados efectivamente os casos mais graves, o que poderá estar a enviesar os resultados. Contudo, os resultados deste estudo estão de acordo com a percepção subjectiva dos responsáveis pelo Centro de Saúde de Águeda de que haveria um elevado número de crianças a precisar de Terapia da Fala nas escolas do Concelho, bem como, com o mau desempenho escolar destas crianças. De acordo com a literatura (CATTS, 1993, SIM-SIM, 1998), as competências metalinguísticas são os melhores preditores de sucesso na aquisição da leitura e da escrita e o Concelho de Águeda tem uma das mais elevadas taxas de insucesso escolar (CÂMARA MUNICIPAL DE ÁGUEDA, 2008). Os resultados do presente estudo sublinham a necessidade de apostar na prevenção das alterações de fala e linguagem através de sessões de esclarecimento e do fornecimento de orientações precisas para trabalhar esta área aos encarregados de educação e educadores, bem como ajudá-los a identificar crianças que precisam de ser encaminhadas para Terapia da Fala, realçando a importância de um trabalho mais estreito entre os educadores de infância e os TF. Este estudo sugere, também, que existem muitas crianças que necessitam de Terapia da Fala e que não estão a ter acesso a ela.

Os resultados mostram, também, que crianças sem problemas respiratórios e sem problemas auditivos obtiveram maior pontuação no teste ALPE, o que também vai ao

encontro da literatura. Os problemas auditivos estão fortemente associados ao ADL, uma vez que a aquisição da linguagem é feita sobretudo através do contacto com ela através da audição. As crianças com problemas respiratórios (cujo sinal mais visível é a respiração oral), sobretudo quando estes problemas respiratórios estão associados ao Síndrome de Desconforto do Sono, podem apresentar dificuldades no desenvolvimento da linguagem, uma vez que a baixa de oxigénio pode provocar dificuldade de memorização de novos eventos, alterações da capacidade cognitiva e consequentemente, dificuldades de aprendizagem (AGUADO, 1999, BISHOP et al., 2002, CHEDID et al., 2004).

As razões que poderão estar na origem de não terem sido encontradas mais diferenças para as restantes comparações efectuadas é o reduzido tamanho da amostra e o fraco desempenho das crianças no geral.

São várias as limitações deste estudo, nomeadamente o n.º reduzido de crianças por faixa etária e sexo, o que entre outras coisas inviabilizou em parte a comparação entre subgrupos da amostra com base na informação recolhida através do questionário preenchido pelos pais ou o estabelecimento de um ponto de corte com base nos resultados do próprio estudo. A subjectividade dos critérios definidos para encaminhar ou não as crianças para tratamento é outra das limitações.

Como estudos futuros, propõe-se o desenvolvimento de um teste de rastreio de perturbações da linguagem e da fala, que permita, de uma forma mais rápida, fazer uma primeira sinalização da criança. Da mesma forma, considera-se que a realização de um estudo de prevalência de perturbações da fala e da linguagem em Portugal seria de extrema importância, assim como a realização de estudos que façam um levantamento dos critérios utilizados pelos TF para encaminhar a criança, com o objectivo de sistematizar estes mesmos critérios e de determinar os que devem ser utilizados na prática clínica.

6. CONCLUSÕES

Com este estudo foi possível verificar que o número de crianças com alterações do desenvolvimento da linguagem e da fala é elevado, comparativamente aos resultados fornecidos por estudos de prevalência internacionais. Considerando o critério média - 2DP, 102 (78,46%) em 130 crianças das crianças apresentaram resultados abaixo do ponto de corte em pelo menos um dos testes. Este achado chama a atenção para a necessidade de realizar estudos de prevalência de perturbações da fala e/ou da linguagem em Portugal, assim como de desenvolver instrumentos de avaliação especificamente de rastreio. Com este estudo foi também possível perceber que uma das áreas mais afectadas é a da metalinguagem. Estas conclusões realçam a necessidade de um trabalho em conjunto entre TF e educadores de infância, sobretudo ao nível da prevenção.

7. BIBLIOGRAFIA

AGUADO, G. - Transtorno específico del language - Retraso de language y disfasia. Málaga: Ediciones Aljibe, 1999.

ALLEN, D.A.; RAPIN, I. - Communication disorders of preschool children: the physician's responsibility. J Dev Behav Pediatr. Vol. 9, n.º 3 (1988), p. 164-170.

AMARAL, I. - Linguagem na Escola. Educação e Fronteiras. Vol. 1, n.º 2 (2007), p. 23-32.

ANDRADE, F. - Perturbações da linguagem na criança: análise e caracterização. Aveiro: Universidade. Comissão Editorial, 2008.

ASSOCIATION, AMERICAN PSYCHIATRIC - DSM-IV-TR. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Lisboa: Climepsi Editores, 2006.

BANKSON, N.W. - Bankson Language Test - 2. Austin, Texas: Pro-ed, 1977.

BEITCHMAN, J. [et al.] - Prevalence of speech and Language Disorders in 5 year-old kindergarten children in the Ottawa-Charleton Region. Journal of Speech and Hearing Disorders. Vol. 51 (1986), p. 98-110.

BERNSTEIN, D.K.; TIEGERMAN-FARBER, E. - Language and Communication Disorders in Children. Fifth Edition. Boston: Allyn & Bacon, 2002.

BISHOP, D.; MOGFORD, K. - Desenvolvimento da linguagem em circunstâncias excepcionais. Rio de Janeiro: Elvinter, 2002.

BOWEN, C. - Children's Speech Sound Disorders. Chicester: Wiley-Blackwell, 2009.

CÂMARA MUNICIPAL DE ÁGUEDA - Carta Educativa do Concelho de Águeda. Águeda, 2008.

CAMBIM, N. - Processos Fonológicos em crianças dos 3;06A aos 4;05 A. Lisboa, 2002.

CARVALHEIRO, L. - A prevalência de desvio fonológico em crianças de 4-6 anos de escolas públicas municipais de Salvador - BA. Rev Soc Bras Fonoaudiol. Vol. 13, n.º 4 (2008).

CASTRO, S. L.; GOMES, I. - Dificuldades de Aprendizagem da Língua Materna. Lisboa: Universidade Aberta, 2000.

CATTS, H. W. - The Relationship Between Speech-Language Impairments and Reading Disabilities. Journal of Speech and Hearing Research. Vol. 36 (1993), p. 948-958.

CHEDID, K. A. K.; DI FRANCESCO, R. C.; JUNQUEIRA, P. - A Influência da Respiração oral no processo de aprendizagem da leitura e escrita em crianças pré-escolares. Revista Psicopedagogia. Vol. 21, n.º 65 (2004).

CPLOL - Prevenção: desenvolvimento da Linguagem [em linha]. [Consult. Disponível em WWW:<URL:http://www.cplol.eu/files/poster/cplol_prev_poster_port.pdf>.

CRUZ-FERREIRA, M. - Illustrations of the IPA. Portuguese (European). In: PRESS, C. U. - Handbook of the International Phonetic Association. Cambridge: 1999. p. 126-130.

CUNHA, V. L. - Prevenindo problemas na fala pelo uso adequado das funções orais: manual de orientação. São Paulo: Pró-Fono, 2001.

FARIA, I.H. [et al.] - Introdução à Linguística Geral e Portuguesa. 2ª. Lisboa: Editorial Caminho, 1996.

FRANCO, M. G.; REIS, M. J.; GIL, M.T. - Domínio da Comunicação, Linguagem e Fala - Perturbações Específicas de Linguagem em Contexto Escolar - Fundamentos. Lisboa: Ministério da Educação, 2003.

GUIMARÃES, I. - PAOF - Protocolo de Avaliação Orofacial. Lisboa: Edições Eupraxis, 1995.

GUIMARÃES, I.; GRILO, M. - Teste de Articulação. (1998).

HICKS, C. - Research Methods for Clinical Therapists - Applied Project Design and Analysis. 4ª. Nova Iorque: Churchill Livingstone, 2004.

LADEFOGED, P. - Vowels and Consonants - An introduction to the sounds of languages. Oxford: Blackwell Publishing, 2001.

LAMPRECHT, R. - Aquisição fonológica do português: perfil de desenvolvimento e subsídios para a terapia. Porto Alegre: Artmed, 2004.

LAW, J. [et al.] - Prevalence and natural history of primary speech and language delay: findings from a systematic review of the literature. International Journal of Language and Communication Disorders. Vol. 35, n.º 2 (2000), p. 165-188.

LIMA, R. - Alterações nos sons da fala: o domínio dos modelos fonéticos. Saber (e) Educar. Vol. 13 (2008).

MARANHÃO, P.C.; PINTO, S.M.; PEDRUZZI, C.M. - Fonoaudiologia e educação infantil: uma parceria necessária. Revista CEFAC. Vol. 11, n.º 1 (2009), p. 59-66.

MARCHESAN, I.Q. - Alterações da Fala de Origem Musculoesquelética. In: Tratado em Fonoaudiologia. São Paulo: Roca Ltda, 2004.

MARTINS, M.E.; SÁ, C.M. - Ser leitor no século XXI - importância da compreensão na leitura para o exercício pleno de uma cidadania responsável e activa. Saber (e) Educar. Vol. 13 (2008), p. 235-246.

MCKINNON, D.; REILLY, S. - The prevalence of stuttering, voice, and speech-sound disorders in primary school students in Australia. Language, Speech, and Hearing Services in Schools. Vol. 38 (2007), p. 5-15.

MCLEOD, S. [et al.] - Correspondence between direct assessment of speech and language impairment in 4- to 5-year-olds and LSAC measures of parent and teacher reported concern.: Growing Up in Australia: Longitudinal Study of Australian Children(LSAC) Research Conference. Melbourne, 2009.

MEDICINENET - MedicineNet - Health and Medical Information Produced by Doctors [em linha]. San Clemente. [Consult. Disponível em

MENDES, A. [et al.] - Teste Fonético-Fonológico - ALPE. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE- Decreto-Lei 564/99 de 21 de Dezembro. 1999.

NATHAN, L. [et al.] - The Development of Early Literacy Skills Among Children with Speech Difficulties: a test of the "Critical Age Hypothesis". Journal of Speech, Language, and Hearing Research. Vol. 47 (2004), p. 377-391.

NICHCY - Speech & Language Impairments. Disability Fact Sheet. Vol. 11 (2004).

PEIXOTO, V.; SILVA, C. - Rastreamento e prevalência das perturbações da comunicação num agrupamento de escolas. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde. ISSN 1646-0480. Vol. 5 (2008), p. 272-282.

POPHAM, W. J. - Criterion-referenced measurement. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1978.

REBELO, A. C.; VITAL, A.P. - Desenvolvimento da Linguagem e Sinais de Alerta: construção e validação de um folheto informativo. Re(habilitar) - Revista da ESSA. Vol. 2 (2006), p. 69-98.

REYNELL, J.; HUNTLEY, M. - Reynell Developmental Language Scales Manual. Second Revision. Windsor: NFER - NELSON Publishing Company Ltd, 1985.

RUBEN, R. - Redefining the survival of the fittest: communication disorders in the 21st century. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. Vol. 49, n.º 1 (1999), p. 37-38.

SANCHES, I.; TEODORO, A. - Da integração à inclusão escolas: cruzando perspectivas e conceitos. Revista Lusófona da Educação. Vol. 8 (2006), p. 63-68.

SAÚDE, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE - CID - 10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

SCHIRMER, C.R.; FONTOURA, D.R.; NUMES, M.L. - Distúrbios da aquisição da linguagem e da aprendizagem. Jornal de Pediatria. Vol. 80 (2004), p. 95-103.

SCHRIBERG, L.; TOMBLIN, J.; MCSWEENEY, J. - Prevalence of speech delay in 6-year-old children and comorbidity with language impairment. Journal of Speech and Hearing Research. Vol. 42 (1999), p. 1461-1481.

SILVA, P.A.; MCGEE, R.; WILLIAMS, S.M. - Developmental language delay from three to seven years and its significance for low intelligence and reading at age seven. Developmental Medicine & Child Neurology. n.º 25 (1983), p. 783-793.

SIM-SIM, I. - Avaliação da Linguagem Oral: um contributo para o conhecimento do desenvolvimento das crianças portuguesas: Textos de Educação. 3ª Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004.

SIM-SIM, I. - Desenvolvimento da Linguagem. Lisboa: Universidade Aberta, 1998.

SMIT, A. - Articulation and Phonology: resource guide for school-age children and adult. Australia, 2004.

SUA-KAY, E.; TAVARES, M.D. - Teste de Avaliação da Linguagem na Criança. Lisboa: Oficina Didáctica, 2007.

THREATS, T.T. - Towards an international framework for communication disorders: use of the ICF. Jornal of Communication Disorders. Vol. 39 (2006), p. 251-265.

TOMBLIN, J.B. [et al.] - Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. Journal of Speech and Hearing Research. Vol. 40, n.º 6 (1997), p. 1245-1261.

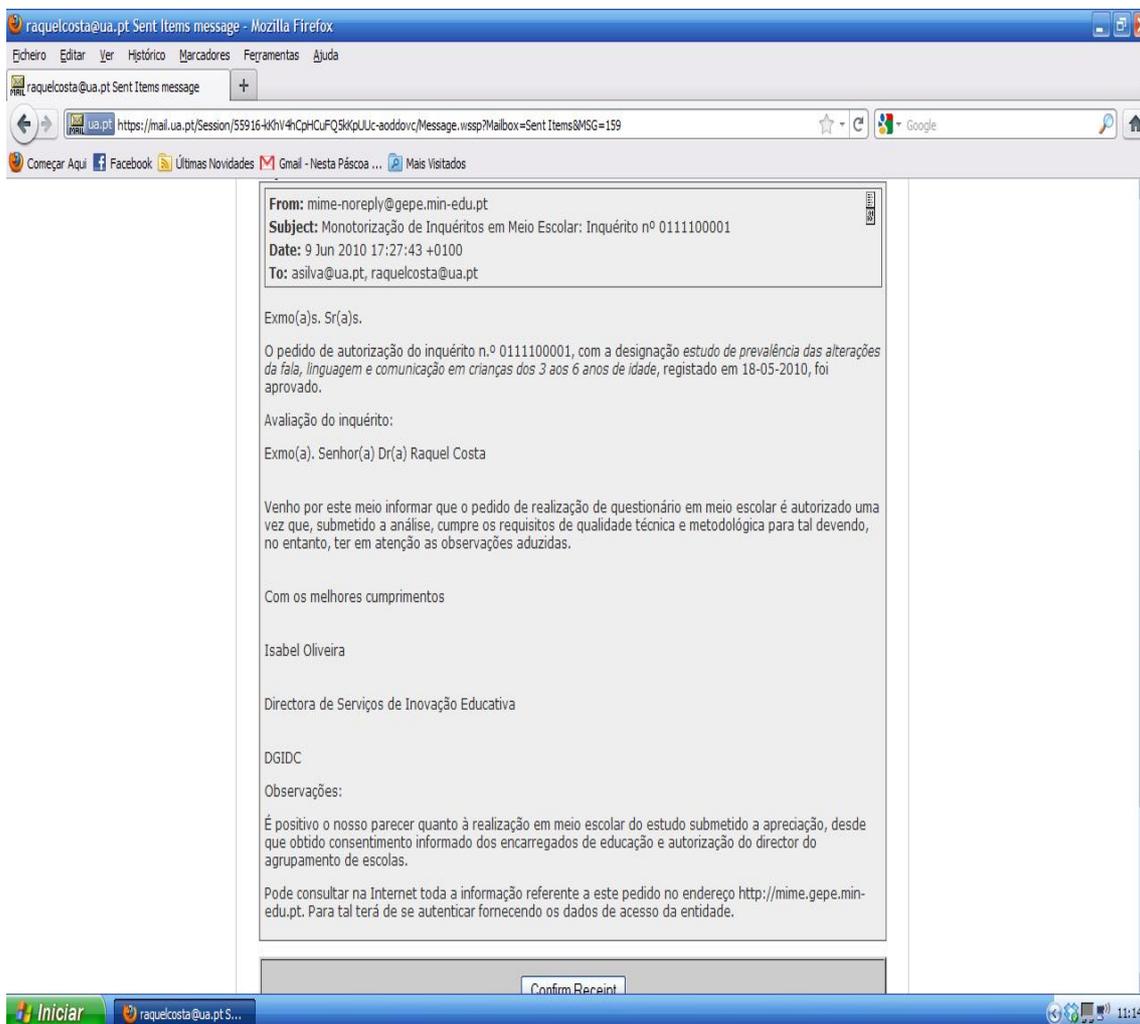
VIANA, F. - Teste de Identificação de Competências Linguísticas. Vila Nova de Gaia: Edipsico, 2004.

WATZLAWICK, P.; HELMICK-BEAVINJ.; JACKSON, D - Pragmatics of Human Communication. New York: W. W. Norton, 1967.

ZORZI, J.L. - Distinguiendo Alteraciones del Habla y del Lenguaje. In: PANAMERICANA, E. M. - Fundamentos de Fonoaudiologia: aspectos clínicos de la motricidad oral. Buenos Aires: 2002.

ANEXOS

ANEXO I – Autorização da Direcção-geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular



ANEXO II – Folha de Informação aos Pais

Folha de informações

1. Introdução

O meu nome é Raquel Costa, sou Terapeuta da Fala e aluna do Mestrado em Ciências da Fala e da Audição, da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro e gostaria de o/a convidar para participar no estudo que vou realizar. Contudo, antes de decidir se gostaria de participar, é importante que compreenda os objectivos do estudo e o que ele envolve. Peço-lhe que leia atentamente as informações que se seguem e que as discuta com parentes e/ou amigos se, assim, o desejar. Por favor, sinta-se à vontade para me contactar e colocar todas as questões que lhe surjam, caso alguma informação não esteja suficientemente clara ou caso queira mais informações (os contactos encontram-se no final desta folha).

2. Informação adicional

Este estudo pretende conhecer a percentagem de crianças a frequentar os Jardins de Infância do Agrupamento de Escolas de Águeda que possam ter alguma alteração da fala e/ou da linguagem, como por exemplo, dificuldades em produzir alguns sons, vocabulário pouco desenvolvido, dificuldade em construir frases. Saber em idades precoces, ou seja, antes da criança entrar para a escola, se ela tem alguma dificuldade na fala e/ou linguagem é importante, na medida em que as crianças que apresentam este tipo de dificuldades antes de entrar para a escola têm durante o seu percurso escolar muito mais dificuldades em aprender a ler e escrever. Estas dificuldades podem ainda ser a causa de problemas de comportamento, uma vez que as dificuldades de comunicação com os outros poderão suscitar frustração e revolta social por parte da criança.

Para identificar as crianças que possam apresentar perturbações da fala e linguagem será feita uma avaliação por uma Terapeuta da Fala, nas instalações da escola, às crianças que participem no estudo.

3. Será que o meu educando pode participar neste estudo?

Procuro crianças entre os 3 e os 6 anos, que frequentem um Jardim de Infância do Agrupamento de Escolas de Águeda, a saber Águeda 1, Giesteira, Borralha, Castanheira do Vouga e Recardães.

4. O meu filho é obrigado a participar no estudo?

A decisão de participar ou não no estudo é sua e do seu educando! Se decidir autorizar a avaliação do seu educando ser-lhe-á pedido que assine a folha do consentimento informado. A avaliação só será realizada se a criança também o desejar. Se a criança não quiser participar, a sua vontade será respeitada. Nenhuma criança será obrigada a participar no estudo.

5. O que irá acontecer se eu autorizar a participação do meu educando?

Se decidir autorizar o seu educando a participar no estudo, este será avaliado com um teste de fala e linguagem, no qual será pedido, de uma forma simples, que diga o que vê em algumas imagens com, por exemplo, animais, objectos do dia-a-dia, pessoas a realizarem tarefas diárias. A avaliação será feita por um Terapeuta da Fala e decorrerá nas instalações da escola, em horário a combinar com os educadores, de forma a interferir o menos possível com o decorrer das actividades lectivas. Caso os resultados desta avaliação indiquem que a criança pode ter alguma alteração da fala e/ou linguagem o encarregado de educação será convidado a encontrar-se comigo para responder a algumas questões acerca do desenvolvimento da criança (como decorreu o parto, quando começou a comer sólidos, falar). Ser-lhe-á também entregue uma carta para entregar ao médico de família para que este faça o encaminhamento devido.

6. O que tenho de fazer?

Para já apenas tem de assinar a autorização para que o seu educando possa participar no estudo. Se necessário, será posteriormente convidado a responder a algumas perguntas acerca do desenvolvimento do seu educando. Volto a referir que, se não quiser, não tem de responder a estas perguntas.

7. O que tem o meu educando de fazer?

O seu educando terá também apenas de fazer os testes de fala e linguagem (por exemplo, dizer o nome de objectos) da forma que conseguir e souber.

8. Quais são os possíveis benefícios de participar neste estudo?

O estudo realiza-se no âmbito de um projecto de Mestrado e não o ajudará a si directamente. Contudo, os resultados deste estudo poderão chamar a atenção para a necessidade do Estado (através das escolas e centros de saúde) apoiar algumas crianças nas áreas da fala e da linguagem. Para além disso, ficará a saber se o seu educando apresenta alguma alteração da fala e ou linguagem e poderá contactar o seu médico de família para que este reavalie e encaminhe o seu educando.

9. O que acontecerá aos resultados do estudo?

Uma vez concluído o estudo, os seus resultados serão apresentados sob a forma de tese de Mestrado e poderão também vir a ser publicados numa revista de investigação.

10. Será assegurada a confidencialidade dos dados?

O seu anonimato e o do seu educando serão sempre garantidos. A informação recolhida será codificada e mantida estritamente confidencial para todos os que não estejam directamente envolvidos no estudo.

Contacto do aluno (caso queira colocar dúvidas ou questões):

Raquel Costa

Telemóvel: 96 ...

Email: raquelcosta@ua.pt

Contacto do orientador:

Se estiver interessado em obter mais informações poderá também contactar a Professora Doutora Anabela Silva em qualquer altura, através dos seguintes contactos:

Morada: Universidade de Aveiro, Escola Superior de Saúde, Campus Universitário de Santiago, Edifício III, 3810-193 Aveiro.

Telefone: 234372447; Extensão: 23899

Email: asilva@ua.pt

ANEXO III – Consentimento Informado

Consentimento Informado

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial

(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Por favor responda às questões que se seguem colocando uma cruz na coluna apropriada:

	Sim	Não
Eu li a folha de Informação aos Participantes		
Eu recebi toda a informação adequada sobre este estudo		
Estou satisfeito com as respostas às minhas perguntas		
Eu compreendo que o meu educando pode desistir do estudo em qualquer altura		
Foi-me permitido colocar questões e discutir o estudo		
Eu autorizo o meu educando a participar neste estudo		

Nome do participante: _____

Jardim de Infância: _____

Nome do Encarregado de Educação: _____

Assinatura do Encarregado de Educação: _____

Nome do investigador: _____

Assinatura do investigador: _____

Data: _____

ANEXO IV – Estudo de Fiabilidade entre observadores

Esta primeira fase foi um trabalho conjunto entre a autora principal deste trabalho e um grupo de 4 alunas do 4º ano da Licenciatura em Terapia da Fala, o qual resultou também no projecto de Licenciatura destas alunas. Assim, foi organizada pela investigadora principal uma sessão para apresentar os objectivos do estudo de fiabilidade, esclarecer dúvidas sobre a utilização dos testes e homogeneizar procedimentos de aplicação. No decorrer desta sessão, todos os avaliadores preencheram as folhas de registo dos testes a utilizar no estudo, através da visualização de um vídeo da aplicação destes mesmos testes realizada pela investigadora principal. Para esta gravação foram recolhidas também as autorizações dos educadores das crianças. Após esta sessão, foram avaliadas 12 crianças por todos os avaliadores. Seis crianças foram seleccionadas aleatoriamente num infantário de Castelo de Paiva e as restantes seis foram seleccionadas aleatoriamente nas regiões de Santa Comba Dão e Leiria. As crianças foram avaliadas presencialmente por um avaliador, que filmou a avaliação, e que serviu para a avaliação realizada pelos restantes avaliadores.

ANEXO V – Questionário aos Encarregados de Educação/Pais

Entrevista aos Encarregados de Educação / Pais

Esta entrevista faz parte do estudo de prevalência de perturbações da fala e linguagem em crianças em idade pré-escolar (dos 3 aos 6 anos), que está a ser desenvolvido no Agrupamento de Escolas de Águeda e no qual o seu educando está a participar. Esta entrevista tem como objectivo conhecer melhor o desenvolvimento da criança e ajudar a estabelecer relações entre este desenvolvimento e as características da fala e da linguagem avaliadas na criança.

Obrigada mais uma vez pela sua participação.

Por favor, para cada pergunta assinale apenas uma opção.

1. Nome da criança: _____

2. Dados fornecidos por (grau de parentesco): _____

3. Antecedentes familiares

a. Existe alguém na família com alterações de fala ou de linguagem?

Sim Quem ? _____

Não

4. Desenvolvimento pré, peri e pós-natal

a. Como correu o parto?

A termo

Pré-termo

Pós-termo

b. Qual foi o tipo de parto?

Parto normal

Cesariana

Fórceps

Ventosa

5. História Médica

Por favor indique se o seu Educando tem ou teve algum dos seguintes problemas:

A criança tem/teve otites?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
A criança tem/teve algum problema respiratório (devido a asma, bronquite, aumento do tamanho das adenóides, aumento do tamanho das amígdalas)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
A criança tem/teve alguma dificuldade auditiva?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
A criança tem/teve alguma dificuldade visual?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
A criança tem/teve alguma outra doença? Se sim, indique qual _____	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

6. Alimentação

a. A criança foi amamentada?

Sim

Não

Se a sua resposta foi **não**, escolha de entre as seguintes opções a mais adequada:

Alterações do mamilo/mama (mamilo plano, invertido, fissuras, inflamação)

O leite não era suficientemente nutritivo

Fissura palatina

Outra razão. Indique qual _____

b. Com que idade começou a comer (semi-) sólidos:

Antes dos 5 meses

Entre os 5 meses e um ano

Com mais de um ano

7. Hábitos orais?

a. A criança usa chupeta?

Sim

Não

b. Até que idade usou chupeta?

Nunca usou

- Até aos 18 meses
- Até aos 3 anos
- Depois dos 3 anos

c. A criança mama no dedo?

- Sim
- Não

d. Até que idade mamou no dedo?

- Nunca mamou
- Até aos 18 meses
- Até aos 3 anos
- Depois dos 3 anos

e. A criança rói as unhas?

- Sim
- Não

Observações:

ANEXO IV – Pontos de corte para cada teste

Tabela 14 - Pontuação considerada como ponto de corte para o teste TALC por sexo.

Área Avaliada	Sexo Feminino		Sexo Masculino	
	Média -1DP	Média -2DP	Média -1DP	Média -2DP
Compreensão	56	52	54	49
Expressão	38	33	35	30

Tabela 15 – Pontuação considerada como ponto de corte por faixa etária e sexo para o teste ALPE.

Idade (meses)	Sexo Feminino		Sexo Masculino	
	Média -1DP	Média -2DP	Média -1DP	Média -2DP
36 – 41	52	38	54	41
42 – 47	60	45	56	43
48 - 53	71	61	66	54
54 - 59	76	69	69	57
60 – 65	82	77	77	70
66 – 71	88	87	83	78

Tabela 16 - Níveis de mestria por área avaliada e por faixa etária (VIANA, 2004)

Idade (meses)	Conhecimento Lexical	Conhecimento Morfo-sintático	Memória Auditiva	Reflexão sobre a Língua	Total
48 - 59	48	20	14	18	100
60 - 72	51	22	15	19	107