



**Avaliação da Participação Comunicativa:  
um Estudo com Crianças Portuguesas  
com Perturbações da Comunicação  
dos 3 aos 10 Anos**

Diana Cristina Fernandes da Costa

**Universidade do Minho**  
Instituto de Educação







**Universidade do Minho**  
Instituto de Educação

Diana Cristina Fernandes da Costa

**Avaliação da Participação Comunicativa:  
um Estudo com Crianças Portuguesas  
com Perturbações da Comunicação  
dos 3 aos 10 Anos**

Tese de Doutoramento  
Doutoramento em Estudos da Criança  
Especialidade de Educação Especial

Trabalho efetuado sob a orientação da  
**Professora Doutora Anabela Cruz dos Santos**

## DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do Repositório da Universidade do Minho.

### Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações  
CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos os que de alguma forma contribuíram para que eu conseguisse chegar até aqui, seja pela colaboração, pela inspiração ou pela presença constante.

À minha orientadora, Professora Doutora Anabela Cruz dos Santos, pela disponibilidade, pela partilha de conhecimentos e pela compreensão que sempre demonstrou ao longo dos vários e difíceis desafios deste processo.

À equipa do centro de investigação *Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital, Toronto, Canadá*, Professora Nancy Thomas-Stonell, Professora Bernardette Robertson, Professora Barbara Cunningham e Professor Peter Rosenbaum, pela possibilidade de colaboração e parceria.

A todas as instituições, profissionais e pais que, no meio da azáfama do dia-a-dia, encontraram disponibilidade para colaborar nesta investigação. Têm o meu maior respeito e profundo agradecimento.

A todas as equipas de trabalho das quais faço ou fiz parte, pelos contributos para a minha construção enquanto pessoa e profissional.

Às crianças que me inspiram todos os dias a fazer mais e melhor.

À minha família e aos meus amigos, por tudo e por tanto.

À minha Mãe...

*"Lights will guide you home"*

Obrigada.

## DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

# Avaliação da Participação Comunicativa: um Estudo com Crianças Portuguesas com Perturbações da Comunicação dos 3 aos 10 anos

## RESUMO

A participação comunicativa é um dos resultados a ser estimado no processo de avaliação, intervenção e monitorização junto de crianças com perturbações da comunicação (PC), considerando os enquadramentos conceituais, legislativos e as práticas baseadas na evidência. O instrumento *Focus on the Outcomes of Communication Under Six* (FOCUS) é um inventário parental que se destina a avaliar e a medir resultados na participação comunicativa. O Estudo I consistiu na tradução, adaptação e validação do FOCUS-34 para Portugal e sua aplicação a crianças com PC ( $N = 206$ ). Pela análise descritiva, inferencial e correlacional, o FOCUS-34 Portugal demonstra adequadas qualidades psicométricas de fiabilidade e validade estrutural. Nas crianças em idade pré-escolar são encontradas diferenças estatisticamente significativas na participação comunicativa em função do nível atribuído pelo Sistema de Classificação da Comunicação (CFCS), da idade e do diagnóstico. Nas crianças do 1.º Ciclo do Ensino Básico (CEB) são encontradas diferenças na participação comunicativa em função do nível atribuído pelo CFCS, do diagnóstico e das medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão. No estudo II ( $N = 168$ ) pretendeu-se verificar a responsividade do FOCUS-34 Portugal após as crianças usufruírem de um período de intervenção (3 a 6 meses). O FOCUS-34 Portugal- 2.ª Aplicação e o FOCUS-34 Portugal-Mudança revelam adequados índices de fiabilidade. No grupo de crianças em idade pré-escolar são encontradas mudanças estatisticamente significativas para os subgrupos formados em função das variáveis em estudo, com tamanhos de efeito médios a elevados, indicando que o FOCUS-34 Portugal consegue detetar mudanças na participação comunicativa, independentemente das variáveis ambientais e/ou pessoais inerentes a cada criança. No grupo de crianças do 1.º CEB, apenas alguns subgrupos demonstram mudanças estatisticamente significativas, indicando fragilidades na responsividade do FOCUS-34 Portugal. Os resultados encontrados contribuem para um aumento do conhecimento sobre a participação comunicativa das crianças com PC e variáveis que a influenciam. A obtenção de resultados sobre a participação comunicativa com recurso a inventários parentais revela-se uma mais-valia, não só na avaliação inicial, como também na análise do efeito da intervenção. Espera-se que o desenvolvimento e validação de um instrumento de medida de resultados compreensivo e funcional, como o FOCUS-34 Portugal, contribua para uma melhoria das práticas junto de crianças com PC e suas famílias, em complemento com a utilização de outros instrumentos.

*Palavras-chave:* avaliação, FOCUS-34, intervenção, participação comunicativa, perturbações da comunicação

# Communicative Participation Assessment: A Study of Portuguese Children with Communication Disorders from 3 to 10 Years of Age

## ABSTRACT

Communicative participation is one of the outcomes to be estimated in the assessment, intervention and monitoring process with children with communication disorders (CD), considering the conceptual and legislative frameworks and evidence-based practices. The Focus on the Outcomes of Communication Under Six (FOCUS) instrument is a parental report designed to assess and measure outcomes in communicative participation. Study I consisted in the translation, adaptation and validation of the FOCUS-34 for Portugal and its application to children with CD ( $N = 206$ ). By descriptive, inferential and correlational analysis, the FOCUS-34 Portugal demonstrates adequate psychometric qualities of reliability and structural validity. Statistically significant differences in communicative participation were found among preschool children according to the level assigned by the Communication Function Classification System (CFCS), age and diagnosis. In elementary school children, differences in communicative participation are found according to the level assigned by the CFCS, diagnosis, and actions to support learning and inclusion. Study II ( $N = 168$ ) aimed to verify the responsiveness of the FOCUS-34 Portugal after children had an intervention period (3 to 6 months). The FOCUS-34 Portugal-Time 2 and the FOCUS-34 Portugal- Change Score showed adequate reliability indices. In the preschool children's group, statistically significant changes were found for the subgroups formed according to the variables under study, with medium to high effect sizes, indicating that the FOCUS-34 Portugal is able to detect changes in communicative participation, regardless of environmental and/or personal variables inherent to each child. In the group of elementary school children, only a few subgroups show statistically significant changes, indicating weaknesses in the responsiveness of the FOCUS-34 Portugal. The results found contribute to an increase in knowledge about the communicative participation of children with CD and variables that influence it. Obtaining results on communicative participation using parental reports is an added value, not only in the initial assessment, but also in the analysis of the effect of the intervention. It is expected that the development and validation of a comprehensive and functional outcome measure, such as the FOCUS-34 Portugal, will contribute to an improvement of the practices with children with CD and their families, complementing the use of other instruments.

*Keywords:* assessment, communication disorders, communicative participation, FOCUS-34, intervention



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I - REVISÃO DA LITERATURA.....	4
1.1. Conceitos de Participação e Participação Comunicativa.....	4
1.1.1. Participação Comunicativa em Crianças com Perturbações da Comunicação.....	9
1.2. Avaliação e Intervenção com Crianças com Perturbações da Comunicação.....	22
1.2.1. Práticas Baseadas na Evidência.....	22
1.2.2. Enquadramentos Legais para Avaliação e Intervenção de Crianças com Perturbações da Comunicação.....	28
1.2.3. Modelos de Intervenção para Crianças com Perturbações da Comunicação.....	31
1.2.4. Medidas de Resultado na Avaliação e Intervenção de Crianças com Perturbações da Comunicação.....	37
1.3. Medida de Resultado da Participação Comunicativa: <i>Focus on the Outcomes of Communication Under Six</i> , de Thomas-Stonell et al. (2012).....	53
1.3.1. Evidências Sobre a Participação Comunicativa das Crianças com Utilização do FOCUS.....	53
1.3.2. Barreiras à Implementação do FOCUS.....	61
CAPÍTULO II - METODOLOGIA.....	64
2.1. Estudo I - Tradução, Adaptação e Validação do Instrumento FOCUS-34 Portugal.....	64
2.1.1. Objetivos do Estudo.....	64
2.1.2. Questões de Investigação.....	64
2.1.3. Instrumentos de Recolha de dados.....	65
2.1.4. Caracterização da Amostra.....	86
2.1.5. Procedimentos de Recolha de Dados.....	98
2.2. Estudo II - FOCUS-34 Portugal: Responsividade como Medida de Resultado.....	100
2.2.1. Objetivos do Estudo.....	100
2.2.2. Questões de Investigação.....	100
2.2.3. Instrumentos de Recolha de Dados.....	101
2.2.4. Caracterização da Amostra.....	102
2.2.5. Procedimentos de Recolha de Dados.....	113
2.3. Considerações Éticas Para o Estudo I e Estudo II.....	113
CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	115

3.1. Estudo I - Tradução, Adaptação e Validação do Instrumento FOCUS-34 Portugal .....	116
3.1.1. Análise Fatorial do FOCUS-34 Portugal.....	117
3.1.2. Consistência Interna e Análise Correlacional do FOCUS-34 Portugal .....	120
3.1.3. Análises Diferenciais no FOCUS-34 em Função das Variáveis em Estudo .....	125
3.2. Estudo II - FOCUS-34 Portugal: Responsividade Como Medida de Resultado .....	148
3.2.1. FOCUS-34 Portugal- 2.ª Aplicação.....	149
3.2.2. Consistência Interna do FOCUS-34 Portugal- Mudança.....	162
3.2.3. Mudanças no FOCUS-34 Portugal Após um Período de Intervenção.....	168
CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO E CONCLUSÕES.....	206
4.1. Estudo I - Tradução, Adaptação e Validação do FOCUS-34 Portugal .....	207
4.1.1. Tradução e Adaptação do FOCUS 34 Portugal: Validade de Conteúdo .....	207
4.1.2. Validade Estrutural e Fiabilidade .....	209
4.1.3. Discussão – Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar .....	210
4.1.4. Discussão – Grupo de Crianças do 1.º Ciclo do Ensino Básico.....	215
4.2. Estudo II - FOCUS-34 Portugal: Responsividade como Medida de Resultado.....	218
4.2.1. FOCUS-34 Portugal- 2.ª Aplicação.....	218
4.2.1. FOCUS-34 Portugal- Mudança.....	222
4.3. Conclusões.....	234
4.4. Constrangimentos e Limitações.....	239
4.5. Recomendações e Implicações para a Investigação .....	239
4.6. Implicações para a Prática Clínica e Educacional e Relevância Social.....	243
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	246
Anexo A – Questionário de Caracterização Sociodemográfica, Educacional e de Intervenção (Costa & Cruz-Santos, 2019) .....	273
Anexo B – Guião dos Grupos Focais com Profissionais .....	275
Anexo C – Análise Qualitativa dos Grupos Focais com Profissionais .....	278
Anexo D – Guião Semiestruturado da Reflexão Falada com Pais .....	288
Anexo E – Consentimentos Informados e Cartas de Apresentação .....	290
Anexo F – Caracterização da Intervenção na Pandemia por COVID-19 (Complemento à Caracterização Sociodemográfica, Educacional e de Intervenção; Costa & Cruz-Santos, 2019) .....	293
Anexo G – Aprovação do Conselho de Ética da Universidade do Minho .....	296
Anexo H – Aprovação do Gabinete de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (MIME) .....	298

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Componentes da Prática Baseada na Evidência.....	23
Figura 2. Processo Dinâmico da Prática Baseada na Evidência.....	23
Figura 3. <i>Screeplot</i> da Análise Fatorial Exploratória ao FOCUS-34.....	120
Figura 4. Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal.....	170

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Terminologia das Perturbações da Comunicação .....	12
Tabela 2. Instrumentos de Comunicação, Linguagem e Fala - Participação Comunicativa .....	45
Tabela 3. Instrumentos de Participação - Participação Comunicativa .....	49
Tabela 4. Interpretação da Pontuação de Mudança do FOCUS .....	76
Tabela 5. Constituição dos Grupos Focais .....	82
Tabela 6. FOCUS-34 Portugal – Versão Final.....	85
Tabela 7. Distribuição Geográfica da Amostra .....	87
Tabela 8. Distribuição da Amostra Pelas Profissões dos Pais .....	88
Tabela 9. Distribuição por Grupos Etários da Amostra ( <i>N</i> = 206) .....	88
Tabela 10. Caracterização Sociodemográfica da Amostra, de Acordo com o Sistema de Classificação da Comunicação (CFCS) .....	89
Tabela 11. Caracterização Sociodemográfica do Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar, de Acordo com o Sistema de Classificação da Comunicação (CFCS) .....	91
Tabela 12. Caracterização Educacional e da Intervenção do Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar, de Acordo com o Sistema de Classificação da Comunicação (CFCS) .....	93
Tabela 13. Caracterização Sociodemográfica do Grupo de Crianças do 1.º CEB, de Acordo com o Sistema de Classificação da Comunicação (CFCS) .....	95
Tabela 14. Caracterização Educacional e da Intervenção do Grupo de Crianças do 1.º CEB, de Acordo com o Sistema de Classificação da Comunicação (CFCS).....	97
Tabela 15. Distribuição por Grupos Etários da Amostra ( <i>N</i> =168) .....	103
Tabela 16. Caracterização Sociodemográfica da Amostra, de Acordo com o Sistema de Classificação da Comunicação (CFCS) .....	104
Tabela 17. Caracterização Sociodemográfica do Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar, de Acordo com o Sistema de Classificação da Comunicação (CFCS) .....	105
Tabela 18. Caracterização Educacional e da Intervenção do Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar, de Acordo com o Sistema de Classificação da Comunicação (CFCS) .....	106
Tabela 19. Caracterização Sociodemográfica do Grupo de Crianças do 1.º CEB, de Acordo com o Sistema de Classificação da Comunicação (CFCS) .....	109
Tabela 20. Caracterização Educacional e da Intervenção do Grupo de Crianças do 1.º CEB, de Acordo com o Sistema de Classificação da Comunicação (CFCS).....	110

Tabela 21. Valores de Assimetria e Curtose Para os Itens do FOCUS.....	117
Tabela 22. Análise Fatorial Exploratória dos Resultados com Extração de Fatores pelo Método das Componentes Principais ( <i>N</i> = 206) .....	118
Tabela 23. Média das Pontuações dos Itens e Análise da Consistência Interna dos Itens das Partes do FOCUS-34 Portugal – Parte 1 .....	121
Tabela 24. Média das Pontuações dos Itens e Análise da Consistência Interna dos Itens das Partes do FOCUS-34 Portugal – Parte 2 .....	123
Tabela 25. Análise Descritiva dos Itens com Média de Pontuação Superior e Inferior no FOCUS-34 Portugal .....	124
Tabela 26. Correlações dos Resultados nas Partes e no Total do FOCUS-34 Portugal .....	125
Tabela 27. Diferenças no FOCUS-34 Portugal em Função do Nível de Escolaridade .....	126
Tabela 28. Análise de Variância para o FOCUS-34 Portugal no Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar em Função da Faixa Etária .....	127
Tabela 29. Análise de Variância para o FOCUS-34 Portugal no Grupo de Crianças do 1.º CEB em Função da Faixa Etária.....	128
Tabela 30. Diferenças no FOCUS-34 Portugal no Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar em Função do Género .....	129
Tabela 31. Diferenças no FOCUS-34 Portugal no Grupo de Crianças do 1.º CEB em Função do Género .....	130
Tabela 32. Análise de Variância para o FOCUS-34 Portugal no Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar em Função das Habilitações Académicas do Pai .....	131
Tabela 33. Análise de Variância para o FOCUS-34 Portugal no Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar em Função das Habilitações Académicas da Mãe .....	132
Tabela 34. Análise de Variância para o FOCUS-34 Portugal no Grupo de Crianças do 1.º CEB em Função das Habilitações Académicas do Pai .....	133
Tabela 35. Análise de Variância para o FOCUS-34 Portugal no Grupo de Crianças do 1.º CEB em Função das Habilitações Académicas da Mãe .....	133
Tabela 36. Análise de Variância para o FOCUS-34 Portugal em Função do Nível CFCS Atribuído às Crianças.....	135
Tabela 37. Análise de Variância para o FOCUS-34 Portugal no Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar em Função do CFCS das Crianças .....	136

Tabela 38. Correlações Entre as Pontuações do FOCUS-34 Portugal e o Nível CFCS para o Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar.....	137
Tabela 39. Análise de Variância para o FOCUS-34 Portugal no Grupo de Crianças do 1.º CEB em Função do Nível CFCS das Crianças.....	138
Tabela 40. Correlações entre as pontuações do FOCUS-34 Portugal e o Nível CFCS para o Grupo de Crianças do 1.º CEB.....	139
Tabela 41. Diferenças no FOCUS-34 Portugal em Função da Especificidade das Perturbações da Comunicação .....	140
Tabela 42. Análise de Variância para o FOCUS-34 Portugal no Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar em Função do Diagnóstico.....	141
Tabela 43. Análise de Variância para o FOCUS-34 Portugal no Grupo de Crianças do 1.º CEB em Função do Diagnóstico.....	143
Tabela 44. Análise de Variância para o FOCUS-34 Portugal no Grupo de Crianças do 1.º CEB em Função das Medidas de Suporte à Aprendizagem e à Inclusão .....	145
Tabela 45. Análise de Variância para o FOCUS-34 Portugal no Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar em Função do Tempo de Intervenção .....	147
Tabela 46. Análise de Variância para o FOCUS-34 Portugal no Grupo de crianças do 1.º CEB em Função do Tempo de Intervenção .....	148
Tabela 47. Média das Pontuações dos Itens e Análise da Consistência Interna dos Itens da Parte 1 do FOCUS-34 Portugal- 2.ª Aplicação.....	150
Tabela 48. Média das Pontuações dos Itens e Análise da Consistência Interna dos Itens da Parte 2 do FOCUS-34 Portugal- 2.ª Aplicação.....	152
Tabela 49. Análise Descritiva dos Itens com Média de Pontuação Superior e Inferior no FOCUS-34 Portugal- 2.ª Aplicação.....	154
Tabela 50. Valores de Assimetria e Curtose Para os Itens do FOCUS-34 Portugal- 2.ª Aplicação .....	154
Tabela 51. Correlações dos Resultados nas Partes e no total do FOCUS 34 Portugal- 2.ª Aplicação .	155
Tabela 52. Diferenças na pontuação do FOCUS-34 Portugal- 2.ª Aplicação no Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar em Função das Variáveis em Estudo.....	157
Tabela 53. Correlações entre as Pontuações do FOCUS-34 Portugal- 2.ª Aplicação e o Nível CFCS para o Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar.....	159
Tabela 54. Diferenças para a Pontuação do FOCUS-34 Portugal- 2.ª Aplicação no Grupo de Crianças do 1.º CEB em Função das Variáveis em Estudo.....	160

Tabela 55. Correlações entre as Pontuações do FOCUS-34 Portugal- 2. <sup>a</sup> Aplicação e o Nível CFCS para o Grupo de Crianças do 1.º CEB.....	162
Tabela 56. Média das Pontuações dos Itens e Análise da Consistência Interna dos Itens da Parte 1 do FOCUS-34 Portugal- Mudança.....	164
Tabela 57. Média das Pontuações dos Itens e Análise da Consistência Interna dos Itens da Parte 2 FOCUS-34 Portugal- Mudança.....	166
Tabela 58. Análise Descritiva dos Itens com Média de Pontuação Superior e Inferior no FOCUS-34 Portugal- Mudança.....	167
Tabela 59. Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal .....	169
Tabela 60. Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças em Idade Pré-escolar para Cada Idade e Nível CFCS .....	173
Tabela 61. Análise de Variância Para o FOCUS-34 Portugal- Mudança nas Crianças em Idade Pré-escolar em Função da Faixa Etária .....	174
Tabela 62. Análise de Variância Para o FOCUS-34 Portugal- Mudança nas Crianças em Idade Pré-escolar em Função do Nível CFCS Atribuído.....	175
Tabela 63. Interação Entre Faixa Etária e Nível CFCS Para a Pontuação FOCUS-34 Portugal- Mudança nas Crianças em Idade Pré-escolar .....	176
Tabela 64. Correlações Entre as Pontuações do FOCUS-34 Portugal e o Nível CFCS nas Crianças em Idade Pré-escolar.....	176
Tabela 65. Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças do 1.º CEB Para Cada Idade e Nível CFCS.....	178
Tabela 66. Correlações Entre as Pontuações do FOCUS-34 Portugal- Mudança e o CFCS nas Crianças do 1.º CEB .....	179
Tabela 67. Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças em Idade Pré-escolar para Cada Género .....	180
Tabela 68. Diferenças no FOCUS-34 Portugal- Mudança nas Crianças em Idade Pré-escolar em Função do Género .....	180
Tabela 69. Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças do 1.º CEB para Cada Género .....	181
Tabela 70. Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças em Idade Pré-escolar Para Cada Diagnóstico.....	182

Tabela 71. Análise de Variância Para o FOCUS-34 Portugal- Mudança em Função do Diagnóstico nas Crianças em Idade Pré-escolar.....	182
Tabela 72. Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças do 1.º CEB Para Cada Diagnóstico .....	183
Tabela 73. Diferenças no FOCUS-34 Portugal- Mudança em Função do Diagnóstico no Grupo de Crianças do 1.º CEB .....	184
Tabela 74. Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças do 1.º CEB Para Cada Medida de Suporte à Aprendizagem e à Inclusão .....	185
Tabela 75. Diferenças no FOCUS-34 Portugal- Mudança em Função das Medidas de Suporte à Aprendizagem e à Inclusão nas Crianças do 1.º CEB .....	186
Tabela 76. Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças em Idade Pré-escolar Para Cada Tempo de Intervenção .....	187
Tabela 77. Diferenças no FOCUS-34 Portugal- Mudança em Função do Tempo de Intervenção nas Crianças em Idade Pré-escolar.....	188
Tabela 78. Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças do 1.º CEB Para Cada Tempo de Intervenção .....	189
Tabela 79. Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças em Idade Pré-escolar Para Cada Tempo Entre Aplicações FOCUS-34 Portugal .....	190
Tabela 80. Análise de Variância Para o FOCUS-34 Portugal- Mudança em Função do Tempo Entre Aplicações FOCUS-34 Portugal nas Crianças em Idade Pré-escolar.....	191
Tabela 81. Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças do 1.º CEB Para Cada Tempo Entre Aplicações FOCUS-34 Portugal.....	191
Tabela 82. Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças em Idade Pré-escolar Para Cada Frequência de Intervenção .....	193
Tabela 83. Análise de Variância para o FOCUS-34 Portugal- Mudança em Função da Frequência de Intervenção nas Crianças em Idade Pré-escolar.....	193
Tabela 84. Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças do 1.º CEB Para Cada Frequência de Intervenção.....	194
Tabela 85. Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 nas Crianças em Idade Pré-escolar Portugal Para Cada Contexto de Intervenção .....	195
Tabela 86. Diferenças no FOCUS-34 Portugal- Mudança em Função do Contexto de Intervenção nas Crianças em Idade Pré-escolar.....	196



Tabela 87. Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças do 1.º CEB Para Cada Contexto de Intervenção .....	197
Tabela 88. Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças em Idade Pré-Escolar Para Cada Objetivo de Intervenção.....	198
Tabela 89. Análise de Variância Para o FOCUS-34 Portugal- Mudança em Função dos Objetivos de Intervenção nas Crianças em Idade Pré-Escolar .....	199
Tabela 90. Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças do 1.º CEB Para Cada Objetivo de Intervenção.....	200
Tabela 91. Análise de Variância Para o FOCUS-34 Portugal- Mudança em Função dos Objetivos de Intervenção nas Crianças do 1.º CEB.....	201
Tabela 92. Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças em Idade Pré-Escolar Para Cada Modalidade de Intervenção no Contexto Pandémico .....	202
Tabela 93. Diferenças no FOCUS-34 Portugal- Mudança em Função da Modalidade de Intervenção no Contexto Pandémico nas Crianças em Idade Pré-Escolar.....	203
Tabela 94. Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças do 1.º CEB Para Cada Modalidade de Intervenção no Contexto Pandémico .....	205

## INTRODUÇÃO

A participação da criança nos demais contextos diários é um indicador do seu nível de inclusão, qualidade de vida, saúde e bem-estar, sendo a sua importância preconizada nos atuais enquadramentos conceituais (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2001) e legislativos, quer a nível nacional (ex. Decreto-Lei n.º 54 de julho de 2018 que estabelece o regime jurídico da educação inclusiva em Portugal) e internacional (ex. *Individual with Disabilities Education Improvement Act* [IDEA], 2004). Nesta lógica, surge o construto de participação comunicativa, que se especifica à troca de mensagens entre, pelo menos, duas pessoas, numa situação de vida real. O impacto que as perturbações da comunicação (PC) têm na participação diária da criança tem sido amplamente estudado a nível nacional e internacional. As práticas baseadas na evidência (PBE) e os atuais paradigmas para a educação de crianças com PC dão especial ênfase às questões relacionadas com o impacto da perturbação no dia-dia da criança e sua família<sup>1</sup>, direcionando a avaliação e intervenção com estas crianças para práticas centradas na criança e na família, nos contextos naturais, com preocupação em minimizar o impacto da perturbação e melhorar a qualidade de vida dos envolvidos. A importância de medir resultados de intervenção concretos, objetivos e significativos é igualmente destacada nas diretrizes de atuação com crianças com PC (American Speech-Language-Hearing Association [ASHA], 2004a; Decreto-Lei n.º 54/2018).

Face a estes pressupostos, entende-se a pertinência de desenvolver e utilizar instrumentos na prática clínica e educacional que permitam quer avaliar inicialmente, quer monitorizar progressos ocorridos em áreas significativas, como a participação comunicativa.

Todavia, denota-se que tanto os estudos de eficácia de modelos de intervenção, como as práticas clínicas e educacionais distam das orientações expostas, quer pela eventual inadequabilidade dos modelos de intervenção, quer pela escassez no desenvolvimento e utilização de medidas de resultado com enfoque na participação efetiva,

Coadunando-se com o defendido na literatura, algumas práticas têm vindo a aprimorar-se, aproximando-se das PBE. É neste sentido que surge o instrumento *Focus on the Outcomes of Communication Under Six* (FOCUS), desenvolvido no Canadá, que engloba as principais recomendações: é dirigido aos pais/ família, foca-se nos contextos naturais e resultados significativos (participação comunicativa) e pode ser utilizado como medida de resultado, ou seja, demonstra responsividade à mudança que possa ocorrer num curto espaço de tempo de intervenção (entre três e seis meses).

---

<sup>1</sup> No presente trabalho, os termos “família”, “pais”, “cuidadores”, “encarregados de educação” ou “representantes legais” são utilizados com a mesma conotação.

Verificamos que, para além do FOCUS ser dos poucos instrumentos que serve tais propósitos, a nível nacional não é do nosso conhecimento a existência de instrumentos validados com este intuito, justificando a pertinência desta investigação que se debruçará em dois estudos. Ambos se dirigem às crianças em idade pré-escolar (3 aos 6 anos), à semelhança do realizado pelos autores do instrumento original, mas também englobam o alargamento da faixa etária até aos 10 anos, incluindo assim crianças do 1.º Ciclo do Ensino Básico (CEB). O estudo I pretende traduzir, adaptar e validar o instrumento FOCUS-34 Portugal com principais objetivos: 1) desenvolver, aplicar e validar o instrumento FOCUS-34 Portugal; 2) analisar as qualidades psicométricas (fiabilidade e validade) do instrumento FOCUS-34 Portugal; 3) analisar a participação comunicativa, em crianças com PC, de acordo com as variáveis em estudo. Os objetivos do estudo II passam por: 1) verificar se o FOCUS-34 Portugal demonstra responsividade à mudança decorrente da intervenção; 2) analisar as mudanças na participação comunicativa em crianças com PC, após um período de intervenção (3-6 meses), de acordo com as variáveis em estudo (fatores pessoais – idade, género, severidade e diagnóstico; fatores ambientais – medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão e características da intervenção).

Para além do conhecimento científico atual, foi força motriz para a conceção desta investigação a experiência profissional da investigadora principal, desenvolvida ao longo de 12 anos de atuação em equipa multidisciplinar em contexto clínico e escolar, enquanto terapeuta da fala. Tal impulsionou o reconhecimento da urgência da consistência na instrumentalização de práticas, possibilitando a aferição das reais restrições da participação das crianças com PC no seu dia-dia e a mensuração do efeito da intervenção nesse impacto num curto espaço de tempo, envolvendo os principais interessados: a família.

De forma a permitir uma leitura fluida e compreensiva, o presente trabalho divide-se em quatro capítulos organizados numa sequência lógica, que serão seguidamente apresentados.

O primeiro capítulo retrata o atual estado da arte sobre as temáticas envolvidas no estudo. Primeiramente serão revistos conceitos como a participação e a participação comunicativa. Sendo a presente investigação dirigida a crianças com PC, será apresentada a definição e prevalência das mesmas, bem como as evidências sobre o impacto que uma PC causa na vida diária da criança, analisando as restrições na sua participação. Numa segunda parte desta revisão de literatura, abordar-se-ão as evidências científicas e práticas (recomendadas e realizadas) quanto à avaliação, intervenção e monitorização com crianças com PC. Para tal, são contemplados conceitos como as práticas baseadas na evidência, incluindo as práticas centradas na família/ criança, enquadramento legais e diferentes modelos de intervenção utilizados com estas crianças. Abordam-se ainda aspetos relacionados com a análise da eficácia da intervenção (do inglês *effectiveness*) e medidas de resultado de carácter funcional,

culminando nas medidas de resultado da participação comunicativa. Numa terceira e última parte será apresentada a medida de resultado de participação comunicativa selecionada para o presente estudo (instrumento FOCUS), considerando as evidências já recolhidas com o mesmo acerca da participação comunicativa de crianças com PC.

O segundo capítulo inicia a apresentação dos dois estudos concebidos, apresentando, para cada um, os objetivos, as questões de investigação, os instrumentos de recolha de dados, a caracterização da amostra e os procedimentos de recolha de dados. No primeiro estudo inclui-se uma exploração detalhada do instrumento FOCUS na sua versão original, considerando as suas qualidades psicométricas, seguido do processo de tradução, adaptação e validação de conteúdo do instrumento FOCUS-34 Portugal para as crianças em idade pré-escolar e 1.º ciclo do ensino básico. As considerações éticas para ambos os estudos são apresentadas no final deste capítulo.

A apresentação e análise dos resultados são expostas no terceiro capítulo, considerando os dois estudos. Num primeiro momento do estudo I, apresentamos os resultados referentes à análise das qualidades psicométricas do instrumento FOCUS-34 Portugal: validade de estrutural e consistência interna dos itens. Num segundo e último momento do estudo I, apresentam-se as análises diferenciais entre grupos em função das variáveis em estudo, para as crianças em idade pré-escolar e para as crianças do 1.º CEB. No estudo II, numa primeira etapa replicam-se alguns dos procedimentos realizados no estudo I para a segunda aplicação do FOCUS-34 Portugal: análise de qualidades psicométricas e análises diferenciais entre os grupos em função das variáveis em estudo. Num segundo momento, e com vista ao principal objetivo do estudo II acerca da responsividade do instrumento como medida de resultado, são reportados resultados referentes à pontuação diferencial obtida entre as duas aplicações – FOCUS-34 Portugal- Mudança. Para tal é realizada a análise da consistência interna dos itens, bem como as análises diferenciais entre os grupos formados pelas variáveis em estudo para verificação de mudanças na participação comunicativa das crianças com PC após um período de intervenção.

O quarto e último capítulo apresenta as discussões para cada estudo, contrapondo os resultados empíricos com o estado da arte atual. São apresentadas as conclusões do estudo, bem como os constrangimentos, implicações para a investigação e para a prática e relevância social perspetivada.

Partindo da revisão da literatura e culminando com os resultados por nós obtidos em relação à realidade portuguesa, espera-se ter contribuído para o estudo da participação comunicativa em crianças dos 3 aos 10 anos e que o mesmo tenha espelhado a importância do desenvolvimento e utilização de instrumentos de medida de resultados concordantes com as PBE na avaliação e intervenção com crianças com PC.

## CAPÍTULO I - REVISÃO DA LITERATURA

Este primeiro capítulo retrata o atual estado da arte sobre as temáticas envoltas no estudo. Primeiramente serão revistos conceitos como a participação e a participação comunicativa. Sendo a presente investigação dirigida a crianças com PC, será apresentada a definição e prevalência das mesmas, bem como as evidências sobre o impacto de uma PC na vida diária da criança, ou seja, as restrições na sua participação. Numa segunda parte desta revisão de literatura, abordar-se-ão as evidências científicas e práticas (recomendadas e realizadas) quanto à avaliação, intervenção e monitorização com crianças com PC. Para tal, são contemplados conceitos como as práticas baseadas na evidência, incluindo as práticas centradas na família/ criança, enquadramento legais e diferentes modelos de intervenção utilizados com estas crianças. Abordam-se ainda aspetos relacionados com a análise da eficácia da intervenção e medidas de resultado de carácter funcional, culminando nas medidas de resultado da participação comunicativa. Numa terceira e última parte será apresentada a medida de resultado de participação comunicativa selecionada para o presente estudo (instrumento FOCUS), considerando as evidências já recolhidas com o mesmo acerca da participação comunicativa de crianças com PC.

### 1.1. Conceitos de Participação e Participação Comunicativa

Em primeiro lugar torna-se necessário apresentar uma breve resenha sobre o construto de *participação*. A publicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (OMS, 2001) e sua posterior versão "Crianças e Jovens" (CIF-CJ; OMS, 2007) foram um marco na mudança do paradigma de atuação clínica e educacional, fornecendo uma estrutura que permite que os profissionais desenvolvam uma visão abrangente da saúde, integrando não só perspetivas biológicas, como também sociais (OMS, 2007). A CIF-CJ foi desenvolvida como uma estrutura que permite perspetivar a funcionalidade, deficiência e saúde, independentemente da etiologia das dificuldades da criança, implicando maior ênfase nos resultados da participação (Dempsey & Skarakis-Doyle, 2010; McLeod & Bleile, 2004; Prelock et al., 2008; Washington, 2007; Westby & Washington, 2017). Importa rever, sumariamente, os níveis implementados pela CIF:

1. Função e estrutura do corpo: fisiologia e anatomia do corpo (ex. amplitude de movimento dos lábios, língua e mandíbula; anatomia e fisiologia cerebral). Desvios da estrutura ou função dentro deste domínio são descritos como deficiências.

2. Atividade: capacidade de a criança realizar uma tarefa ou ação num ambiente ideal/padrão e indica o seu nível mais alto de funcionamento em um determinado momento (ex. compreensão da linguagem em avaliação em contexto clínico, uso de modos de comunicação verbal e não verbal, incluindo fala e gestos). Dificuldades nestas atividades são descritas como limitações.
3. Participação: desempenho da criança em situações da vida/ em contexto real, descreve o que a criança realmente faz na sua vida diária habitual (ex. formar relacionamentos interpessoais na creche, manter conversas em casa ou na escola, participar em atividades comunitárias). As dificuldades de envolvimento nas várias situações da vida são descritas como restrições na participação.
4. Fatores ambientais: fatores externos à criança, incluindo, por exemplo, atitudes sociais, estrutura legal e política, acesso a intervenções, disponibilidade de financiamento externos.
5. Fatores pessoais: fatores intrínsecos ao indivíduo (ex. idade, género, temperamento).

De acordo com este modelo, uma condição de saúde resulta da interação entre todos estes níveis. Implica que, para se obterem resultados dirigidos às funções do corpo, seja necessário avaliar todo o funcionamento de um indivíduo, tanto em ambientes padronizados como em situações de vida (Thomas-Stonell et al., 2009).

O contributo da OMS através da publicação da CIF é inegável, no entanto a definição do construto de participação e seu modo de operacionalização têm sido amplamente discutidos pela comunidade científica. Considerada como base para os direitos humanos, a participação tem vindo a ser descrita por inúmeros modelos teóricos, reconhecendo-se o seu carácter multidimensional, influenciado por fatores pessoais e ambientais (Correia et al., 2021). Urge, assim, contribuir para a sua definição, pois sem a sua clarificação, a definição de instrumentos de avaliação ou objetivos de intervenção baseados na participação permanecerá uma questão em aberto, com múltiplas abordagens, carente de validade e fiabilidade (Imms et al., 2016).

McConachie et al. (2006) elencaram quatro elementos essenciais para a consideração da participação da criança, reforçando que a mesma é essencial para a sobrevivência, desenvolvimento normal, atividades de lazer e educação. Heah et al. (2007) identificaram quatro características importantes que determinam uma participação efetiva, que foram descritas pelas próprias crianças e pelos seus pais: divertir-se, sentir-se bem-sucedido, fazer e estar com os outros, realizar atividades de modo independente.

Coster e Khetani (2008) propuseram uma forma útil de diferenciação entre situações de vida e atividades, relacionando-as com as dimensões temporais e espaciais: atividades são tarefas

desempenhadas por sujeitos e tendem a ser simples e distintas, enquanto situações de vida são derivadas de sequências de atividades organizadas que sirvam um propósito comum e que permitem o alcance de objetivos significativos a nível social e pessoal, tal como rotinas (ex. refeição ou evento). Estão associadas a contextos específicos (ex. escola ou casa), onde as crianças estão envolvidas com os outros (pares ou cuidadores) ou onde estão socialmente obrigadas a tal (ex. participação na escola). Esta perspetiva foi mais tarde reconhecida e validada empiricamente por Bedell e seus colegas (2011).

Hoogsteen e Woodgate (2010) também contribuíram para a construção deste conceito, definindo alguns dos atributos da participação, onde a criança deve fazer parte de algo ou com alguém, sentir-se incluída, sentir que pode controlar aquilo que faz parte, trabalhar com um objetivo e/ou para alcançar qualidade de vida.

O manual da *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD), desenvolvido por Schalock e seus colaboradores em 2010, apresenta o conceito de participação como o desempenho das pessoas em atividades de vida diária, que está relacionado com o funcionamento da pessoa em sociedade (Schalock et al., 2010; Schalock, 2020). Em conjunto com a CIF (OMS, 2001), constituem-se os dois principais enquadramentos teóricos da funcionalidade humana para o construto da participação (Badia et al., 2013).

Imms e seus colaboradores (2016) procederam a uma revisão sistemática do construto de participação, tendo verificado a estreita ligação entre o mesmo e o construto de Qualidade de Vida (QV), sendo, no entanto, construtos separados que devem ter mensurações específicas. Concluem o teor multidimensional do construto de participação e a existência de cinco elementos frequentemente preditores do mesmo: (a) frequência (*attendance*) (n.º de vezes, parceiros, variedade de atividades) que irá permitir o (b) envolvimento (incluindo a vertente subjetiva deste conceito: motivação/ disposição, afeto, aspetos sociais), como elementos essenciais que têm impacto na (c) competência em atividade e no (d) senso próprio (*sense of self*), ou seja, mudança na auto percepção de competência que pode ocorrer como resultado de uma experiência participativa, confiança, autoestima, satisfação, que, por último influenciam as (e) preferências (atividades escolhidas pela pessoa e significativas para si). Destacam-se as duas primeiras como elementos essenciais quando se trata de definição de participação e as restantes três como elementos relacionados, dado que não são obrigatórias para que haja uma experiência participativa. Ressalva-se ainda que a competência na atividade e o senso próprio podem ser consequências de experiências participativas, mas também preditores das mesmas. Posto isto, uma baixa autoestima, falta de preferências ou competências podem ser preditores de baixos índices de

participação. Acrescentam ainda que a participação é determinada pela comparação da participação individual com o que é esperado pelo sujeito naquela cultura/ sociedade.

A participação em ambientes de suporte otimiza os resultados da família e da criança e ajuda-os a manter as rotinas diárias, facilitando a aquisição de competências (Khetani et al., 2015). A participação nas rotinas diárias, em atividades físicas, de lazer, recreativas e de autoaperfeiçoamento possibilita, a todas as crianças, numerosas oportunidades de desenvolver competências físicas, cognitivas e comunicativas, criar relações sociais, estabelecer comportamentos adaptativos e desenvolver a sua própria personalidade e bem-estar (Chien, Rodger, Copley, & Skorka, 2014; Shields et al., 2015).

Crianças com perturbações do neurodesenvolvimento estão em maior risco de experienciar problemas de participação em atividades, em comparação com os seus pares sem perturbações, particularmente em atividades sociais formais, informais e recreativas, na escola, na comunidade e nas atividades de níveis de desenvolvimento mais complexos, como tarefas domésticas, compras, trabalho (Bedell et al., 2011; Chien, Rodger, Copley, & McLaren, 2014). A participação é reconhecida como um importante resultado a alcançar e um objetivo nuclear para crianças com qualquer tipo de alteração que procuram serviços de educação e/ou saúde, destacando-se a sua forte relação com a melhoria da qualidade de vida, competências sociais e sucesso educativo. A participação em atividades promove um sentimento de pertença, prazer, satisfação e desenvolvimento de competências para proteger social e educacionalmente crianças de riscos de alterações de saúde mental, académicas, problemas sociais (Bedell et al., 2011; Chien, Rodger, Copley, & McLaren, 2014; Khetani et al., 2015).

Muito embora exista um predomínio de pesquisa nesta temática com crianças com alterações no domínio motor, há uma evidência crescente na tentativa de descrição dos padrões de participação de crianças com vários tipos de perturbações – física, intelectual e sensorial (Shields et al., 2015). Alguns destes estudos sugerem que a participação da criança com perturbações do neurodesenvolvimento fora da escola é menos frequente, quando comparada com os seus pares tipicamente desenvolvidos (M. King et al., 2013; Shields et al., 2014). A área da perturbação do desenvolvimento intelectual, bem como a da multideficiência e a das PC são referidas como as mais lacunares nesta temática. Em muitos dos estudos, estes sujeitos são excluídos ou não especificados, noutros não existe uma relação entre a perturbação e o padrão de participação (Shields et al., 2015).

O desenvolvimento pleno da linguagem e da comunicação permite a inclusão da criança no seu meio social, a possibilidade de assumir a sua identidade e o desenvolvimento de aspetos cognitivos e emocionais (Tomasello, 2005). É também através da interação social que as crianças têm acesso a



modelos linguísticos e comportamentais, vivenciando diferentes experiências afetivo-emocionais e linguísticas com os seus pares (Horowitz et al., 2008).

O ser humano, como ser social, é por natureza um ser comunicador. A *comunicação* diz respeito ao processo ativo de troca e transmissão de informação, ideias, necessidades, sentimentos, desejos e/ou experiências entre dois ou mais intervenientes, que envolve a codificação, a transmissão e a decodificação ou compreensão de uma mensagem (Buckley, 2003; Puyuelo & Rondal, 2007). Para que esse processo ocorra é necessário que os interlocutores dominem um código comum e utilizem um canal de comunicação apropriado. As mensagens podem ser transmitidas aos outros de formas distintas e usando combinações distintas de canais verbais e não-verbais (Buckley, 2003). A comunicação não-verbal assume um papel importante e inclui o olhar, a expressão facial, a postura, os gestos e a linguagem corporal. A comunicação verbal refere-se ao uso da linguagem, que pode ser falada ou escrita, sendo o canal mais elaborado e a mais utilizado (Buckley, 2003). A comunicação desempenha um papel fulcral no dia-a-dia do ser humano e está associada à fala e à linguagem. Estas fazem parte de um processo amplo, sendo a comunicação a primeira função das mesmas (Puyuelo & Rondal, 2007). As competências comunicativas efetivas são vitais para uma plena participação na vida social, educacional e familiar (Browder et al., 2014).

Quando se aborda o construto da participação, este não necessita obrigatoriamente de implicar o conceito de comunicação. Por exemplo, ler um livro com prazer, é uma experiência participativa, no entanto, não implica qualquer estabelecimento de interação social (Imms et al., 2017). O conceito de *participação comunicativa* assume os construtos anteriormente definidos, no entanto, é específico à troca de mensagens entre, pelo menos, duas pessoas, com oportunidade de resposta, num contexto de situação de vida real, tendo sido introduzido a primeira vez por Eadie et al. (2006). Yorkston et al. (2008) acrescenta que a participação comunicativa implica participar em situações de vida onde conhecimento, informação, pensamentos, ideias e sentimentos são trocados. Pode ser realizada de várias formas para além da fala, como lendo, escrevendo, ouvindo ou utilizando canais não verbais. A participação comunicativa pode ser transversal a todos os domínios de participação, contudo, não se limita aos mesmos (Eadie et al., 2006). No contexto da infância, a participação comunicativa refere-se à habilidade da criança usar continuamente novas competências linguísticas para comunicar em situações do dia a dia, como na escola, casa e comunidade (Eadie et al., 2006).

Alguns autores referem o termo alternativo, mas equivalente, de “comunicação funcional”, conceito que surgiu no âmbito das alterações em adultos com afasia e que foi transposto para a população infantil (Kinnane, 2021a; Washington, 2020). Contudo, é um termo pouco consensual, dado

que noutras situações é utilizado para remeter para a funcionalidade comunicativa de necessidades básicas em crianças com alterações graves de comunicação e que necessitam de recorrer a métodos alternativos de comunicação (Ghaemmaghami et al., 2021). Uma vez que não é esse conceito que se pretende abordar no presente trabalho, e de modo a evitar ambiguidades, optou-se pela utilização do termo “participação comunicativa”.

Singer et al. (2020) refinaram o conceito de participação comunicativa através de uma análise de Delphi, entre pais, professores, terapeutas da fala, linguistas, investigadores e crianças com PC entre 2 e 8 anos na Holanda, referindo que a participação comunicativa implica compreender e ser compreendido num contexto social de interação, através de competências de comunicação verbal e não verbal.

Atualmente, segundo Cunningham et al. (2020) o construto de participação comunicativa para crianças mantém-se inalterado, sendo importante considerar vários domínios na análise da participação comunicativa, como o domínio emocional, o domínio social, o domínio educacional, a independência, para além das competências de linguagem e fala, para discutir este abrangente e complexo conceito.

### ***1.1.1. Participação Comunicativa em Crianças com Perturbações da Comunicação***

Apresentaremos a definição e prevalência das perturbações da comunicação na população infantil, bem como as evidências sobre o impacto destas perturbações na vida diária da criança, englobando as restrições referentes à sua participação comunicativa. Acresce ainda o impacto do período pandémico vivenciado na altura de realização do estudo.

#### **2.1.2.1. Crianças com Perturbações da Comunicação.**

Considera-se que uma criança apresenta uma PC quando existe uma diferença entre o padrão de comunicação da criança e o padrão de comunicação considerado normal, isto é, aquele que é observado na maioria das crianças da mesma idade (Buckley, 2003). Pode afetar a capacidade de receber, enviar, processar e compreender conceitos de sistemas verbais ou não verbais. Pode manifestar-se na audição, linguagem e/ou fala e pode variar no grau de severidade. Pode ser desenvolvimental ou adquirida, podendo apresentar múltiplas combinações (ASHA, 1993).

A definição e a caracterização das perturbações da comunicação têm sido referenciadas continuamente na literatura, mas verifica-se pouca consensualidade sobre os critérios usados para as identificar e classificar. Esta questão reverte-se de fundamental importância, dado que, como referido por Bishop (2014) a ausência de consenso pode ter implicações na identificação e encaminhamento de

crianças para os serviços de prevenção e intervenção adequados, bem como na comunicação entre profissionais nos contextos de prática clínica e educacional e na investigação.

Dois manuais de diagnóstico (*International Classification of Diseases, 11th Revision* [ICD-11] e o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition* [DSM-5]), elaborados respetivamente pela OMS (2019) e American Psychological Association (APA, 2014), estabelecem critérios para a identificação e classificação das alterações da linguagem e comunicação.

No âmbito das perturbações do neurodesenvolvimento, o DSM-5 (APA, 2014, p.47) esclarece que as PC:

Incluem défices na linguagem, fala e comunicação. A fala é a produção expressiva de sons e inclui articulação, fluência, voz e qualidade de ressonância de um indivíduo. A linguagem inclui a forma, função e uso de um sistema convencional de símbolos governados por regras para a comunicação. A comunicação inclui qualquer comportamento verbal e não-verbal (seja intencional ou não intencional) que influencia ideias, atitudes e comportamentos de outro indivíduo (interlocutor).

Na categoria “Perturbações da Comunicação” incluem-se os diferentes diagnósticos:

- Perturbação da linguagem;
- Perturbação do som da fala;
- Perturbação da fluência do início da infância (gaguez);
- Perturbação da comunicação social (pragmática);
- Perturbação da comunicação não especificada.

O ICD-11 (OMS, 2019) também inclui as perturbações da comunicação no enquadramento das alterações neurodesenvolvimentais, estabelecendo as características de diagnóstico de:

- Perturbação do desenvolvimento da linguagem ou fala;
- Perturbação do desenvolvimento do som da fala;
- Perturbação do desenvolvimento da fluência;
- Perturbação do desenvolvimento da linguagem;
- Perturbação do desenvolvimento da linguagem com afeção da linguagem recetiva e expressiva;
- Perturbação do desenvolvimento da linguagem com maior afeção da linguagem expressiva;
- Perturbação do desenvolvimento da linguagem com maior afeção da pragmática;
- Outras perturbações do desenvolvimento da linguagem ou fala, especificadas;
- Perturbação do desenvolvimento da linguagem ou fala, não especificadas.

Estas classificações assentam em sistemas de diagnóstico com base em pressupostos biomédicos e podem condicionar a correta identificação de alterações linguísticas (Bishop et al., 2017), além de não equacionarem a utilização funcional da linguagem nos contextos de participação da criança, conforme o recomendado pela CIF (OMS, 2007).

Outro importante contributo que também deve ser considerado é o da ASHA (1993) com as suas perspetivas sobre os critérios de diagnóstico para as perturbações em causa. Posteriormente, a ASHA tem vindo a acompanhar as terminologias atuais, tendo inclusive fornecido contributos para a elaboração do DSM-5, apesar de nem todos terem sido integrados (ASHA, 2013).

Também o trabalho desenvolvido por Bishop (2014) e Bishop et al. (2016, 2017) no projeto *Criteria and Terminology Applied to Language Impairments: Synthesizing and Evidence* (CATALISE) são uma referência na terminologia das perturbações da comunicação.

A Tabela 1 procurar sintetizar a terminologia das perturbações da comunicação de acordo com as referências expostas. Por não ser objeto de estudo desta investigação, optámos pela exclusão da perturbação da fluência do início da infância (gaguez).

Tabela 1

## Terminologia das Perturbações da Comunicação

Autores	Perturbação da linguagem (PL)	Perturbação dos sons da fala (PSF)	Perturbação da comunicação social (PCS)
DSM-5 (APA, 2014, pp. 48-56)*	<p>Dificuldade persistentes na aquisição e uso da linguagem transversal às modalidades (i.e. falada, escrita, língua gestual ou outra) devido a défices na compreensão ou produção que incluem vocabulário reduzido, estruturação frásica limitada, défices no discurso.</p> <p>As capacidades linguísticas estão substancialmente ou quantitativamente abaixo das esperadas para a idade.</p> <p>As dificuldades não são atribuíveis a deficiência auditiva ou outra deficiência sensorial, de função motora ou outra condição médica ou neurológica e não são mais bem explicadas por incapacidade intelectual ou atraso global do desenvolvimento.</p>	<p>Termo heterogéneo que inclui a <i>perturbação fonológica</i> e a <i>perturbação da articulação</i>.</p> <p>É diagnosticada quando a produção de sons não corresponde ao esperado para a idade e desenvolvimento da criança e quando não resulta de uma alteração física, estrutural, neurológica ou de deficiência auditiva.</p>	<p>Dificuldade primária na pragmática ou no uso social de linguagem e comunicação, manifestada por défices na compreensão e seguimento de regras sociais de comunicação verbal e não-verbal em contextos naturalísticos, mudança de linguagem de acordo com as necessidades do ouvinte ou situação e seguimento de regras para conversação e contar histórias.</p> <p>Os sintomas não são atribuíveis a outra condição médica ou neurológica ou baixas capacidades no domínio da estrutura da palavra ou gramática, e não são mais bem explicados por perturbação do espectro do autismo (PEA), perturbação do desenvolvimento intelectual (PDI), atraso global do desenvolvimento (AGD) ou outra perturbação mental.</p>
ICD-11 (OMS, 2019)*	<p><i>Perturbação do desenvolvimento da linguagem com afeção da linguagem recetiva e expressiva</i> - dificuldades persistentes na aquisição, compreensão, produção e uso da linguagem. A capacidade de compreender a linguagem recetiva está marcadamente abaixo do nível esperado para a idade do indivíduo e do seu nível de funcionamento intelectual e é acompanhada por dificuldade persistente na capacidade de produzir e usar linguagem expressiva.</p> <p><i>Perturbação do desenvolvimento da linguagem com maior afeção da linguagem expressiva</i> - dificuldades persistentes na aquisição, produção e uso da linguagem. A capacidade de produzir e usar a linguagem expressiva está nitidamente abaixo do nível esperado para a idade do indivíduo e o do seu nível de funcionamento intelectual, mas a capacidade de entender a linguagem falada ou de sinais (ou seja, linguagem recetiva) está relativamente intacta.</p>	<p><i>Perturbação do desenvolvimento dos sons da fala</i> - dificuldades na aquisição, produção e perceção de fala, resultando em erros de produção de fala, em termos de alteração de quantidade ou de qualidade do que é expectável para a idade e nível de funcionamento intelectual.</p> <p>Erros persistentes de produção, articulação ou fonologia que reduzem a inteligibilidade do discurso que se manifestam como erros nos sons da fala típicos do desenvolvimento que persistem para além do esperado na idade ou erros nos sons da fala atípicos. Os erros de fala não são explicados por comprometimento sensorial ou alterações estruturais ou neurológicas.</p>	<p>Dificuldades na compreensão e o uso da linguagem em contextos sociais, como fazer inferências, compreender o humor verbal e significados ambíguos.</p> <p>Linguagem pragmática marcadamente abaixo do nível esperado da idade do nível de funcionamento intelectual, mas os outros componentes da linguagem recetiva e expressiva estão relativamente intactos. Não deve ser usado se a perturbação pragmática da linguagem for explicada por PEA ou por perturbações em outros componentes da linguagem. Exclui outras alterações do sistema nervoso e mutismo seletivo..</p>

Autores	Perturbação da linguagem (PL)	Perturbação dos sons da fala (PSF)	Perturbação da comunicação social (PCS)
ASHA (1993, 2003, 2013)	<p><i>Perturbação da linguagem oral</i> - alterações significativas na aquisição e uso da linguagem entre as modalidades devido a défices na compreensão e/ou produção em qualquer um dos cinco domínios da linguagem (fonologia, morfologia, sintaxe, semântica, pragmática). Pode ocorrer na presença de outras condições como PEA, perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA), surdez, entre outras. Quando é uma deficiência primária - não acompanhada por perturbação intelectual, atraso global de desenvolvimento, audição ou outra alteração sensorial, disfunção motora ou outra perturbação mental ou condição médica - é considerada uma perturbação específica da linguagem (<i>Specific Language Impairment</i>).</p> <p>Em 2013, a ASHA refere que a PL e a PSF podem coocorrer. Refere que crianças com outras perturbações (ex. PEA, PDI) podem ser também duplamente diagnosticados (neste caso com PC), ao contrário do que sugere o DSM-5.</p>	<p>Perturbação de fala - alteração na articulação dos sons da fala, fluência e/ou voz. A perturbação articulatória define-se por uma produção atípica dos sons da fala caracterizada por substituições, omissões, adições ou distorções que podem interferir na inteligibilidade da mesma.</p> <p>Em 2003, a ASHA aconselhou a utilização do termo PSF para os problemas relacionados com a articulação, com a alteração na programação motora da fala (apraxia) ou com a fonologia.</p> <p>Em 2013, a ASHA refere que perturbações motoras da fala, perturbações de voz não devem estar incluídas no DSM-5 por se tratar de perturbações fisiológicas e não desenvolvimentais.</p>	<p>Caracterizada por dificuldades persistentes com o uso da linguagem verbal e não verbal para fins sociais. As dificuldades primárias podem estar na interação social, compreensão social, pragmática, processamento de linguagem ou qualquer combinação dos anteriores. Comportamentos de comunicação social, como contato visual, expressões faciais e linguagem corporal, são influenciados por fatores socioculturais e individuais.</p> <p>Em 2013 a ASHA não recomenda a utilização do termo PCS, indicando que o mesmo deve fazer parte da PL</p>
CATALISE (2014, 2016 2017)	<p>Terminologia de perturbação da linguagem primária ou secundária, neste último caso a uma causa biomédica conhecida como a PDI, a perda auditiva, a lesão neurológica ou a PEA, devendo referir-se que é uma perturbação da linguagem associada a X, e que X é a condição.</p> <p>O termo perturbação específica da linguagem é considerado obsoleto e deve ser atualizado para <i>perturbação do desenvolvimento da linguagem</i> (PDL) quando a criança apresenta dificuldades de linguagem que são graves, não estando associadas a nenhuma condição médica conhecida.</p> <p>A presença de fatores de risco não impossibilita o diagnóstico de PDL (ex. história familiar de PDL ou dislexia, género masculino, nível baixo de escolaridade dos pais, etc.) e a PDL pode coocorrer com outras perturbações (ex. PHDA, perturbação articulatória, problemas emocionais, comportamentais, motores, de leitura e escrita).</p>	<p>Nos casos de alterações fonológicas em idade pré-escolar com bom prognóstico, embora a componente fonológica da linguagem possa estar afetada, não é sugerido o diagnóstico de PDL., mas sim PSF. Neste diagnóstico incluem-se também problemas com produção de fala de origem funcional ou estrutural ou distorções (ex. sigmatismo), onde o som é produzido de forma errada, no entanto sem perder as suas propriedades fonológicas.</p> <p>Quando estes problemas persistem além dos 5 anos de idade, é importante avaliar criteriosamente as capacidades linguísticas da criança, uma vez que as dificuldades fonológicas persistentes são geralmente acompanhadas por problemas de linguagem noutros domínios e têm pior prognóstico, sugerindo-se, nestes casos, o diagnóstico de PDL.</p>	<p>Não utiliza esta terminologia porque considera que a pragmática é um domínio linguístico e, como tal, a perturbação pragmática deve ser um tipo de perturbação da linguagem e não uma nova categoria de perturbação do neurodesenvolvimento.</p>

*Nota.* \* São apresentadas citações diretas dos autores mencionados.

Dissecando as diferentes terminologias das PC (Tabela 1), verifica-se alguma diversidade nos critérios de diagnóstico, sobretudo no que diz respeito à inclusão/ exclusão de comorbidades/ outras perturbações e à especificação de domínios linguísticos afetados (ex. DSM-5 e ICD-11 vs. CATALISE). O projeto CATALISE refere ainda que as diferentes tentativas de classificar em subgrupos não foram, no geral, validadas como categorias que se mantêm estáveis ao longo do tempo. A classificação tradicional usada no DSM-5, em perturbação da linguagem receptiva ou expressiva também não auxilia a indicação de quais os aspetos linguísticos particularmente problemáticos.

A nomenclatura “Perturbações da Comunicação” é um termo genérico para uma população que apresenta variadas características ao nível das alterações comunicativas. Percebe-se, assim, que as crianças com PC não constituem uma população homogénea, sendo as características individuais de cada uma influenciadas pelos domínios que estão limitados, pela severidade, pela idade da criança, pela etapa de desenvolvimento comunicativo, entre outros (Conti-Ramsden & Durkin, 2015). Todavia, verificam-se dois denominadores comuns a toda e qualquer tipo de PC, independentemente da classificação terminológica adotada:

1. O início dos sintomas ocorre no início do período de desenvolvimento, geralmente na primeira infância.
2. As dificuldades são graves o suficiente para causar limitações significativas e funcionais na capacidade de comunicação efetiva do indivíduo interferindo a sua vida diária, participação social, desempenho ocupacional e/ou educacional, desenvolvimento de relações sociais, em vários contextos e com diferentes interlocutores.

A referir ainda a existência de crianças com alterações de linguagem ou fala de carácter temporário que podem não vir a apresentar critérios suficientes para um diagnóstico, mas que, de igual forma, experienciam limitações significativas e funcionais durante o período em que persiste a alteração (ShIPLEY & McAfee, 2021). No âmbito desta investigação, optou-se pela utilização uniforme do termo PC, sabendo que estas situações também poderão estar incluídas.

#### **2.1.2.2. Prevalência das Perturbações da Comunicação.**

As PC são condições ainda pouco conhecidas, investigadas, subidentificadas pelos professores e pais e, conseqüentemente, são subdiagnosticadas e subintervencionadas. Por outro lado, apresentam uma grande prevalência em comparação com outras alterações do neurodesenvolvimento (McGregor, 2020).

Um estudo epidemiológico de larga escala da autoria de Tomblin et al. (1997) reportou uma estimativa de prevalência da perturbação específica da linguagem (PEL, condição agora denominada PDL), em crianças monolíngues falantes de inglês, que frequentavam o jardim-de-infância, de cerca de 7.4 %, com uma incidência de 8% dos rapazes e 6% das raparigas com PEL.

Numa revisão sistemática de Law et al. (2000) a prevalência média de crianças com perturbação da linguagem até aos 16 anos de idade, foi de 7.4%. Relativamente às perturbações da fala, a mesma revisão sistemática da literatura, indica uma prevalência entre 2.30% e 24.60%. Quando em concomitância (perturbações da fala e da linguagem), referem uma prevalência média de 5.95%, apesar da prevalência dos estudos analisados variar entre 1% e 15%, dependendo dos critérios utilizados para definir a perturbação, da idade da criança e do local onde o estudo é desenvolvido.

Em 2001, estudos apontavam que cerca de 2% de toda a população infantil tem perturbações da comunicação, correspondendo a aproximadamente 20% das crianças com necessidades educativas especiais (Fad & Kipping, 2001).

Puyuelo e Rondal (2007) referem que cerca de 10 a 15% das crianças apresentam alterações da comunicação nos primeiros anos de vida.

McLeod e Harrison (2009) referem que 15-22% da população pré-escolar apresenta perturbações da comunicação.

Num outro estudo, realizado por Costa (2011), verificou-se uma prevalência de 20.77% para a perturbação da linguagem, de 10.77% para a perturbação da linguagem e fala e de 7.7% para as perturbações da fala, em crianças dos 3 aos 6 anos.

Segundo dados do National Institute for Deafness and Other Communication Disorders (NIDCD), atualizados em maio de 2016, cerca de 7.7% das crianças dos Estados Unidos da América (EUA) entre os 3 e os 17 anos apresentam uma PC (voz, linguagem, fala) ou de deglutição. Desta percentagem, cerca de 34% têm PC associadas ou outro tipo de perturbação. Continua a detetar-se que a percentagem é superior nos rapazes, bem como na raça caucasiana em comparação com outras. O resultado do relatório da ASHA (2019) corrobora esta ideia, referindo que as PC são mais frequentes em crianças do género masculino (ex. 70.1% das crianças em intervenção dos 0 aos 5 anos são do género masculino). No entanto, Cruz-Santos (2018) alerta que o atual rácio de rapazes para raparigas é de 1.33, bastante inferior aos rácios de género reportados na literatura mais antiga. Para além do género, crianças de famílias com menor estatuto socioeconómico e habilitações académicas, demonstram maior propensão às PC (Paul et al., 2018).



Wren et al. (2016) realizaram um estudo longitudinal que demonstrou uma prevalência de 3.6% de PSF em crianças com 8 anos.

Em 2017, O'Hare afirma que 5-8% da população pré-escolar apresenta algum tipo de PC.

Quanto à tipologia da perturbação, existem indicadores que a perturbação da linguagem (PL) expressiva é a mais comum em idade pré-escolar (59.3% das crianças em intervenção), logo depois seguem-se as alterações de articulação/ inteligibilidade (ASHA, 2019). É indicada uma elevada comorbilidade entre a PDL e a PSF, com uma percentagem de 10 a 15 % de crianças em idade pré-escolar e 6% em idade escolar/ 1.º CEB (ASHA, 2019).

Dados do Royal College of Speech and Language Therapists (RCSLT, 2020) revelam uma percentagem de PDL de 7.58% e 2.34% de PL associadas a outra condição (ex. PEA, PDI], paralisia cerebral), o que perfaz um total de 9.92%. Dados do Raising Awareness of Developmental Language (RADLD, 2021) referem que uma em cada 14 crianças apresenta PDL.

Em Portugal, os estudos acerca da prevalência neste âmbito são escassos. Silva e Peixoto (2008) indicam uma prevalência de PC de 48.2% em crianças entre os 5 e os 11 anos, sendo as mais comuns a nível da articulação (34.1%) e a nível da linguagem (12.2%). Lousada et al. (2016) apontam para uma prevalência de 34.16% de crianças com PDL em Portugal. A. Castro et al. (2019) indicam uma prevalência de PDL 80 a 111 por cada mil crianças.

Apesar das diferenças nas metodologias, nos resultados, e no tipo e idade das perturbações estudadas, os estudos, no geral, parecem indicar uma prevalência elevada para as perturbações da comunicação.

### **2.1.2.3. Restrições na Participação Comunicativa de Crianças com Perturbações da Comunicação.**

Pela facilidade com que o processo de comunicação acontece para pessoas com desenvolvimento típico, é importante refletir sobre como a comunicação é essencial para o funcionamento e inclusão no dia-a-dia. Crianças com PC apresentam falhas nas competências que lhes permitem ser bons comunicadores, interferindo a comunicação e no sucesso nas interações diárias a nível social e académico. Estas crianças podem experienciar dificuldades na participação comunicativa, como por exemplo, partilhar uma história com um amigo, convidar e ser convidado para uma festa de anos, responder a uma pergunta do professor na sala de aula, serem incluídas pelos amigos (Washington, 2020).

Sabemos já que o desenvolvimento e uso da comunicação, linguagem e fala ocorre fundamentalmente através do envolvimento em ambientes naturais e socialmente ricos em linguagem (ex. durante interação criança/ pais, brincar com os pares), sendo mais bem descrito à luz de modelos biopsicossociais, ecológicos e transacionais do que um modelo médico. Markham e Dean (2006) afirmam que as dificuldades de fala e linguagem, quer a curto, quer a longo prazo influenciam a forma como a criança vive e muitas destas influências extrapolam a competência específica de usar e compreender linguagem. Janik-Blaskova e Gibson (2021) referem que mais que a raça, o género, a idade ou o estatuto sócioeconómico, as diferenças linguísticas têm um grande efeito no sucesso social e inclusão de crianças em idade pré-escolar.

Já em anos anteriores à publicação da CIF, e não obstante a escassez de investigação já referida, existia evidência científica, sobretudo para crianças em idade pré-escolar, sobre as correlações entre as dificuldades de comunicação e linguagem e o impacto negativo no desenvolvimento social, emocional, e escolar das crianças. Acresce ainda o facto de que quanto mais grave for o comprometimento ao nível da linguagem e comunicação, mais significativos são os problemas comportamentais e sociais (Botting & Conti-Ramsden, 2000; Hart et al., 2004; Markham & Dean, 2006; McCabe, 2005).

No que se refere às alterações de fala, linguagem ou comunicação, o enquadramento CIF-CJ destaca a importância de investigar, de forma integral, como as dificuldades estruturais e funcionais estão relacionadas com as atividades quotidianas de uma criança e como podem interferir, por exemplo, na capacidade de uma criança comunicar em casa ou na comunidade, refletindo sobre a severidade funcional (McCormack et al., 2011; Kinnane, 2021c; Roulstone et al., 2013; Thomas-Stonell et al., 2009, 2010, 2013). Aprender e aplicar conhecimentos; tarefas gerais; comunicação; interações e relacionamentos interpessoais; áreas importantes da vida, como educação, a vida comunitária, social e cívica são categorias de atividades e participação incluídas na CIF-CJ, onde a criança com PC pode experimentar restrições (McLeod & Baker, 2017).

Com a implementação de um paradigma mais social, a investigação nesta área aumentou consideravelmente, sendo possível elencar-se algumas das características que se podem observar com frequência numa criança com PC devido, por um lado, à ineficácia da interação social e, por outro lado, às reduzidas oportunidades de melhoria das competências linguísticas, comunicativas e sociais durante a interação. Este impacto, não sendo visível de igual modo em todas as crianças, desenvolve-se numa relação transacional entre todos os domínios da participação comunicativa (social, comportamental/emocional, educacional) (O'Hare, 2017). Em Portugal, Ramos (2017) refere um impacto negativo mais visível em crianças com idades mais próximas da idade escolar, ou seja, com idade superior a 6 anos,

em comparação com crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 5 anos de idade, possivelmente devido a não apresentarem uma grande consciência acerca da sua perturbação.

Embora existam evidências do impacto de uma PC na participação da criança, estudos comparativos comprovam que, exceto no domínio da participação comunicativa, as crianças com PC apresentam melhores resultados na participação e funcionalidade do que crianças com AGD, PDI ou alterações motoras (Shevell et al., 2005; Williams et al., 2019).

Elencamos abaixo algumas das características das crianças com PC encontradas na pesquisa dirigida a esta temática. Estas investigações sobre o impacto de uma PC na vida da criança foram realizadas tendo por base as perspetivas dos pais e profissionais que interagem com a criança com PC, através da recolha de dados por entrevistas semiestruturadas, listas de verificação (*checklists*) e observação direta, onde cada um apresenta diferentes, mas igualmente válidas, expectativas e perspetivas sobre a comunicação da criança (McAllister et al., 2011; McLeod & Harrison, 2009). As características que apresentamos resultam de estudos em diferentes países, incluindo três estudos com achados referentes ao contexto nacional (Carvalho, 2019; Guimarães, 2017; Ramos, 2017). Pelos desafios inerentes à vida em sociedade global, estima-se que o impacto de uma PC na vida diária de uma criança seja idêntico e transversal a nível internacional. Pela abrangência do conceito de participação comunicativa, compreende-se a necessidade de análise do impacto de uma PC dos domínios sociais, emocionais e educacionais.

#### *Domínio Social/ Jogo*

As crianças com PC tendem a apresentar:

- Interlocutores diferentes, visto que fazem as atividades sozinhas ou com família próxima, em sua própria casa ou com familiares próximos, ao contrário do que acontece com crianças com outro tipo de alterações ou sem alterações, onde os amigos e comunidade estão também incluídos (Raghavendra et al., 2011);
- Maiores níveis de satisfação para atividades extraescolares, nomeadamente atividades informais (porque têm muito pouco contacto com atividades formais) (Raghavendra et al., 2011);
- Dificuldades em interagir, conversar e socializar com os pares (Dockrell et al., 2012; Guimarães, 2017; Levickis, 2017; Lindsay & Dockrell, 2012; Markham et al., 2009; McCormack, 2009, 2010b, 2011, 2012; Murray & Iuzzini-Seigel, 2017), com a família – pais e irmãos - (McCormack et al., 2010b; McLeod & Threats, 2008), e com outros adultos (McCormack et al., 2009, 2010b), dado que estão sujeitas a uma maior ocorrência de situações em que são mal interpretadas;

- Fraca qualidade nas relações de amizade: são ignoradas ou rejeitadas com maior frequência pelos pares em contextos inclusivos e são menos responsivas às pistas sociais das outras crianças (Carvalho, 2019; Guralnick et al., 2006; Lloyd-Esenkaya et al., 2020; Jester & Johnson, 2016; RCSLT, 2009);
- Mais iniciativa comunicativa na interação com adultos do que com os seus pares (Carvalho, 2019; Guralnick et al., 1996; Hadley & Rice, 1991);
- Respostas com enunciados mais curtos ou com recurso a respostas não-verbais (Guralnick et al., 1996; Hadley & Rice, 1991);
- Maior dificuldade em participar numa atividade que está a decorrer entre uma díade, são mais passivas e falam menos (Horowitz et al., 2006; Guimarães, 2017);
- Maior permanência em jogo solitário (isoladas) e paralelo, e não social, sendo dependentes dos pares ou mediador (ex. educadora) para manter, estruturar e expandir os temas para o faz de conta (Guimarães, 2017; Stanton-Chapman & Brown, 2015; Ramos, 2017);
- Dificuldade em explicar as regras de um jogo, em fazer reparos ou clarificações (Lautamo et al., 2011).

### *Domínio Comportamental*

As competências linguísticas e comportamentais codesenvolvem-se e é provável que haja relações recíprocas entre elas. Muitas crianças com dificuldades linguísticas significativas não são diagnosticadas até serem encaminhadas devido aos problemas de comportamento (Bishop et al., 2016). As crianças com PC tendem a apresentar:

- Diminuição do bem-estar sócio emocional e menor qualidade de vida (Feeney et al., 2012; Markham et al., 2009; Law et al., 2010; Levickis, 2017; Lyons & Roulstone, 2018; McCormack et al., 2009)
- Propensão a problemas de saúde mental/ emocional, nomeadamente baixa autoestima, stress e *bullying*, problemas de ansiedade, sobretudo a partir da idade escolar (Conti-Ramsden & Botting, 2008; Levickis, 2017; Markham et al., 2009; McCormack et al., 2009, 2011; Murray & Iuzzini-Seigel, 2017; Law et al. 2010; Yew & Kearney, 2013);
- Presença de comportamentos negativos comparativamente aos seus pares, tais como chorar, bater ou atirar os brinquedos durante a brincadeira, revelando dificuldades na resolução de conflitos (Longobardi et al., 2016);

- Reações impulsivas, tais como agir intrusiva e fisicamente ou retirar-se da interação (McCabe & Meller, 2004);
- Reação de externalização ou internalização de frustração e de oposição (Charman et al., 2015; McConachie et al., 2015; McCormack, et al., 2010a, 2010b; Ramos, 2017);
- Sentimento de rejeição devido ao fracasso dos processos comunicativos (Longobardi et al., 2016; RCSLT, 2009);
- Dificuldade em manter a atenção, gerir stress (McCormack et al., 2009, 2010a, 2010b);
- Oposição à ida para a escola, sobretudo a partir da idade escolar (ASHA, 2020a).

### *Domínio Educacional*

- As crianças com PC tendem a apresentar problemas na aprendizagem formal da leitura e da escrita (McCormack et al., 2009; Law et al., 2010; Lousada, 2012; McLeod et al., 2019) com dificuldades associadas com a consciência fonológica e com as capacidades de processamento da leitura (Carroll & Snowling, 2004; Holm et al., 2008).

Por serem consideradas condições “invisíveis”, o impacto de uma PC é menos conhecido e estudado do que outras alterações do desenvolvimento, como a PEA, as perturbações motoras ou as perturbações sensoriais. Contudo ter uma PC pode ter grandes efeitos negativos não só no imediato, como a longo prazo na escola (aprendizagem e relações), no trabalho, na participação social e no desenvolvimento da saúde emocional (maior propensão à atribuição de diagnósticos do foro psiquiátrico) e comportamental ao longo de toda a vida, reforçando a importância de uma identificação e intervenção o mais precoce possível (Brownlie & Beitchman, 2015; Brownlie et al., 2016; Clegg et al., 2005; Conti-Ramsden & Botting, 2008; Conti-Ramsden et al., 2013; Cruz-Santos, 2018; Durkin & Conti-Ramsden, 2010; Felsenfeld et al., 1994; Glória et al., 2016; Law et al. 2009; Law et al., 2010; Law et al., 2012; Lindsay & Dockrell, 2012; Lousada, 2012; McCormack et al., 2009; McLeod et al., 2019; Redmond & Rice, 2002; Snowling et al., 2006; St Clair et al., 2011; Wadman et al., 2011; Yew & O’Kearney, 2013). Este impacto das PC na vida da criança tem tendência a agravar-se progressivamente, visto que são cada vez mais valorizadas competências transversais como a comunicação interpessoal, pensamento crítico, capacidades de escrita, utilização de plataformas digitais para comunicar social e profissionalmente (Kinnane, 2021a). Muitas das vezes, só no 1.º CEB é que algumas crianças são diagnosticadas por apresentarem dificuldades em competências mais complexas como a metalinguagem e as narrativas, que até então não tinham sido identificadas (Cruz-Santos, 2018).

Em comparação com as PSF, as PDL, no geral, predizem maiores dificuldades na compreensão leitora e na função social na escola, casa e comunidade, sendo que crianças com PSF têm muitas das vezes os mesmos resultados académicos que os seus colegas, ao contrário de crianças com PDL, que revelam dificuldades em todas as áreas académicas (matemática, cálculo, leitura e escrita) (McGregor, 2020). Brinton e Fujiki (2017) sugerem que muitas crianças com PDL, sobretudo a partir da idade escolar, experienciam dificuldades na alternância de turnos e na gestão dos tópicos de conversação e em responder às iniciativas comunicativas dos outros. O RCSLT (2020) acrescenta que, em crianças com PDL, para além do processamento, expressão e compreensão de linguagem, é considerável o impacto a nível educacional, comunicação social, saúde mental, competências funcionais e de emprego, qualidade de vida, economia e finanças que persistem até à idade adulta, estando o sucesso dependente de um adequado suporte ao longo da infância. Contudo, devem analisar-se estas comparações com base no diagnóstico com cautela e considerar a definição adotada para PSF nos estudos, uma vez que existem PSF com grave impacto funcional (ex. dispraxia verbal de desenvolvimento [DVD], perturbações fonológicas graves) e muitas das particularidades do impacto funcional em crianças com PDL encontram-se igualmente documentadas para crianças com PC, como verificado nos estudos de McCormack et al., (2009, 2010a, 2010b, 2012).

#### ***1.1.1.1.1. Impacto da Pandemia por COVID-19 na Participação Comunicativa das Crianças.***

Importa reportar este estudo à época específica em que foi realizado, coincidente com a pandemia decretada pela OMS a 11 de março, provocada pelo Vírus SARS-CoV-2, responsável pela doença COVID-19 (Direção Geral de Saúde [DGS], 2020).

A COVID-19 transmite-se pessoa-a-pessoa, por contacto próximo com pessoas infetadas pelo vírus (transmissão direta) ou através do contacto com superfícies e objetos contaminados (transmissão indireta). Em sequência, foram adotadas medidas de contingência várias, entre as quais o isolamento social, a suspensão de todas as atividades presenciais (escolares, terapêuticas, desportivas, culturais, etc.) e o uso da máscara (DGS, 2020). Tal trouxe importantes desafios à sociedade e às famílias.

Durante o período em que as crianças estiveram em casa, privadas de contactar com outras crianças e adultos, as suas experiências sociais e ambientais foram reduzidas, sabendo-se que é através destas que se desenvolvem aspetos comunicativos e linguísticos de forma natural e espontânea (Tomasello, 2005). Durante este período as crianças registaram uma exposição excessiva aos dispositivos eletrónicos, como *tablets*, computadores e telemóveis, o que poderá ter impacto no desenvolvimento da linguagem (Karani et al., 2022), existindo já evidências das correlações positivas

entre o tempo de exposição a dispositivos eletrônicos e as pontuações mais baixas obtidas em testes normativos de linguagem em Portugal, em crianças em idade pré-escolar (Gomes, 2022). Também o uso da máscara como medida preventiva no combate ao novo coronavírus, se constitui como uma medida que dificulta o processo comunicativo e social dos bebês e crianças. Todo o processo de comunicação não verbal fica condicionado uma vez que a criança apenas visualiza os olhos do adulto, tendo mais dificuldade em reconhecer expressões faciais, bem como o ponto e modo articulatório dos sons da língua (ASHA, 2022a, 2022b; Cruz et al., 2022; Frota et al., 2022). Estima-se que esta situação pandêmica possa ter acarretado limitações no desenvolvimento das crianças com desenvolvimento típico, agravando-se as mesmas em crianças com perturbações do neurodesenvolvimento. Em qualquer das situações, não são do nosso conhecimento estudos que demonstrem evidências deste impacto nas crianças com PC.

## **1.2. Avaliação e Intervenção com Crianças com Perturbações da Comunicação**

São várias as evidências do impacto que uma PC pode causar nos vários domínios e áreas de vida de uma criança, incluindo a sua participação comunicativa. Tal leva-nos a duas questões: Quais as diretrizes preconizadas na literatura para avaliar, intervir e monitorizar os resultados que se pretendem obter junto destas crianças/ famílias? E na prática clínica e educacional, será o impacto funcional tido em conta aquando da avaliação, intervenção e monitorização junto de crianças/ famílias com PC? Iniciaremos esta secção abordando três premissas essenciais no processo de avaliação-intervenção-monitorização que se relacionam entre si: práticas baseadas na evidência (PBE); enquadramentos legais para atuação junto de crianças com PC; e modelos de intervenção para crianças com PC. Para cada um, faz-se o contraponto das evidências descritas na literatura com as evidências documentadas da prática clínica e educacional. Por fim, e na lógica do anunciado por estas três premissas, destaca-se o conceito de medidas de resultado, sua importância e aspetos a ter em conta na construção das mesmas. Também aqui se realiza um paralelismo entre as evidências descritas na literatura (recomendações) e as evidências documentadas da prática clínica e educacional.

### ***1.2.1. Práticas Baseadas na Evidência***

À semelhança do que já vinha a acontecer na prática médica, recentemente, a prática baseada na evidência (PBE) começou a ser aplicada a outras áreas de saúde e educação (Dollaghan, 2004a, 2004b; Justice & Fey, 2004).

A PBE suporta-se em três pilares: (a) experiência da prática do profissional; (b) evidência interna e externa; (c) preferências da família/ criança (ASHA, 2004a, 2004b; ASHA, 2021a; Dollaghan, 2007) (Figura 1).

A PBE deve ser tida em conta em qualquer processo de tomada de decisão clínica. É um processo cíclico e dinâmico que consiste, sumariamente, em formular uma questão clínica para a qual se pretende obter resposta, recolher evidência interna e externa de suporte à mesma, avaliar a evidência recolhida e tomar uma decisão clínica (ASHA, 2021a) (Figura 2).

**Figura 1**

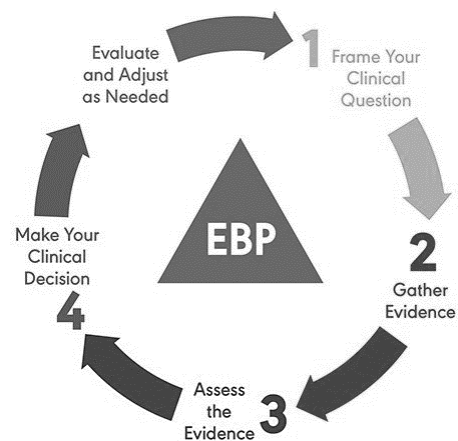
*Componentes da Prática Baseada na Evidência*



*Nota.* Retirado de "Evidence Based Practice" por ASHA, 2021a, <https://www.asha.org/research/ebp/>.

**Figura 2**

*Processo Dinâmico da Prática Baseada na Evidência*



*Nota.* Retirado de "Evidence Based Practice" por ASHA, 2021a, <https://www.asha.org/research/ebp/>.

A evidência interna refere-se aos dados e observações recolhidos junto da criança e ao longo das sessões. Podem ser observações subjetivas sobre a criança ou informações objetivas sobre o seu desempenho compilados ao longo do tempo (ex. reavaliações/ monitorizações). O conhecimento clínico do profissional irá permitir-lhe selecionar qual a informação mais importante para acompanhar a situação e necessidades específicas da criança (ASHA, 2021a).

Ao ter em conta este tipo de evidências, é possível determinar se uma intervenção teve ou não efeito sobre a criança. Higginbotham e Satchidanand (2019) adaptado por ASHA (2021a), indicam quatro questões orientadoras para as quais o profissional deve procurar resposta:

1. A criança demonstrou algum tipo de resposta à intervenção?
2. A resposta é significativa para a criança?
3. A intervenção deve continuar? Por quanto tempo mais?
4. O alvo, a abordagem de intervenção ou o modelo de serviço prestado devem ser mudados?



Com a recolha de uma boa evidência interna exclusiva de um cliente em específico, o processo de procura de evidência externa será mais concretizável e facilitará a tomada de uma decisão clínica (ASHA, 2021a).

Por ser dinâmico e contínuo, implica que o profissional realize uma monitorização periódica objetiva dos efeitos da intervenção (ASHA, 2021a; Cunningham et al., 2019). Sempre que necessário (ausência de evoluções, mudança nas necessidades da criança/ família, priorização de outros objetivos) o processo cíclico da PBE deve ser reativado, de modo a encontrar as melhores respostas para cada criança.

A evidência externa (i.e., literatura científica) responde a questões clínicas e educacionais, tais como se uma determinada avaliação mede o que é necessário medir ou se determinada abordagem de intervenção é eficaz para causar mudança na criança. A avaliação da qualidade da evidência externa disponível é crucial e determinante para a fiabilidade, importância e aplicabilidade da investigação científica relevante à condição e necessidades de cada criança/ família (ASHA, 2021a).

É inequívoco que na prática baseada na evidência deve ser considerada a avaliação do impacto dos comprometimentos da comunicação, linguagem e fala na participação comunicativa em diferentes contextos sociais naturais. Tal permite aprofundar o entendimento das restrições das funções sociais pelos profissionais, otimizando a intervenção com vista a uma maior inclusão em sociedade (Roulstone & McLeod, 2011).

As práticas centradas na família acontecem quando o profissional reconhece que a família é o maior conhecedor da criança e desenvolve um trabalho que inclui a família em toda a avaliação e intervenção (Law et al., 2017; Paul & Roth, 2011). Desenvolver um plano de avaliação e/ou de intervenção com a incorporação dos três principais componentes da PBE implica envolver e priorizar as perspetivas e necessidades da criança e família ao longo do processo (ASHA, 2016b, 2021a; Cunningham et al., 2020; Kokorelias et al., 2019; Law et al., 2017; Paul & Roth, 2011; Thomas-Stonell et al., 2010; Washington, 2021; Westby & Washington, 2017). O processo de tomada de decisão partilhada (TDP, i.e., participação bidireccional de pais/ criança e profissionais) deve acompanhar o *continuum* avaliação-intervenção-monitorização (Bowen, 2015; Elwyn et al., 2014), envolvendo a identificação e negociação de objetivos e estratégias relevantes para a vida diária da criança, bem como a gestão das expectativas, garantindo que os objetivos são significativos e têm impacto em termos de participação, independência e inclusão, reconhecendo a família como o maior conhecedor da criança (Roulstone, 2013). Caso contrário, incorre-se o risco de a família não assumir um papel ativo no processo e de se criar um desajustamento entre aquilo que pais e profissionais desejam como resultados da

intervenção. De forma semelhante, o trabalho com os educadores/ professores pode potencializar o sucesso da intervenção (Law et al., 2017).

Na operacionalização deste tipo de práticas, os inventários parentais de medidas de resultados (*parent-report outcome measures* [PROM]) assumem especial importância para conhecer a participação da criança na vida real e medir eventuais mudanças que possam surgir. McCormack et al. (2012) realizaram um estudo qualitativo sobre as experiências daqueles que vivem com a PSF, evidenciando a importância de considerar este tipo de estudos em conjunto com outras pesquisas mais quantitativas no âmbito da prática clínica e educacional dos profissionais.

Considerando estudos realizados com pais sobre os resultados que mais valorizam numa intervenção, verifica-se um enfoque no impacto funcional do problema, demonstrando preocupações com restrições na participação (ex. timidez, comportamento, ninguém o entende, não consegue manter uma conversa, não consegue compreender o que leio) (Kinnane, 2021e; McLeod et al., 2018; Thomas-Stonell et al., 2009). Kwok, Bootsma, et al. (2021) demonstram que os principais aspetos valorizados pelos pais das crianças com PC num serviço de intervenção são: TDP, acessibilidade do serviço, impacto na criança, papéis e relações que a criança e família assumem e as suas expectativas. Em detrimento dos resultados académicos, relacionam a independência (literacia e numeracia – ler sinais, saber as horas, manusear dinheiro) e a inclusão social (fazer amigos, sentimento de pertença a um grupo, aceitação pelo grupo) da criança com o desenvolvimento de competências comunicativas e o melhoramento de atitudes das pessoas próximas sobre estas crianças (ex. comprar doces numa loja ou conseguir dizer que o troco não está correto) (Roulstone et al., 2012, 2013). Para as famílias, “falar corretamente” é apenas uma parte da solução do problema, passando esta também por intervir na frustração e nos sentimentos negativos, bem como na sensibilização dos parceiros comunicativos. Os pais relataram em si próprios sentimentos de angústia, de culpa, isolamento, fadiga, estigmatização e demonstraram preocupação sobre as atitudes dos outros em relação à criança, tendo que, para além das funções inerentes a qualquer pai, explicar aos outros as dificuldades do filho, traduzir o filho, estimular o filho e encontrar potenciais amigos para o filho, garantindo constantemente que o filho não é incompreendido, excluído ou ignorado. Na intervenção, há uma necessidade de apoiar tanto as crianças com PC, como as suas famílias (López et al., 2021; McCormack, 2010b, 2012).

Os instrumentos dirigidos à criança em detrimento dos dirigidos a pais ou profissionais, merecem uma consideração muito cautelosa, pois é necessária mais investigação para a execução bem-sucedida desses procedimentos com crianças com PC. Este tipo de instrumento é tipicamente desenvolvido para idades muito específicas pois implica que a criança tenha capacidade de autorreflexão, pensamento

abstrato, entre outras competências. Por isso, são habitualmente aplicados com crianças de desenvolvimento típico, sendo a sua apropriação para crianças com dificuldades cognitivas ou de comunicação muito discutida (Cohen & Hula, 2020; Roulstone et al., 2013). Não obstante, questionar a criança sobre as suas prioridades, preferências, objetivos e incluí-la na TDP é um importante desafio a ser tido em conta. A maioria das crianças com PC pretende aumentar a sua socialização, mas a lacuna de ferramentas linguísticas, oportunidades e experiências participativas impedem-lhes de ter sucesso (Kinnane, 2021b).

Roulstone et al. (2015) demonstram que, segundo os terapeutas da fala, um dos seus maiores objetivos de intervenção é ajudar os pais e empoderá-los. Na sua revisão sistemática de 2019, Law et al. afirmam que há um reconhecimento crescente, por parte dos profissionais (neste caso terapeutas da fala) da importância do trabalho com a família. Furlong et al. (2021) demonstram que os terapeutas da fala australianos selecionam abordagens híbridas para a intervenção nas PSF, adequando a intervenção às necessidades individuais de cada um.

Em Portugal, Oliveira et al. (2015) revelaram no seu estudo que a maioria dos terapeutas da fala (58%) que respondeu ao questionário sobre abordagens utilizadas com crianças com PSF, envolve os pais no processo de intervenção das crianças, bem como os professores, no entanto não é especificada de que forma isso acontece. A. Castro et al. (2019) referem o envolvimento parental dos pais como prática relatada pelos profissionais que atuam com crianças com PDL, no entanto, por vezes é dificultado pelas diferenças culturais. Estudos de A. Pereira e Serrano (2010, 2014) e A. Pinto et al. (2012) reforçam a necessidade de uma mudança e entendimento concetual nas práticas, com necessidade de formação de profissionais; mudanças nas barreiras atitudinais, comportamentais e sistémicas; aumento da colaboração em e entre equipas e abertura a uma nova cultura e diálogo, de forma a diminuir a divergência entre literatura e práticas. A participação, não só da família, como também da criança, tem se constituído um desafio, destacando-se o desenvolvimento de projetos que procuram promover a efetiva participação da criança nos seus contextos naturais de intervenção e aprendizagem (ex. *Massive Open Online Course* de Aguiar et al., 2022).

Existem algumas barreiras à implementação de práticas baseadas na evidência, demonstrando que as práticas empíricas devem ser continuamente melhoradas neste sentido:

- Falta de clarificação e consistência da linguagem para descrever as intervenções e sua eficácia, dado que não são suficientemente detalhadas (objetivos, frequência e intensidade, atividades desenvolvidas, avaliações e modificações, contexto, agentes) para permitir a replicação na prática ou na investigação e a partilha informada aos pais (Roulstone, 2015).

- Formatação dos profissionais para segmentar as dificuldades das crianças por domínios e não para analisá-las como um todo, preocupando-se maioritariamente com questões relacionadas com as funções do corpo e atividades. Pode até haver preocupação com o acesso ao currículo, o aumento da autoestima, da competência social, da independência, da inclusão, dos relacionamentos, do comportamento, questões socio emocionais, no entanto recolhem dados somente com base em contexto 1:1 com a informação mais facilmente disponível e não o fazem de forma explícita e objetiva, o que não permite a devida quantificação e comparação (Kinnane, 2021d; McLeod et al., 2018; Roulstone et al., 2012; Thomas-Stonell et al., 2009).
- Forma de empoderamento e de informação aos pais pouco explícita que advém do conhecimento tácito e não científico. Vários estudos têm demonstrando que os profissionais não refletem sobre o envolvimento dos pais na forma de negociação de objetivos e gestão de expectativas (Thomas-Stonell et al., 2010); as avaliações não incluem uma autoavaliação da criança ou avaliação por parte dos pais direcionada para a qualidade de vida ou participação, os resultados que esperam alcançar, a eficácia da intervenção, focando-se nas dificuldades das crianças que são observadas pelo profissional e não no impacto que estas dificuldades têm na atividade e participação diária da criança (Roulstone et al., 2013); apenas metade das crianças/ famílias em acompanhamento são alvo deste envolvimento e as formas de envolver os pais são muito diferentes, com as expectativas a variarem consideravelmente (Law et al., 2019); apenas metade dos profissionais tem em conta a motivação da criança/ família para a intervenção, com abordagens dispare (centradas no profissional, outras na criança, outras mistas (Forsythe, 2021). 78.6% dos terapeutas da fala referem ter contemplado objetivos para a família/ casa no plano de intervenção, no entanto, desses, apenas 42.7% afirmam ter cumprido os objetivos (dados referentes ao *National Outcomes Measure System* [NOMS] entre 2012 e 2016; ASHA, 2019).
- Falta de evidências robustas que indiquem que os resultados valorizados pelos pais são tidos em conta na intervenção: os profissionais tendem a sobrestimar o real nível de envolvimento dos pais neste processo (Watts-Pappas et al., 2016). Quando questionados, alguns pais referem que se consideram envolvidos e positivos quanto à intervenção, outros são mais ambivalentes e demonstram não conhecer bem o propósito da mesma, sendo que a maioria dos pais não discutem ou questionam o terapeuta da fala, declarando que o profissional é que detém o conhecimento. Segundo os pais, o envolvimento na TDP não é consistente e é raramente discutido, exceto para que possam expressar ansiedade, expectativas dos serviços, não sendo

dadas escolhas a nível clínico ou educacional. Ao contrário das crenças dos profissionais, a maioria das famílias quer participar, mas não sabe como fazê-lo (Roulstone, 2015).

- Adoção de modelos de prática ecléticos, com adaptação e combinação de material e programas devido aos elevados custos, adaptando práticas que funcionaram bem com uma criança a outra. Este ecleticismo é necessário e legítimo, desde que permita conjugar a investigação com a prática. Não obstante, estas variações deveriam ser sistematicamente mensuradas e estudadas para avaliar e monitorizar os resultados. Para tal seriam necessários recursos humanos só para esse fim, de modo a validar e possibilitar generalizações, considerando dados fornecidos pelas variáveis referentes à criança e família, contexto de intervenção e por um instrumento de medida de resultados válido, definindo *standards* quer para as intervenções, quer para os participantes (Roulstone, 2015). Neste sentido, alguns países, como por exemplo o Reino Unido, estão a desenvolver esforços para conseguirem recolher evidências sobre as intervenções praticadas. Um exemplo disso é a criação da plataforma “*What Works*” (RCLST, 2022), disponível online para os profissionais (terapeutas da fala, no caso) que nela se inscrevam.

### ***1.2.2. Enquadramentos Legais para Avaliação e Intervenção de Crianças com Perturbações da Comunicação***

Analisando as principais orientações e enquadramentos legais internacionais e nacionais dirigidos à educação/ intervenção com crianças com PC (Decreto-Lei n.º281/2009 que regula o Serviço Nacional de Intervenção Precoce na Infância; Decreto-Lei n.º54/2018 que regula o regime da educação inclusiva em Portugal; Individuals with Disabilities Education Act Amendments [IDEA], 2004; *National Joint Committee for the Communication Needs of Persons With Severe Disabilities* [NJC, Brady et al., 2016]; No Child Left Behind Act [NCLB], 2001, substituído em 2015 pelo Every Student Succeeds Act), verifica-se um alinhamento com as práticas que temos vindo a referir, onde é visível a valorização e envolvimento da família e da criança no processo de TDP, bem como o recurso a instrumentos dirigidos às famílias, com especial enfoque em questões sociais e de participação. Destacam o recurso a contextos naturais variados e significativos na rotina diária da criança (atividades académicas, lazer e recreação, refeições, etc.), como potenciadores de aprendizagem, coadunando-se com os referenciais teóricos (Ayres et al., 2011; Shurr & Bouck, 2013). Realce-se ainda o movimento “*Nothing about us, without us*” (Nada sobre nós, sem nós), parte integrante da convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência e que se torna conivente com a TDP (United Nations [UN], 2004). Na declaração universal dos direitos humanos da mesma organização (1948) destaca-se o artigo 19 “Todo o ser humano tem direito à

liberdade de opinião e expressão”, sendo necessário criar as condições, recursos e sensibilizações para que tal aconteça (McLeod, 2018). Na Declaração dos Direitos da Comunicação (*Communication Bill of Rights*) o NJC destaca a importância de promover a interação com crianças com e sem necessidades comunicativas na sala de aula, sugerindo a pesquisa sobre formas efetivas de trabalho com diferentes interlocutores e em diferentes ambientes. A aplicação de práticas que promovam a autodeterminação, resolução de problemas e consideração da função adaptativa são importantes pois vão permitir uma melhor inserção na sociedade, a nível de emprego, aprendizagem, bem-estar (Brady et al., 2016). Orientações da União Europeia (2017, 2022) e da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2022) destacam a importância do desenvolvimento de competências sociais e comunicativas através de experiências participativas significativas, como o brincar, bem como a importância da utilização de abordagens que assegurem o desenvolvimento das competências necessárias para a educação e vida, promovendo a efetiva participação das crianças.

Em Portugal, a CIF vigorou durante 10 anos (2008-2018) como ferramenta de categorização das condições de saúde das crianças com Necessidades Educativas Especiais em contexto educacional ao abrigo do Decreto-Lei n.º 3/2008. Este decreto assumiu uma mudança de paradigma focado numa abordagem à criança o mais biopsicossocial possível, antagonicamente a um modelo médico.

Assente no desenho universal para a aprendizagem e na abordagem multinível no acesso ao currículo, a última legislação emanada em território nacional referente à educação inclusiva baseia-se em:

Modelos curriculares flexíveis, no acompanhamento e monitorização sistemáticas da eficácia do contínuo das intervenções implementadas, no diálogo dos docentes com os pais ou encarregados de educação, conferindo-lhes um conjunto de direitos e deveres conducentes ao seu envolvimento em todo o processo educativo dos seus educandos, e na opção por medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão, organizadas em diferentes níveis de intervenção, de acordo com as respostas educativas necessárias para cada aluno adquirir uma base comum de competências, valorizando as suas potencialidades e interesses. (...) Procura-se garantir que o Perfil dos Alunos à Saída da Escolaridade Obrigatória seja atingido por todos, ainda que através de percursos diferenciados, os quais permitem a cada um progredir no currículo com vista ao seu sucesso educativo”, consagrando “uma abordagem integrada e contínua do percurso escolar de cada aluno garantindo uma educação de qualidade ao longo da escolaridade obrigatória. (...) Redefinem-se, a partir de uma visão holística, as atribuições das equipas multidisciplinares na condução do processo de identificação das medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão,

em função das características de cada aluno, no acompanhamento e na monitorização da eficácia da aplicação dessas mesmas medidas, reforçando o envolvimento dos docentes, dos técnicos, dos pais ou encarregados de educação e do próprio aluno. (...) As medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão são organizadas em três níveis de intervenção: universais, seletivas e adicionais. (...) As medidas universais correspondem às respostas educativas que a escola tem disponíveis para todos os alunos com objetivo de promover a participação e a melhoria das aprendizagens. (...) As medidas seletivas visam colmatar as necessidades de suporte à aprendizagem não supridas pela aplicação de medidas universais. (...) As medidas adicionais visam colmatar dificuldades acentuadas e persistentes ao nível da comunicação, interação, cognição ou aprendizagem que exigem recursos especializados de apoio à aprendizagem e à inclusão. (Decreto-Lei n.º 54/2018, p. 2919-2921)

São assim conduzidos à prática diária de quem atua junto de crianças (incluindo crianças com PC) alicerces como a disponibilização de equipas multidisciplinares para identificação e intervenção (o mais precoce possível) das necessidades das crianças. Equipa esta que deve atuar numa lógica de práticas baseadas na evidência, perpetuando para tal as já referidas práticas centradas na família, interesses e participação da criança, acompanhamento e monitorização sistemática da eficácia da intervenção.

Não obstante a legislação, estudos empíricos têm vindo a demonstrar algumas fragilidades nos paradigmas implementados na educação de alunos com PC.

Num estudo realizado em Portugal (S. Castro & Pinto, 2015) demonstra-se o reduzido estado de alerta dos profissionais portugueses (ex. educadores, professores, técnicos) face à importância da avaliação dos fatores ambientais e multidimensionalidade da criança. Reforçando estes dados, sabe-se ainda que segundo informações dos últimos relatórios de educação especial da Inspeção Geral da Educação e Ciência (IGEC, 2019, 2022) são indicadas como necessidades prementes a realização de ações de formação e sensibilização interna; o estabelecimento de parcerias na comunidade; a definição, planeamento, implementação e monitorização das medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão adequadas a cada aluno, contemplando estratégias concretas, indicadores para avaliação da eficácia e partilha dos resultados obtidos, através da promoção do trabalho colaborativo com melhorias no envolvimento parental e participação efetiva dos encarregados de educação, bem como rentabilização eficiente de recursos. Coadunando-se com estas diretrizes, o relatório da OCDE (2022), especificamente referente ao ano letivo no qual se realizou a recolha de dados deste estudo (2019/2020), reforça a prioridade no reforço da monitorização e avaliação da educação inclusiva e suas práticas, com modelos

de trabalho assentes na colaboração e capacitação. Este relatório ressalva que Portugal é dos poucos países com enquadramento legislativo para a Educação Inclusiva, no entanto verifica-se uma falta de visão ampla para a inclusão da educação.

### ***1.2.3. Modelos de Intervenção para Crianças com Perturbações da Comunicação***

Considerando a importância da equipa multidisciplinar composta por pais e profissionais especializados em diferentes áreas do saber (ex. docente de educação especial, psicólogo, outros técnicos especializados) na avaliação e acompanhamento da criança com PC (Decreto-Lei n.º 54/2018), o terapeuta da fala assume-se como o profissional responsável pelo estudo, prevenção e atuação nas perturbações da comunicação humana (conforme enquadramento pelo Decreto-Lei n.º 564/1999), sendo este um dos apoios especializados que estas crianças poderão beneficiar.

É função do terapeuta da fala prestar serviços de qualidade e tomar as melhores decisões quanto a modalidade e práticas adotadas. Os terapeutas da fala são profissionais com autonomia técnica que devem gerir o tipo de serviços prestados em função de vários fatores. Não obstante, o seu trabalho deve ser sempre articulado com outros profissionais e com as famílias (Associação Portuguesa dos Terapeutas da Fala [APTF], 1999; ASHA, 2004a, 2016b). É comum o terapeuta da fala intervir diretamente com a criança ou atuar numa lógica indireta capacitando outros intervenientes (A. Castro et al., 2019).

Enquadrado nos paradigmas e práticas atrás expostos, o papel do terapeuta da fala deverá passar por considerar uma abordagem dirigida às melhorias na atenção, participação, brincar, aprendizagem, socialização, incorporando na intervenção uma série de fatores que influenciam a comunicação em casa e na comunidade, com vista a facilitar as atividades e a participação, através da aquisição de novas estratégias e competências comunicativas (Kinnane, 2021a; Law et al., 2017, 2019; McCormack, et al., 2010a, 2010b; Roulstone et al., 2015; Washington et al., 2021), sendo a sua “responsabilidade essencial assegurar o bem-estar dos seus pacientes” (APTF, 1999, Artigo 5º, 1). À semelhança do emanado no Decreto-Lei que regulamenta a educação inclusiva em Portugal, o código de ética e deontologia do terapeuta da fala reforça estas questões, referindo: “Os terapeutas da fala devem avaliar a eficácia da sua intervenção e devem por fim a um atendimento quando for claro que o paciente já não beneficia com a sua intervenção.” (APTF, 1999, artigo 5º, 4).

Os contextos onde é desenvolvida a intervenção podem variar (ex. casa, escola – sala de aula, escola-individual, comunidade, clínica, hospital, acesso remoto) (ASHA, 2021b). O tipo de intervenção é igualmente variável, incluindo a frequência (número de sessões durante um período – ex. uma vez por semana), a intensidade (tempo de cada sessão – ex. 45 minutos) e a duração (duração da intervenção



– ex. 1 ano). Assim acontece também com o formato (ex. individual, grupo, consultoria com profissionais ou pais) e com a pessoa que presta a intervenção diretamente à criança (ex. terapeuta da fala, professor, pai) (ASHA, 2021b).

Nos EUA sabe-se que, no período entre 2012 e 2016, segundo dados do NOMS (ASHA, 2019) referentes à intervenção com crianças até aos 5 anos, o contexto de intervenção privilegiado (85,8%) foi externo à escola. A maioria das intervenções (mais de 90%) foi realizada num formato individual. A frequência predominante da intervenção foi semanal, com uma intensidade de 45 a 60 minutos. Mais de metade das crianças teve intervenções com duração máxima total de 19 horas.

Segundo a legislação emanada em território nacional, as intervenções devem acontecer preferencialmente nos contextos naturais da criança: em contexto familiar ou escolar (em casos de crianças com idade inferior a 6 anos) ou em contexto escolar (em idades superiores a 6 anos). Na falta de recursos, o apoio pode ser prestado em contexto externo (ex. clínicas ou consultórios, instituições) (Decreto-Lei n.º 281/2009; Decreto-Lei n.º 54/2018; Decreto-regulamentar n.º 3/2016).

De facto, há evidências bastantes (Archibald, 2017; Cirrin et al., 2010; McGinty et al., 2012; Roper & Dunst, 2003) para afirmar que o modelo colaborativo e as intervenções em contextos naturais e num meio menos restritivo possível (ex. contexto sala de aula e em casa) são mais eficazes do que os serviços de *pullout* (i.e., retirar a criança do seu ambiente natural e realizar a intervenção em gabinete isolado). O maior benefício deste tipo de atuação é a possibilidade de maximizar oportunidades de aprendizagem e generalização de competências e assegurar que os benefícios da intervenção continuam para além do período de intervenção (Roper & Dunst, 2003).

Quanto à pessoa que presta intervenção, vários estudos demonstram que a intervenção realizada pelos pais ou pelos professores com base em serviços de consultoria/ tutoria não é tão eficaz como uma intervenção providenciada pelo técnico onde há envolvimento dos pais e da restante equipa com objetivos definidos para o trabalho em casa e na escola (Law, 2003; Lancaster 2010; McLeod et al., 2017; Namasivayam et al., 2019).

Quanto ao tipo de intervenção (frequência, intensidade, duração, formato) não é do nosso conhecimento a existência de linhas de orientação a nível nacional, cabendo ao profissional/ entidade a sua gestão. Internacionalmente, ASHA (2021); Baker e McLeod (2011) e Warren et al. (2007) referem a existência de diversos fatores que podem influenciar a escolha do modelo ou combinação de modelos mais apropriado de intervenção. Este deve ser dinâmico, possibilitando ajustes ao longo do tempo, devendo haver um foco nas necessidades individuais de cada criança, impacto educacional do apoio e eficácia do tratamento. A opinião da equipa, o progresso da criança, a abordagem escolhida, as

competências que se pretendem promover e em que ambiente, são alguns dos fatores a considerar. A nível público, há a referir também o fator financeiro que implica a gestão de recursos disponíveis pelas crianças elegíveis para intervenção e consequentes modelos de intervenção a adotar, considerando as políticas do serviço. Este aspeto é visível não só no contexto nacional, onde os profissionais têm de seguir as regras das instituições onde estão inseridos, estando já os modelos de intervenção previamente estabelecidos, mas também a nível internacional (McAllister et al., 2011; McCormack & Verdon, 2015; McLeod & Baker, 2014, 2017; Ruggero, et al., 2012). Por exemplo, apesar de existir evidência que crianças com PSF necessitam de intervenção de 30 a 40 horas para se tornarem inteligíveis (Williams, 2012), na prática australiana estas crianças recebem uma média de 6.2 horas ou menos ao longo de um ano.

Law et al. (2005) afirmam que o facto de as sessões serem ministradas individualmente ou em grupo não influencia a eficácia da intervenção, no entanto, existem evidências de que a eficácia da intervenção é maior se a intervenção ocorrer durante um período igual ou superior a 8 semanas. Thomas-Stonell et al. (2009) corroboram esta ideia em crianças com alterações de linguagem e/ou fala com idades compreendidas entre os 2 e os 5 anos, que após 8 semanas de intervenção (uma sessão por semana) melhoraram as suas competências de comunicação, atenção, jogo, socialização, confiança e comportamento, segundo as perceções dos pais recolhidas através de entrevista.

Dados da ASHA (2019) referem que mais tempo de tratamento está associado não só a mais progresso, mas também a uma maior proporção de crianças que demonstram ganhos funcionais na sua fala e linguagem. A afirmação "Quanto mais intervenção, melhor." assume-se como inquestionável por várias entidades, desde profissionais, famílias, à sociedade em geral. Os resultados do NOMS em crianças até aos 5 anos apontam para que quanto maior o número de sessões e duração da intervenção, mais níveis funcionais melhoram, em diversos domínios: na área da inteligibilidade (mais de metade das crianças com melhoria de múltiplos níveis acima de 30 horas de intervenção); pragmática (30% das crianças com melhoria em múltiplos níveis funcionais acima de 30 horas de intervenção); compreensão de linguagem (mais de metade com melhoria de múltiplos níveis acima de 30 horas de intervenção); expressão de linguagem (mais de metade das crianças com melhoria de múltiplos níveis acima de 30 horas de intervenção).

Apesar de estas afirmações parecerem incontestáveis, outros achados científicos têm vindo a refutar as mesmas. Estudos realizados nos EUA sugerem que intervenções intensivas (em frequência e intensidade) para crianças com PDL em contexto escolar podem não ser a melhor abordagem: crianças com intervenção de curta intensidade, mas maior frequência e crianças com intervenção de maior

intensidade e menor frequência apresentam os melhores resultados, ao contrário de crianças com intervenção de maior intensidade com elevada frequência e crianças com intervenção de curta intensidade e menor frequência. A severidade do problema não prediz a intensidade e frequência da intervenção (Schmitt et al., 2017).

As razões que justificam estes achados estão ainda por esclarecer, no entanto alguns estudos avançam com hipóteses a ponderar: podem haver pontos de "retorno decrescente", onde poucos benefícios adicionais são derivados de mais intervenção linguística (McGinty et al., 2011); o "efeito de espaçamento", ou seja, pequenas explosões de tratamento espalhadas ao longo de semanas podem ajudar as crianças a aprender novas competências melhor do que tratamentos intensivos comprimidos numa sessão ou ensinados ao longo de dias consecutivos (ASHA, 2021b; Riches et al., 2005; Smith-Locke et al., 2013).

Em crianças com PSF estes achados foram reforçados recentemente por Byers et al. (2021) que referem a existência de evidências, no caso específico de PSF leves a moderadas, de que as crianças podem realizar os mesmos ganhos com uma intervenção individual de alta frequência e baixa intensidade (ex. 4 vezes por semana/ 5 minutos) do que as crianças com modelo tradicional de intervenção (ex. individual uma vez por semana, 45 minutos).

Brumbaugh e Smith (2013) contemplaram no seu estudo crianças com PSF com idades compreendidas entre o 3 e os 6 anos e referem que a intervenção para as PSF deve ter uma duração de 30 a 60 minutos por semana. McLeod et al. (2017) demonstram que, com base em estudos anteriores (Allen, 2013; Dodd et al., 2008; Ruscello et al., 1993) sessões bissemanais de 60 minutos ou quatro sessões de 30 minutos por semana durante 8 a 12 semanas são suficientes para demonstrar o efeito positivo da intervenção em crianças com PSF. No estudo de Thomas-Stonell, Washington, et al. (2013) mais de metade das crianças tem intervenção semanal e individual, com duração entre 30 e 60 minutos, com resultados efetivos.

Existem evidências que em crianças com PSF fonológicas e/ ou DVD, as intervenções de alta intensidade ou elevada frequência têm melhores resultados (Allen, 2013; Baker & McLeod, 2011; Kaipa & Peterson, 2016; Murray et al., 2014; Namasivayam, Pukonen, Hard, et al., 2015; Williams, 2005). Por outro lado, quando as PSF são de origem motora (ex. paralisia cerebral) as intervenções de baixa frequência apresentam efeitos positivos (ex. uma vez por semana durante vinte semanas) (Namasivayam et al., 2019; Ward et al. 2014).

Especificamente quanto a crianças com PDL, os resultados de um conjunto recente de estudos transculturais mostraram que existe uma grande variabilidade entre os países europeus no que diz

respeito à forma como as necessidades das crianças são satisfeitas (Law et al., 2017, 2019; Jensen de López et al., 2021; Thordardottir et al., 2021). São reportadas diferenças na forma como os serviços clínicos são prestados e como cada país está organizado a nível de sistema de saúde e de educação na tomada de decisões sobre serviços para as crianças com alterações, o que dificulta o estabelecimento de recomendações relativamente ao mais indicado (Jensen de López et al., 2021).

As informações sobre a frequência, intensidade, duração, contexto da intervenção e pessoa que a presta para crianças com PC em Portugal são escassas. Em 2002, Santos alertou para o aumento do número de crianças com PC a frequentarem contextos inclusivos, referindo que apesar dos serviços ainda contemplarem intervenções fora dos ambientes de aprendizagem, já se perspectivava a implementação dos serviços com base num trabalho colaborativo. Estudos que englobam a análise de modelos de intervenção, como o estudo de Oliveira et al. (2015), referem a realização de sessões individuais de 45-60 minutos dirigidas pelo terapeuta da fala, de caráter maioritariamente semanal, com intervenções superiores a seis meses. A maioria dos terapeutas da fala atua em contexto escolar ou clínico onde a frequência e duração são, muitas das vezes, pré-estabelecidas (Lousada et al., 2013; Oliveira et al., 2015). O estudo de A. Castro et al. (2019) demonstra que a maioria dos terapeutas da fala portugueses que intervém com crianças com PDL atua no setor privado ou em escolas, sendo que 94% atua com crianças da faixa etária do 4 aos 7 e 84% atuam com crianças dos 7 aos 12 anos, com frequência semanal e duração entre 30 e 45 minutos, sem indicação do número máximo de sessões.

O relatório de educação inclusiva (Direção Geral de Estatísticas da Educação e Ciência [DGEEC], 2022) demonstra que 34.7% dos alunos com medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão usufruem de serviços especializados de terapia da fala em contexto escolar, tendo as sessões uma duração média de 52 e 56 minutos com frequência semanal. Ressalva ainda que, para além deste apoio ser maioritariamente dirigido a alunos com medidas seletivas ou adicionais, a contratação de terapeutas da fala através do Programa Nacional de Promoção de Sucesso Escolar (Direção Geral de Educação [DGE], 2016) permitiu o alargamento desta resposta gratuita em contexto escolar, verificando-se atualmente um número considerável destes técnicos ( $N = 366$ , cerca de 31% dos técnicos especializados em contexto escolar e 46% da globalidade dos apoios especializados usufruídos pelas crianças; DGEEC, 2022). Exceto quanto à duração total da intervenção (as evidências disponíveis parecem indicar uma maior duração em Portugal), as restantes variáveis da intervenção parecem assemelhar-se à realidade internacional exposta.

Mais que as características da intervenção (frequência, intensidade, duração da sessão, duração da intervenção, etc.), conclui-se que entidades políticas, profissionais e os pais devem refletir sobre o

envolvimento conjunto e colaborativo de todos os elementos da equipa nas sessões (Namasivayam et al., 2019).

### **1.2.3.1 Adaptações à Intervenção na Sequência da Pandemia por COVID-19.**

Em sequência da pandemia por COVID-19, de acordo com as restrições impostas aos cidadãos pelo Governo Português e considerando as recomendações da DGS (2020), desde 15 de março a 4 de maio, os profissionais que atuavam com crianças, incluindo os terapeutas da fala, amostra alvo deste estudo, realizaram a sua intervenção recorrendo maioritariamente a meios de comunicação à distância (por vídeo), dado que a intervenção presencial deixou de ser opção em Portugal (exceto em casos de emergência hospitalar, que não são os que se remete o presente estudo).

Após esse período foi possível retomar faseadamente as atividades presenciais, incluindo os serviços terapêuticos, no entanto, foi aconselhada a continuidade da modalidade de intervenção à distância, sempre que possível. Mesmo que liberado o exercício presencial da atividade, foi fundamental adotar medidas de prevenção: higienização das mãos, etiqueta respiratória, utilização de equipamento de proteção individual, higienização e desinfecção de superfícies, distanciamento social e físico, auto monitorização dos sintomas, dever de se manter informado (DGS, 2020). Importa referir que as atividades em contexto escolar foram suspensas até ao final do ano letivo. Sendo este um dos contextos privilegiados de atuação com crianças, compreende-se que a modalidade online foi a única forma de intervenção praticável durante o período de março a julho de 2020.

A teleprática pode envolver várias modalidades (síncrona, assíncrona, híbrida) e, tal como a modalidade presencial, pode variar nos vários aspetos que caracterizam a intervenção, desde a duração, frequência, pessoa a quem se dirige, entre outros, devendo ser adequada às características de cada criança e variáveis contextuais e ambientais eminentes ao momento da teleprática (ASHA, 2020c; Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala [SPTF], 2020b).

A eficácia da teleprática deve ser equivalente à qualidade dos serviços prestados presencialmente e tem vindo a ser amplamente fundamentada a nível internacional para diferentes áreas e perturbações, incluindo as PC (ASHA, 2020c 2021d; Boisvert et al., 2010; Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de L'UE [CPLLOL], 2019; Coufal et al., 2018; Keck & Doarn, 2014; McDuffie, 2016; Molini-Avejonas, et al., 2015; Musaji et al., 2021; Neely et al., 2017; Rudolph & Rudolph, 2015; Snodgrass et al., 2017; Sutherland et al., 2018; Wales et al., 2017). Também quanto à idade existem evidências que demonstram a sua eficácia a partir dos 4 anos, sendo que em idades mais precoces e/ou em crianças com necessidades complexas de comunicação a investigação orienta

para que a teleprática seja direcionada sobretudo para o treino e *coaching* dos pais/cuidadores (Coufal et al., 2018; Rudolph & Rudolph, 2015; Snodgrass et al., 2017; Sutherland et al., 2018; Wales et al., 2017).

As diferenças na prática e formação dos profissionais, nos enquadramentos legais, nas barreiras à implementação e as diferentes medidas de resultado utilizadas em cada país tornam as comparações internacionais da teleprática vulneráveis. Em Portugal, onde não é do nosso conhecimento nenhum estudo disponível ou publicado prévio à fase pandémica que comprovasse o uso e a eficácia da intervenção em teleprática, nem qualquer regulamentação (as primeiras orientações nacionais foram emanadas em maio e dezembro de 2020 pelas associações profissionais), ao contrário do que acontecia em países como EUA, Austrália, Canadá. Todavia, previamente à pandemia, a nível europeu, a maioria dos profissionais reconheceu a importância desta modalidade, embora não a utilizasse (CPLOL, 2019).

A descoberta de alternativas foi urgente, independentemente do conhecimento que os profissionais detinham sobre as mesmas ou da elegibilidade dos casos, pelo que desde logo se antecipou um maior desafio em países como Portugal. Tal resultou numa rápida adaptação de técnicas de teleprática para possibilitar a sua utilização em massa. O estudo mundial desenvolvido por Van Eerdenbrugh et al. (2022,  $N=1,412$  terapeutas da fala) desenvolvido no período de 27 de março de 2020 a 29 junho de 2020, ganha especial relevância por dizer respeito ao período de recolha de dados da nossa investigação, por representar fortemente Portugal (18.3% dos respondentes totais) e por representar profissionais (77.8%) que atuam com crianças com PC. As conclusões deste estudo indicam-nos que metade dos profissionais continuou a prestar serviços. Especificamente em Portugal, e apesar de todos os obstáculos e desconhecimento referidos pela maioria dos profissionais portugueses (problemas técnicos, dificuldade em executar procedimentos; manter a concentração; promover o envolvimento), 71.1% dos inquiridos continuou a prestar serviços a 80.7% dos casos, em regime de teleprática, seguindo a tendência de sessões síncronas.

#### ***1.2.4. Medidas de Resultado na Avaliação e Intervenção de Crianças com Perturbações da Comunicação***

Na avaliação e intervenção com crianças com PC o conceito de medidas de resultado tem vindo a assumir especial destaque. Abordaremos de seguida este conceito, sua relevância e sua utilização na prática e na investigação. Numa segunda parte apresentaremos os instrumentos de medidas de resultados existentes que se relacionam com a temática abordada.

#### 1.2.4.1. Medidas de resultado – Definição, Relevância e Utilização.

A qualidade de uma intervenção pode ser assegurada através da avaliação de três medidas: estrutura (inputs), processo (o que se faz) e resultados (o que se alcança na criança a nível funcional) (Agency for Health Research and Quality, 2011; Donabedian, 1988; Powell & Lowenthal, 2014; Rademakers et al., 2011). As medidas de estrutura relacionam-se com o contexto onde os serviços são prestados, nomeadamente recursos materiais/ estruturais e humanos (ex. existência de lista de espera, equipamentos disponíveis). As medidas de processo refletem as ações dos prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente as atividades de intervenção realizadas, tipos de programa implementados, formação realizada, modelo de serviço prestado (ex. número de sessões, duração das sessões, ferramentas adotadas). As medidas de resultado refletem o efeito da intervenção prestada na pessoa/família que a recebe, determinando se a mesma está ou não a ser eficaz (ex. taxa de infeção hospitalar, progressos efetivos realizados, objetivos alcançados no dia-a-dia) (Golper & Fratali, 2013).

Os conceitos de “resultados” (*outcomes*) e de “medidas de resultado” (*outcome measures*) começaram a ser introduzidos por Donabedian (1980, citado por Donabedian 1988) e Fratali (1998). São conceitos que levam a diferentes interpretações por diferentes pessoas, daí a pouca clareza dos mesmos. O resultado deve refletir o efeito da intervenção prestada, explicitando a relação causal que existe entre o que se faz com uma criança/família e o efeito que isso tem na vida diária dos mesmos, sendo distinto dos procedimentos ou atividades adotadas numa intervenção. Por exemplo: ao melhorar a inteligibilidade, uma criança pode tornar-se mais capaz de brincar com os pares, melhorar a sua confiança e o seu nível de inclusão e participação, sendo estes os resultados da intervenção. (Powell & Lowenthal, 2014).

Apesar de os resultados privilegiados serem diferentes consoante os intervenientes, conforme já explicitamos, certo é que se torna consensual que pais, terapeutas da fala, professores ou outros profissionais que trabalhem com a criança com PC apontem o aumento do sucesso comunicativo nas participação diária em diversos contextos naturais e interlocutores (participação comunicativa) como um importante, talvez até o mais importante, resultado de uma intervenção (Cunningham et al., 2018, 2020; Espe-Sherwindt & Serrano, 2016; Hidecker, 2010; Kwok, Moodie, et al., 2020; Lyford Jones, 2010; Prelock et al., 2008; Roulstone et al., 2012; Singer et al., 2020; Westby & Washington, 2017; Washington, 2020).

Considerando a abrangência das avaliações realizadas em linguagem e comunicação, sabemos que contemplam diferentes instrumentos e propósitos (ex. descrever, diagnosticar, prevenir), um destes propósitos é o de avaliar a mudança ocorrida na criança e/ou ambiente ao longo do tempo, enquadrando-

se aqui as medidas de resultado (Cunningham et al., 2020; Golper & Fratalli, 2013; Shipley & McAfee, 2021). Observe-se que não é viável incluir avaliações padronizadas para este fim, quer por limitações temporais e/ou financeiras, quer porque as mesmas são pouco sensíveis à mudança, dado que não apresentam qualidades psicométricas de responsividade à mudança comprovada (Mokkink et al., 2018), nem um cariz funcional dirigido à participação em contextos com interlocutores naturais (Cunningham, Washington, et al., 2017). Kwok, Feiner, et al. (2022) referem que os instrumentos estandardizados normativos podem até detetar mudança, mas a interpretação da mesma não é consistente por não ser esse o seu o seu propósito, salvo o caso de instrumentos que apresentam scores padronizados de mudança (*change sensitive scores*). Além disso, McLeod e Baker (2017) acrescentam que, a menos que a criança atinja o desenvolvimento típico, não se sabe se a mudança nas pontuações destes instrumentos é significativa. Exemplo disso são relatos de situações em que as crianças não fizeram alterações mensuráveis (ex. alcançam a mesma pontuação num instrumento normativo), parecendo que não estão a melhorar. Contudo, os pais geralmente relatam alterações funcionais importantes (ex. que as outras pessoas agora conseguem entender o seu filho, que o filho interage mais com os pares) (Cunningham, Washington, et al., 2017). Antagonicamente, caso a avaliação e intervenção não contemplem o aspeto participativo da comunicação, pode até haver sucesso no *setting* de intervenção, contudo estes esgotam-se em si mesmos, não se generalizando, ou seja, não haverão mudanças significativas nas vidas das crianças e família (Washington et al., 2013; Thomas-Stonell, Washington, et al., 2013).

Também na primeira avaliação da criança com PC as medidas de resultado assumem o seu papel, tal como corroborado na recomendação da ASHA (2020b) e do projeto CATALISE (Bishop et al., 2016, 2017), referindo que um diagnóstico deve ser atribuído em função das limitações funcionais e não apenas com base num grau de severidade atribuído por instrumentos focados na perturbação. Para tal, para além do uso de instrumentos de avaliação estandardizados apropriados linguística e culturalmente para identificar as áreas mais afetadas, deve igualmente considerar-se uma avaliação funcional (ex. observação direta, vídeos, entrevistas, instrumentos referenciados ao critério, inventários parentais, instrumentos de participação e de qualidade de vida), de forma a analisar o impacto do problema na participação da criança nos vários contextos e com diferentes interlocutores (ex. inteligibilidade, participação comunicativa, relações sociais, domínio comportamental, sucesso académico).

Já aqui expusemos o impacto que uma PC tem na participação da criança, no entanto, pouco se sabe sobre o efeito da intervenção na melhoria dessa mesma participação (Cunningham et al., 2018, 2020; Cunningham, Hanna, et al., 2017; Thomas-Stonell et al., 2009; Washington et al., 2015). Thomas-Stonell et al. (2010, 2013, 2016) e Cunningham et al. (2018, 2019, 2020) alertam para a necessidade



de verificação da relação diferentes intervenções (objetivos e estratégias)/ diferentes mudanças na participação comunicativa, que pode ser facultado pela utilização consistente deste tipo de medidas de resultado. Existe evidência de que através de avaliações e intervenções sistemáticas e sistêmicas a nível comunicativo (contemplando contextos e parceiros), as crianças com PC na sua maioria, independentemente do nível de severidade, conseguem melhorar as competências comunicativas funcionais necessárias para interagir com os outros e melhorar a sua participação, com efetivas melhorias na sua qualidade de vida (ASHA, 2019; Cunningham et al., 2019, 2020; Izaryk et al., 2021; Raghavendra et al., 2011; Snell et al. 2010).

Reforçando as PBE, mudando o foco da obtenção de resultados primários baseados num problema/ perturbação em específico para resultados funcionais, como a participação comunicativa, considerando a utilização que a criança faz da sua comunicação nas várias atividades do quotidiano, torna-se possível:

- Capturar a maneira como as crianças utilizam a comunicação de forma funcional no seu dia-a-dia (Cunningham et al., 2019, 2020);
- Identificar mudanças significativas que podem ocorrer neste domínio, distintas das mudanças baseadas na perturbação, fornecendo uma imagem mais completa do modo como as intervenções têm impacto nas crianças e famílias e informando melhorias de qualidade (Cunningham et al, 2019, 2021; Cunningham, Washington, et al., 2017; Law et al., 2019; Washington et al., 2013, 2015);
- Coletar dados objetivos e quantitativos sobre cada criança (Chien, Rodger, Copley, & Skorka et al., 2014; Nordal, 2012; Shields et al., 2015; Thomas-Stonell et al., 2009);
- Auxiliar as decisões clínicas: definição, planeamento, priorização e implementação de objetivos e estratégias que facilitem a participação e inclusão na comunidade, considerando aquilo que é realmente benéfico para a criança (Law et al., 2003, 2021; Roulstone et al., 2012, 2013, 2015; Thomas-Stonell et al., 2009, 2013; Washington et al., 2013, 2015);
- Estudar e estabelecer os modelos e práticas de intervenção ideais (duração, intensidade, abordagem, etc.) para se verificar uma mudança funcional na comunicação, através da identificação dos preditores de resultados na participação comunicativa (Bowen, 2004; Cunningham et al., 2018; Moyse et al., 2020; Nordal, 2012; RCSLT, 2020);
- Estimar o prognóstico da criança (Bowen, 2004; Nordal, 2012);

- Trazer significância e envolvimento para todos os intervenientes em todas as etapas do processo de avaliação/ intervenção (família, amigos, professores, outros) (ASHA, 2004b; Browder et al., 2014; Chien, Rodger, Copley, & Skorka, 2014; Shields et al., 2015).

Partindo da premissa de assegurar o direito a serviços de qualidade para todas as pessoas, a utilização de medidas de resultado que demonstrem o impacto da intervenção permite envolver organizações e entidades superiores, igualmente importantes para o bem-estar da criança, como entidades de financiamento, patrocinadores, fundos de investimento e equipas de criação de políticas (Bowen, 2015; Cunningham et al., 2018; Dollaghan, 2007).

Compreendida a premência de criar e munir os profissionais com medidas de resultado consistentes, focadas na participação e que possam ser contempladas nos currículos educacionais e planos de intervenção (ASHA, 2019; Cunningham et al., 2018, 2021; Cunningham, Washington, et al., 2017, Eadie et al., 2006; Enderby & Moyse, 2018; Golper & Frattali, 2013; Law et al., 2017; McLeod & Baker, 2017; Mullen & Schooling, 2010; Thomas-Stonell et al., 2009; 2010; Shurr & Bouck, 2013 Speech-Language Audiology Canada [SAC], 2010; Thomas-Stonell, Oddson, et al., 2013), importa refletir sobre os principais aspetos que as mesmas devem contemplar, considerando os contributos das áreas específicas da participação comunicativa e da participação:

- Contemplar o conceito de saúde de forma biopsicossocial, conforme definido pela estrutura da CIF da OMS (ASHA, 2021a; Enderby et al., 1997/2015; John, 2011; OMS, 2001; McLeod & Threats, 2008; Perry et al., 2004; SAC, 2010), ou seja, devem ser pensadas para além da presença ou ausência de perturbação, incluindo conceções sobre atividade, participação e qualidade de vida, considerando a severidade do problema tendo em conta as restrições na participação com vários parceiros e diferentes contextos de vida (Cunningham et al., 2017; Law et al., 2017; Powell & Lowenthal, 2014, 2015);
- Conseguir capturar a variedade de elementos providenciados na intervenção, como características da intervenção, formação, adaptações no ambiente, entre outros, idealizando-se um instrumento único que avalie a participação e fatores ambientais (barreiras e facilitadores) de modo interligado, em vez de instrumentos distintos (Bedell et al., 2011; Powell & Lowenthal, 2014);
- Qualidades psicométricas (validade e fiabilidade) e metodologias de qualidade, preferencialmente baseadas na teoria de resposta ao item (Eadie et al., 2006; Mokkink et al., 2010; Polit, 2015);

- Responsividade: em função da intervenção, e não de outros fatores que podem causar instabilidade (ex. idade, desenvolvimento normal, erros de análise), devem detetar mudanças nas situações de vida diária da criança num período temporal, possibilitando o entendimento de trajetórias dos resultados e a eficácia da intervenção (Denman et al., 2017; McLeod & Baker, 2017; Mokkink et al., 2010; Moyses et al., 2020; Nordal, 2012; Polit, 2015; Rainey et al., 2014; RCSLT, 2020,2021).
- Adequação a diferentes grupos de crianças (Powell & Lowenthal, 2014);
- Considerar diferenças linguísticas e culturais (Rainey et al., 2014);
- Fornecer contributos objetivos e subjetivos (Eadie et al., 2006);
- Considerar o modo como os pais entendem e descrevem a participação das crianças e do ambiente (Bedell et al., 2011);
- Considerar áreas prioritárias da intervenção e resultados pretendidos para os diferentes envolvidos (Denman et al., 2017; Powell & Lowenthal, 2014);
- Fácil acesso, rapidez e facilidade de utilização, treino/ formação disponível para aplicação do instrumento (Powell & Lowenthal, 2014);
- Compatível com outros instrumentos já disponíveis (Powell & Lowenthal, 2014);
- Possibilitar a avaliação da dimensão “envolvimento”, que só é atingida se for avaliada junto das próprias crianças, pela sua dimensão subjetiva (Imms, 2016, 2017; o que nem sempre é possível quando se abordam crianças com algum tipo de perturbação), nesse caso devem desenvolver-se formas alternativas de comunicação para todos poderem participar (CAA) (Eadie et al., 2006).

Considerando as barreiras à implementação das PBE expostas anteriormente, compreende-se que a obtenção de evidência científica sobre a análise da eficácia da intervenção com base em resultados funcionais se constitua como um processo complexo e difícil, dado que muitos outros fatores podem ter interferência. É um processo prolongado temporalmente, que requer vários estudos e recolha sistemática de dados com aplicação de medidas de resultado funcionais validadas e sensíveis a crianças com PC (Kinnane, 2021d; Roulstone, 2015). A heterogeneidade das crianças com PC, a dificuldade de apuramento de qualidades psicométricas de medidas de resultado, as variações metodológicas e amostrais e as descrições inconsistentes das intervenções e dos resultados tornam os estudos sobre eficácia da intervenção escassos e heterogéneos (Kinnane, 2021d; Law et al., 2017; Oddson et al., 2013). Além disso, fatores como o nível de confiança e o conhecimento dos profissionais sobre medidas de resultado e a disponibilidade organizacional e dos colegas para promover as práticas no seu trabalho

podem constituir-se como barreiras ou facilitadores na utilização destas medidas (Duncan & Murray, 2012; Powell et al., 2015).

Historicamente, e perante a ausência de instrumentos concretos, as entidades gestoras têm vindo a socorrer-se de medidas de estrutura e de processo, como a existência de lista de espera, o número de sessões, o número de altas, entre outros, como resultados pretendidos com a intervenção. Clínica e educacionalmente, os profissionais tendem a perspetivar o alcance dos objetivos definidos como resultados da intervenção por exemplo: aumento de inteligibilidade, aumentar palavras, aumentar frases, aumentar inventário fonético. No entanto, estes são resultados num nível clínico, a curto prazo e são dirigidos a um contexto específico, não correspondendo por isso aos critérios de uma adequada medida de resultados (Powell & Lowenthal, 2014). Em Portugal, A. Castro et al. (2019) referem que embora exista um número crescente de instrumentos de avaliação dirigidos às PC e maior consciencialização sobre o impacto de uma PC (no caso específico, PDL), não existem recomendações formais para entidades públicas ou privadas sobre como monitorizar a eficácia da intervenção, identificando a necessidade de desenvolvimento de instrumentos que o possam possibilitar.

São várias as investigações que demonstram que os estudos de eficácia de intervenção realizados apresentam uma escassez de resultados sobre os efeitos funcionais da intervenção em crianças com PC (Bowen, 2015; Cunningham et al., 2018, 2020; Cunningham, Washington, et al., 2017; Dockrell et al., 2014; Eadie et al., 2006; Kwok, Cermak, et al., 2022; Law et al., 2012, 2013, 2017, 2019; McLeod & Baker, 2017; Oddson et al., 2013; Pennington, 2010; Roulstone et al., 2015; Thomas-Stonell, Oddson, et al., 2013; Washington et al., 2013, 2015).

Estes estudos indicam-nos uma conclusão comum e contrária às recomendações científicas já expostas para instrumentos de medição da eficácia de intervenção: existe uma enorme diversidade de medidas de resultado nas investigações realizadas sobre eficácia da intervenção, sendo a maioria dirigidas a resultados orientados para a fala e linguagem, considerando funções do corpo e atividades (ex. instrumentos standardizados desenvolvidos essencialmente para fim diagnóstico, comprimento médio do enunciado, percentagem de ocorrência de processos fonológicos, percentagem de consoantes corretas), com uma evidente minoria de resultados funcionais. Por exemplo, apenas 15% dos resultados analisados são dirigidos à participação (Cunningham, Washington, et al., 2017) apenas 26% dos objetivos de intervenção em crianças com PDL são dirigidos à participação e correspondem, na sua maioria, a crianças com PDL secundária a outra condição (Kwok, Cermack, et al., 2022). Enraizado num modelo clínico, é comum a assunção da aquisição de competências e estratégias por parte da criança após

serem visualizadas diretamente em sessão, sem considerar a interação entre a panóplia de desafios inerentes à população infantil (Oddson et al., 2013).

Mais recentemente e continuando a corroborar esta linha de pensamento, analisemos a título de exemplo as diretrizes de práticas para intervenção com PSF (Hegarty et al., 2018a; Wren et al. 2018), onde se verifica uma densa pesquisa direcionada à seleção de alvos de intervenção, provas de avaliação como descrição de figuras, nomeação de imagens, produção de consoantes, evidências de cada abordagem com utilização de medidas de resultado focadas na perturbação/ atividade e uma menor pesquisa dirigida a medidas funcionais. Um outro estudo junto de crianças com PC complexas revela que as decisões sobre avaliações e intervenções em utilizadores de comunicação aumentativa e alternativa (CAA) são focadas em decisões clínicas com base nas competências linguísticas, comunicativas e não são compreensivas ou sistémicas (Theodorou & Pampoulou, 2022). Izaryk et al. (2021) questionaram 94 profissionais para identificar as abordagens e instrumentos de avaliação que usam com crianças com PCS. Avaliações formais e relatos dos pais e professores são os mais frequentes, no entanto são realizadas com recurso a abordagens informais como entrevistas, recolha de amostra, observação.

Em Portugal, a maioria dos estudos realizados prendem-se com a caracterização/ avaliação de determinadas competências das crianças com PC. Numa análise aos escassos estudos nacionais sobre eficácia de intervenção, verificamos igualmente que os instrumentos utilizados são maioritariamente dirigidos às funções do corpo e às atividades, como se verifica nos estudos de Cardoso (2018); Loureiro (2014); Lousada (2012); Marques (2015); Oliveira et al. (2015). A. Castro et al. (2019) referem uma realidade nacional semelhante ao reportado internacionalmente, expondo barreiras terminológicas nas PBE e na investigação, bem como no desenvolvimento do trabalho colaborativo e articulado entre serviços.

Em suma, seja na prática clínica e educacional ou na investigação, continua a verificar-se uma preferência pela utilização de instrumentos e práticas focados na perturbação que avaliam um ou mais domínios linguísticos ou uma área/ competência de desenvolvimento específica. Há pouco enfoque em aspetos contextuais da comunicação, dificultando o estabelecimento de relação entre a intervenção e o alcance de resultados sociais/ funcionais (como a participação comunicativa) e a clarificação dos instrumentos que podem facultar resultados funcionais relacionados com a intervenção (Cunningham, 2017, 2018, 2020; S. Castro & Pinto, 2015; Pennington, 2010; Roulstone, 2015; Siegel et al., 2010; Thomas-Stonell, 2010, 2013).

### 1.2.4.2. Medidas de resultado - Instrumentos Disponíveis.

Estando apresentadas as qualidades que uma medida de resultado deve ter e exposto o seu escasso uso na prática e na investigação, é de suma importância analisarmos que recursos os profissionais e investigadores têm atualmente ao seu dispor.

Apresentamos na Tabela 2 os instrumentos encontrados na pesquisa efetuada em bases de dados acessíveis e que foram desenvolvidos no âmbito das alterações de comunicação, linguagem e fala dirigidos a crianças.

**Tabela 2**

*Instrumentos de Comunicação, Linguagem e Fala - Participação Comunicativa*

Instrumento	Autor	Ano 1.ª Versão	Origem	População	Inventário parental	Aplicação Portugal	Responsividade MR
ASHA NOMS_FCM	Mullen et al.	2004	EUA	3-12 anos	Não	Não	Sim
AusTOMs-SP	Perry et al.	2004	Austrália	Todas as idades	Não	Não	Sim
CPRS	Timler et al.	2014	EUA	8-16 anos	Não	Não	Não
FOCUS	Thomas- Stonell et al.	2012	Canadá	18-60 meses	Sim	Não	Sim
ISC	McLeod et al.	2012	Austrália	Crianças com PSF	Sim	Lousada et al. (2019)	Sim
FCP-R	Kleiman	2003	EUA	Todas as idades	Não	Não	Não
GAS	Schlesser et al.;	2004	EUA	Todas as idades	Sim	T. Pereira et al. (2022)	Sim
	Adams et al.	2020					
TOMs	Enderby et al.	1997- 2015	Reino Unido	Todas as idades	Não	Não	Sim
SPAA-C	McLeod	2004	Austrália	Crianças com PSF	Sim	Ramos (2017)	Não

*Nota.* MR = Medida de Resultado; ASHA NOMS\_FCM = *American Speech and Language Association National Outcomes Measurement System Functional Communication Measures*; EUA = Estados Unidos da América; AusTOMs-SP = *Australian Therapy Outcomes Measures for Speech Pathology*; CPRS = *Conversation Participation Rating Scale*; FOCUS = *Focus on the Outcomes of Communication Under Six*; FCP-R = *Functional Communication Profile-Revised*; GAS = *Goal Attainment Scaling*; ISC = *Intelligibility Scale in Context*; PSF = perturbação dos sons da fala; TOMs = *Therapy Outcomes Measure*; SPAA-C = *Speech Participation and Activity in Children*.

Apenas foram incluídos na Tabela 2 instrumentos validados e publicados referenciados ao critério (e não à norma) que contemplam de alguma forma (ainda que não totalmente) indicadores relacionados com resultados funcionais, com destaque para a participação comunicativa. Nesta lógica, foram excluídos instrumentos com fim diagnóstico ou discriminativo e medidas de resultado dirigidas exclusivamente às funções do corpo ou atividades (ex. percentagem consoantes corretas, comprimento

médio do enunciado) ou dirigidos a condições não englobadas no nosso estudo (ex. disfluência). Considerou-se o nome; autor e ano da 1.<sup>a</sup> versão do instrumento; país de origem; população alvo; público alvo de preenchimento do instrumento, nomeadamente inventário parental; aplicação do instrumento em Portugal; e responsividade comprovada como medida de resultado.

Através da análise da Tabela 2, verifica-se uma escassez de instrumentos formais para a participação comunicativa, sendo a maior parte focados em domínios relacionados com a perturbação, corroborando o referido por Eadie et al. (2006); McLeod e Threats, (2008); McLeod et al. (2015); Roulstone et al. (2013, 2015) e Washington et al. (2013).

Como exceção, destacam-se o FOCUS, o SPAA-C e a ISC que são os únicos instrumentos que são enquadrados na CIF e consideram a atividade e participação comunicativa da criança com PC de forma explícita e objetiva (McLeod & Baker, 2017; Washington et al., 2013; Roulstone et al., 2013). Contudo o SPAA-C, não está validado e não fornece pontuações numéricas para analisar resultados e, além disso, destina-se a crianças com PSF, excluindo as crianças com PDL ou outras PC. Em 2017, este mesmo instrumento foi traduzido e adaptado em Portugal, tendo sido aplicado a 6 crianças com PSF (Ramos, 2017), sendo um dos escassos estudos conhecidos na área da participação de crianças com alterações comunicativas (neste caso, PSF) realizado em Portugal.

A ICS foi validada para a população portuguesa – pré-escolar (47 a 74 meses) (Escala de Inteligibilidade no Contexto [EIC], Lousada et al., 2019). A ISC pode ser utilizada como instrumento de avaliação normativa/ *screening*, discriminando crianças com alterações na inteligibilidade das restantes, ou como medida de resultado com qualidades psicométricas comprovadas na sua estrutura original (McLeod et al., 2012b, 2015), incluindo alguns indicadores de responsividade à mudança (McLeod et al., 2017, 2020) e adequado enquadramento na taxonomia CIF. Para a versão portuguesa foram analisadas as qualidades psicométricas ao nível de consistência interna, validade de critério, sensibilidade e especificidade, demonstrando a sua utilidade clínica enquanto instrumento de rastreio para identificar crianças que necessitem de uma avaliação de fala (Lousada et al., 2019). Do nosso conhecimento, não foi ainda comprovada a responsividade como medida de resultado do efeito da intervenção em Portugal, no entanto já em 2014 a mesma investigadora principal comprovou a inteligibilidade como adequada medida de resultado na intervenção (Lousada et al., 2014).

Apesar de dirigido à população adulta (população com elevada investigação na área da participação comunicativa) e por isso não mencionado na Tabela 2, destacamos o *The Communicative Participation Item Bank* (CPIB; Yorkston et al., 2008) pela contemplação pioneira do conceito de participação comunicativa de forma ampla, considerando a diversidade, a frequência, a intensidade, o

parceiro, a dificuldade, a ajuda, e a importância dada pela própria pessoa às diversas situações de participação comunicativa.

Quanto à psicometria, caso alguma das qualidades não esteja bem solidificada, as interpretações retiradas devem ser analisadas com muita cautela e deverão ser aprofundadas e reanalisadas para eventuais futuras aplicações à prática (Terwee et al., 2012). Assim, é possível verificar a escassez de instrumentos que têm o seu uso comprovado como adequadas medidas de resultado (responsividade à mudança). Como exceção, e corroborando McLeod e Baker, (2017), destacam-se o instrumento FOCUS, NOMS, TOMs, AusTOMs. Destes, apenas o FOCUS é dirigido exclusivamente a crianças e é preenchido pelos pais, privilegiando a sua perspectiva. Além disso, o ASHA NOMS, TOMs e AusTOMs, são criticados pela ausência de fiabilidade e responsividade comprovada do primeiro e pela classificação simplista de participação, não especificando quais as verdadeiras capacidades do mundo real que foram alteradas (Roulstone et al., 2013; Washington et al., 2013). Pelas limitações, o TOMs está a ser melhorado e está atualmente a ser desenvolvido o ROOT (*RCSLT Online Outcome Tool*), enquadrado no ICD-11 para identificar condições (Enderby et al., 2018; Enderby & Moyses, 2018; Gadhok & Moyses, 2017; RCSLT, 2019). Também com responsividade comprovada, a GAS é por vezes considerada uma técnica de medida de resultados e não um instrumento, não sendo por isso encontrada nalguns enquadramentos sobre esta temática (Schlesser et al., 2004). O facto de poder ser preenchida pelos pais e de ser adaptado aos objetivos de cada criança e família são as principais mais valias deste instrumento (Adams et al., 2020; T. Pereira et al., 2022). À semelhança dos instrumentos referidos anteriormente, apresenta várias escalas de pontuação para objetivos de diferentes problemáticas, tendo sido já validada para a CAA (Schlesser et al., 2004) e para a comunicação social/ pragmática (Adams et al., 2020), contudo, à semelhança dos instrumentos anteriores, não especifica os reais contextos de participação.

Cunningham et al. (2007, 2018, 2019, 2020); Pennington (2010) e Thomas-Stonell et al. (2009, 2010, 2013, 2016), corroboram esta escassez de medidas de resultado adequadas, nomeadamente no conceito de participação comunicativa para crianças com PC e adiantam a sua urgência. Reforçam que os instrumentos existentes na área da comunicação, na sua globalidade:

- Não conseguem detetar a gama completa de progressos observados em intervenções sucessivas;
- Não foram desenhados para medir mudança e/ou apenas se focam em competências de fala e de linguagem;
- Avaliam competências que não se relacionam com as competências alvo intervencionadas;
- Não são preenchidos pelos pais/ cuidadores (PROMs)



Denman et al. (2017); McLeod e Baker (2017); Shipley e McAfee (2021) referem que a maioria dos instrumentos não reporta no seu manual de instruções estudos de responsividade, pois foram originalmente criados para serem utilizados como instrumentos discriminantes ou descritivos (presença ou ausência de alterações) e não como instrumentos de medição do efeito de uma intervenção através de aplicações repetidas em curtos períodos. Corroborando estes autores, na nossa análise verificamos realidade semelhante nos instrumentos disponíveis em contexto nacional, conforme se pode constatar nos instrumentos apresentados por Viana et al. (2017).

Na revisão sistemática realizada por T. Pereira e Lousada (2022) sobre instrumentos estandardizados internacionais utilizados para medir o efeito da intervenção em pragmática em crianças com PDL, verifica-se que todos os instrumentos revistos utilizados como medida de resultados (linguagem, comunicação, competência social, jogo) demonstram validade e fiabilidade, mas nenhum demonstra responsividade à mudança, sendo usados para outros fins (medir resultados) que não o originalmente proposto (avaliar). Do nosso conhecimento, este foi o primeiro estudo nacional que realça a importância de considerar a responsividade de um instrumento como medida de resultado. Cunningham et al. (2020) acreditam que esta necessidade de adaptações a instrumentos para propósitos diferentes do original é reflexo da lacuna de instrumentos de comunicação da criança baseados na participação e que as mesmas indicam uma urgente necessidade de desenvolvimento de medidas de resultados nesta área para apoiar a investigação e prática.

A nível internacional, existem inúmeros instrumentos destinados a medir a participação das crianças. De uma forma geral, têm a grande mais-valia de medir a participação em todo o seu complexo construto ou aproximando-se de tal, não se cingindo apenas à frequência com que determinado comportamento acontece.

À semelhança do procedimento anterior, apresentam-se na Tabela 3 os instrumentos encontrados na pesquisa efetuada em bases de dados acessíveis que foram desenvolvidos no âmbito da participação e/ou qualidade de vida infantil. Apenas foram incluídos instrumentos formais que apresentam na sua estrutura uma secção específica dirigida à comunicação ou itens relacionados com a mesma e que não foram desenvolvidos com vista a dar resposta a uma condição de saúde específica (Tabela 3). De igual forma, considerou-se o nome; autor e ano da 1.<sup>a</sup> versão do instrumento; país de origem; população alvo; público alvo de preenchimento do instrumento, nomeadamente inventário parental; aplicação do instrumento em Portugal; responsividade comprovada como medida de resultado; entre outros aspetos (Tabela 3).

Tabela 3

*Instrumentos de Participação - Participação Comunicativa*

Instrumento	Autor	Ano 1.ªVersão	Origem	População	Inventário parental	Aplicação Portugal	Responsividade MR
CASP	Bedell	2011	Canadá	> 3 anos	Sim	Não	Não
CAPE-PAC	G. King et al.	2004	Canadá	6–21 anos	Não	Vila-Nova (2020)	Não
CLASS	Rosenblum et al.	2010	EUA	6–18 anos	Não	Não	Não
CPQ	Rosenberg et al.	2010	EUA	4–5 anos	Sim	Não	Não
KiddyKindl	Ravens- Sieberer & Bullinger	1998	Alemanha	4–16 anos	Sim	Ferreira et al. (2006)	Não
LIFE-H	Fougeyrollas et al.	1998	Canadá	Todas as idades	Sim	Não	Sim (em adultos)
PEM-CY	Coster et al.	2011	EUA	5–17 anos	Sim	Oliveira- Martins e Sanches- Ferreira (2019)	Não
PIP	Henry	2008	EUA	6–21 anos	Não	Não	Não
PedsQoL	Varni et al.	1999	RU	6–18 anos	Sim	Lima et al. (2008)	Sim
QYPP	Tuffrey et al.	2013	RU	14-21 anos	Não	Não	Não
SEAS	G. King et al.	2014	Canadá	13-23 anos	Não	Não	Sim
SFA-P	Coster et al.	1998	EUA	3–12 anos	Não	Não	Não

Nota. MR = Medida de Resultado; CASP = *Child and Adolescent Scale of Participation*; CAPE-PAC = *Children's Assessment of Participation and Enjoyment and the Preferences for Activities of Children*; CLASS = *Children's Leisure Assessment Scale*; CPQ = *Children Participation Questionnaire*; KiddyKindl; LIFE-H = *Assessment of Life Habits*; PEM-CY = *Participation and Environment Measure for Children and Youth*; PIP = *Pediatric Interest Profile*; PedsQoL = *Pediatric Quality of Life Inventory*; QYPP = *Questionnaire of Young People's Participation*; SEAS = *Self-Reported Experiences of activity Settings*; SFA-P = *School Function Assessment-Participation*; EUA = Estados Unidos da América; RU = Reino Unido.

Os instrumentos da Tabela 3 contemplam aspetos relacionados com a participação comunicativa, mas não se limitam à mesma, englobando outros domínios da participação. Além do mais, do nosso conhecimento e de acordo com vários autores (Eadie et al., 2006; Roulstone et al., 2013; Williams et al., 2019) nenhum deles foi inicialmente desenvolvido, aplicado ou validado junto de crianças com PC. Relembre-se que as crianças com desenvolvimento típico (Chien, Rodger, Copley, & Skorka, 2014; Simeonsson et al., 2001) ou com limitações motoras (Adolfsson et al., 2011; Imms et al., 2016, 2017; Van der Linde et al., 2014) são muitas das vezes o principal foco dos estudos e dos instrumentos desenvolvidos na área da participação. Em muitos dos estudos, mesmo quando destinados a crianças com perturbações, são excluídas crianças com PC pelas suas especificidades, como verificado nos estudos de G. King et al. (2007, 2014) e E. Pereira et al. (2010).

Apesar de autores dos vários instrumentos demonstrarem a sua intenção em comprovar a responsividade dos instrumentos, apenas um dos três instrumentos de participação com responsividade comprovada se destina a crianças dos 3 aos 10 anos (PedsQoL).

Tendo em conta que técnicas comumente utilizadas para medir resultados sociais podem ser aplicadas para construir instrumentos de participação comunicativa (Eadie et al., 2006), considera-se pertinente analisar diversas revisões sistemáticas sobre as qualidades dos vários instrumentos disponíveis dirigidos à avaliação da participação (conceito global e não apenas participação comunicativa) de crianças e/ou adultos com algum tipo de alteração (adquirida ou congénita). São apontados vários aspetos que carecem de melhoramento no desenvolvimento deste tipo de instrumentos e que se coadunam com os achados levantados na nossa anterior análise:

- Baixas qualidades psicométricas, principalmente pelas questões de validade de conteúdo (reduzido consenso no construto de participação e taxonomia) (Rainey, et al., 2014);
- Baixa responsividade à mudança (escassez de estudos longitudinais) (Rainey et al., 2014);
- Falta de validade cultural (Rainey et al., 2014);
- Avaliam as funções da criança e o desempenho em tarefa, em vez da participação real (Khetani et al., 2015);
- Restringem-se a um subconjunto de atividades, como atividades extraescolares (Khetani, et al., 2015);
- Não são aplicáveis a crianças entre os 0-5 anos de idade (Khetani, et al., 2015);
- Avaliam o impacto ambiental e a participação separadamente (Khetani, et al., 2015);
- Inadequabilidade do tipo de respostas (ex. entrevistas semiestruturadas não são um método fiável e exequível para amostras representativas) (Khetani, et al., 2015);
- Falta de clareza na distinção entre atividade e participação (Chien, Rodger, Copley, & Skorka, 2014);
- Itens não refletem um objetivo ou contexto social (Eadie et al., 2006);
- Elevado nível de redundância e a sua construção baseia-se na *classical test theory* (Eadie et al., 2006).
- Restringem-se à avaliação de dificuldade ou interferência, não havendo uma avaliação múltipla de diferentes critérios para uma mesma atividade (Eadie et al., 2006).
- Não contemplam a componente referente ao interlocutor da atividade (G. King et al., 2007).

Não desvalorizando as evidências das fragilidades empíricas nestas temáticas, muitos dos autores mencionados indicam-nos que começam a surgir alguns sinais de mudança paradigmática nos últimos anos.

Como já referido, é possível observar, quer em contexto nacional, quer internacional, a realização de entrevistas semiestruturadas para pais e/ou professores de crianças com PC que reportem resultados ao nível da participação (ex. inteligibilidade, socialização) após um período de intervenção (Baxendale et al., 2013; Lousada et al., 2013) ou a medição do efeito de programas de intervenção com recurso a instrumentos informais que questionam sobre o efeito da intervenção na criança, para além dos instrumentos focados na perturbação (Lousada, 2012; Oliveira et al., 2015; Rodrigues, 2017). Sendo uma prática valorizável, ainda não é suficiente pela falta de quantificação e formalização deste tipo de resultado (Kwok, Feiner, et al., 2021).

Estudos vários demonstram que tem havido um aumento de medidas de resultado funcionais, sua aplicação e evidência junto de crianças com PC em idade pré-escolar e escolar, revelando que a intervenção tem um efeito positivo na vida das crianças (ASHA, 2019; Cunningham et al., 2020; Cunningham, Washington, et al., 2017; Law et al., 2017, 2019; Odsson, 2013; Thomas-Stonell, 2009, 2013; Washington et al., 2015). Também a utilização de instrumentos de participação junto de crianças com PC, como os estudos com o instrumento CAPE de Thirumanickam et al. (2011) e de Raghavendra et al. (2011) e estudos com o instrumento PEM-CY de Williams (2019), tem vindo a aumentar.

A nível internacional, os profissionais têm vindo a ser incentivados pelas suas organizações profissionais para a utilização de medidas de resultado, dada a crescente solicitação de evidências dos ganhos/ vantagens do trabalho desenvolvido (ASHA, 2016a, 2021c; Enderby et al., 2018; Mullen & Schooling, 2010; RCSLT, 2019, 2020, 2021; SAC, 2010).

Em 2020, o RCSLT e associações relacionadas (*ICan, The Communication Trust, RADLD, Afasic*) reforçam a importância da avaliação compreensiva e da criação e utilização de medidas de resultado do impacto da perturbação, para uma PBE onde a primeira prioridade é estudar os resultados funcionais obtidos pelas crianças com PDL e o impacto da PDL ao longo da vida – a nível social, linguístico e educacional. Vários autores concordam que a uniformização num nível nacional de resultados pretendidos e seus indicadores para cada condição seria um panorama idílico que permitiria a evidência sobre o efeito das intervenções de comunicação e linguagem, de forma consistente, significativa e comparável (ASHA, 2021c; Cunningham et al., 2018; Enderby et al., 2018; Moyse et al., 2020; Powell & Lowenthal, 2014; Powell et al., 2015; RCSLT, 2018, 2020; Schmidt, 2012).

Têm sido notórios os esforços de várias organizações para identificar uma medida de resultado confiável e abrangente. Como exemplo, em 2012, o instrumento *Focus on the Outcomes of Communication Under Six* (FOCUS) foi escolhido como o instrumento de medição de resultados na iniciativa regional de monitorização de resultados no programa de linguagem e fala para o pré-escolar de Ontário com financiamento público (SAC, 2012). De seis em seis meses, os pais preenchem o FOCUS e o terapeuta da fala o *Communication Function Classification System* (CFCS; Hidecker et al., 2011). Outro exemplo é o de Bates e Titterton (2017) que publicaram as “diretrizes de boas práticas para análise do discurso da criança”. Nesse documento, é reforçada a importância de utilizar uma medida de resultado que analise o efeito da intervenção no impacto causado pela perturbação, a par dos instrumentos tradicionais de avaliação, sugerindo a utilização do FOCUS, validado para crianças com PSF e enquadrado na CIF-CJ. A equipa de investigação da *Ulster University* (Hegarty et al., 2018b) recomenda as seguintes medidas de resultado para crianças com perturbações fonológicas: FOCUS, SPAA-C2, ISC e TOMs.

Têm vindo a ser desenvolvidas iniciativas (*Core Outcome Measures in Effectiveness Trials* [COMET, 2022]; *Profiling Outcomes Across Time* [POAT; Joffe, 2018]) que pretendem criar resultados nucleares e respetivas medidas, padronizando os estudos de eficácia e monitorizações clínicas numa determinada área, sendo este princípio transversal às mais diversas condições de saúde. Ao analisarmos as áreas de estudo relacionadas com as PC, verifica-se que a participação comunicativa é tida como um dos resultados privilegiados.

Em suma, e parafraseando as palavras de Law (2021), um grande progresso tem vindo a ser feito no estudo da eficácia das intervenções em crianças com PC, nomeadamente o que estas impactam e como devem ser avaliadas. Todavia, os próprios modelos de intervenção para crianças com PC e os estudos de eficácia dos mesmos têm os seus próprios constrangimentos que devem ser investigados. Há, por isso, uma necessidade de continuar a desenvolver medidas de resultado da participação das crianças, contemplando uma série de propósitos, incluindo inquéritos destinados à população, medição de resultados de programas, estudos de intervenção e planeamento individualizado de uma intervenção centrada na criança e na família (Bedell et al., 2011; Cunningham et al., 2020).

Na secção seguinte iremos apresentar a medida de resultado selecionada para dar resposta à presente investigação, aprofundando aspetos relacionados com a mesma.

### 1.3. Medida de Resultado da Participação Comunicativa: *Focus on the Outcomes of Communication Under Six*, de Thomas-Stonell et al. (2012)

O instrumento FOCUS constituiu-se como o instrumento disponível que abarca mais requisitos dos já elencados para uma adequada medida de resultado, de acordo com a pesquisa em bases de dados de acesso livre por nós efetuada até à data (Tabela 2). A saber: qualidades psicométricas (que serão oportunamente exploradas: validade, fiabilidade e responsividade à mudança como medida de resultado); metodologia de teoria de resposta ao item; consideração da opinião dos pais (inventário parental); enquadramento biopsicossocial; consideração de vários parceiros comunicativos; adequação a diferentes crianças com perturbações da comunicação (linguagem, sons da fala) ou outras perturbações do neurodesenvolvimento com afeção da comunicação; consideração de diferentes formas de comunicação das crianças (CAA); disponibilização gratuita (à data do início deste estudo) e com formação gratuita (*webinars* online); compatibilização com a utilização de outros instrumentos; consideração das áreas prioritárias de intervenção em comunicação, linguagem e fala, tendo em conta os resultados prioritários para todos os envolvidos e possibilidade de relação com a severidade do problema, bem como com outros elementos providenciados no serviço (ex. modelo de intervenção). Além disso, o FOCUS, segundo os autores, é o único instrumento validado para medir como é que as crianças em idade pré-escolar com PC utilizam a comunicação para participar nas situações de vida diária (Cunningham et al. 2017), um resultado indubitavelmente importante e significativo para as famílias (Dockrell et al., 2014; Roulstone et al. 2013). Acresce ainda a virtualidade de ser um instrumento que avalia simultaneamente mudanças na capacidade (atividade num contexto estruturado) e desempenho da criança (participação em contextos reais) (Thomas-Stonell et al., 2010). A objetividade e quantificação, facilidade de aplicação e cotação, facilitação da discussão multidisciplinar são algumas das vantagens do FOCUS comumente referidas na literatura (Shiple & McAfee, 2021).

Após uma breve apresentação das mais-valias do instrumento, apresentam-se de seguida as evidências sobre a participação comunicativa das crianças com PC com a utilização do FOCUS como medida de resultado, bem como as barreiras encontradas à sua implementação. Uma descrição completa do instrumento FOCUS (versão original) e seu processo de construção e desenvolvimento será apresentada no capítulo II (Metodologia).

#### 1.3.1. Evidências Sobre a Participação Comunicativa das Crianças com Utilização do FOCUS

Como já abordado anteriormente, na área infantil são encontrados na literatura diversos estudos sobre o impacto da intervenção com diferentes grupos de crianças. Contudo, a maioria foca-se

exclusivamente na verificação de aquisição de competências normativas na sequência da aplicação de um programa ou de determinado método de intervenção, não sendo medidos resultados funcionais sobre o efeito que a intervenção teve na participação da criança em contextos reais, salvo exceções já devidamente abordadas.

Do mesmo modo, sabe-se que existem muitas evidências sobre os fatores que influenciam a presença de uma PC (ex. género, antecedentes familiares, habilitações académicas dos pais, etc.; Dodd et al., 2003; Eadie et al., 2014; Wren, 2016), mas não sobre os fatores que influenciam a participação comunicativa e seus progressos na criança com PC.

Contrariando esta tendência, o FOCUS tem vindo a ser aplicado em alguns estudos para documentar as mudanças funcionais significativas ocorridas na participação comunicativa das crianças, analisando os possíveis preditores destes resultados em crianças de idade pré-escolar após usufruírem de intervenção (neste caso, em terapia da fala).

Neste âmbito, e de acordo com o modelo concetual da CIF, importa verificar a influência de fatores inerentes à própria criança (ex. diagnóstico, severidade de acordo com a classificação *Communication Function Classification System* [CFCS]) e de fatores externos/ ambientais (ex. características da intervenção), bem como a interação entre estes dois níveis (pessoal e ambiente), quer nos resultados da intervenção ao nível da participação comunicativa da criança, quer no desenvolvimento da participação comunicativa ao longo do tempo (Washington et al., 2015). Seguidamente apresentamos os estudos que demonstram esta evidência, onde o FOCUS é utilizado como medida de resultado e, como tal, é aplicado, pelo menos, em dois momentos.

#### **1.3.2.1. Fatores Pessoais: Diagnóstico.**

O FOCUS tem vindo a ser utilizado com diferentes populações: crianças com perturbações da fala e/ou linguagem, com/sem comprometimento de outras áreas do neurodesenvolvimento (Hidecker et al., 2017; Thomas-Stonell, Washington, et al., 2013; Washington et al., 2015); crianças com disartria (Pennington et al., 2013), crianças com perturbação da fluência (Hayhow et al., 2012) crianças com perturbações motoras da fala (Namasivayam, Pukonen, Hard et al., 2015; Namasivayam et al., 2019), crianças utilizadoras de CAA (Thomas-Stonell et al., 2016) e *late talkers* (i.e., “falantes tardios” conforme definido por Santos, 2002) (Cunningham et al., 2019; Kwok, Cunningham, et al., 2020). Em todos estes estudos, existe evidência científica para afirmar a existência de mudanças na participação comunicativa das crianças após um período de intervenção.

Hayhow et al. (2012) realizaram um estudo com 63 crianças com perturbação da fluência com menos de 7 anos de idade, em que 23 pais preencheram o FOCUS antes e depois da intervenção. As crianças usufruíram de 3.6-15 horas de terapia durante 37 semanas. Os terapeutas da fala forneceram informações sobre a abordagem usada na intervenção, os contactos realizados com os pais, tempo despendido com a criança, pais ou escola. A percentagem de crianças que gagueja em mais de 3% das sílabas decresceu de 18 para 6%. As pontuações do FOCUS aumentaram 19 pontos. Verificaram-se correlações significativas positivas entre o FOCUS e a redução da percentagem de sílabas gaguejadas.

Pennington et al. (2013) no seu estudo para crianças com disartria, através da utilização de testes *t* de *student* para amostras emparelhadas, verificou mudança significativa nas pontuações FOCUS (diferença de 30.3 para os pais e 28.3 para os professores), a par de mudanças nas medidas de perturbação (inteligibilidade em palavras isolados e discurso encadeado aumentaram 10%). Este aumento resultou de um período de intervenção intensiva (objetivos de respiração, fonação, coordenação pneumofonoarticulatória, de 15 a 18 horas, divididas por 6 semanas com sessões individuais de 35 a 40 minutos) e foi verificado já após 12 semanas do término da intervenção.

No mesmo ano, Thomas-Stonell, Washington, et al. (2013) realizaram um estudo com grupos de crianças com PL, PSF, PSF/PL onde o FOCUS-50 foi aplicado no início e no fim da terapia, com intervalo de 7 a 10h de terapia decorridas. Quanto aos resultados iniciais, o grupo das PSF apresenta uma média de pontuação total maior ( $M=247$ ) em relação aos outros dois grupos, cujas médias são equivalentes estatisticamente ( $M=156$ , PL;  $M=177$ , PL/PSF). Verificam ainda que naquele grupo de crianças (PSF) o nível CFCS é menor, a idade é maior e não apresentam outras alterações associadas. Repetida esta análise para a 2.<sup>a</sup> aplicação do FOCUS, continua a confirmar-se a mesma diferenciação positiva do grupo de PSF. Quanto ao valor de mudança, foram verificadas mudanças significativas equivalentes entre aplicações para todos os grupos, com uma média global de mudança de 19.9 pontos, sugerindo que a melhoria de competências de participação pode ser similar a crianças com diferentes PC. Realizaram ainda uma análise da responsividade de cada item individualmente como item responsivo à mudança. Existe equivalência entre os grupos das mudanças verificadas a nível quantitativo, todavia, analisando os 10 itens onde se verificou maior mudança em cada grupo diagnóstico, verifica-se que os perfis de mudança dos três grupos são diferentes, sugerindo que diferentes PC têm diferentes impactos na participação comunicativa (Thomas- Stonell, Washington, et al., 2013).

Washington et al. (2015) formaram três grupos de crianças de 3 a 6 anos ( $N=61$ ) divididos por crianças em intervenção com PC (PSF e PL), crianças em intervenção com PC e perturbações motoras; crianças com PC em lista de espera. Os pais preencheram o FOCUS antes e após a intervenção (média



de intervenção de 16 horas) e 3 meses após o fim da intervenção. As intervenções foram realizadas com diferentes terapeutas da fala utilizando diferentes abordagens, objetivos, técnicas, materiais. No momento pré-intervenção, não existiram diferenças significativas entre grupos a nível de resultado de participação comunicativa, CFCS, competências sociais. Ao longo do tempo, apenas os grupos que tiveram intervenção apresentaram mudanças significativas na participação comunicativa, ao contrário do grupo de crianças em espera, independentemente do diagnóstico.

Em 2016, Thomas-Stonell et al. realizaram um estudo com crianças com necessidades complexas de comunicação entre 1 ano e 4 meses até 4 anos e 11 meses, com recomendação para utilização de CAA, classificadas nos níveis CFCS IV ou V ( $N = 8$ ). Durante um ano, as crianças foram sujeitas a intervenção ao nível da CAA (ex. língua gestual, tecnologia assistida, PECS), numa média de 15 horas totais, com frequência e duração variáveis. O FOCUS foi preenchido três vezes - início, meio, fim da intervenção – juntamente com o *Ages and Stages Questionnaire* [ASQ; no início e fim da intervenção]. Verificaram mudanças significativas na pontuação do FOCUS em todas as crianças ao longo do tempo, simultaneamente com mudanças dos domínios da comunicação do ASQ.

### 1.3.2.2. Fatores Pessoais: Idade e Classification Function Communication System.

O *Classification Function Communication System* (CFCS; Hidecker et al., 2011) é um classificador de severidade utilizado no domínio da comunicação funcional, contemplando o processo bidirecional da comunicação – enviar e receber mensagens. Constituído por cinco níveis (níveis aumentam proporcionalmente à severidade), as classificações apresentam descrições básicas para cada um dos níveis, com distinções claras entre elas.

Hidecker et al. (2017) verificaram correlações negativas significativas entre os resultados CFCS e os resultados FOCUS no primeiro momento de aplicação do FOCUS (quanto menor o nível CFCS, maior a pontuação FOCUS), assim como com o resultado do CFCS e resultados do FOCUS preenchido por pais e profissionais nos restantes momentos.

Quanto à interpretação das pontuações de mudança obtidos no FOCUS, os autores deixam alguns alertas: (a) *Ceiling effect* nas crianças que apresentam níveis mais baixos (mais funcionais), ou seja, como estas crianças já obtiveram uma média de pontuação alta na primeira aplicação, não existe considerada margem numérica na pontuação para melhorar, o que pode limitar a validade preditiva deste nível. (b) Correlação não significativa entre o FOCUS - pontuação de medida de resultado (mudança momentos 2-1 e momentos 3-2) e o nível CFCS, pois todas as crianças, independentemente do nível CFCS, apresentaram melhorias na participação comunicativa, comprovando que a mudança avaliada

pelo FOCUS não está associada com o nível CFCS, ao contrário da pontuação isolada, pois o FOCUS destina-se a medir mudanças na participação comunicativa para crianças de qualquer nível CFCS. Tal foi também corroborado no estudo de Cunningham et al. (2019), com a ausência de correlação entre as pontuações de mudança FOCUS e os níveis CFCS.

Cunningham, Hanna, et al. (2017) desenvolveram o primeiro estudo longitudinal com uma amostra de crianças entre os 18 e os 60 meses com PC ( $N=46,872$ ) com o objetivo de desenvolver modelos estatísticos (curvas de crescimento) da participação comunicativa destas crianças e explorar variações de acordo com o nível CFCS e a idade. Para tal, recolheram os dados do instrumento FOCUS e do instrumento CFCS aplicados antes e após um período de intervenção, entre 2012 e 2016.

Verificaram que o nível CFCS difere significativamente de acordo com a idade, com crianças de idades mais precoces com níveis mais elevados de comprometimento comunicativo (CFCS). Confirmaram que existem diferenças significativas nas pontuações do FOCUS inicial em função do nível CFCS, com crianças de nível mais elevado com pontuações iniciais mais baixas. O mesmo se confirmou em relação à idade, com crianças mais novas com pontuações iniciais mais baixas. Foi confirmada uma interação significativa entre as variáveis idade e nível CFCS aquando da análise das pontuações, sobretudo nos níveis IV e V, quando as crianças têm 50 meses.

O resultado do FOCUS varia em função do nível CFCS, mais do que em função do diagnóstico da criança. As pontuações médias previstas do FOCUS aos 18 meses aumentam de acordo com o nível CFCS. O crescimento estimado foi inicialmente rápido, mas diminuiu à medida que as crianças cresceram, exceto para aquelas com o nível mais alto (maior severidade, menos funcionalidade). Crianças com melhor nível CFCS têm um desenvolvimento de participação comunicativa mais rápido e pontuações FOCUS mais altas: crianças dos níveis I a III apresentam mudanças clinicamente significativas em menos de 4 meses, enquanto crianças dos níveis IV e V apresentam mudanças em 4.2 a 9.7 meses. Independentemente do nível de funcionalidade comunicativa, as crianças conseguem fazer mudanças significativas na participação comunicativa. Concluíram que o nível CFCS da criança é um dos fatores que pode dar indicações prognósticas sobre a evolução na participação comunicativa.

Também os estudos de Cunningham (2019), Kwok, Cunningham, et al. (2020), Thomas-Stonell et al. (2016); Washington et al. (2013) documentam mudanças clinicamente significativas na participação comunicativa (pontuação FOCUS) em crianças de todos os níveis de CFCS.

### 1.3.2.3. Fatores Ambientais: Intervenção – Frequência, Intensidade e Duração.

Namasivayam, Pukonen, Goshulak, et al. (2015) aplicaram o FOCUS a 37 crianças com DVD, divididas em dois grupos: 1) baixa intensidade – intervenção uma vez por semana; 2) alta intensidade – intervenção duas vezes por semana; durante 10 semanas em sessões de 45 minutos. Existiram mudanças nas pontuações de inteligibilidade e no FOCUS. No grupo de baixa intensidade estas mudanças não foram clinicamente significativas, no grupo de alta intensidade existiram mudanças significativas quer no FOCUS, quer no *Goldman-Fristoe Test of Articulation 2* (GFTA-2). Mais tarde (2019) os mesmos autores realizaram um estudo onde avaliaram a frequência ideal de intervenção para crianças com outras PSF motoras (crianças com DVD excluídas) ( $N = 48$ , 43 a 47 meses). Foram seguidos os mesmos métodos e procedimentos do estudo anterior. Antes e após a avaliação as crianças foram avaliadas por terapeutas da fala com uma seleção de instrumentos, entre os quais o FOCUS. Em ambos os grupos não foram identificadas diferenças significativas nas medidas de perturbação ou na participação comunicativa, mostrando que o aumento da frequência de intervenção neste grupo de crianças não tem um efeito significativo.

Nos estudos apresentados, o FOCUS é aplicado de 6 em 6 meses ou de 9 a 12 semanas. No seu manual (Thomas-Stonell, Robertson, et al., 2015) a recomendação é que o período entre aplicações não deva exceder os seis meses. Conforme exposto, é comum o FOCUS ser aplicado mais que duas vezes (ex. no momento da avaliação, no momento de início de intervenção, no momento final da intervenção, após um período de consolidação), de modo a avaliar não só os resultados imediatos, como também os resultados continuados.

### 1.3.2.3. Fatores Ambientais: Intervenção – Abordagens.

McLeod et al. (2017) realizaram um estudo onde investigaram os efeitos de intervenção com o computador para crianças com PSF. 123 crianças com PSF (4-5 anos) foram divididas em dois grupos (grupo de controlo e grupo de intervenção). Enquanto o grupo de controlo foi sujeito às atividades típicas de sala de aula, o outro grupo foi alvo de intervenção com o programa *Phoneme Factory Sound Sorter Software* (Wren & Roulstone, 2013) aplicado pelos educadores durante nove semanas. As crianças foram reavaliadas duas vezes por um terapeuta da fala desconhecido. Os resultados medidos foram a vários, entre os quais a participação comunicativa e bem-estar, utilizando para o efeito uma extensa seleção de instrumentos, incluindo o FOCUS. Os valores obtidos nestas medidas (incluindo o FOCUS) para cada grupo foram semelhantes, com efeito reduzido entre grupos. Ambos os grupos (grupo em intervenção e grupo de controlo) realizaram mudanças significativas na pontuação do FOCUS, não se verificando

diferenças estatisticamente significativas entre grupos. Concluíram que a intervenção assistida pelo computador providenciada pelas educadoras não resulta em resultados maiores que a estimulação já habitualmente realizada em sala de aula.

No estudo de Cunningham et al. (2019), sobre a implementação do programa *Target Word™*, *The Hanen Program®*, foram encontradas mudanças significativas na participação comunicativa das crianças entre a avaliação inicial e o início do programa e durante as 12 semanas de intervenção direta (75% fizeram mudanças clinicamente significativas). Durante o período de consolidação, não existiram mudanças significativas, mas as anteriores evoluções foram mantidas, independentemente do período de consolidação (de 1 a 3 meses). O estudo mostra que as crianças se tornam mais eficazes e independentes a nível expressivo e recetivo durante os quatro momentos. A mudança é consideravelmente maior no período de intervenção e consolidação, ao invés do período de espera entre avaliação e início de intervenção, o que suporta a eficácia do tratamento, podendo as mudanças ser atribuídas à intervenção realizada.

Em 2020, Kwok, Cunningham, et al. desenvolveram um estudo para avaliar a eficácia deste mesmo programa (*Target Word*) com a mesma população (crianças *late talkers*,  $N = 76$ ) nos resultados da participação comunicativa. 75% das crianças fizeram mudanças clinicamente significativas na participação comunicativa, comprovando-se que o programa *Target Word* pode facilitar o desenvolvimento de habilidades de participação comunicativa em crianças *late talkers*.

#### **1.3.2.4. Interações dos Preditores da Participação Comunicativa Analisados com o FOCUS.**

Para além dos fatores até aqui mencionados, importa perspetivar como os mesmos se repercutem em cada criança ao longo do tempo e quais as interações que ocorrem entre os mesmos.

No estudo de Washington et al. (2015), verifica-se a primeira tentativa de identificar os preditores da participação comunicativa. Através de técnicas de regressão, verifica-se que as mudanças na participação comunicativa do momento 1 para o momento 2 foram preditas pelos fatores pessoais da criança (crianças com menos competências sociais fizeram mais mudanças, dado que tinham mais “espaço” para tal) e fatores ambientais (estado da intervenção). Do momento 2 para o momento 3 (mudança continuada) as mudanças foram influenciadas por outros fatores pessoais (duplo diagnóstico/comorbilidade interfere negativamente) e, novamente, pelos fatores contextuais (estado da intervenção).

Cunningham et al. realizaram em 2018 um estudo com a mesma população do estudo de 2017 anteriormente mencionado, de modo a identificar o maior número possível de preditores dos resultados na participação comunicativa, aferindo diversas variáveis demográficas e de intervenção preditores da

participação comunicativa em idade pré-escolar. Repetiram a metodologia do estudo anterior, considerando todas estas variáveis.

Foram identificadas três variáveis demográficas: gênero, plurilinguismo e frequência de pré-escolar e três variáveis de intervenção: receber intervenção em terapia da fala, o tempo de intervenção entre aplicações FOCUS e os objetivos de intervenção, como preditores significativos da participação comunicativa, todas elas consideradas em dependência do CFCS.

As crianças do gênero feminino têm melhores resultados no FOCUS-50 que os seus pares do gênero masculino em todos os níveis, principalmente no nível CFCS III e IV. No entanto, a previsibilidade de mudança é igual para ambos os gêneros. Crianças plurilingues têm melhores resultados que crianças monolinges, principalmente no nível CFCS IV, não havendo diferenças entre ambos os grupos na previsibilidade de mudança.

Crianças que frequentam educação pré-escolar apresentam melhores resultados que os seus pares que não frequentam, com diferenças clinicamente significativas, exceto no nível CFCS V. Existe uma interação clínica e estatisticamente significativa entre frequência de pré-escolar e idade, havendo diferenças entre ambos os grupos na previsibilidade de mudança.

Crianças que receberam intervenção apresentam melhores resultados que os seus pares (aquelas que aguardavam tratamento), com efeitos clinicamente significativos nas crianças nos níveis II, III e IV, o que significa que estas crianças apresentam uma pontuação prevista significativamente superior quando começaram a intervenção em relação aos pares sem intervenção. Há interações estatisticamente significativas para afirmar que as crianças com intervenção têm um crescimento linear nas pontuações em comparação com as crianças sem intervenção.

Da mesma forma, crianças que despenderam mais tempo em intervenção apresentaram maiores mudanças que as que passaram menos tempo. Há diferenças estatisticamente significativas para as crianças de todos os níveis CFCS, mas em nenhum nível existem diferenças clinicamente significativas, indicando que é necessário um tempo de intervenção de no mínimo 3 meses para se verificar mudanças. As crianças dos três primeiros níveis CFCS têm resultados semelhantes aos 67 meses, demonstrando que a maior duração de intervenção é benéfica em idades precoces (18-40 meses) mas não tanto em idades mais avançadas (40-78 meses) onde há uma tendência de estabilização. No nível CFCS IV e V observa-se que quanto mais tempo as crianças passam no programa, maior é a sua pontuação prevista pelo FOCUS, em todas as idades, sugerindo que as crianças com menor funcionalidade necessitam de mais tempo para atingir resultados, independentemente da idade.

Como se tratava de um estudo de nível populacional, usando conjuntos de dados preexistentes em base de dados, não foi possível estratificar pelos tipos de intervenções que as crianças tinham recebido. Quanto aos objetivos de intervenção, apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de crianças com objetivos de fala e o grupo de crianças com objetivos de linguagem, o mesmo não acontecendo com o grupo de crianças com objetivos nas duas áreas. Há efeitos clinicamente significativos nos níveis CFCS II e III, o que significa que as crianças com objetivos de fala têm pontuações previstas de FOCUS mais altas do que as crianças com objetivos a nível de linguagem. Há interações estatisticamente significativas para afirmar que as crianças com objetivos de fala revelam um crescimento mais linear que as crianças com objetivos de linguagem.

Fica claro que a participação comunicativa e seu desenvolvimento dependem de fatores relacionados com o ambiente (frequentar pré-escolar; receber intervenção, usufruir de intervenção por períodos de maior duração). O efeito de cada um destes fatores varia em função de fatores pessoais da criança (diagnóstico, idade, nível CFCS) (Cunningham et al., 2018).

### ***1.3.2. Barreiras à Implementação do FOCUS***

Em 2022, Kwok, Moodie, et al. desenvolveram um estudo para identificar as principais barreiras e facilitadores da implementação do FOCUS de acordo com as perspectivas dos terapeutas da fala ( $N = 37$ ). Lembramos que o FOCUS foi introduzido no *The Preschool Speech and Language Program* (PSLP) de Ontário em 2012.

As barreiras identificadas prendem-se com fatores ambientais e falta de recursos (ex. dificuldades em integrar o FOCUS nas sessões de avaliação e nas sessões de intervenção), crenças sobre as consequências (ex. crenças de que os dados coletados usando o FOCUS não têm relevância para a prática clínica e educacional) e influência social (ex. aplicação do FOCUS prejudica o relacionamento com as famílias).

Os facilitadores identificados situam-se a nível da regulação comportamental e dos fatores ambientais e recursos (ex. disponibilidade de pessoal administrativo e suporte tecnológico). Identificadas as barreiras e facilitadores na implementação de uma medida de resultado com foco na prática baseada na evidência, os autores referem que os dados apoiarão o design de novos métodos para melhorar a implementação de instrumentos funcionais de medição de resultados nos programas de intervenção.

Posteriormente, os mesmos autores utilizaram um mapa conceptual para identificar estratégias que promovem a implementação do FOCUS no PSLP de Ontário, entrevistando terapeutas da fala numa primeira fase, seguidamente de políticos e membros da equipa FOCUS. Foi criado um mapa concetual

de duas dimensões e uma lista de estratégias prioritárias que foram validadas com os *stakeholders* através de um questionário. Foram categorizadas 90 estratégias em seis categorias. Priorizaram-se 14 estratégias destinadas à diminuição de barreiras ambientais e às crenças sobre as consequências da aplicação do FOCUS. Todas, exceto uma das estratégias priorizadas, têm uma ligação demonstrada na resolução de barreiras existentes de acordo com a literatura de mudança comportamental (Kwok, Moodie et al., 2022).

Em síntese, expostos os enquadramentos atuais na atuação junto de crianças com PC (OMS/ CIF, legislação internacional e nacional, paradigmas defendidos, práticas baseadas na evidência), torna-se claro que o impacto que uma PC (independentemente do tipo) vai mais além das limitações observadas nos domínios específicos de comunicação, linguagem e fala, podendo impactar os vários domínios de vida diária da criança e sua família e todo o percurso académico e de vida dessa criança, afetando a participação comunicativa e, em última instância, a qualidade de vida de todos, quer em crianças da educação pré-escolar, quer em crianças do 1.º CEB.

O maior desafio centra-se na operacionalização das práticas de acordo com a referida evidência científica, surgindo inevitavelmente uma divergência entre o que é preconizado e o que é realizado. A maioria dos estudos de levantamento de práticas dos profissionais, assim como a maioria dos estudos de eficácia de intervenção de acordo com as várias variáveis (ex. condição da criança, características da intervenção, idades) centram-se na análise de limitações nas funções do corpo/ perturbação, muitas das vezes com recurso a instrumentos que não têm a sua responsividade comprovada e que, por isso, não deverão ser utilizados como medidas de resultado. Quando considerados aspetos participativos, recorre-se frequentemente a metodologias informais (ex. entrevistas, observação) ou a instrumentos de avaliação da participação que não estão adequados a crianças com PC.

A escassez e desconhecimento de medidas de resultado compreensivas tem vindo a ser documentada por diversos autores, verificando-se alguns indicadores de mudança neste âmbito. A medida de resultados FOCUS surge neste seguimento, dando resposta às principais necessidades: (a) instrumento focado na participação da criança pela perspetiva dos cuidadores; (b) instrumento com carácter de medida de resultado, permitindo quantificar o efeito da intervenção, tomando como resultado principal a participação comunicativa. Estão já disponíveis vários contributos para as suas qualidades psicométricas, bem como diversos estudos de eficácia de intervenção onde é utilizado como medida de resultado, sendo possível verificar o efeito da intervenção na participação comunicativa da criança,

considerando o efeito de variáveis ambientais (características da intervenção) e pessoais (ex. condição, nível de severidade).

Apresentamos de seguida a metodologia adotada neste trabalho, que se pretende harmonizada com o levantamento exposto na presente revisão de literatura.



## CAPÍTULO II - METODOLOGIA

O segundo capítulo inicia a apresentação dos dois estudos concebidos, apresentando, para cada um, os objetivos, as questões de investigação, os instrumentos de recolha de dados, a caracterização da amostra e os procedimentos de recolha de dados. No primeiro estudo inclui-se uma exploração detalhada do instrumento *Focus on the Outcomes of Communication Under Six* (FOCUS) na sua versão original, considerando as suas qualidades psicométricas, seguido do processo de tradução, adaptação e validação de conteúdo do instrumento FOCUS-34 Portugal para as crianças em idade pré-escolar e 1.º ciclo do ensino básico. As considerações éticas para ambos os estudos são apresentadas no final deste capítulo.

### 2.1. Estudo I - Tradução, Adaptação e Validação do Instrumento FOCUS-34 Portugal

O estudo I pretende realizar a tradução, adaptação e validação de um instrumento de avaliação da participação comunicativa de crianças com perturbações da comunicação (FOCUS-34 Portugal) para crianças dos 3 aos 10 anos (idade pré-escolar e 1.º CEB).

#### 2.1.1. *Objetivos do Estudo*

Os objetivos do estudo I são:

1. Desenvolver, aplicar e validar o instrumento FOCUS-34 Portugal.
2. Analisar as qualidades psicométricas (fiabilidade e validade) do instrumento FOCUS-34 Portugal.
3. Analisar a participação comunicativa em crianças com PC, de acordo com as variáveis em estudo.

#### 2.1.2. *Questões de Investigação*

1. Os dados obtidos em Portugal relacionam-se de alguma forma com o instrumento original na sua validade de conteúdo?
2. Os dados obtidos em Portugal relacionam-se de alguma forma com o instrumento original na sua estrutura dimensional?
3. Os dados obtidos em Portugal relacionam-se de alguma forma com o instrumento original na sua consistência interna?
4. Verificam-se diferenças no instrumento FOCUS-34 Portugal em função da idade das crianças?
5. Verificam-se diferenças no instrumento FOCUS-34 Portugal em função do género das crianças?

6. Verificam-se diferenças no instrumento FOCUS-34 Portugal em função das habilitações académicas dos pais das crianças?
7. Verificam-se diferenças no instrumento FOCUS-34 Portugal em função do nível CFCS (*Communication Function Classification System*/ Sistema de Classificação da Comunicação)?
8. Verificam-se diferenças no instrumento FOCUS-34 Portugal em função do diagnóstico da criança?
9. Verificam-se diferenças no instrumento FOCUS-34 Portugal em função das medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão da criança?
10. Verificam-se diferenças no instrumento FOCUS-34 Portugal em função do tempo de intervenção em terapia da fala?

### **2.1.3. Instrumentos de Recolha de dados**

O presente estudo foi suportado com dois instrumentos de recolha de dados, um construído de raiz pelas investigadoras e outro traduzido e adaptado, que serão apresentados de seguida.

#### **2.1.3.1. Questionário de Caracterização Sociodemográfica, Educacional e de Intervenção (Costa & Cruz-Santos, 2019).**

Foi construído um questionário (Anexo A) dirigido ao terapeuta da fala de cada criança do estudo com um tempo de preenchimento de aproximadamente três minutos, com base nas variáveis independentes que se pretendem analisar, identificadas na literatura como tendo efeito nos resultados na participação comunicativa (Cunningham et al., 2017, 2020; Thomas-Stonell, Washington, et al., 2013; Thomas-Stonell et al., 2016; Washington et al., 2015) e considerando o modelo inclusivo de educação em vigor em contexto nacional (Decreto-Lei n.º 54/2018): variáveis pessoais (género, idade, diagnóstico, CFCS) e variáveis ambientais (medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão, tempo total de intervenção).

Importa ressaltar que este questionário foi construído com vista a dar resposta aos dois estudos realizados. Do total das 13 questões, seis dizem respeito a variáveis que se pretendem analisar no estudo I: três questões de resposta curta (idade, escolaridade, diagnóstico, duração da intervenção já usufruída [todas as crianças já estavam em intervenção antes da aplicação dos instrumentos]) e três de escolha múltipla (género, CFCS, medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão). As variáveis “distrito”, “concelho”, “estabelecimento de ensino”, “forma de comunicação da criança” apenas foram utilizadas na descrição da amostra. A variável “outros apoios especializados” não foi analisada.

O *Classification Function Communication System* (CFCS), inserido neste questionário, é um instrumento de classificação válido e fiável que permite que profissionais e/ou pais classifiquem as habilidades de comunicação das crianças num dos cinco níveis significativos de função comunicativa diária, com base nas capacidades da criança (forças) e não nas suas fraquezas (Hidecker et al., 2011, 2017).

Os níveis variam de acordo com a familiaridade do parceiro comunicativo, o sucesso da criança a enviar e receber mensagens e o ritmo das interações comunicativas. As crianças no nível CFCS I são “remetentes e recetores eficazes com parceiros desconhecidos e familiares” e funcionam melhor em termos de comunicação, enquanto as crianças no nível CFCS V são “remetentes ou recetores raramente eficazes mesmo com parceiros familiares” e funcionam menos bem na comunicação. Concretizando, uma criança no nível CFCS I pode apresentar uma dificuldade na produção de poucos sons de fala ou reduzidos erros gramaticais, enquanto uma criança no nível CFCS V pode não ter intenção comunicativa (Hidecker et al., 2011).

Os instrumentos de classificação assumem um carácter diferente dos instrumentos de avaliação, dado que os primeiros são utilizados para realizar uma discriminação entre crianças com níveis de funcionalidade variáveis. Ao contrário das medidas de resultado, os instrumentos de classificação não mensuram mudança ao longo do tempo, destinando-se a descrever como uma criança funciona num determinado momento do tempo. Podem ser utilizados em associação com instrumentos de avaliação tradicionais. Permitem estratificar as crianças com base na capacidade funcional, o que deve levar a interpretações mais significativas dos resultados da intervenção com base nas habilidades funcionais no início da intervenção. Em vez de utilizarem termos subjetivos e indefinidos, oriundos do pensamento baseado em deficiência e severidade, tais como *leve*, *moderado* e *grave* para descrever as alterações de comunicação das crianças, os profissionais podem utilizar uma linguagem consistente e focada nos pontos fortes da criança, ou seja, naquilo que ela faz, enquadrando-a num dos cinco níveis do CFCS para descrever competências comunicativas atuais das crianças em situações do mundo real (Hidecker et al., 2011, 2017).

O instrumento foi originalmente desenvolvido para crianças com paralisia cerebral de acordo com os conceitos da CIF, com o intuito de mudar o foco clínico e investigativo das funções e estruturas do corpo, para uma perspetiva de atividade e participação. Nesta população, o CFCS mostrou uma adequada validade de conteúdo, fiabilidade inter-observadores e teste-reteste (Hidecker et al., 2011). Apesar de inicialmente desenvolvido para a área da paralisia cerebral, tem vindo a ser amplamente utilizado por profissionais e investigadores para classificar a comunicação funcional de crianças com

uma panóplia de alterações a nível de comunicação, linguagem e fala. A validação do CFCS para populações diferentes das que foi inicialmente desenvolvido foi publicada em 2017, onde concluíram que existe validade de construto e preditiva do CFCS no pré-escolar para crianças com PC, independentemente da existência de comorbilidades ou não (Hidecker et al., 2017). No site oficial é referido que o instrumento está validado universalmente e é atualmente utilizado para descrever a performance comunicativa de indivíduos com qualquer tipo de dificuldade comunicativa e idade. No mesmo site, encontra-se a tradução do instrumento para português europeu (“Sistema de Classificação da Comunicação [CFCS\_ \_*European Portuguese*]”<sup>2</sup>), realizada por Andrada et al. (2014). O instrumento, as descrições de cada uns dos níveis, assim como informação mais específica sobre as diferenças entre os níveis podem ser consultadas online (CFCS, 2018) e foram partilhadas com os terapeutas da fala que colaboraram no estudo.

#### 2.1.3.2. Instrumento FOCUS (Versão Original).

O FOCUS é uma medida de resultado da participação comunicativa cujo desenvolvimento se iniciou em Toronto, Canadá há cerca de 22 anos (2000). Da sua equipa original de autores fazem parte: Nancy Thomas-Stonell (investigadora principal, terapeuta da fala), Bruce Oddson (estatístico), Joan Walker (investigadora), Bernardette Robertson (terapeuta da fala), Karla Washington (terapeuta da fala) e Peter Rosenbaum (pediatra do desenvolvimento), entre outros colaboradores. Todos estão ligados à área da investigação e estão associados a universidades como Toronto, McMaster, Lurentian e Cincinnati. O grupo desenvolve a sua ação no centro de investigação *Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital*, em Toronto, Ontário, Canadá (Thomas-Stonell, Robertson, et al., 2015).

Validado para crianças dos 18 meses até aos 5 anos e 11 meses, o FOCUS propõe-se a capturar a mudança que ocorre na participação comunicativa após um período de intervenção, determinando assim o efeito da mesma. Possibilita a deteção de um padrão de diferentes afeções/ diferentes impactos na vida social. Validado para uma aplicação longitudinal, retrata a atual funcionalidade comunicativa (participação comunicativa) da criança e mede mudanças nessa funcionalidade ao longo do tempo (Thomas-Stonell, Robertson, et al., 2015).

De acesso livre (à data do início do desenvolvimento desta investigação), tem um tempo de aplicação de 10 minutos e foi constituído inicialmente por 50 itens e publicado em 2012 (Thomas-Stonell et al., 2012), sendo esta a versão mais utilizada. Atualmente existe também uma versão de 34 itens,

---

<sup>2</sup> Na presente investigação utilizamos o CFCS versão traduzida para português europeu, mantendo a sigla original em inglês e o nome em português, tal como apresentado no site oficial.

publicada em 2015 (Thomas-Stonell, Oddson, et al., 2015) e validada a nível populacional em 2019 (Oddson et al., 2019).

É um instrumento aferido referenciado ao critério (e não à norma), visto que o desempenho da criança é julgado com base em critérios pré-estabelecidos (participação comunicativa) e não em standards normativos/ comparativos com outras crianças. A informação obtida oferece uma caracterização rápida da participação comunicativa da criança, que se mostra responsiva às mudanças individuais (Thomas-Stonell et al. 2010). Enquadrado na taxonomia da CIF, a maioria dos itens diz respeito à categoria de atividade e participação e o preenchimento é feito através de uma escala de *Likert* (1 a 7), onde uma maior pontuação é indicador de maior participação. Baseado na teoria de reposta ao item, reconhece que a pontuação de cada item é influenciada por vários fatores, estimando a competência real (variável latente – participação comunicativa) através da pontuação de um questionário (variável observável) (Kwok, Feiner, et al., 2022; Thomas-Stonell, Robertson, et al., 2015)

Valorizando as práticas centradas na família e na criança, o FOCUS é um inventário parental que pode ser aplicado em formato de entrevista aos pais pelo profissional ou os pais podem completá-lo sozinho, desde que previamente explicado o objetivo do instrumento. Apesar de não ser a primeira possibilidade, o FOCUS pode ser preenchido também pelo profissional. Contudo, nestes casos, aconselha-se que exista sempre uma discussão com os pais, não devendo ser consideradas as respostas do profissional como mais válidas que as dos pais, até porque o FOCUS tem uma elevada confiabilidade comprovada de teste/reteste para pais (Oddson et al., 2013; Thomas-Stonell et al., 2010). Em qualquer opção, os resultados do FOCUS devem ser analisados e discutidos com os pais. É disponibilizado um manual explicativo de procedimentos (Thomas-Stonell, Robertson, et al., 2015).

Constituído por duas partes (nível de frequência e nível de ajuda), durante a aplicação, os pais respondem a várias afirmações sobre as competências da criança em interação com o outro em situações significativas, numa escala de *Likert* de 1 a 7, em que 1 significa *A criança não é assim.* (parte 1) OU *A criança não consegue fazer de todo.* (parte 2) e 7 significa *A criança é assim.* (parte 1) OU *A criança consegue fazer sempre sem ajuda* (parte 2).

A pontuação mínima do FOCUS-50 é 50 pontos e a pontuação máxima é de 350 pontos. A pontuação mínima do FOCUS-34 é de 34 pontos e a pontuação máxima é de 238 pontos, sendo que quanto mais alta a pontuação, melhor a participação comunicativa da criança.

Para medir mudança (medida de resultado), o instrumento é aplicado, no mínimo, duas vezes (ex. antes e depois de um período de intervenção). Obtidos os resultados de cada aplicação, subtrai-se o

valor da 1.<sup>a</sup> aplicação ao valor da 2.<sup>a</sup> aplicação, obtendo-se assim uma nova pontuação (ex. pontuação total 1.<sup>a</sup> aplicação = 150; pontuação total 2.<sup>a</sup> aplicação = 200; mudança = 50 pontos).

Pelas vantagens já descritas em capítulo anterior, considerou-se que este instrumento era o que melhor respondia às questões de investigação que propomos. Do mesmo modo, e considerando que o instrumento não estava validado para Portugal, assim como nenhum outro nesta temática, considerou-se que seria um contributo pioneiro nesta linha de investigação que está a emergir.

#### ***2.1.3.2.1. Qualidades Psicométricas do Instrumento FOCUS (Versão Original).***

As normas referentes às qualidades psicométricas dos instrumentos de medida de resultados estão em constante evolução (Daub et al., 2019; Nordal, 2012). No entanto, importa lembrar que várias qualidades psicométricas permanecem essenciais na seleção de instrumentos de medição de resultados (Enderby et al., 1997/2015; Mokkink et al., 2010, 2018, 2020; Moyses et al., 2020; OMS, 2001; SAC 2012).

O *CO*nsensus based Standards for the selection of health Measurement *IN*struments (COSMIN) é uma iniciativa internacional e multidisciplinar de investigadores que tem por objetivo desenvolver ferramentas que auxiliem o desenvolvimento e avaliação psicométrica de instrumentos de medidas. Através de uma abordagem de Delphi, esta equipa alcançou consenso na taxonomia terminológica e conceitual para as qualidades psicométricas mais relevantes das medidas de resultado em saúde e permanece em constante atualização (Mokkink et al., 2010, 2018, 2020; Prinsen et al., 2018; Terwee et al., 2018). Até o desenvolvimento do COSMIN havia uma falta de padrões na forma como as qualidades psicométricas dos instrumentos de medição de resultados eram avaliadas (Kwok, Rosenbaum, et al., 2021).

De uma forma geral, as medidas de resultado devem satisfazer três qualidades psicométricas: validade, fiabilidade e responsividade (Lambert & Hawkins, 2004; Mokkink et al., 2010, 2018). Para além dos construtos de validade, fiabilidade e responsividade, a equipa COSMIN acresce o construto de interpretabilidade, que se refere à capacidade de atribuir significado às pontuações obtidas numa medida de resultado (Mokkink et al., 2010). Existem inúmeras definições das qualidades, assim como diferentes procedimentos para as determinar. Trata-se de um processo contínuo e inesgotável na procura informações que ajudem a entender melhor o que o instrumento se propõe a medir, resultando em melhores conhecimentos teóricos sobre os próprios construtos, e seleção dos melhores instrumentos para a avaliação e intervenção (Souza, 2017).

Kwok, Rosenbaum, et al. (2021) publicaram um estudo com o objetivo de analisar o FOCUS à luz das ferramentas COSMIN. Avaliaram sete estudos e o manual do FOCUS, analisando as qualidades psicométricas do instrumento. Usando as diretrizes do COSMIN, o FOCUS foi categorizado como um instrumento de “categoria A” dado que há um nível de evidência suficiente para apoiar a sua validade de conteúdo e consistência interna. De acordo com as diretrizes/ *checklist* do COSMIN, tal significa que o FOCUS pode ser recomendado para uso. A qualidade da evidência que suporta as propriedades de medição do FOCUS recebeu uma classificação de *moderada*, o que significa que os utilizadores podem ter confiança moderada nas suas qualidades psicométricas.

Para a *construção do banco de itens*, Thomas-Stonell et al. (2009) utilizaram uma amostra de 210 crianças com PC (idades entre os 2 a 5.7 anos) classificadas segundo o ICD-9 que usufruíam de intervenção em terapia da fala. Foram preenchidos questionários antes e depois de um período de intervenção, pelos pais e pelos terapeutas da fala das mesmas, configurando assim um total de quatro questionários por criança. Os questionários eram compostos por questões relacionadas com as mudanças esperadas/ observadas nas crianças quando recebem terapia, como por exemplo: “O que é que a criança faz agora?”, “Como faz?”, “Quais os desafios atuais na vida real?”, “Que mudanças gostaria de observar?”, “Como é que essas mudanças vão fazer diferença na vossa vida?”. No questionário aplicado no final da intervenção, caso os pais/terapeutas da fala notem uma mudança na comunicação em contexto real, são aplicadas três questões abertas sobre as mudanças observadas, outras mudanças adicionais e as razões pelas quais essas mudanças são importantes.

Para análise dos mesmos, três investigadores independentes estabeleceram categorias - *codebook* - assegurando a fiabilidade da codificação. Cada resposta dos pais/ profissionais foi enquadrada na taxonomia da CIF, realizando uma análise de conteúdo. Após codificação dos dados, 10% dos mesmos foram analisados por dois investigadores. A fiabilidade geral da codificação foi superior a 90% (Thomas-Stonell et al., 2009).

A validade relaciona-se com a proximidade e abrangência com que uma medida de resultado reflete os construtos que se propõe a medir e pode ser caracterizada em validade de conteúdo, validade de construto e validade de critério (Enderby et al., 1997/2015; Kwok, Rosenbaum, et al., 2021; Westen & Rosenthal, 2003).

A *validade de conteúdo* diz respeito ao grau com que um instrumento mede clara, adequada e compreensivamente todos os aspetos de um construto em particular que se propõe medir. A forma mais comum de se obter é através de uma rigorosa verificação entre o instrumento e a definição concetual do construto, recorrendo a técnicas grupais como painéis de peritos e/ou de futuros utilizadores, como os

pais e profissionais (Enderby et al., 1997/2015; Kwok, Rosenbaum, et al., 2021; Morkink et al., 2010; Westen & Rosenthal, 2003). Pode também ser assegurada através de metodologias quantitativas como o índice de validade de conteúdo (IVC) (Yusoff, 2019).

Uma vez que o FOCUS é baseado nos comentários dos próprios pais, as perguntas têm aparentemente forte validade e boa correspondência com o vocabulário que os pais estão habituados a utilizar para descrever o as evoluções na terapia (Thomas-Stonell et al., 2009).

Foram aplicadas várias fases de teste e de revisão de itens: foram desenvolvidos três testes piloto e respetivas análises de estatística descritiva e consistência interna até ao alcance da primeira versão final de FOCUS, com um total de 50 itens (Thomas-Stonell et al., 2010). Os participantes recrutados nas diferentes fases foram sempre diferentes. No final, pais e profissionais acordaram que os itens demonstravam clareza e uma descrição precisa da funcionalidade da criança em idade pré-escolar, criando uma medida compreensiva dos resultados ao nível da participação comunicativa (Thomas-Stonell et al., 2010).

A *validade de construto* determina a qualidade com que um instrumento mede aquilo que se propõe medir. A validade de construto não se esgota sob a forma simples de coeficientes de correlação. Trata-se, antes, de um julgamento com base em diferentes tipos de informação, por exemplo, os procedimentos seguidos na construção dos testes, a análise dos resultados no teste em condições experimentais específicas, a estrutura fatorial dos resultados em grupos de testes ou os padrões de correlação dos seus resultados com outras medidas. Por tudo isto, é um processo que envolve uma certa imaginação e raciocínio e que se pode assumir como sempre inacabado ou uma validade que "requer a acumulação gradual de informação" (Souza et al., 2017).

Um método que tem conquistado utilidade e reconhecimento entre os autores na área da psicometria é a análise fatorial dos itens e dos resultados (Souza et al., 2017). Esta refere-se ao grau com que a pontuação do instrumento reflete a estrutura dimensional do construto a medir (Prinsen, 2018). No estudo de Thomas-Stonell et al. (2010) a análise fatorial exploratória indica a existência de um construto (não estão disponíveis valores).

Uma das técnicas que pode ser utilizada para o cálculo da validade de construto são os testes de hipóteses entre grupos conhecidos (*known group tests*), onde os resultados de grupos diferentes (grupos específicos ou grupos contrastantes) são comparados de acordo com o que se espera (ex. crianças saudáveis *vs* não saudáveis) (Souza et al., 2017; Prinsen et al., 2018). Outra metodologia é o recurso a estudos experimentais, por exemplo, a introdução de alterações controladas no comportamento dos sujeitos e a sua avaliação imediata através das provas em estudo. O recurso a estudos correlacionais



(correlações com outros testes ou com critérios externos vários), através do cálculo de correlações, fornece o grau de consistência com hipóteses baseadas na relação entre o instrumento e outros instrumentos relacionados, na ausência de um instrumento padrão (Enderby et al., 1997/2015; Kwok, Rosenbaum, et al., 2021; Mokkink et al., 2010; Polit, 2015; Westen & Rosenthal, 2003). A validade convergente-discriminante (Mokkink et al., 2020) é usada na validade de construto através de verificação de dois princípios: (a) o instrumento deve correlacionar-se significativamente com outras variáveis com as quais o construto medido pelo teste deveria, de acordo com a teoria, encontrar-se relacionado (validade convergente); e (b) o instrumento não se deve correlacionar com outras variáveis, com as quais o construto deveria, em termos teóricos, diferir (validade discriminante). Segundo Prinsen et al. (2018), as correlações entre instrumentos relacionados, mas não similares, devem ser baixas a moderadas (.30 a .50); não relacionados devem ser inferiores a .30, devendo existir uma diferença mínima de .10 entre instrumentos relacionados e não relacionados.

Contribuindo para a validade convergente do instrumento numa aplicação isolada, o FOCUS apresenta correlações significativas positivas baixas a moderadas com: domínio psicossocial do *Paediatric Quality of Life Inventory (pedsQL; Varni, 1998)* (Thomas-Stonell et al., 2010); domínio da comunicação e socialização da *Vineland Adaptive Behaviour Scales (VABS; Sparrow et al., 2005)* (Washington et al., 2013); perfil pragmático do *Clinical Evaluation of Language Fundamentals—Preschool 2nd Edition (CELF-P2; Wiig et al., 2006)* no subdomínio pragmático “rotinas e competências de conversação”; “pedir, dar e responder a informação” (Kokotek et al., 2021); e com a *Intelligibility Context Scale (ICS; McLeod et al., 2012a)* (Kokotek et al., 2022).

Por outro lado, e comprovando a validade divergente do instrumento em aplicação isolada, o FOCUS não demonstrou correlações significativas com as pontuações do perfil pragmático do *CELF-P2* (subdomínio “Competências não verbais”) e *Mean Length of Utterance* (Kokotek et al., 2021).

Verifica-se assim que o FOCUS se relaciona com instrumentos/ partes de instrumentos referentes ao uso social e participativo da comunicação, no entanto mede um diferente construto (participação comunicativa) e não competências específicas de linguagem e fala ou outras não relacionadas (ex. capacidades motoras) (Kwok, Rosenbaum, et al., 2021).

A *fiabilidade* relaciona-se com a capacidade de uma medida de resultados capturar o seu real construto em oposição aos erros. Na ausência de fiabilidade, dificilmente os achados científicos poderão ser válidos, mesmo que a validade esteja comprovada (Oddson et al., 2013; Souza et al., 2017). Muitas vezes, a fiabilidade de uma medida de resultado é demonstrada pela avaliação da estabilidade e consistência nas pontuações medidas ao longo do tempo (ou seja, fiabilidade teste-reteste) e quando

usada por diferentes indivíduos (ou seja, fiabilidade entre avaliadores). A fiabilidade também pode ser medida pela proximidade da relação entre os itens da medida de resultado (ou seja, fiabilidade de consistência interna) e a faixa de erro padrão de medição (ou seja, erro de medição). O coeficiente de correlação de Pearson, a classificação de correlação de Spearman, a estatística de  $k$  ou o coeficiente de correlação intraclasse (CCI) são as medidas de utilização mais frequente (Mokkink et al., 2010, 2018).

Quanto à estabilidade, o valor de teste-reteste após uma semana de intervalo com recurso à correlação de Pearson foi elevado para pais ( $N = 26$ ,  $r = .95$ ) e aceitável para profissionais ( $N = 26$ ,  $r = .70$ ). Não obstante, a estabilidade teste-reteste não pode ser assegurada, dado que pelo menos seis crianças realizaram mudanças em mais do que um desvio-padrão durante este intervalo (Thomas-Stonell et al., 2010). Num estudo posterior, terapeutas da fala de diferentes locais aplicaram o FOCUS a 22 crianças, em dois momentos: antes e após um mês de intervalo onde não houve intervenção. Todos os terapeutas da fala tiveram a mesma formação prévia sobre o FOCUS. A correlação obtida entre as duas aplicações foi alta ( $r = .96$ ) (Washington et al., 2013).

A fiabilidade entre observadores (terapeutas da fala), que participaram na primeira sessão de intervenção de 13 crianças e completaram o FOCUS, foi obtida através da correlação Pearson. O valor encontrado para a parte um indica uma correlação elevada ( $r > .70$ ), enquanto na parte dois indica uma correlação moderada ( $r = .51$ ) (Thomas-Stonell et al., 2010).

Oddson et al. (2013) testaram a fiabilidade entre observadores clínicos para as pontuações de mudança: para cada criança, dois pares de terapeutas da fala aplicaram o instrumento entrevistando os pais e interagindo com a criança ( $N = 13$ ), antes e depois da intervenção (2 meses e meio). Verificaram uma adequada fiabilidade entre clínicos (CCI = .70), com uma maior discrepância quando os terapeutas da fala não discutem com os pais antes de preencherem o instrumento, reforçando a importância do já mencionado previamente.

Dois terapeutas da fala independentes interagiram e observaram 48 crianças e entrevistaram os pais para completarem o FOCUS. O intervalo entre a observação da criança por cada terapeuta foi de 8 dias. A correlação Pearson entre as pontuações FOCUS obtidos pelos diferentes terapeutas da fala foi elevada ( $r = .90$ ) (Washington et al., 2013).

A fiabilidade entre observadores (pais – profissionais), analisada no estudo de Thomas-Stonell, Robertson, et al. (2013) e calculada em cada momento de preenchimento do FOCUS, foi elevada (CCI = .78-.85,  $N = 97$ ).

Até ao momento, não é do nosso conhecimento a fiabilidade teste-reteste para dois pais separadamente.

No que concerne à coesão e consistência interna, a análise das respostas dos pais e profissionais ao FOCUS-50 revelou um valor de alfa de Cronbach elevados (.96 e .94, respetivamente), sugerindo que os itens estão concetualmente relacionados (Thomas- Stonell et al., 2010).

A *responsividade* refere-se à capacidade de o instrumento detetar mudanças significativas ao longo do tempo, ou seja, funcionar como medida de resultado. A responsividade não é mais que a validade (construto e/ou critério) mas referente às pontuações de mudança. Todavia, é tratada como uma qualidade em separado, enfatizando que a validade numa pontuação isolada não é equivalente à validade numa pontuação de mudança e tal pode levar a diferentes resultados (Mokkink et al., 2010). Por ser uma qualidade psicométrica específica às medidas de resultado (pretende detetar mudança) nem sempre é contemplada noutros domínios taxonómicos de qualidades psicométricas, principalmente quando o propósito é direcionado para a criação de instrumentos de avaliação/ testes descritivos ou discriminantes (Kwok, Rosenbaum, et al., 2021; Mokkink et al., 2010, 2018).

Não se chegou ainda a um consenso sobre a melhor abordagem para medir ou demonstrar a responsividade de um instrumento e, consoante o parâmetro escolhido, diferentes resultados podem ser obtidos (Kwok, Rosenbaum, et al., 2021; Thomas-Stonell et al., 2007). O COSMIN (Mokkink et al., 2010, 2018; Prinsen et al., 2018) refere como possibilidades: a comparação da pontuação de mudança do instrumento em estudo com a pontuação de mudança de outra medida de resultado (relacionada ou não); testes de hipóteses para comparação entre subgrupos conhecidos; comparação de resultados antes e depois da intervenção. Acrescenta-se que esta qualidade deve ser garantida com múltiplos estudos e múltiplos instrumentos em aplicações longitudinais (Prinsen et al., 2018). Outra possibilidade para obtenção deste valor de referência é a comparação da pontuação da medida de resultado com outra medida de resultado externa (Crosby et al., 2003; Terwee et al., 2007).

No caso do FOCUS, não existindo instrumento padrão, as pontuações de mudança foram comparadas com as pontuações de mudança de outras medidas de resultado na área da fala e linguagem:

Contribuindo para a validade convergente do instrumento como medida de resultado, i.e., pontuação diferencial entre duas aplicações, o FOCUS apresenta correlações significativas positivas fracas a moderadas com a pontuação diferencial entre duas aplicações do ASQ (domínio da comunicação); itens de comunicação do ASQ—*Social/Emotional* (Squires et al., 2003) (Thomas-Stonell, Oddson, et al., 2013).

Por outro lado, e comprovando a validade divergente do instrumento como medida de resultado, o FOCUS não demonstrou correlações significativas com os valores de medidas de resultado de

linguagem e fala: *Developmental Sentence Scoring* de Lee e Canter, 1971 (Thomas-Stonell, Oddson, et al., 2013); *Percent Consonants Produced* de Schriberg et al., 1997 (Thomas-Stonell, Oddson, et al., 2013); *Children's Speech Intelligibility Measure* de Wilcox e Morris, 1999 (Pennington, 2013; Thomas-Stonell, Oddson, et al., 2013); bem como com os valores de mudança do ASQ-SE (itens e domínios não relacionados com a comunicação) (Thomas-Stonell, Oddson, et al., 2013); e com os valores de mudança do *MacArthur-Bates Communicative Development Inventories* (Cunningham et al., 2019). Embora as competências se desenvolvam em paralelo, não há relação entre medidas de perturbação/atividade e o FOCUS. Ao contrário destas, o FOCUS mede os progressos na interação e participação da criança com outros em contextos sociais (ex. confiança, competência social, amizades, uso de estratégias, independência comunicativa, conversação, jogo e socialização) (Kwok, Rosenbaum, et al., 2021; Pennington et al., 2013; Thomas-Stonell, Oddson, et al., 2013; Westby & Washington, 2017)

Um dos constrangimentos relacionados com a responsividade é o facto de, com base na evidência, não ser possível detetar se as pontuações de mudanças se devem a um decurso natural do desenvolvimento ou a outros fatores. Contudo, com a criação de critérios para interpretar quando ocorre uma diferença mínima clinicamente significativa, podem minimizar-se erros aleatórios, a contribuição do desenvolvimento natural, surto de crescimento, mudança de ambiente de aprendizagem, entre outros fatores de enviesamento. Para redução do efeito destas variáveis, idealmente deveria incluir-se um grupo de controlo para que se possam atribuir as mudanças no FOCUS apenas aos efeitos da intervenção (Kwok, Rosenbaum, et al., 2021) ou obter uma trajetória entre dois pontos anteriores ao início da intervenção (McLeod & Baker, 2017).

Indo a este encontro, outra maneira de demonstrar a responsividade é através da utilização da medida de resultado para demonstrar que as mudanças medidas num grupo de intervenção excedem as mudanças medidas num grupo sem intervenção (Lambert & Hawkins, 2004; Mokkink et al., 2010). Tal foi comprovado com o FOCUS, mostrando que as mudanças medidas pelo FOCUS ( $N = 97$ ) são maiores durante um período de intervenção (9 horas, distribuídas maioritariamente uma vez por semana) (+18.2 pontos) do que na ausência do mesmo (+5.9 pontos) (lista de espera) (Thomas-Stonell, Oddson, et al., 2013). Estudos posteriores vieram comprovar esta diferença de resultados em função do usufruto ou não de intervenção (Cunningham et al., 2018, 2019; Kwok, Cunningham, et al., 2020; Washington et al., 2015), sustentando uma vez mais a responsividade do FOCUS.

Ao passo que a responsividade se relaciona com a capacidade de detetar mudança, a *interpretabilidade* relaciona-se com a capacidade de interpretar se essa mudança é clinicamente significativa. Esta separação de conceitos, intimamente relacionados, foi acordada desde o COSMIN

(Mokkink et al., 2010). Apesar de não ser considerada uma qualidade psicométrica pelo COSMIN, os autores não descuram a sua importância, referindo-se à mesma como o grau com que se podem obter dados qualitativos a partir de uma pontuação quantitativa obtida na medida de resultados. A *viabilidade*, por sua vez, relaciona-se com a facilidade com que o instrumento pode ser aplicado no contexto que se pretende (Kwok, Rosenbaum, et al., 2021).

Como referido, o FOCUS apresenta um valor de referência para uma diferença mínima clinicamente significativa (DMCS) (16 pontos para o FOCUS-50 e 11 pontos para o FOCUS-34). Para obtenção destes valores, durante o estudo de validação do FOCUS (Thomas-Stonell, Oddson, et al., 2013), pais e terapeutas da fala preencheram o FOCUS no início e no final de uma intervenção e, adicionalmente, foi lhes solicitado que tecessem comentários sobre as evoluções das crianças. Estes comentários foram analisados para determinar o nível de concordância entre ambos sobre a ocorrência de melhorias funcionais. De forma empírica, estabeleceu-se um valor de DMCS: 16 pontos. Quando existe uma diferença igual ou superior a 16 pontos, pais e terapeutas da fala concordam em 95% das vezes que uma DMCS ocorreu. Uma *diferença mínima clinicamente significativa* é definida como a mudança mínima que ocorreu na participação comunicativa da criança e que é considerada importante para ambos: terapeutas da fala e pais. O valor obtido para indicar o nível de concordância entre pais e profissionais quanto à existência DMCS é razoável em ambas as situações ( $k = .21$ , intervenção;  $k = .32$ , lista de espera,  $N = 97$ ; Thomas-Stonell, Oddson, et al., 2013).

Atente-se na Tabela 4 para melhor compreensão da interpretação clínica da pontuação de mudança (diferença entre duas aplicações; Thomas-Stonell, Robertson, et al., 2015).

**Tabela 4**

*Interpretação da Pontuação de Mudança do FOCUS*

Instrumento	Mudança clinicamente significativa	Mudança pode ou não ser clinicamente significativa	Não existem mudanças clinicamente significativas
FOCUS 50	>16 pontos	10–15 pontos	<9 pontos
FOCUS-34	>11 pontos	7–10 pontos	<6 pontos

É assim avaliado o nível de importância das mudanças na participação comunicativa ocorrida na criança, quer na capacidade (o que a criança é capaz de fazer num contexto ideal/ de intervenção), quer no real desempenho (o que a criança faz nos contextos diários como casa e escola) (Thomas-Stonell et al. 2009, 2010, 2013), garantindo que este valor se deve à intervenção e não a mudanças naturais do desenvolvimento.

### 2.1.3.2.2. Do FOCUS-50 ao FOCUS-34.

No manual FOCUS, primeira versão datada de 2015, encontra-se já menção ao FOCUS-34, no entanto, foi em 2019 que foi publicado, por Oddson et al., um estudo populacional de crianças de idade pré-escolar a usufruir de intervenção em terapia da fala ( $N = 18,931$ ) sobre a adaptação do FOCUS-50 para FOCUS-34. Identificaram a idade, nível CFCS e objetivos da intervenção como fatores que podem introduzir viés na pontuação FOCUS. Com recurso a análise da consistência interna e a técnicas de regressão, identificaram 17 itens problemáticos e/ou redundantes sendo que 16 foram eliminados com o acordo da equipa de autores original do instrumento (painel de peritos), e um item foi reformulado.

Os itens eliminados demonstravam pouca responsividade à mudança, pobre discriminação, baixas correlações com pontuações de mudança ou estavam formulados na negativa. Validado o conteúdo do instrumento, obteve-se uma nova versão de 34 itens – FOCUS-34.

Os autores obtiveram valores de alfa de Cronbach para uma aplicação ( $\alpha = .98$ ) e para a mudança ( $\alpha = .93$ ) semelhantes aos valores obtidos no FOCUS-50.

A responsividade foi também comprovada com a correlação alta entre pontuações de mudanças de ambos os instrumentos ( $r_{\text{FOCUS-50 Mudança/ FOCUS-34 Mudança}} = .98$ ).

Os autores demonstram que este instrumento é igualmente válido e fiável em todas as qualidades psicométricas, continuando a ser uma mais-valia para uma variedade de populações clínicas, apresentando-se como um instrumento consistente para medir os progressos na participação comunicativa de crianças de idade pré-escolar durante a intervenção.

Existem dois tipos de validade de critério: preditiva – grau com que o resultado de um teste ou de uma medida prediz o comportamento futuro do indivíduo; concorrente – grau com que um novo instrumento se correlaciona com um instrumento já validado para o mesmo construto (Mokkink et al., 2010). Focando a comparação das pontuações de um instrumento com as pontuações obtidas num instrumento padrão, e de acordo com a taxonomia COSMIN, concluiu-se que não existem padrões de ouro “*gold standards*” para a maioria das medidas de resultado. A forma consensual de averiguar esta qualidade psicométrica é através da comparação entre uma versão curta e de um instrumento e a sua versão original. Tal como a validade de construto, é calculada através da análise de correlações entre instrumentos (Mokkink et al. 2010). Foi possível comprovar a validade de critério concorrente do FOCUS, dado que se verificaram correlações elevadas entre os dois instrumentos (FOCUS-50 e FOCUS-34) a nível de pontuação isolada ( $r = .99$ , Oddson et al., 2019).

Do nosso conhecimento e até ao momento, esta nova versão foi aplicada nos estudos mais recentes de Cunningham et al. (2019) e de Kwok, Cunningham, et al. (2020).

### ***2.1.3.2.3. Modificações Realizadas ao Instrumento por Outros Investigadores.***

Para além do uso do FOCUS para o propósito para o qual foi criado (medida de resultado para crianças em idade pré-escolar com PC e respetivas qualidades psicométricas), o FOCUS tem sido aplicado para propósitos diferentes do originalmente definido pelos seus autores. Existem estudos onde o FOCUS foi: (a) adaptado, sendo aplicado apenas uma vez com carácter descritivo ou discriminativo; (b) utilizado com crianças fora da faixa etária de estudo; (c) utilizado com crianças de desenvolvimento típico (Cunningham et al., 2020).

Estudos de Burton et al. (2019); McCormack et al. (2019); Rusiewicz et al. (2017) utilizaram o FOCUS como instrumento descritivo. Pham et al. (2019) utilizaram o FOCUS-34 como instrumento descritivo e discriminativo. O FOCUS foi incluído numa bateria de testes com o objetivo de discriminar crianças com e sem PDL em idade pré-escolar no Vietname ( $N = 104$ ). Foram verificados tamanhos do efeito grandes entre grupos com base em baterias dirigidas a pais e professores, incluindo o FOCUS, que também demonstrou correlações com outros inventários parentais utilizados.

Neste sentido, Cunningham et al. (2020) referem que embora o FOCUS não tenha sido desenvolvido com este objetivo, poderá ser útil para documentar o impacto funcional de uma PC, requisito para diagnosticar estas perturbações (APA, 2014; Bishop, 2016, 2017), conforme referido em secções anteriores desta revisão de literatura.

O FOCUS foi validado para crianças com 18 meses a 5 anos e 11 meses, no entanto vários estudos incluíram crianças fora desta faixa etária. Estudos de Pennington et al. (2013); Rusiewicz et al. (2017); Washington et al. (2015) incluíram crianças de idade superior (entre os 6 e os 16 anos). Nestes estudos são também reportadas mudanças clinicamente significativas. Pennington et al. (2013) reporta mudanças significativas para crianças com paralisia cerebral com mais de 11 anos de idade à data de completação do FOCUS. No estudo de Washington et al. (2015) foram verificadas mudanças clinicamente significativas durante a intervenção em grupos que incluíam crianças com 6 anos no momento de avaliação inicial, vislumbrando-se alguma possibilidade na utilização do FOCUS acima da faixa etária para o qual foi validado, apesar de se prever um poder pouco discriminativo em crianças dos níveis CFCS mais funcionais. Estudos de Cunningham et al. (2019); Hidecker et al. (2017); Kwok, Cunningham, et al. (2020); Thomas-Stonell et al. (2016) incluíram crianças com menos de 18 meses (entre os 13 a 17 meses). Todos estes estudos reportaram mudanças significativas durante a intervenção. Para esta faixa etária inferior, estudos de Cunningham et al. (2019) e de Kwok, Cunningham, et al. (2020) reportaram mudanças significativas também durante um período de estagnação antes de iniciar a intervenção, fragilizando a aplicação do FOCUS a crianças com menos de 18 meses.

Nos estudos de validação do FOCUS italiano (Piazzalunga et al., 2020) e alemão (Neunman et al., 2017), o FOCUS foi aplicado a um grupo de crianças de desenvolvimento típico que não apresentavam PC nem frequentavam terapia da fala. O FOCUS demonstrou correlações fortes com outros instrumentos relacionados com a participação e demonstrou que a participação comunicativa aumenta com a idade, sugerindo necessidade de investigação com crianças de desenvolvimento típico.

### 2.1.3.3. Instrumento FOCUS-34 Portugal.

Desde o seu desenvolvimento, e para além dos estudos que contribuíram para a validação e fiabilidade do FOCUS original, o instrumento FOCUS tem sido utilizado em diversos países, com diferentes propósitos, populações e contextos.

Para além da sua vasta utilização no Canadá, o FOCUS (versão original, língua inglesa) foi utilizado em estudos nos seguintes países: Austrália (McCormack et al., 2019; McLeod et al., 2017); Jamaica (Burton et al., 2019); Reino Unido (Pennington et al., 2013); EUA (Rusiewicz et al., 2017); Vietname (Pham et al. 2019); África do Sul (Bornman & Louw, 2021). No entanto, permanece por esclarecer se as diferenças culturais dos mesmos afetam a validade do FOCUS (Cunningham et al., 2020).

Ao momento, e segundo informação do site *CanChild* (McMaster University, 2022), os instrumentos FOCUS e o FOCUS-34 estão traduzidos em mais de 20 línguas. Do nosso conhecimento, e de acordo com Cunningham et al. (2020), destas traduções, apenas a versão francesa canadiana (Pominville et al., 2015), a versão alemã (Neumann et al., 2017) e a versão italiana (Piazzalunga et al., 2020) têm evidência científica comprovada e publicada, nomeadamente fiabilidade (consistência interna, teste-reteste) e validade (conteúdo e construto), mostrando adequabilidade à aplicação a crianças entre os 3 e os 5 anos. A responsividade do instrumento à mudança, isto é, como medida de resultado, não foi comprovada em nenhum destes estudos.

Na lógica do cumprimento do adequado processo de tradução, adaptação e validação de conteúdo do instrumento FOCUS para o nosso país, apresentaremos de seguida os passos aplicados nesta investigação. Optou-se pela utilização da versão FOCUS-34 por ser mais curta e recente, e apresentar elevada validade e fiabilidade com amostras populacionais, conforme referido (Oddson et al., 2019; Thomas-Stonell et al., Robertson, et al., 2015).

O processo de tradução e adaptação de um instrumento de avaliação é bastante rigoroso e complexo, assemelhando-se ao processo de construção de um novo instrumento. Para além da tradução e adaptação sociocultural, é imperativa a realização de estudos de validade e fiabilidade dos resultados



do instrumento perante um novo contexto e população. Neste sentido, o processo de tradução e adaptação de um instrumento de avaliação contempla um conjunto de procedimentos obrigatórios (Almeida & Freire, 2017; Bornman & Louw, 2021; Hill & Hill, 2009; Mokkink et al., 2016; Rainey et al., 2014), que serão elencados seguidamente. Desde o pedido de autorização até à sua finalização, viabiliza-se assim a utilização do instrumento para fins de investigação e de intervenção, respeitando-se desta forma as linhas de orientação internacionais nas áreas da educação e da saúde (International Test Commission, 2017; Mokkink et al., 2016, 2018).

No que respeita à tradução e adaptação de instrumentos do construto de participação, é essencial uma especial reflexão sobre todo este processo. Stevelink e van Brakel (2013) revisaram os procedimentos de tradução e adaptação de instrumentos relacionados com estes construtos (*Health Related Quality of Life* [HRQL]) usando um enquadramento desenvolvido por Herdman et al. (1999) onde são definidas cinco categorias de equivalência cultural: concetual, idiomática, semântica, operacional e psicométrica. Concluem que frequentemente a avaliação destas categorias de equivalência está incompleta, recomendando-se mais atenção nos procedimentos de equivalência cultural deste tipo de instrumentos (Stevelink & van Brakel, 2013).

#### ***2.1.3.3.1. Pedido de Autorização à Equipa Autoral do Instrumento FOCUS.***

O primeiro procedimento a ser executado nesta investigação foi o pedido de autorização, dado que, independentemente do tipo de instrumento que se pretende traduzir, há todo um conjunto de questões legais relacionadas com os direitos de autor que devem ser salvaguardadas.

Nesse sentido, efetuou-se o pedido de autorização aos autores do instrumento, equipa representada por Nancy Thomas-Stonell, e à editora *Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital* sediada em Toronto, Canadá, para a tradução, adaptação, validação do *Focus on the Outcomes of Communication Under Six* (FOCUS-34) para Portugal, incluindo o alargamento da faixa etária em estudo para as crianças do 1.º CEB. Após aprovação, em outubro de 2017 foi elaborado um contrato que regula a autorização de tradução, adaptação, validação do instrumento FOCUS, com o propósito de investigação, tendo o mesmo sido assinado por todos os elementos intervenientes neste processo: autora principal do instrumento, editora, investigadora e supervisora da tese. A equipa mostrou interesse em acompanhar o decurso dos trabalhos, solicitando que todas as alterações ao instrumento fossem do seu conhecimento e consentimento.

### ***2.1.3.3.2. Tradução do Instrumento FOCUS.***

Neste segundo procedimento, realizou-se a tradução do instrumento FOCUS-34 (Thomas-Stonell, Oddson, et al., 2015) seguindo-se determinados pressupostos que devem ser implementados para que haja similaridade entre o instrumento original e a respetiva tradução a vários níveis, ou seja, o instrumento traduzido, no final, deverá ter equivalência semântica, idiomática (conteúdo), conceitual (critério) e operacional (cultural) (Bornman & Louw, 2021; Hill & Hill, 2009; Stevelink & van Brakel, 2013).

O processo de tradução do FOCUS foi composto por duas etapas: na primeira etapa, o instrumento foi traduzido de inglês para português europeu, por um nativo português com fluência na língua inglesa; na segunda etapa, realizou-se a retrotradução do mesmo, o que significa que a versão traduzida para português europeu foi novamente traduzida para inglês. No final, foram comparadas as duas versões do FOCUS em Inglês, FOCUS (original) e FOCUS (retrotradução), verificando-se na sua generalidade a manutenção de equivalência semântica (as palavras apresentam o mesmo significado), idiomática (os itens de difícil tradução foram adaptados de forma a não alterar o significado dos respetivos itens), operacional (os itens encontram-se adequados à nova cultura) e conceitual (os itens avaliam os mesmos construtos na nova cultura) (Costa & Cruz-Santos, 2022).

Para a validade de conteúdo do instrumento utilizou-se uma abordagem qualitativa através da realização de grupos focais e análise de peritos, apresentada nos pontos seguintes.

### ***2.1.3.3.3. Revisão da Tradução e Adaptação Sociocultural – Grupos Focais.***

A revisão da tradução e a respetiva adaptação sociocultural têm como objetivo verificar a existência de coerência de todos os itens em ambas as línguas, bem como, adequar os itens às eventuais diferenças socioculturais existentes entre os diferentes países, neste caso, entre o Canadá e Portugal, bem como adequar à faixa etária em estudo (inclusão de crianças do 1.º CEB) (Bornman & Louw, 2021; Mokkink et al., 2018; Terwee et al., 2012).

Foram constituídos dois grupos focais em dois momentos distintos (Tabela 5), ambos com duração de duas horas, com respeito pelos seguintes critérios de seleção dos participantes.

1. Não pertencer ao mesmo círculo pessoal ou de trabalho.
2. Ser técnico especializado (terapeuta da fala) ou docente (educação especial).
3. Intervir direta e semanalmente (mínimo) com crianças com PC entre os 3 e os 10 anos.
4. Apresentar uma experiência profissional mínima de cinco anos.

Tabela 5

## Constituição dos Grupos Focais

Características	Grupo 1	Grupo 2
Data	1 de março de 2018	26 de abril de 2018
Local	Instituição de Ensino Superior	Plataforma Digital
Profissões	Profs de educação especial ( $n = 2$ ) Terapeutas da fala ( $n = 2$ )	Prof. de educação especial ( $n = 1$ ) Terapeutas da fala ( $n = 3$ )
Género	Feminino	Feminino
Habilitações	Doutorada ( $n = 1$ ) Mestre ( $n = 2$ ) Licenciada ( $n = 1$ )	Mestre ( $n = 2$ ) Licenciadas ( $n = 2$ )
Anos de serviço	8 anos ( $n = 1$ ) 10 anos ( $n = 2$ ) 15 anos ( $n = 1$ )	9 anos ( $n = 3$ ) 15 anos ( $n = 1$ )
Prática	Contexto escolar ( $n = 4$ ) Contexto clínico (cumulativo) ( $n = 2$ )	Contexto escolar ( $n = 4$ ) Contexto clínico (cumulativo) ( $n = 3$ )
Zona de atuação profissional	Leiria e Lisboa	Porto, Aveiro, Leiria e Lisboa

Nota. Cada grupo foi constituído por 4 elementos ( $n = 4$ ).

Os documentos (FOCUS-34 versão traduzida e carta de apresentação) foram enviados aos participantes para análise previamente. Foi pedido a cada elemento que preenchesse o documento na ótica do utilizador e que realizasse uma análise técnico-científica do instrumento. Pelo conceito inovador e recente, a investigadora lançou também alguns tópicos de discussão relacionados com o construto da participação comunicativa em idade escolar (crianças do 1.º CEB) e pré-escolar. Os grupos foram dirigidos pela investigadora de acordo com o guião em anexo (Anexo B). Foram gravados em registo áudio e foram recolhidos todos os consentimentos para os devidos efeitos.

Foram debatidos aspetos relacionados com dados de identificação sociodemográfica úteis, instruções, escala de resposta, itens, opinião geral sobre o instrumento, conceito de participação comunicativa. As análises detalhadas encontram-se no Anexo C.

Surgiram várias sugestões de alterações de reformulação ao nível da semântica (substituições e clarificações de alguns conceitos-chave/ terminológicos, verbos, adjetivos e nomes comuns, coerências semânticas) e da morfossintaxe (simplificação dos enunciados, coerências verbais), criação de glossário ou notas para clarificação de conceitos ao longo ou no início do instrumento em detrimento da criação de um manual à parte, redução de itens redundantes, desdobração e reordenação de itens, redução de quantificadores de respostas, fornecimento de exemplos, entre outros, de forma a existir uma melhor

e mais adequada adaptação à realidade portuguesa. Ambos os grupos consideraram que os itens criados originalmente para a idade pré-escolar se adequam também à população escolar, pelo que não foram propostas alterações nesse sentido (Costa & Cruz-Santos, 2022).

Os grupos destacaram como aspetos positivos a validação de um instrumento neste âmbito face à escassez existente, possibilidade de aferir expectativas entre todos os envolvidos num processo de intervenção; possibilidade de adequar estratégias e objetivos às dificuldades na vida real; facilitar a generalização de competências; medir resultados de forma objetiva em curtos períodos; e o facto de ser um instrumento curto e objetivo (Costa & Cruz-Santos, 2022).

#### ***2.1.3.3.4. Revisão da Tradução e Adaptação Sociocultural – Reflexão Falada com Pais.***

O quarto procedimento diz respeito à reflexão falada (*thinking aloud*), e para tal, constituiu-se um pequeno grupo com as mesmas características dos futuros utilizadores do instrumento, cuja análise tem como objetivo detetar itens mal construídos e verificar a existência de ambiguidade no conteúdo dos itens e que, portanto, necessitem de ser modificados (Almeida & Freire, 2017). Considerando-se estes objetivos, o procedimento da reflexão falada foi implementado junto de dois pais da zona centro do país que não pertenciam ao mesmo círculo pessoal ou de trabalho e eram cuidadores principais de crianças com PC, uma em idade pré-escolar e outra do 1.º CEB.

Aos participantes foi pedido para preencherem o FOCUS tendo em consideração que se tratava de um instrumento com questões relacionadas com a participação comunicativa dos seus filhos. Tal como nos grupos focais, foram também lançados alguns tópicos de discussão acerca da participação comunicativa da criança, constando em anexo o guião semiestruturado da reflexão falada (Anexo D).

Após o preenchimento do instrumento FOCUS (traduzido para português europeu), cada um dos participantes expressou a sua opinião acerca do instrumento quer ao nível da estrutura interna (clareza dos itens do inventário), quer ao nível da estrutura externa (aspeto geral do inventário).

Com a compilação de todas as observações, comentários e sugestões, realizou-se a análise dos dados obtidos pela reflexão falada, que se refletiu em várias alterações do instrumento FOCUS (traduzido para português europeu), nos seguintes parâmetros:

1. Aspeto e estrutura do instrumento: alteração do *layout* do cabeçalho, eliminação de imagens, adequação do espaçamento e tamanho de letra e dos sublinhados e negritos.
2. Aspetos morfosintáticos: simplificação dos enunciados, uniformização de todos os enunciados.

3. Aspectos semânticos: adequação à cultura portuguesa de alguns vocábulos, clarificação junto de cada item de alguns conceitos, evitando a criação de um manual cuja leitura tornaria o processo mais demorado e menos acessível.
4. Reorganização, desdobramento e eliminação de alguns itens, redução de quantificadores de respostas, fornecimento de exemplos.

A análise dos comentários acerca deste instrumento de avaliação permitiu também concluir que os itens do FOCUS (traduzido para português europeu) são facilmente compreendidos por quem o preenche. Embora os pais não se encontrassem familiarizados com este tipo de avaliações, mostraram interesse em participar de forma ativa no seu preenchimento. Os pais também referiram que o preenchimento do FOCUS lhes fez refletir acerca da participação dos seus filhos no quotidiano e que irão prestar mais atenção a alguns aspetos.

Verifica-se que as sugestões apresentadas na reflexão falada se coadunaram com as conclusões dos grupos focais de profissionais.

#### ***2.1.3.3.5. Revisão da Tradução e Adaptação Sociocultural – Análise por Peritos.***

Ao longo de todo o processo de validação de conteúdo do instrumento FOCUS-34, foram sempre mantidos contactos via email com a equipa autoral do instrumento original: Nancy Thomas-Stonell (investigadora principal, terapeuta da fala), Bruce Oddson (estatístico), Joan Walker (Investigadora), Bernardette Robertson (terapeuta da fala), Karla Washington (terapeuta da fala), Peter Rosenbaum, e BJ Cunningham. Em junho de 2018, conforme solicitado pela equipa, foram apresentadas e discutidas com a equipa, as sugestões de alterações ao instrumento previamente compiladas em resultado dos procedimentos anteriores. Foram aceites as alterações relacionadas com a tradução direta do inglês/português europeu, nomeadamente os aspetos morfosintáticos e semânticos, bem como adição de clarificações das instruções e de alguns conceitos no próprio documento do instrumento. Não houve concordância na alteração a nível de aspeto e estrutura do instrumento nem reorganização, divisão ou eliminação de itens. O nome do instrumento, apesar do alargamento da faixa etária, também não foi alterado.

Não obstante, todos os dados recolhidos e tratados ao longo dos procedimentos de grupos focais e reflexão falada, foram canalizados para a realização de um outro estudo complementar, que não será aqui abordado.

No final, a versão original do FOCUS-34 e a sua versão traduzida e adaptada foram comparadas, tendo-se verificado equivalências semânticas, idiomáticas, operacionais e conceituais. O instrumento

traduzido permite uma avaliação tão fiável quanto o instrumento original relativamente à participação comunicativa das crianças, verificando-se desta forma a validade de conteúdo do instrumento FOCUS-34 Portugal, destacando-se a manutenção de todos os itens presentes na versão original deste instrumento. Tal como proposto pelos grupos focais, optou-se pela inserção de instruções e clarificações gerais no início do instrumento e clarificação de conceitos técnicos junto a cada item (Costa & Cruz-Santos, 2022).

Apresenta-se na Tabela 6 a versão final do instrumento FOCUS-34 Portugal aprovada pelos autores do instrumento original, onde é possível visualizar as instruções, a clarificação de conceitos acordados (no início e ao longo do instrumento) e os itens do instrumento nas suas duas partes (Costa & Cruz-Santos, 2022).

**Tabela 6**

*FOCUS-34 Portugal – Versão Final*

Instruções da aplicação
O <i>Focus on Outcomes of Communication Under Six</i> (FOCUS-34 Portugal), dirigido a crianças dos 3 aos 10 anos, é um instrumento que mede a mudança na participação comunicativa da criança na sequência de um período de intervenção em terapia da fala, caracterizando a utilização das competências comunicativas atuais da criança. Alguns itens podem não se aplicar neste momento à criança. Se assim for, por favor selecione “ <i>A minha criança não é assim</i> ”. A criança pode começar a adquirir algumas destas competências durante o período de terapia e escolher esta opção irá permitir medir todas as mudanças que a criança está a fazer. Por favor, assegure-se que responde a todos os itens e que marca apenas um círculo por item. Obrigada.
Definições
“Falar”, “contar algo”, “oralizar”, “discurso” e “palavras” referem-se ao discurso verbal, veja-se por exemplo o item: “A criança fala muito”. “Comunicar”, “conversar”, “participar”, “responder” e “pedir” podem ser qualquer forma de comunicação (imagens, sistema de símbolos, gestos, apontar), não implicando o uso de “palavras”. Por exemplo: “A criança consegue comunicar de forma independente com outras crianças”. Se a criança utiliza alguma das formas referidas, mas <u>não comunica com intenção</u> , o <u>comportamento não deve ser considerado</u> e por isso assinalado “a criança não é assim”.
Parte 1
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A criança está confortável quando comunica. (<i>confortável refere-se à existência de intenção comunicativa da criança e à emoção trazida pelo ato comunicativo</i>)</li> <li>2. A criança fala enquanto brinca.</li> <li>3. A criança está disposta para falar com outras pessoas.</li> <li>4. A criança é confiante quando comunica com adultos que não a conhecem bem.</li> <li>5. A criança comunica de forma independente. (<i>independente significa que a criança não necessita de auxílio para compor ou responder a uma mensagem e que o interlocutor não precisa de auxílio para entender o que a criança está a comunicar</i>)</li> <li>6. A criança fala muito.</li> <li>7. A criança junta palavras.</li> <li>8. A criança comunica de forma independente com outras crianças.</li> <li>9. O discurso da criança é claro.</li> <li>10. A criança é compreendida na primeira vez que fala com outras crianças.</li> <li>11. A criança fala com frases completas.</li> <li>12. A criança recorre à comunicação para resolver problemas.</li> </ol>

---

**Parte 1**

---

13. A criança espera a sua vez para comunicar.
  14. A criança transmite as suas ideias por palavras.
  15. A criança usa a gramática corretamente quando fala.
  16. A criança usa novas palavras.
  17. A criança usa palavras para pedir coisas.
  18. A criança é compreendida na primeira vez que fala com adultos que não a conhecem bem.
  19. A criança reconta eventos passados a adultos que não a conhecem bem.
  20. A criança usa linguagem para comunicar novas ideias.
  21. A criança comunica de forma independente com adultos que não a conhecem bem.
  22. A criança fala com outra criança sobre o que está a fazer no momento.
  23. A criança concentra-se na tarefa que está a fazer.
- 
- 

**Parte 2**

---

1. A criança comunica de forma eficaz com adultos próximos.
  2. A criança é incluída em jogos/ brincadeiras pelas outras crianças. *(este item pretende refletir o comportamento das outras crianças/pares)*
  3. A criança tenta levar a cabo uma conversa com adultos que não a conhecem bem.
  4. A criança participa em atividades de grupo.
  5. A criança conta histórias com sentido.
  6. A criança responde a questões.
  7. A criança pede coisas a outras crianças.
  8. A criança comunica de forma eficaz com outras crianças.
  9. A criança comunica de forma eficaz com adultos que não a conhecem bem.
  10. A criança é compreendida pelas outras crianças.
  11. A criança junta-se a conversas com os seus pares.
- 

O preenchimento do instrumento FOCUS-34 Portugal leva cerca de 5-10 minutos e é realizado considerando a situação da criança no momento do preenchimento. No mesmo foi adicionada uma secção com um breve questionário (30 segundos; seis questões de resposta curta) dirigido ao representante legal com vista à recolha de variáveis independentes necessárias na nossa análise (género da criança, idade da criança, habilitações académicas, profissão, grau de parentesco do respondente, local de residência). As últimas três variáveis apenas foram utilizadas para descrição da amostra e as duas primeiras para realizar a correspondência com o questionário do terapeuta da fala, conforme explanado em secção posterior.

#### ***2.1.4. Caracterização da Amostra***

A aplicação do FOCUS-34 Portugal foi realizada a nível nacional, em estreita colaboração com uma rede de terapeutas da fala e famílias acompanhadas pelos mesmos. As crianças foram selecionadas tendo em conta um conjunto de critérios de inclusão e exclusão, validados de acordo com a informação recolhida junto dos terapeutas da fala, enumerando-se os mesmos abaixo:

1. Ter o português europeu como língua materna.

2. Ter idade compreendida entre os 3 e os 10 anos.
3. Frequentar a educação pré-escolar ou o 1.º ciclo do ensino básico de escolas regulares (público ou privado).
4. Usufruir de terapia da fala no período compreendido entre janeiro e junho de 2020 (final do ano letivo), podendo o período ser inferior ao referido, desde que assegurado o período mínimo de intervenção de 3 meses.
5. Apresentar perturbações da comunicação: perturbação da linguagem, perturbação da comunicação social, perturbação dos sons da fala, de qualquer nível de severidade. Aqui, e por uma questão de uniformização terminológica, optou-se pela classificação do DSM-5, tendo tal sido explicitado aos terapeutas da fala.
6. Residir em Portugal Continental ou Regiões Autónomas dos Açores ou da Madeira.

Como critério de exclusão enquadraram-se crianças com alterações exclusivas do domínio da linguagem escrita ou da mastigação/deglutição/ respiração.

Após a recolha de dados e exclusão dos instrumentos indevidamente preenchidos, este estudo é constituído por 206 crianças, sendo que 116 (56.3%) frequentam o pré-escolar e 90 (43.7%) o 1.º CEB. Destas 206 crianças, 75 (36.4%) são do género feminino e 131 (63.6%) do género masculino.

Quanto à distribuição geográfica da amostra, os participantes foram selecionados considerando-se as proporções nacionais de acordo com a distribuição por sub-regiões de Portugal (NUTS III), no entanto, com o intuito de facilitar a análise dos dados, apresenta-se a distribuição da amostra por regiões (NUTS II) na Tabela 7. São apresentados valores da faixa etária dos 0 aos 14 anos (Pordata, 2020).

**Tabela 7**

*Distribuição Geográfica da Amostra*

Regiões	Portugal		Participantes		<i>n</i> Pré-escolar =		<i>n</i> 1.º CEB = 90	
	<i>N</i> = 1,389,807		<i>N</i> = 206		116 (56,3%)		(43,7%)	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Norte	447,822	32	37	18	25	21.6	12	13.2
Centro	266,283	19	129	62.5	67	57.7	62	68.8
Área Metropolitana de Lisboa	454,000	33	14	6.8	3	2.6	11	12.2
Alentejo	86,688	6.2	1	0.5	0	0	1	1.1
Algarve	65,285	4.6	1	0.5	1	0.9	0	0
Região Autónoma dos Açores	36,876	2.7	16	3.9	5	4.3	3	3.3
Região Autónoma da Madeira	32,854	2.5	8	7.8	15	12.9	1	1.1

De modo a analisar as profissões dos pais, recorreu-se à classificação nacional de profissões (CNP; Instituto Nacional de Estatística, 2011). Para tal, as profissões indicadas pelos pais, foram



agrupadas em oito. Os primeiros seis grupos correspondem aos grupos da CNP e os últimos três grupos (6-8) correspondem a outras categorias criadas por nós para o efeito deste estudo. As profissões que se encontram catalogadas na CNP correspondem a 72.3% da amostra das mães e 68.8% da amostra dos pais. Na Tabela 8 apresentam-se as frequências dos grupos profissionais da mãe e do pai.

**Tabela 8***Distribuição da Amostra Pelas Profissões dos Pais*

Profissões	Mãe		Pai	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1. Especialistas das profissões intelectuais e científicas	21	10.2	19	9.2
2. Técnicos e profissionais de nível intermédio	36	17.5	30	14.6
3. Pessoal administrativo e similares	33	16	8	3.9
4. Pessoal dos serviços e vendedores	54	26.2	76	36.9
5. Operários industriais e da agricultura e pesca	25	12.1	51	24.8
6. Desempregado	22	10.7	7	3.4
7. Doméstica/cuidador	11	5.3	0	0
8. Não sabe/ não responde	4	1.9	15	7.3

No que diz respeito à idade da amostra em estudo, a média da amostra é de 5.9 anos com desvio padrão 1.9. Apresenta-se na Tabela 9 a distribuição dos participantes dentro de cada faixa etária e sua divisão por nível de escolaridade.

**Tabela 9***Distribuição por Grupos Etários da Amostra (N = 206)*

Grupos etários em anos	<i>n</i>	%	<i>M (DP)</i>
3 anos	17	8.3	
4 anos	35	17	Pré-escolar
5 anos	57	27.7	4.5 (0.8)
6 anos	30	14.6	
7 anos	18	8.7	
8 anos	20	9.7	1.º CEB
9 anos	22	10.7	7.7 (1.3)
10 anos	7	3.4	

*Nota.* CEB = Ciclo do Ensino Básico

As faixas etárias dos 3, 4 e 5 anos constituem o grupo de crianças em idade pré-escolar. As faixas etárias dos 7, 8, 9 e 10 anos constituem o grupo de crianças do 1.º CEB. A faixa etária dos 6 anos é repartida pelos dois níveis de ensino, sendo que sete crianças com 6 anos frequentam o pré-escolar e as restantes 23 crianças frequentam o 1.º CEB. Verifica-se uma percentagem relevante de crianças na faixa etária dos 5 anos, seguida pelas crianças da faixa etária de 4 e 6 anos, constituindo estas três faixas etárias mais de metade da amostra. Constata-se uma baixa representatividade de crianças na faixa etária dos 10 anos, o que se compreende pelo período de recolha de dados, dado que uma criança que frequente o 4º ano, sem retenções, atingirá os 10 anos de idade somente a partir de janeiro de 2020 (altura em que iniciou a recolha de dados).

Caracteriza-se agora a amostra quanto ao nível apurado de acordo com o Sistema de Classificação da Comunicação (CFCS) (Tabela 10).

Tabela 10

*Caracterização Sociodemográfica da Amostra, de acordo com o Sistema de Classificação da Comunicação (CFCS)*

Idade	CFCS I		CFCS II		CFCS III		CFCS IV		CFCS V		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Grupo de Crianças em Idade Pré-Escolar												
3 anos	3	7.7	1	3.3	2	12.5	7	29.2	4	57.1	17	14.7
4 anos	7	17.9	11	36.7	8	50	8	33.3	1	14.3	35	30.2
5 anos	25	64.1	16	53.3	5	31.3	9	37.5	2	28.6	57	49.1
6 anos	4	10.3	2	6.7	1	6.3	0	0.0	0	0.0	7	6
Total	39	33.6	30	25.9	16	13.8	24	20.7	7	6	116	100
Grupo de Crianças do 1.º CEB												
6 anos	12	32.4	5	17.2	4	36.4	0	0	2	33.3	23	25.6
7 anos	9	24.3	5	17.2	2	18.2	1	14.7	1	16.7	18	20
8 anos	8	21.6	7	24.1	1	9.1	3	42.9	1	16.7	20	22.2
9 anos	7	18.9	9	31	2	18.2	2	28.6	2	33.3	22	24.4
10 anos	1	2.7	3	10.3	2	18.2	1	14.3	0	0.0	7	7.8
Total	37	41.1	29	32.2	11	12.2	7	7.8	6	6.7	90	100

*Nota.* CFCS = Sistema de Classificação da Comunicação, nível I, II, III, IV, V; CEB – Ciclo do Ensino Básico.

A amostra demonstra uma maior percentagem de crianças de níveis CFCS mais funcionais, sendo que as crianças de nível CFCS I (36.9%,  $n = 76$ ) e de nível CFCS II (28.6%,  $n = 59$ ) correspondem a mais de metade da amostra. As crianças de nível CFCS III representam 13.1% ( $n = 27$ ) da amostra e as crianças do nível CFCS IV representam 15% ( $n = 31$ ). Por fim, as crianças do nível menos funcional,

nível CFCS V, correspondem a apenas 6.3% da amostra ( $n = 13$ ). Apresenta-se a distribuição do nível CFCS para cada um dos grupos (pré-escolar e 1.º CEB), de acordo com a faixa etária (Tabela 10).

À semelhança da amostra total, para cada grupo em estudo verifica-se uma predominância de casos de níveis CFCS I e II, sendo o  $n$  amostral proporcionalmente inverso ao nível CFCS, isto é, a amostra é cada vez mais reduzida para níveis cada vez mais elevados (crianças mais comprometidas do ponto de vista comunicativo). Ressalva-se a exceção de crianças no nível CFCS IV em idade pré-escolar, onde o  $n$  se apresenta robusto face aos restantes níveis.

A distribuição de qui-quadrado confirma uma associação entre a idade e o nível CFCS para o grupo de crianças em idade pré-escolar ( $\chi^2(12) = 28.37, p = .006, V = .29$ ), ou seja, e conforme apresentado na tabela 10: crianças mais novas (3 anos) tendem a apresentar níveis CFCS menos funcionais, ao contrário de crianças mais velhas (sobretudo com 5 anos, considerar amostra reduzida de crianças com 6 anos) que correspondem à maioria das crianças dos níveis CFCS I e II. As crianças de 4 anos encontram-se distribuídas de forma mais homogênea pelos quatro níveis CFCS (níveis de I a IV). No grupo de crianças de 1.º ciclo não se verifica esta associação ( $\chi^2(16) = 12.10, p = .737, V = .18$ ), dado que as crianças de cada faixa etária se distribuem pelos diversos níveis.

Quanto às restantes variáveis coletadas para o estudo em causa, apresentamos de seguida a sua divisão respeitando os dois grupos em estudo: crianças do pré-escolar e crianças do 1.º CEB. Em cada um dos grupos serão determinadas as características sociodemográficas (facultadas pelos pais), bem como as características educacionais e da intervenção das crianças em estudo (facultadas pelos terapeutas da fala). Para uma melhor leitura e análise, os dados são apresentados de acordo com o nível CFCS das crianças, à semelhança do realizado em outros estudos com o instrumento FOCUS (Cunningham et al., 2018; Cunningham, Hanna, et al., 2017). Para melhor compreender a distribuição de cada variável pelos vários níveis CFCS da amostra, foram realizadas análises de qui-quadrado com correção de Monte Carlo, sendo os valores reportados sempre que se confirma alguma associação entre variáveis.

#### **2.1.4.1. Caracterização Sociodemográfica do Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar.**

Inicia-se a apresentação dos dados sociodemográficos do grupo de crianças em idade pré-escolar (Tabela 11).

Há uma clara predominância de crianças do género masculino, verificada nas crianças de todos os níveis CFCS. A notar algum equilíbrio nas crianças do nível CFCS V, no entanto o mesmo também apresenta uma baixa representatividade ( $n = 7$ ).

A mãe assume-se como principal representante legal em todos os níveis CFCS. A percentagem mais elevada do pai como representante legal diz respeito às crianças do segundo e terceiro nível CFCS (20% e 18.8%, respetivamente).

**Tabela 11**

*Caracterização Sociodemográfica do Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar, de Acordo com o Sistema de Classificação da Comunicação (CFCS)*

Características sociodemográficas	CFCS I		CFCS II		CFCS III		CFCS IV		CFCS V		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>Género</b>												
Feminino	15	38.5	10	33.3	4	25	5	20.8	3	42.9	37	31.9
Masculino	24	61.5	20	66.7	12	75	19	79.2	4	57.1	79	68.1
<b>Representante Legal</b>												
Mãe	37	95.9	24	80	13	81.3	22	91.7	7	100	103	91.2
Pai	2	5.1	6	20	3	18.8	2	8.3	0	0.0	13	8.8
<b>Habilitações</b>												
académicas do pai												
Até 3.º CEB	14	35.9	15	50	7	43.8	11	45.8	2	28.6	49	42.3
Até Secundário	15	38.5	8	26.6	5	31.3	5	20.9	3	42.9	36	31
Superior	7	18	7	23.3	3	18.9	8	33.4	1	14.3	26	22.4
Não sabe/ não responde	3	7.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	14.3	5	4.3
académicas da mãe												
Até 3.º CEB	5	12.9	6	20	2	12.5	4	16.7	2	28.6	19	16.4
Até Secundário	17	43.6	11	36.6	7	43.8	10	41.7	2	28.6	47	40.6
Superior	16	41.1	13	43.3	7	43.8	10	41.8	3	42.9	49	42.2
Não sabe/ não responde	1	2.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.9

*Nota.* CFCS = Sistema de Classificação da Comunicação), nível I, II, III, IV, V.V.

Quanto às habilitações académicas do pai, verifica-se uma percentagem maior de crianças com pai com habilitações até ao 3.º ciclo (42.3%) e com ensino secundário (31%). Esta distribuição confirma-se entre os cinco grupos, à exceção das crianças do nível IV onde se verifica uma percentagem considerável de pais com habilitações académicas ao nível da licenciatura, logo atrás dos pais com habilitações académicas até ao 3.º CEB (45.8%).

Nas habilitações académicas da mãe, verifica-se uma dominância de crianças com mães com escolaridade ao nível do ensino secundário (40.6%) e ensino superior (42.2%), confirmando-se esta

distribuição ao longo dos cinco grupos em estudo. Ressalva efetuada para o grupo V, onde a escolaridade ao nível do 3.º ciclo também assume uma percentagem de relevo (28.6%), a par das escolaridades já mencionadas.

#### **2.1.4.2. Caracterização Educacional e da Intervenção do Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar.**

Apresenta-se agora a caracterização educacional e da intervenção, referente às crianças em idade pré-escolar (Tabela 12).

Verifica-se uma percentagem dominante de crianças a frequentar o ensino público (61.2%), confirmando-se essa distribuição pelos cinco grupos. Excetua-se o grupo de crianças de nível CFCS V, onde se verifica uma maior percentagem de crianças em estabelecimentos de ensino privado (42.9%). Mais uma vez se ressalva o reduzido  $n$  amostral deste grupo ( $n = 7$ ).

Quanto às medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão, constata-se que a grande maioria das crianças (85.3%) não usufrui de nenhuma medida, verificando-se essa distribuição maioritária pelos cinco grupos. Verifica-se que a partir do nível CFCS III aumenta a percentagem de crianças a usufruírem de medida universais ou seletivas. Não existem crianças a usufruírem de medidas adicionais. Tal é conivente com o relatório da educação inclusiva (DGEEC, 2022) que demonstra que apenas 4.4% das crianças da educação pré-escolar usufruem de medidas seletivas ou adicionais (não é conhecido o valor de crianças que usufruem de medidas universais).

A maioria das crianças comunica de forma privilegiada com recurso a formas verbais, nomeadamente linguagem oral - fala. Apenas 7.8% das crianças recorrem a meios alternativos de comunicação, sendo que estas se distribuem pelo nível CFCS IV (12.5% das crianças deste nível) e pelo nível CFCS V (85.7% das crianças deste nível).

Quanto ao tempo de intervenção em terapia da fala, a maioria das crianças usufrui de intervenção até 12 meses, seguido de crianças com intervenções até até 24 meses. Esta distribuição confirma-se em crianças de todos os níveis CFCS, com uma reduzida percentagem de crianças a frequentarem o apoio há mais de 24 meses.

Tabela 12

*Caracterização Educacional e da Intervenção do Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar, de Acordo com o Sistema de Classificação da Comunicação (CFCS)*

Características educacionais e da intervenção	CFCS I		CFCS II		CFCS III		CFCS IV		CFCS V		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Estabelecimento de ensino												
Público	24	61.5	21	70	10	62.5	14	58.3	2	28.6	71	61.2
Privado	7	17.9	4	13.3	2	12.5	3	12.5	3	42.9	19	16.4
IPSS	8	20.5	5	16.7	4	25	7	29.2	2	28.6	26	22.4
Medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão												
Nenhuma	39	100	27	90	11	68.8	18	75	4	57.1	99	85.3
Universais	0	0.0	1	3.3	3	18.8	2	8.3	2	28.6	8	6.9
Seletivas	0	0.0	2	6.7	2	12.5	4	16.7	1	14.3	9	7.8
Adicionais	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Formas de Comunicação												
Verbal	39	100	30	100	16	100	21	87.5	1	14.3	107	92.2
Não Verbal	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	12.5	6	85.7	9	7.8
Tempo de intervenção em TF												
< 12 meses	20	51.3	19	63.3	7	43.8	17	70.9	3	42.9	66	57.8
12-24 meses	17	43.6	7	23.4	6	37.5	5	20.8	3	42.9	38	32.8
> 24 meses	2	5.1	4	13.3	3	18.8	2	8.3	1	14.3	12	10.3
Diagnóstico atribuído												
P. Comunicação	13	33.4	11	36.6	6	37.6	6	25	0	0.0	36	31.1
PL	1	2.6	6	20	3	18.8	6	25	0	0.0	16	13.8
PSF	12	30.8	4	13.3	3	18.8	0	0.0	0	0.0	19	16.4
PF	0	0.0	1	3.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.9
PND	2	5.2	3	9.9	4	25	8	33.3	6	85.7	23	19.9
PEA	0	0.0	1	3.3	4	25	8	33.3	4	57.1	17	14.7
PDI	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
PAE	1	2.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.9
AGD	0	0.0	1	3.3	0	0.0	0	0.0	1	14.3	2	1.7
PND (outra)	1	2.6	1	3.3	0	0.0	0	0.0	1	14.3	3	2.6
Nenhum	24	61.5	16	53.3	6	37.5	10	41.7	1	14.3	57	49.1

*Nota.* CFCS = Sistema de Classificação da Comunicação, nível I, II, III, IV, V; TF = terapia da fala; P. = perturbações; PL = perturbação da linguagem; PF = perturbação da fluência; PSF = perturbação dos sons da fala; PND = perturbações do neurodesenvolvimento; PEA = perturbação do espectro do autismo; PDI = perturbação do desenvolvimento intelectual; PAE = perturbação da aprendizagem específica; AGD = atraso global de desenvolvimento.

No que respeita ao diagnóstico, verifica-se que, de forma global, parte considerável das crianças da amostra não apresenta diagnóstico atribuído (49.1%). Esta tendência verifica-se em todos os níveis, exceto no nível CFCS V, onde o diagnóstico dominante é de perturbação do espectro do autismo (57.1%). Não obstante, importa destacar a perturbação dos sons da fala nas crianças do nível CFCS I (30.8%), perturbação da linguagem nas crianças de nível CFCS II (20%), perturbação do espectro do autismo nas crianças de níveis CFCS III e IV (25% e 33.3%, respetivamente). Apesar da tentativa de uniformização diagnóstica aquando da apresentação dos critérios de inclusão da amostra pela referência ao DSM-5, ressalva-se que este era um campo de resposta curta, mas aberta, pelo que os termos apresentados são os aplicados pelos respondentes e não pela investigadora. Pela diversidade de terminologias utilizadas, optámos por incluir no estudo outras perturbações do neurodesenvolvimento que não PC, realizando um posterior agrupamento de classes, nomeadamente: crianças perturbações da comunicação (PC, onde se incluem a perturbação da linguagem e a perturbação dos sons da fala [APA, 2014]), crianças com outras perturbações do neurodesenvolvimento (PND) e crianças sem diagnóstico (SD), sempre que os terapeutas da fala registaram “nenhum diagnóstico” nos campos destinados ao efeito.

De modo a melhor compreender a distribuição da nossa amostra, realizou-se a análise do qui-quadrado com correção de Monte Carlo onde foi confirmada a associação entre o nível CFCS e o diagnóstico ( $\chi^2(12) = 44.58, p < .001, V = .36$ ): crianças sem diagnóstico encontram-se distribuídas por todos os níveis CFCS, com maior concentração nos dois níveis mais funcionais; crianças com PSF encontram-se maioritariamente no nível CFCS I; em oposição a crianças com PND nos níveis CFCS IV e V. Crianças com PL distribuem-se nos níveis CFCS II a IV.

#### **2.1.4.3. Caracterização Sociodemográfica do Grupo de Crianças do 1.º CEB.**

Apresenta-se de seguida a caracterização sociodemográfica do grupo de crianças do 1.º CEB (Tabela 13).

Há uma predominância de crianças do género masculino, verificada em todos os níveis CFCS, exceto no nível III, onde o género feminino assume uma clara maioria (72.7%). Ainda assim, nos dois primeiros níveis em estudo verifica-se uma distribuição equilibrada dos géneros.

A mãe assume-se como principal representante legal em todos os níveis CFCS. A percentagem mais elevada do pai como representante legal diz respeito às crianças dos níveis I e II CFCS (10.8% e 6.9%, respetivamente).

Tabela 13

Caracterização Sociodemográfica do Grupo de Crianças do 1.º CEB, de acordo com o Sistema de Classificação da Comunicação (CFCS)

Características sociodemográficas	CFCS I		CFCS II		CFCS III		CFCS IV		CFCS V		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Género												
Feminino	14	37.8	14	48.3	8	72.7	1	14.3	1	16.7	38	42.2
Masculino	23	62.2	15	51.7	3	27.3	6	86.7	5	83.3	52	57.8
Representante Legal												
Mãe	33	89.2	26	89.7	10	90.9	7	100	6	100	82	91.1
Pai	4	10.8	2	6.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	6.7
Outro	0	0.0	0	0.0	1	9.1	0	0.0	0	0.0	2	2.2
Habilitações académicas do pai												
Até 3.º CEB	15	40.5	18	52	12	54.6	3	42.9	2	33.4	44	48.9
Ensino Secundário	12	32.4	3	10.3	2	18.2	3	42.9	1	16.7	21	23.3
Superior	10	27	5	17.2	2	18.2	1	14.3	2	33.4	20	22.2
Não sabe/ não responde	0	0.0	3	10.3	1	9.1	0	0.0	1	16.7	5	5.6
Habilitações académicas da mãe												
Até 3.º CEB	10	27	11	37.9	4	36.4	3	42.9	0	0.0	28	31.1
Ensino Secundário	8	21.6	8	27.5	3	27.3	4	57.2	3	50	26	28.9
Superior	19	51.2	7	24.1	3	27.3	0	0.0	5	50	32	35.5
Não sabe/ não responde		0.0	3	10.4	1	9.1	0	0.0	0	0.0	4	4.4

Nota. CFCS = Sistema de Classificação da Comunicação), nível I, II, III, IV, V; CEB = Ciclo do Ensino Básico.

Quanto às habilitações académicas do pai, verifica-se uma percentagem maior de crianças com pai com habilitações até ao 3.º ciclo (48.9%) em todos os níveis, seguido por pais com ensino secundário (23.3%) e ensino superior (22.2%).

Nas habilitações académicas da mãe, verifica-se uma distribuição próxima de mães com habilitações ao nível do ensino superior (35.3%), 3.ºCEB (31.1%), e ensino secundário (28.9%). AS crianças do nível CFCS I e do nível CFCS V são maioritariamente descendentes de mães com formação superior. Nos níveis CFCS II e III a maioria são mães com habilitações ao nível do 3.º CEB. No nível CFCS IV dominam as mães com habilitações ao nível do ensino secundário.



#### 2.1.4.4. Caracterização Educacional e da Intervenção do Grupo de Crianças do 1.º Ciclo do Ensino Básico.

Apresenta-se agora a caracterização educacional e da intervenção, referente às crianças do 1.º CEB (Tabela 14).

Verifica-se uma percentagem dominante de crianças a frequentar o ensino público (93.3%), confirmando-se essa distribuição nos cinco grupos.

Quanto às medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão, as crianças distribuem-se essencialmente pelas medidas seletivas (44.4%), ausência de medidas (36.7%) e medidas universais (20%). Analisando cada um dos níveis em estudo, verifica-se um domínio de ausência de medidas nas crianças do nível CFCS I. Nos restantes níveis CFCS assumem destaque as medidas seletivas (58.6%, 45.5%, 57.1 % e 50%, respetivamente por cada nível). Existe uma minoria de crianças com medidas adicionais que se distribuem pelos níveis CFCS II, III, IV e V. De modo a melhor compreender a distribuição da nossa amostra, realizou-se a análise do qui-quadrado com correção de Monte Carlo onde foi verificada uma associação entre o nível CFCS e as medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão ( $\chi^2(12) = 28.82, p < .008, V = .32$ ): crianças de níveis CFCS mais funcionais (nível I) apresentam medidas menos restritivas ou não apresentam medidas; crianças dos níveis CFCS II e III apresentam maioritariamente medidas seletivas e alguns medidas universais ou adicionais, respetivamente; crianças dos níveis CFCS IV e V (amostra reduzida) apresentam maioritariamente medidas seletivas.

A grande maioria das crianças comunica de forma privilegiada com recurso a formas verbais, nomeadamente linguagem oral - fala. Apenas 2.2% das crianças recorrem a meios alternativos de comunicação, sendo que estas se distribuem pelo nível CFCS III (9.1% das crianças deste nível) e pelo nível CFCS IV (14.3% das crianças deste nível).

Quanto ao tempo de intervenção em terapia da fala, as maiores percentagens situam-se no período há mais de 24 meses (47.8%) e até 12 meses (32.3%). No grupo de crianças de nível CFCS I, verifica-se que a maioria das crianças iniciou o apoio até 12 meses (48.6%) ou até 24 meses (35.1%). A maioria das crianças dos níveis CFCS II, III, IV e V (85.7%; 72.4%; 54.5%; 66.7%, respetivamente) iniciou o apoio há mais de 24 meses. De modo a melhor compreender a distribuição da nossa amostra, realizou-se a análise do qui-quadrado com correção de Monte Carlo entre o nível CFCS e o tempo de intervenção ( $\chi^2(8) = 29.05, p < .001, V = .40$ ) que nos confirma que crianças de níveis CFCS mais funcionais (nível CFCS I) apresentam intervenções mais curtas, ao passo que as restantes apresentam intervenções de maior duração (mais de 24 meses).

Tabela 14

*Caracterização Educacional e da Intervenção do Grupo de Crianças do 1.º CEB, de Acordo com o Sistema de Classificação da Comunicação (CFCS)*

Características educacionais e da intervenção	CFCS I		CFCS II		CFCS III		CFCS IV		CFCS V		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Estabelecimento de ensino												
Público	36	97.3	26	89.7	9	81.8	7	100	6	100	84	93.3
Privado	0	0.00	2	6.9	2	18.2	0	0.0	0	0.0	4	4.4
IPSS	1	2.7	1	3.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	2.2
Medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão												
Nenhuma	17	45.9	4	13.8	1	9.1	1	14.3	1	16.7	24	36.7
Universais	9	24.3	6	20.7	1	9.1	1	14.3	1	16.7	18	20
Seletivas	11	29.7	17	58.6	5	45.5	4	57.1	3	50	40	44.4
Adicionais	0	0.0	2	6.9	4	36.4	1	14.3	1	16.7	8	8.9
Formas de Comunicação												
Verbal	37	100	29	100	10	90.9	6	85.7	6	100	88	97.8
Não Verbal	0	0.0	0	0.0	1	9.1	1	14.3	0	0.0	2	2.2
Tempo de intervenção em TF												
< 12 meses	18	48.6	5	17.2	4	36.4	0	0.0	2	33.3	29	32.3
12-24 meses	13	35.1	3	10.3	1	9.1	1	14.3	0	0.0	18	20
> 24 meses	6	16.2	21	72.4	6	54.5	6	85.7	4	66.7	43	47.8
Diagnóstico atribuído												
P. Comunicação	11	29.7	9	31	3	27.3	0	0.0	0	0.0	23	25.6
PL	4	10.8	9	31	2	18.2	0	0.0	0	0.0	15	16.7
PSF	7	18.9	0	0.0	1	9.1	0	0.0	0	0.0	8	8.9
PND	11	56.7	14	51.6	7	63.7	3	42.9	5	83.3	41	45.5
PEA	1	2.7	3	10.3	4	36.4	1	14.3	2	33.3	11	12.2
PDI	2	5.4	6	20.7	2	18.2	1	14.3	0	0.0	11	12.2
PAE	8	21.6	2	6.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	10	11.1
AGD	0	0.0	1	3.4	0	0.0	0	0.0	2	33.3	3	3.3
PND (outra)	0	0.0	3	10.3	1	9.1	1	14.3	1	16.7	6	6.7
Sem diagnóstico	15	40.5	5	17.2	1	9.1	4	57.1	1	16.7	26	28.9

*Nota.* CFCS = Sistema de Classificação da Comunicação, nível I, II, III, IV, V; TF = terapia da fala; P. = perturbações; PL = perturbação da linguagem; PSF = perturbação dos sons da fala; PND = perturbações do neurodesenvolvimento; PEA = perturbação do espectro do autismo; PDI = perturbação do desenvolvimento intelectual; PAE = perturbação da aprendizagem específica; AGD = atraso global de desenvolvimento.

No que respeita ao diagnóstico, verifica-se que, de forma global, parte considerável das crianças em qualquer nível CFCS apresenta uma perturbação do neurodesenvolvimento, que não PC (45.5%), nomeadamente no nível CFCS I verifica-se um domínio de crianças com perturbações da aprendizagem, no nível CFCS II crianças com perturbação do desenvolvimento intelectual e a partir do nível CFCS III

verifica-se que a maioria das crianças se distribuem pelo diagnóstico de PEA e ainda AGD no nível V. Seguidamente encontram-se as crianças sem diagnóstico atribuído (28.9%), que se distribuem sobretudo no nível I e IV. Por último analisam-se as PC (25.6%), com uma prevalência considerável nas crianças de nível CFCS I (PSF), II (PL) e III (PL), ao contrário dos níveis CFCS IV e V, onde não existe menção a PC. Relembramos uma vez mais que estes foram termos atribuídos pelos respondentes e não pela investigadora e que futuramente serão apresentados de forma agrupada. Confirmando a nossa análise descritiva, também aqui a realização da análise do qui-quadrado nos demonstra uma associação entre o nível CFCS e o diagnóstico ( $\chi^2(12) = 26.25, p < .010, V = .31$ ): crianças com PSF distribuem-se pelo nível CFCS I; crianças sem diagnóstico distribuem-se pelos níveis CFCS I e IV; crianças com diagnóstico de PND distribuem-se pelos níveis CFCS menos funcionais (II a V) e crianças com PL situam-se maioritariamente no nível CFCS II.

### ***2.1.5. Procedimentos de Recolha de Dados***

O procedimento de recrutamento da amostra revelou-se algo complexo, dados os trâmites e critérios de amostragem estabelecidos, bem como todas as condicionantes decorridas do contexto de pandemia por COVID 19, com o isolamento social determinado para o período de recolha de dados planeado, entre março e maio de 2020. O mesmo será detalhadamente descrito de seguida. Todos os contactos formais e informais e documentação necessária foram assegurados pela investigadora principal do estudo.

Com vista ao recrutamento da amostra, entre setembro e novembro de 2019 a investigadora criou uma rede de contactos que operacionalizou via correio eletrónico e telefonicamente, constituída por diversos terapeutas da fala que atuam a nível nacional com crianças nas referidas faixas etárias. Foram selecionados terapeutas da fala em detrimento de outros profissionais, à semelhança do que foi realizado com os estudos do FOCUS na sua versão original. Junto dos mesmos, auscultou o interesse e condições para participação no estudo, bem como a identificação (quantitativa) dos participantes elegíveis. Elaboraram-se pedidos de autorização às respetivas instituições/ agrupamentos de escola/ autarquias/ clínicas onde as crianças usufruíam de intervenção. O estudo foi também divulgado pelas entidades nacionais representantes dos terapeutas da fala, nomeadamente Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala e Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala, facilitando assim o recrutamento de uma amostra aleatória.

Após respostas afirmativas, em dezembro de 2019, procedeu-se ao envio para cada profissional/instituição dos instrumentos em número correspondente às crianças selecionadas para amostra. Cada

conjunto de documentos era composto pela carta de apresentação do projeto e consentimento informado (terapeutas da fala e pais) (Anexo E), questionário de caracterização sociodemográfica, educacional e de intervenção (terapeutas da fala) (Anexo A) e instrumento FOCUS-34 Portugal. A documentação foi disponibilizada no formato preferencial para o terapeuta da fala/ família, assegurando-se uma versão digital e uma versão impressa. Foram distribuídos, via CTT ou digitalmente, 1,038 conjuntos por 237 terapeutas da fala/ equipas clínicas, distribuídas por todo o território nacional, tendo existido o cuidado inicial de obter uma representação de todos os distritos.

Entre janeiro e março de 2020, o terapeuta da fala procedeu ao preenchimento do questionário de caracterização sociodemográfica, educacional e de intervenção para cada criança em estudo. O representante legal respondeu ao instrumento FOCUS-34 Portugal.

O terapeuta da fala que acompanha cada criança foi a pessoa responsável pela entrega e receção do instrumento a cada encarregado de educação. Em algumas situações, pôde auxiliar o encarregado de educação, assegurando o total preenchimento do FOCUS, auxiliando a compreensão e, se necessário, leitura de cada item antes do preenchimento.

Apesar de o FOCUS ser um instrumento dirigido às famílias, foi facultada a possibilidade de, caso o representante legal não pudesse ou não quisesse preencher o instrumento, o terapeuta ou outro profissional que melhor conheça a criança poderia, exceçionalmente, fazê-lo, podendo recolher a informação necessária junto de outras fontes, desde que com a prévia e devida autorização do representante legal. A adesão dos representantes legais ao preenchimento foi bastante positiva, sendo que no presente estudo apenas 10.2% ( $n = 21$ ) dos instrumentos foram preenchidos por outra pessoa que não o representante legal, nomeadamente o terapeuta da fala, pelo que não será uma variável analisada.

No período de março a julho de 2020, os dados foram devolvidos pelos terapeutas da fala à investigadora principal pela mesma via que foram entregues (digital ou em papel). Na versão impressa seguia também um envelope devidamente endereçado e selado para devolução dos instrumentos após preenchimento. A repetição de algumas questões nos documentos dirigidos aos pais e nos documentos dirigido ao TF (ex. iniciais, data de nascimento, distrito) permitiu que a investigadora realizasse a correspondência entre instrumentos. Foram rececionados 210 conjuntos de documentos, dos quais quatro foram excluídos por falta de informação (não preenchimento das caracterizações sociodemográficas, não preenchimento de uma secção do instrumento), perfazendo assim um total válido de 206 instrumentos, respetivos consentimentos e caracterizações sociodemográficas (taxa de retorno = 19.8%). Importa analisar este valor à luz do período pandémico que deflagrou em março de

2020, com consequente suspensão dos apoios terapêuticos e atividades escolares. A mais, refere-se o decurso de vários protocolos de colaboração com diversas instituições (hospitais, centros de reabilitação, agrupamentos de escola), sobretudo na área metropolitana de Lisboa e do Porto, que ficaram suspensos em virtude das medidas de contingência adotadas. A considerar ainda as limitações de contactos presenciais que não puderam ocorrer nessa altura.

## **2.2. Estudo II - FOCUS-34 Portugal: Responsividade como Medida de Resultado**

Após tradução, adaptação e validação do instrumento FOCUS-34 Portugal para crianças em idade pré-escolar e do 1.º ciclo do ensino básico (CEB) (estudo I), procedemos ao estudo da responsividade do instrumento FOCUS-34 Portugal como medida de resultado, ou seja, a sua capacidade para detetar mudanças significativas na participação comunicativa num curto período de intervenção, inferindo sobre as variáveis (pessoais e ambientais) que influenciam estas mudanças.

### ***2.2.1. Objetivos do Estudo***

Os objetivos do estudo II são:

1. Verificar se o FOCUS-34 Portugal demonstra responsividade à mudança para crianças em idade pré-escolar e 1.º CEB.
2. Analisar as mudanças na participação comunicativa em crianças com perturbações da Comunicação em idade pré-escolar e 1.º CEB, após um período de intervenção (3-6 meses), de acordo com as variáveis em estudo.

### ***2.2.2. Questões de Investigação***

1. Os dados obtidos em Portugal relacionam-se de alguma forma com o instrumento original a nível de consistência interna na pontuação de mudança?

*Variáveis pessoais:*

2. Verificam-se mudanças no FOCUS-34 Portugal em crianças com perturbações da comunicação em função da idade das crianças?
3. Verificam-se mudanças no FOCUS-34 Portugal em crianças com perturbações da comunicação em função do género das crianças?
4. Verificam-se mudanças no FOCUS-34 Portugal em crianças com perturbações da comunicação em função do nível CFCS das crianças?

5. Verificam-se mudanças no FOCUS-34 Portugal em crianças com perturbações da comunicação em função do diagnóstico das crianças?

*Variáveis ambientais:*

6. Verificam-se mudanças no FOCUS-34 Portugal em crianças com perturbações da comunicação em função das medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão das crianças?
7. Verificam-se mudanças no FOCUS-34 Portugal em crianças com perturbações da comunicação em função do tempo de intervenção das crianças?
8. Verificam-se mudanças no FOCUS-34 Portugal em crianças com perturbações da comunicação em função do tempo entre as duas aplicações do instrumento FOCUS-34 Portugal?
9. Verificam-se mudanças no FOCUS-34 Portugal em crianças com perturbações da comunicação em função da frequência da intervenção das crianças?
10. Verificam-se mudanças no FOCUS-34 Portugal em crianças com perturbações da comunicação em função do contexto de intervenção das crianças?
11. Verificam-se mudanças no FOCUS-34 Portugal em crianças com perturbações da comunicação em função dos objetivos de intervenção das crianças?
12. Verificam-se mudanças no FOCUS-34 Portugal em crianças com perturbações da comunicação em função da modalidade de intervenção das crianças no contexto pandémico?

A realçar que a última questão de investigação não foi inicialmente planeada, tendo surgido pelas condicionantes da pandemia por COVID-19.

### **2.2.3. Instrumentos de Recolha de Dados**

Os instrumentos de recolha de dados utilizados no estudo I constituíram os instrumentos necessários para o presente estudo, a relembrar:

1. Questionário de Caracterização Sociodemográfica, Educacional e de Intervenção (Costa & Cruz-Santos, 2019, Anexo A).

Neste estudo, para além das variáveis mencionadas no estudo I, foram ainda analisadas outras variáveis presentes no questionário por nós elaborado e descritas na literatura como influenciadoras do efeito da intervenção, quer pela equipa responsável pelo instrumento original, quando utilizado para os mesmos fins (detetar mudança); quer por outras equipas que desenvolveram medidas de resultado na área (ex. NOMS; ASHA, 2019).

Assim, consideraram-se questões referentes a variáveis pessoais: género, idade, nível CFCS, diagnóstico; e variáveis ambientais: medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão variáveis

relacionadas com a intervenção, como duração do período de intervenção (total e entre aplicações do FOCUS), tipo de intervenção (individual, grupo, consultoria), frequência da intervenção (ex. diária, semanal, mensal, outra), duração (ex. 30 minutos, 60 minutos), contexto da intervenção (ex. casa, escola - intervenção isolada/gabinete, escola - intervenção em contexto, contexto clínico, comunidade), objetivos de intervenção (linguagem e/ou fala e/ou comunicação) (ASHA, 2019; Cunningham et al., 2016, 2018; Cunningham & Rosenbaum, 2015; Oddson et al., 2019; Thomas-Stonell, Washington, et al., 2013; Washington et al., 2013, 2015). Variáveis como a etnia, a frequência do pré-escolar e o plurilinguismo foram também consideradas em estudos com o FOCUS como medida de resultado (Cunningham et al., 2018; Thomas-Stonell, Washington, et al., 2013; Washington et al., 2015), no entanto, a primeira variável não foi considerada no nosso estudo e as outras duas constituíam critérios de inclusão da amostra, pelo que não irão ser consideradas como variáveis independentes.

Face à situação pandémica e suspensão de atividades presenciais, houve necessidade de complementar o questionário de caracterização sociodemográfica, educacional e de intervenção a preencher pelo terapeuta da fala com uma secção referente às mudanças realizadas na intervenção em consequência da pandemia por COVID-19 (modalidade, frequência, início e término) (Anexo F). Pelo surgimento da pandemia, assomou-se a oportunidade de analisar novas variáveis como as diferentes modalidades de intervenção e seu efeito na participação comunicativa. Como opções selecionou-se a intervenção em teleprática (sessões síncronas), a ausência de intervenção e ainda a intervenção em tutoria/ *coaching* que correspondia à orientação dos familiares em detrimento da intervenção direta com a criança.

2. Instrumento FOCUS-34 Portugal a preencher pelo representante legal.

Acresce a este estudo:

3. Segunda aplicação do instrumento FOCUS-34 Portugal preenchida pela mesma pessoa (preenchida 3 a 6 meses depois do primeiro instrumento FOCUS).

#### ***2.2.4. Caracterização da Amostra***

A amostra para o presente estudo respeitou os mesmos critérios da amostra do estudo anterior (estudo I). Com efeito, das 206 crianças do estudo I, 168 reuniram critérios para participar no estudo II, uma vez que as famílias procederam ao preenchimento do instrumento FOCUS-34 Portugal em dois momentos diferentes, com um intervalo entre 3 e 6 meses entre aplicações e os terapeutas da fala responderam à caracterização sociodemográfica, educacional e de intervenção, incluindo a secção sobre a intervenção no período pandémico. Destas 168 crianças, frequentam o pré-escolar 97 crianças (57.7%)

e 71 (42.3%) o 1.º CEB. Existem 63 crianças (37.5%) do género feminino e 105 (62.5%) do género masculino.

No que diz respeito à idade da amostra em estudo, a média da amostra é de 6.23 anos com desvio padrão de 1.92. Apresenta-se a distribuição dos participantes dentro de cada faixa etária e sua divisão por nível de escolaridade (Tabela 15).

**Tabela 15**

*Distribuição por Grupos Etários da Amostra (N = 168)*

Grupos etários em anos	<i>n</i>	%	<i>M (DP)</i>
3 anos	8	4.8	
4 anos	22	13.1	Pré-escolar
5 anos	39	23.2	4.90 (0.92)
6 anos	39	23.2	
7 anos	16	9.5	
8 anos	14	8.3	1.º CEB
9 anos	18	10.7	8.06 (1.34)
10 anos	12	7.1	

*Nota.* CEB = ciclo do ensino básico.

As faixas etárias dos 3, 4 e 5 anos constituem as crianças em idade pré-escolar. Os grupos etários dos 7, 8, 9 e 10 anos constituem as crianças do 1.º CEB. A faixa etária dos 6 anos é repartida pelos dois níveis de ensino, sendo que 28 crianças com 6 anos frequentam o pré-escolar e as restantes 11 crianças frequentam o 1.º CEB. Relembre-se ainda que algumas crianças completaram aniversário no período de recolha de dados, pelo que as suas idades na segunda aplicação não são iguais às da primeira aplicação.

Caracteriza-se agora a amostra quanto ao nível apurado de acordo com o Sistema de Classificação da Comunicação (CFCS).

Tal como no estudo anterior, a amostra total demonstra uma maior percentagem de crianças de níveis CFCS mais funcionais, sendo que as crianças de nível CFCS I (40.5%,  $n = 68$ ) e de nível CFCS II (28%,  $n = 47$ ) correspondem a mais de metade da amostra. As crianças de nível CFCS III e do nível CFCS IV distribuem-se de forma igualitária, representando cada uma 13.7% da amostra ( $n = 23$ ). Por fim, as crianças do nível menos funcional, nível CFCS V, correspondem a apenas 4.2% da amostra ( $n = 7$ ). Apresenta-se a distribuição do nível CFCS para cada um dos grupos (pré-escolar e 1.º CEB), de acordo com a faixa etária (Tabela 16).



Tabela 16

*Caracterização Sociodemográfica da Amostra, de Acordo com o Sistema de Classificação da Comunicação (CFCS)*

Idade	CFCS I		CFCS II		CFCS III		CFCS IV		CFCS V		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Grupo de Crianças em Idade Pré-Escolar												
3 anos	1	2.9	1	4.3	0	0.0	4	20	2	50	8	8.2
4 anos	4	11.4	5	21.7	7	46.7	5	22.7	1	4.5	22	22.7
5 anos	15	42.9	10	43.5	4	26.7	8	40	1	25	38	39.2
6 anos	15	42.9	7	30.4	4	26.7	3	15	0	0.0	29	29.9
Total	35	36.1	23	23.7	15	15.5	20	20.6	4	4.1	97	100
Grupo de Crianças do 1.º CEB												
6 anos	6	18.2	2	8.3	3	37.5	0	0.0	0	0.0	11	15.5
7 anos	8	24.2	3	12.5	3	37.5	0	0.0	2	66.7	16	22.5
8 anos	9	27.3	3	12.5	0	0.0	1	33.3	1	33.3	14	19.7
9 anos	6	18.2	11	45.8	1	12.5	0	0.0	0	0.0	18	25.4
10 anos	4	12.1	5	20.8	1	12.5	2	66.7	0	0.0	12	16.9
Total	33	46.5	24	33.8	8	11.3	3	4.2	3	4.2	71	100

*Nota.* CFCS = Sistema de Classificação da Comunicação, nível I, II, III, IV, V.

À semelhança da amostra total, para cada grupo em estudo verifica-se uma predominância de casos de nível I e nível II, sendo o *n* amostral proporcionalmente inverso ao nível CFCS, isto é, a amostra é cada vez mais reduzida para níveis cada vez mais elevados (crianças mais comprometidas do ponto de vista comunicativo). Ressalva-se a exceção de crianças no nível CFCS IV em idade pré-escolar, onde o *n* se apresenta robusto face aos restantes níveis.

Verifica-se uma predominância de casos de nível CFCS I e nível CFCS II, sendo o *n* proporcionalmente inverso ao nível CFCS, isto é, a amostra é cada vez mais reduzida para níveis cada vez mais elevados (crianças mais comprometidas do ponto de vista comunicativo). Esta distribuição é semelhante em ambos os grupos etários. Ressalva-se a exceção de crianças no nível CFCS IV em idade pré-escolar, onde o *n* se apresenta significativo face aos restantes níveis.

De modo a melhor caracterizar a amostra realizou-se uma análise qui-quadrado com significância de Monte Carlo onde se verificou que a distribuição da idade no grupo de crianças em idade pré-escolar difere significativamente entre os diferentes níveis CFCS ( $\chi^2(12) = 26.26$ ,  $p = .008$ ,  $V = .52$ ), com crianças mais velhas em níveis mais funcionais e crianças mais novas em níveis menos funcionais, à semelhança do estudo anterior.

Na amostra deste estudo, também a distribuição da idade difere significativamente (ainda que de modo quase marginal,  $\chi^2(16) = 25.63$ ,  $p = .046$ ,  $V = .30$ ) entre os diferentes níveis CFCS no grupo de crianças do 1.º CEB. Existe uma dominância de crianças do nível CFCS I até aos 8 anos, a partir dos 9 anos as crianças do nível II passam a prevalecer com um crescimento abrupto. As crianças do nível CFCS IV surgem aos 8 e 10 anos, enquanto do nível CFCS V surgem aos 7 e 8 anos.

Quanto às restantes variáveis coletadas para o estudo em causa, apresentamos de seguida a sua divisão respeitando os dois grupos em estudo: crianças em idade pré-escolar e crianças do 1.º CEB. Em cada um dos grupos serão determinadas as características sociodemográficas (facultadas pelos pais), bem como as características educacionais e da intervenção das crianças em estudo (facultadas pelos terapeutas da fala). Para uma melhor leitura e análise, os dados são apresentados de acordo com nível CFCS das crianças, à semelhança do realizado em outros estudos com o instrumento FOCUS (Cunningham, Hanna, et al., 2017; Cunningham et al., 2018). Para melhor compreender a distribuição de cada variável pelos vários níveis CFCS da amostra, reportam-se os resultados das análises de qui-quadrado com correção de Monte Carlo, sempre que se confirma alguma associação entre as variáveis.

#### 2.2.4.1. Caracterização Sociodemográfica do Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar.

Inicia-se a apresentação dos dados sociodemográficos do grupo de crianças em idade pré-escolar que participaram no estudo II (Tabela 17).

Há uma clara predominância de crianças do género masculino, verificada em todos os níveis CFCS. A notar algum equilíbrio no nível CFCS V, no entanto o mesmo também apresenta uma baixa representatividade ( $n = 4$ ).

**Tabela 17**

*Caracterização Sociodemográfica do Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar, de acordo com o Sistema de Classificação da Comunicação (CFCS)*

Características sociodemográficas	CFCS I		CFCS II		CFCS III		CFCS IV		CFCS V		Total	
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Género												
Feminino	14	40	8	34.8	4	26.7	5	25	2	50	33	34
Masculino	21	60	15	65.2	11	73.3	15	75	2	50	64	66
Representante Legal												
Mãe	33	94.3	18	78.3	12	80	19	95	4	100	86	11.3
Pai	2	5.7	5	21.7	3	20	1	5	0	0.0	11	88.7

*Nota.* CFCS = Sistema de Classificação da Comunicação, nível I, II, III, IV, V.

A mãe assume-se como principal representante legal nas crianças de todos os níveis CFCS. A percentagem mais elevada do pai como representante legal diz respeito às crianças dos níveis CFCS II e III CFCS (21.7% e 20%, respetivamente).

#### 2.2.4.2. Caracterização Educacional e da Intervenção do Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar.

Apresenta-se agora a caracterização educacional e da intervenção, referente ao grupo de crianças em idade pré-escolar (Tabela 18).

Verifica-se uma percentagem maior de crianças a frequentar a educação pré-escolar pública em todos os níveis, à exceção do nível CFCS V onde metade das crianças ( $n = 2$ ) frequenta o ensino privado.

Quanto às medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão, constata-se que a grande maioria das crianças (85.6%) não usufrui de nenhuma medida, verificando-se esta distribuição pelos cinco grupos. As crianças do nível CFCS I não usufruem de qualquer medida. Verifica-se que a partir do nível II aumenta a percentagem de crianças a usufruírem de medidas universais ou seletivas, com maior prevalência das últimas nos níveis CFCS IV e V. Não existem crianças a usufruírem de medidas adicionais.

**Tabela 18**

*Caracterização Educacional e da Intervenção do Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar, de Acordo com o Sistema de Classificação da Comunicação (CFCS)*

Características educacionais e da intervenção	CFCS I		CFCS II		CFCS III		CFCS IV		CFCS V		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Estabelecimento de ensino												
Público	22	62.9	15	65.2	10	66.7	13	65	1	25	61	62.9
Privado	7	20	4	17.4	2	13.3	1	5	2	50	16	16.5
IPSS	6	17.1	4	17.4	3	20	6	30	1	25	20	20.6
Medidas de suporte												
Nenhuma	35	100	20	87	10	66.7	16	80	2	50	83	85.6
Universais	0	0.0	1	4.3	3	20	1	5	1	25	6	6.2
Seletivas	0	0.0	1	8.7	2	13.3	3	15	1	25	8	8.2
Adicionais	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Formas de Comunicação												
Verbal	35	100	23	100	15	100	18	90	1	25	92	94.8
Não Verbal	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	10	3	75	5	5.2
Diagnóstico												
P. Comunicação	12	34.3	7	30.3	5	33.3	5	25	0	0.0	29	29.8
PL	1	2.9	3	13	2	13.3	5	25	0	0.0	11	11.3
PSF	11	31.4	4	17.3	3	20	0	0.0	0	0.0	18	18.5

Características educacionais e da intervenção	CFCS I		CFCS II		CFCS III		CFCS IV		CFCS V		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
PND (outras)	2	5.8	3	12.9	4	26.7	6	30	3	75	18	18.6
Sem diagnóstico	21	60	13	56.5	6	40	9	45	1	25	50	51.5
Tempo de intervenção em TF												
< 12 meses	18	51.4	16	69.6	7	46.7	15	75	1	25	57	58.8
12-24 meses	16	45.7	5	21.7	5	33.3	4	20	3	75	33	34
> 24 meses	1	2.9	2	8.7	3	20	1	5	0	0.0	7	7.2
Tempo entre aplicações FOCUS												
3 meses	2	5.7	1	4.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	3.1
4 meses	15	42.9	11	47.8	6	40	6	30	2	50	40	41.2
5 meses	15	42.9	9	39.1	7	46.7	12	60	1	25	44	45.4
6 meses	3	8.6	2	8.7	2	13.3	2	10	1	25	10	10.3
Duração do apoio em TF												
< 31 minutos	7	20	6	26.1	2	13.3	4	20	0	0.0	19	19.6
31-60 minutos	28	80	17	73.9	13	86.7	16	80	4	100	78	80.4
Frequência do apoio em TF												
Semanal	24	68.6	17	73.9	10	66.7	12	60	3	75	66	68
Bisemanal	11	31.4	6	26.1	5	33.3	8	40	1	25	31	32
Contexto do apoio TF												
Contexto clínico	11	31.4	12	52.2	11	73.3	13	65	3	75	50	51.5
Contexto escolar	22	62.9	9	39.1	3	20	6	30	0	0.0	40	41.2
Domicílio	2	5.7	0	0.0	1	6.7	1	5	1	25	5	5.2
Comunidade	0	0.0	2	8.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	2.1
Objetivos de intervenção												
Comunicação	0	0.0	1	4.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.0
Linguagem	3	8.6	2	8.7	1	6.7	0	0.0	0	0.0	6	6.2
Fala	14	40	5	21.7	1	6.7	1	5.0	0	0.0	21	21.6
F/C	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
F/L	13	37.1	11	47.8	6	40	6	30	2	50	38	39.2
C/L	1	2.9	1	4.3	3	20	5	25	0	0.0	10	10.3
F/L/C	4	11.4	3	13	4	26.7	8	40	2	50	21	21.6
Modalidade pandemia												
Sem intervenção	15	42.9	11	47.8	9	60	9	45	2	50	46	47.4
Coaching	4	11.4	8	34.8	3	20	8	40	0	0.0	20	20.6
Teleprática	16	51.6	4	17.4	3	20	8	40	0	0.0	31	32

Nota. CFCS = Sistema de Classificação da Comunicação, nível I, II, III, IV, V; P. = perturbações; PL = perturbação da linguagem; PSF = perturbação dos sons da fala; PND = perturbações do neurodesenvolvimento (outras.); SD = sem diagnóstico; TF = terapia da fala; F= fala, L = linguagem; C = comunicação.

A grande maioria das crianças (94.8%) comunica de forma privilegiada com recurso a formas verbais, nomeadamente linguagem oral - fala. Apenas 5.2% das crianças recorrem a meios alternativos

de comunicação, estando estas distribuídas pelo nível CFCS IV (10% das crianças deste nível) e pelo nível CFCS V (90% das crianças deste nível).

No que respeita ao diagnóstico, verifica-se que, de forma global, parte considerável das crianças da amostra não apresenta diagnóstico definido (51.5%). Esta tendência verifica-se nas crianças de todos os níveis, exceto no nível CFCS V, onde o diagnóstico dominante nas crianças são as outras perturbações do neurodesenvolvimento (75%). De seguida encontram-se as crianças com PC (29.8%), com predomínio da perturbação dos sons da fala nas crianças do nível CFCS I (31.4%) e nível CFCS II (17.3%). A PL prevalece nas crianças do nível CFCS IV e no nível CFCS V não existem crianças com PC. As PND distribuem-se pela maioria das crianças dos níveis CFCS III, IV e V. Havendo necessidade de compreender a relação entre diagnóstico e os níveis CFCS, foi realizada a análise de qui-quadrado que confirmou esta associação ( $\chi^2 (12) = 27.68, p = .006, V = .31$ ): crianças com PC (PSF sobretudo) e sem diagnóstico estão fortemente presentes nos níveis iniciais (I e II CFCS) enquanto crianças com PND se situam nos níveis CFCS III, IV e V.

Quanto ao tempo de intervenção em terapia da fala, a maioria das crianças teve intervenção até 12 meses, verificando-se esta distribuição por todos os níveis exceto o nível CFCS V, onde predominam intervenções até 24 meses. Crianças com intervenções superiores a 24 meses distribuem-se de forma residual pelos vários níveis, à exceção do nível CFCS III (20%).

No tempo entre aplicações FOCUS verifica-se uma prevalência do período de 4 e 5 meses, em crianças de todos os níveis CFCS. Percentagens menores de crianças tiveram um tempo entre aplicações de 3 ou 6 meses.

Quanto à duração do apoio, verifica-se um domínio das sessões entre 31 e 60 minutos para as crianças de todos os níveis CFCS. O mesmo acontece com a frequência do apoio, com a maioria das crianças dos vários níveis a usufruir de apoio semanal (68%). Quanto ao contexto, verifica-se um domínio do contexto clínico em todos os níveis, exceto no nível CFCS I onde domina a intervenção em contexto escolar, que neste caso se reporta à intervenção isolada (*pullout*). Outro tipo de intervenções em contexto escolar (ex. em sala de aula, recreio) não foram reportadas. São encontradas percentagens residuais de crianças com intervenções em contexto de domicílio e de comunidade. Corroborando, a análise de qui-quadrado ( $\chi^2 (12) = 23.92, p = .021, V = .29$ ) indica uma dominância de crianças de nível I em intervenção em contexto escolar em comparação com os restantes níveis, enquanto em contexto clínico a distribuição é mais uniforme entre diferentes níveis CFCS, com maior percentagem de crianças de níveis CFCS menos funcionais (II, IV, V).

Quanto aos objetivos de intervenção verifica-se que a maior percentagem de crianças (níveis CFCS II, III, V) usufruiu de intervenções com objetivos de fala/linguagem, seguidos de intervenções com objetivos de fala (domínio no nível CFCS I) e de objetivos das três áreas em simultâneo (fala/comunicação/linguagem) (domínio nas crianças de níveis CFCS IV e V).

Na sequência do contexto pandémico, verifica-se que prevaleceu a ausência de intervenção para crianças em todos os níveis CFCS (47.4%), exceto nas crianças do nível CFCS I onde prevaleceu a teleprática (com a mesma frequência da intervenção presencial, 51.6%). Algumas crianças, sobretudo dos níveis CFCS II (34.8%) e IV (40%) usufruíram de *coaching* parental.

### 2.2.4.3. Caracterização Sociodemográfica do Grupo de Crianças do 1.º CEB.

Apresenta-se de seguida a caracterização sociodemográfica do grupo de crianças do 1.º CEB (Tabela 19).

Há uma predominância de crianças do género masculino nos níveis CFCS I, IV e V. No nível CFCS III o género feminino assume uma clara maioria (75%). Ainda assim, nos dois primeiros níveis em estudo verifica-se uma distribuição equilibrada dos géneros.

**Tabela 19**

*Caracterização Sociodemográfica do Grupo de Crianças do 1.º CEB, de Acordo com o Sistema de Classificação da Comunicação (CFCS)*

Características sociodemográficas	CFCS I		CFCS II		CFCS III		CFCS IV		CFCS V		Total	
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>Género</b>												
Feminino	12	36.4	12	50	6	75	0	0.0	0	0.0	30	42.3
Masculino	21	63.6	12	50	2	25	3	100	3	100	41	57.7
<b>Representante Legal</b>												
Mãe	29	87.9	21	87.5	7	87.5	3	100	3	100	63	88.7
Pai	4	12.1	2	8.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	8.5
Representante CAT	0	0.0	1	4.2	1	12.5	0	0.0	0	0.0	2	2.8

*Nota.* CFCS = Sistema de Classificação da Comunicação, nível I, II, III, IV, V; CAT = centro de acolhimento temporário.

A mãe assume-se como principal representante legal nas crianças de todos os níveis CFCS. A percentagem mais elevada do pai como representante legal diz respeito às crianças do primeiro e segundo nível CFCS (12.1% e 8.3%, respetivamente). Existe uma percentagem residual de crianças (2.8%) que têm o representante de CAT como representante legal.

#### 2.2.4.4. Caracterização Educacional e da Intervenção do Grupo de Crianças do 1.º CEB.

Apresenta-se agora a caracterização educacional e da intervenção, referente ao grupo de crianças do 1.º CEB (Tabela 20).

Verifica-se uma percentagem dominante de crianças a frequentar o ensino público (95.8%), confirmando-se essa distribuição nos cinco grupos.

Quanto às medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão usufruídas, as crianças distribuem-se essencialmente pelas medidas seletivas (46.5%) nos cinco níveis CFCS; ausência de medidas (23.9%) com destaque para o nível CFCS I; e medidas universais (22.5%) com predomínio nas crianças do nível CFCS I e do nível CFCS II. As medidas adicionais (apenas 7%) distribuem-se pelas crianças dos níveis CFCS II, III e IV.

**Tabela 20**

*Caracterização Educacional e da Intervenção do Grupo de Crianças do 1.º CEB, de Acordo com o Sistema de Classificação da Comunicação (CFCS)*

Características educacionais e de intervenção	CFCS I		CFCS II		CFCS III		CFCS IV		CFCS V		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Estabelecimento de ensino												
Público	33	100	21	87.5	8	100	3	100	3	100	68	95.8
Privado	0	0.0	2	8.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	2.8
IPSS	0	0.0	1	4.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.4
Medidas de suporte												
Nenhuma	13	39.4	3	12.5	1	12.5	0	0.0	0	0.0	17	23.9
Universais	9	27.3	5	20.8	1	12.5	0	0.0	1	33.3	16	22.5
Seletivas	11	33.3	14	58.3	4	50	2	66.7	2	66.7	33	46.5
Adicionais	0	0.0	2	8.3	2	25	1	33.3	0	0.0	5	7
Formas de Comunicação												
Verbal	33	100	24	100	7	87.5	2	66.7	3	100	69	97.2
Não Verbal	0	0.0	0	0.0	1	12.5	1	33.3	0	0.0	2	2.8
Diagnóstico												
P. Comunicação	7	21.2	8	33.3	2	25	0	0.0	0	0.0	17	23.9
PL	4	12.1	8	33.3	1	12.5	0	0.0	0	0.0	13	18.3
PSF	3	9.1	0	0.0	1	12.5	0	0.0	0	0.0	4	5.6
PND (outras)	3	9.1	12	49.9	5	62.5	3	100	3	100	34	47.9
Sem diagnóstico	15	45.5	4	16.7	1	12.5	0	0.0	0	0.0	20	28.2
Tempo de intervenção em TF												
< 12 meses	18	54.5	5	20.8	3	37.5	0	0.0	0	0.0	26	36.6
12-24 meses	10	30.3	2	8.3	0	0.0	1	33.3	0	0.0	13	18.3
> 24 meses	5	15.2	17	70.8	5	62.5	2	66.7	3	100	32	45.1

Características educacionais e de intervenção	CFCS I		CFCS II		CFCS III		CFCS IV		CFCS V		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Tempo entre aplicações FOCUS												
3 meses	2	6.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	2.8
4 meses	21	63.6	10	41.7	3	37.5	0	0.0	0	0.0	34	47.9
5 meses	6	18.2	13	54.2	4	50	2	66.7	2	66.7	27	38
6 meses	4	12.1	1	4.2	1	12.5	1	33.3	1	33.3	8	11.3
Duração do apoio em TF												
< 31 minutos	1	3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.4
31–60 minutos	32	97	22	91.7	7	87.5	3	100	3	100	67	94.4
> 60 minutos	0	0.0	2	8.3	1	12.5	0	0.0	0	0.0	3	4.2
Frequência do apoio em TF												
Semanal	20	60.6	18	75	6	75	2	66.7	2	66.7	48	67.6
Bisemanal	12	36.4	6	25	2	25	1	33.3	1	33.3	22	31
Outro	1	3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.4
Contexto do apoio TF												
Contexto clínico	9	27.3	7	29.2	2	25	0	0.0	2	66.7	20	28.2
Contexto escolar	17	51.5	17	70.8	6	75	3	100	1	33.3	44	62
Domicílio	6	18.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	8.5
Comunidade	1	3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.4
Objetivos de intervenção												
Comunicação	1	3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	33.3	2	2.8
Linguagem	9	27.3	5	20.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	14	19.7
Fala	5	15.2	2	8.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	9.9
F/C	0	0.0	1	4.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.4
F/L	16	48.5	12	50	3	37.5	0	0.0	1	33.3	32	45.1
C/L	2	6.1	0	0.0	2	25	0	0.0	0	0.0	4	5.6
F/L/C	0	0.0	4	16.7	3	37.5	3	100	1	33.3	11	15.5
Modalidade pandemia												
Sem intervenção	5	15.2	4	16.7	3	37.5	0	0.0	1	33.3	13	18.3
<i>Coaching</i>	7	21.2	2	8.3	1	12.5	0	0.0	1	33.3	11	15.5
Teleprática	21	63.6	18	75	4	50	3	100	1	33.3	47	66.2

*Nota.* CFCS = Sistema de Classificação da Comunicação, nível I, II, III, IV, V; P. = perturbações; PL = perturbação da linguagem; PSF = perturbação dos sons da fala; PND = perturbação do neurodesenvolvimento (outras.); SD = sem diagnóstico; TF = terapia da fala; F = fala, L = linguagem; C = comunicação.

A grande maioria das crianças comunica de forma privilegiada com recurso a formas verbais, nomeadamente linguagem oral - fala. Apenas 2.8% das crianças recorre a meios alternativos de comunicação, sendo que estas se distribuem pelos níveis CFCS II, III e IV.

No que respeita ao diagnóstico, verifica-se que o diagnóstico dominante nas crianças deste grupo etário é o das PND (47.9%), sendo que estas crianças representam a maioria dos níveis CFCS II e III e a totalidade nos níveis CFCS IV e V. As crianças sem diagnóstico atribuído apresentam-se de seguida



(28.2%), prevalecendo no grupo de crianças de nível CFCS I. Por último apresentam-se as crianças com PC, nomeadamente crianças com PL (18.3%) distribuídas pelos três primeiros níveis CFCS e crianças com PSF (5.6%) que se distribuem essencialmente pelo nível CFCS I.

Quanto ao tempo de intervenção em terapia da fala, as maiores percentagens situam-se para intervenções superiores 24 meses (45.1%), verificando-se esta distribuição dominante pelas crianças dos níveis CFCS II, III, IV e V. As intervenções com duração máxima de 12 meses (36.6%) dominam o grupo de crianças de nível CFCS I. A análise de qui-quadrado confirma esta distribuição ( $\chi^2(8) = 25.96$ ,  $p = .001$ ,  $V = .43$ ), indicando uma dominância de crianças do nível CFCS I e uma quase ausência de crianças de níveis CFCS menos funcionais (IV e V) em intervenções de menor duração (até 24 meses). Intervenções prolongadas, com mais de 24 meses, são verificadas para as crianças dos cinco níveis CFCS, com menor número nas crianças do nível CFCS I. Em suma, quanto maior a duração da intervenção, maior prevalência de crianças de níveis CFCS de menor funcionalidade.

No tempo entre aplicações FOCUS verifica-se uma prevalência dos intervalos de 4 e 5 meses entre aplicações, para as crianças de todos os níveis. Percentagens menores de crianças tiveram um tempo entre aplicações de 3 ou 6 meses.

Quanto à duração do apoio, verifica-se um domínio das sessões entre 31 e 60 minutos para as crianças de todos os níveis (94.4%). O mesmo acontece com a frequência do apoio, com a maioria das crianças dos vários níveis a usufruir de apoio semanal (67.6%). Quanto ao contexto, verifica-se um domínio do contexto escolar (intervenção isolada, 62%) que se distribui em todos os níveis exceto no nível CFCS V onde domina a intervenção em contexto clínico. São encontradas percentagens residuais em contexto de domicílio e de comunidade, representantes de crianças de nível CFCS I.

Quanto aos objetivos de intervenção verifica-se que a maior percentagem de crianças (níveis CFCS I, II, III, V) usufruiu de intervenções com objetivos de fala/linguagem (45.1%), seguidos de intervenções com objetivos de linguagem (19.7%, distribuídos por crianças dos níveis CFCS I e II) e intervenções com objetivos na fala/linguagem/comunicação (15.5% distribuídos por crianças dos níveis CFCS II ao V). Os objetivos de fala situam-se sobretudo nas crianças de nível CFCS I.

Na sequência do contexto pandémico, verifica-se que prevaleceu a intervenção através da teleprática (com a mesma frequência da intervenção presencial, 66.2%), que se verifica na maioria das crianças cinco níveis CFCS. As crianças que ficaram sem intervenção (18.3%) distribuem-se por todos os níveis CFCS, com maior incidência no nível CFCS III. O *coaching* (15.5%) foi aplicado a crianças dos níveis CFCS I e V. As crianças em teleprática mantiveram maioritariamente a frequência de intervenção.

### **2.2.5. Procedimentos de Recolha de Dados**

Os procedimentos de recolha de dados foram realizados em simultâneo com o estudo I.

Preenchida a primeira aplicação do instrumento FOCUS-34 Portugal (entre janeiro e março de 2020), 3 a 6 meses depois o terapeuta da fala solicitou ao representante legal o preenchimento de uma segunda aplicação do mesmo instrumento, tendo em conta o estado da criança naquela altura, possibilitando a obtenção de dados sobre o efeito da intervenção na participação comunicativa. Ambas as aplicações tinham de ser preenchidas pela mesma pessoa para garantir a estabilidade dos resultados, uma vez que a fiabilidade inter-observadores não foi alvo de estudo na nossa investigação. Neste estudo a taxa de retorno foi inferior à do estudo I (16.8%).

Para efeitos de correspondência entre a primeira e segunda aplicação do FOCUS-34 Portugal e o questionário de caracterização sociodemográfica, educacional e de intervenção houve um conjunto de questões que foi repetido nos vários instrumentos: iniciais da criança, data de nascimento, e localização geográfica, garantindo-se dessa forma a codificação dos dados.

Conforme se constata, apesar de o preenchimento de ambas as aplicações do FOCUS-34 Portugal se ter realizado fora do período de confinamento, o tempo de intervenção entre aplicações foi maioritariamente coincidente com o período do primeiro confinamento (15 de março a 15 de maio de 2020) e respetivas medidas de contingência no âmbito da pandemia por COVID-19, afetando todo o desenho de estudo. Tal afetou não só a taxa de retorno dos instrumentos conforme detalhado no estudo I, como também as características da intervenção prestada nesse período, condicionando desde logo as variáveis independentes a analisar e obrigando à adaptação de questionário anteriormente referida. Por esta adaptação se ter realizado à posteriori do início do estudo, recolher estas informações foi um desafio, tendo-se contactado os terapeutas da fala telefonicamente ou via email.

### **2.3. Considerações Éticas Para o Estudo I e Estudo II**

Este estudo alicerça-se nos princípios éticos de equidade e de responsabilidade pessoal e profissional, tendo sido aprovado pelo Conselho Científico do Instituto de Educação da Universidade do Minho (n.º CE.CSH 097/2018) (Anexo G) e do Gabinete de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar da Direção Geral de Educação (n.º 0609500001) (Anexo H). Foi implementado por fundos próprios da investigadora, estando isento de qualquer bolsa de investigação.

Nos diversos consentimentos informados elaborados foi apresentada a compreensão clara do estudo e seus objetivos, a ausência de riscos para o participante e/ ou instituição, bem como os seus direitos. Foram garantidos o anonimato, a proteção de dados e o reconhecimento do direito ao abandono

do estudo, sem prejuízo assistencial ou outro em todas as fases. A confidencialidade das respostas foi garantida, tal como estabelecido pelo Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) - UE n.º 2016/794 (<https://www.uminho.pt/PT/uminho/protecao-de-dados/>).

Por forma a garantir a participação, foram executadas as seguintes ações: (a) demonstrar consideração; (b) oferecer uma recompensa, neste caso, um certificado de colaboração a todos os profissionais, reconhecido pela Universidade do Minho, e o direito à disponibilização dos resultados finais do estudo em documento próprio e publicações científicas a todos os participantes no estudo que demonstrem interesse; (c) eliminar qualquer custo financeiro imediato na resposta; (d) explicar os benefícios para a instituição e para quem nela se insere; (e) garantir sempre a confidencialidade e anonimato.

### CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

No presente capítulo serão apresentados os resultados decorrentes dos dois estudos empíricos desenvolvidos nesta investigação, os quais permitirão responder às questões de investigação e objetivos anteriormente definidos.

Num primeiro momento do estudo I, apresentamos os resultados referentes à análise das qualidades psicométricas do instrumento FOCUS-34 Portugal: validade de construto (estrutural) e consistência interna dos itens. Num segundo e último momento deste estudo, apresentam-se as análises diferenciais entre grupos em função das variáveis em estudo, para as crianças em idade pré-escolar e para as crianças do 1.º CEB.

No estudo II, numa primeira etapa replicam-se alguns dos procedimentos realizados no estudo I para a segunda aplicação do FOCUS-34 Portugal: análise de qualidades psicométricas e análises diferenciais entre os grupos formados pelas variáveis em estudo. Num segundo momento, e com vista ao principal objetivo do estudo II acerca da responsividade do instrumento como medida de resultado, são reportados resultados referentes à pontuação diferencial obtida entre as duas aplicações – FOCUS-34 Portugal- Mudança – quer ao nível da consistência interna, quer a nível de análises diferenciais entre os grupos formados pelas variáveis em estudo para verificação de mudanças na participação comunicativa das crianças com PC após um período de intervenção.

Para tratamento dos dados recolhidos, procedeu-se à análise estatística dos resultados obtidos, com recurso a modelos da estatística descritiva, inferencial e correlacional, introduzindo e analisando todas as variáveis no Software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 28. Estas análises centram-se na dimensionalidade do instrumento (análise fatorial exploratória), na consistência interna dos itens do instrumento, na precisão e validade dos resultados e no estudo da relação e diferenciação dos resultados do instrumento FOCUS-34 Portugal, segundo as variáveis independentes identificadas (testes de hipóteses entre grupos).

Pelo facto de o instrumento FOCUS-34 Portugal apresentar uma escala de *Likert* com mais de cinco classificadores ordinais que distam de igual forma uns dos outros, trataram-se as variáveis como quantitativas, através de estatística paramétrica (Laureano, 2013). Considerou-se a probabilidade de erro tipo I de 0.05 em todas as análises inferenciais.

Adicionalmente, na estatística inferencial, foram também calculados os tamanhos do efeito, seguindo as diretrizes da APA (2020), uma vez que a análise do nível de significância pode não ser suficiente para análise das diferenças significativas (Espírito Santo & Daniel, 2015, 2018; Marôco, 2018).

Recorreu-se à estatística de Cohen ( $d$ ) para testes  $t$  de *student* para amostras emparelhadas ou independentes ( $d > 1$ , tamanho do efeito muito elevado;  $0.50 < d < 1$ , tamanho do efeito elevado;  $0.20 < d < 0.50$ , tamanho do efeito médio;  $d < 0.20$ , tamanho do efeito pequeno). Quanto ao coeficiente eta quadrado ( $\eta^2$ ) ou eta quadrado parcial ( $\eta^2_p$ ) calculado nos testes de análise de variância (ANOVA), considera-se a seguinte classificação para o tamanho do efeito ( $> .50$ , muito elevado;  $.25 < \eta^2 < .50$ , elevado;  $.05 < \eta^2 < .25$ , médio;  $< .05$ , pequeno) (Marôco, 2018).

Em suma, os resultados seguidamente apresentados compreendem os objetivos estabelecidos para este estudo, testando as questões de investigação delineadas para o mesmo. Por conseguinte, encontrando-se preenchidos todos os critérios supramencionados, poderemos dar resposta à finalidade deste estudo: construir, adaptar e validar o instrumento FOCUS-34 Portugal, numa vertente descritiva (uma aplicação) e numa vertente responsiva à mudança (duas aplicações), considerando crianças em idade pré-escolar e 1.º CEB.

### 3.1. Estudo I - Tradução, Adaptação e Validação do Instrumento FOCUS-34 Portugal

No estudo I serão apresentados os resultados obtidos com a aplicação do instrumento FOCUS-34 Portugal a uma amostra de crianças portuguesas, seguindo as orientações metodológicas relativamente à validação e aferição de instrumentos de avaliação (Almeida & Freire, 2017). Como tal, estes resultados baseiam-se na análise dos 34 itens deste instrumento, distribuídos por duas partes, sendo os mesmos organizados e apresentados em dois momentos.

Num primeiro momento deste estudo, apresentamos os resultados referentes à análise das qualidades psicométricas do instrumento FOCUS-34 Portugal que permitirão verificar a sua validade e fiabilidade, por serem considerados como dois critérios imprescindíveis para a aferição de um instrumento de avaliação (Bornam & Louw, 2021). Neste âmbito, pretendemos analisar a validade estrutural através da análise fatorial exploratória, assim como a fiabilidade através da análise da consistência interna do instrumento FOCUS-34 Portugal.

Num segundo momento deste estudo, pretendemos analisar as diferenças ao nível do género, idade e habilitações académicas dos pais na participação comunicativa das crianças em estudo, através da análise da pontuação obtida nas partes e no total do FOCUS-34 Portugal, bem como segundo variáveis pessoais e ambientais, como o diagnóstico da criança, o seu nível CFCS e medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão que usufrui. Estas análises são realizadas para cada grupo de estudo (crianças da educação pré-escolar e crianças do 1.º ciclo do ensino básico), em consonância com o já exposto no capítulo anterior.

### 3.1.1. Análise Fatorial do FOCUS-34 Portugal

Na Tabela 21 apresentamos a distribuição dos resultados obtidos no instrumento ( $N = 206$ ) considerando os valores absolutos de assimetria ( $sk$ ) e curtose ( $ku$ ) para cada item.

**Tabela 21**

*Valores de Assimetria e Curtose Para os Itens do FOCUS*

FOCUS-34 Portugal	Assimetria	Curtose
Parte 1	.337	.066
1. A criança está confortável quando comunica.	-.797	.194
2. A criança fala enquanto brinca.	-1.304	1.402
3. A criança está disposta para falar com outras pessoas.	-.653	-.238
4. A criança é confiante quando comunica com adultos que não a conhecem bem.	-.065	-.382
5. A criança comunica de forma independente.	-.324	-.662
6. A criança fala muito.	-.912	.008
7. A criança junta palavras.	-1.080	.250
8. A criança comunica de forma independente com outras crianças.	-1.080	.357
9. O discurso da criança é claro.	-.376	-.553
10. A criança é compreendida na primeira vez que fala com outras crianças.	-.397	-.530
11. A criança fala com frases completas.	-.577	-.576
12. A criança recorre à comunicação para resolver problemas.	-.563	-.418
13. A criança espera a sua vez para comunicar.	-.215	-.768
14. A criança transmite as suas ideias por palavras.	-.483	-.690
15. A criança usa a gramática corretamente quando fala.	-.114	-.548
16. A criança usa novas palavras.	-.364	-.257
17. A criança usa palavras para pedir coisas.	-1.310	1.208
18. A criança é compreendida na primeira vez que fala com adultos que não a conhecem bem.	-.172	-.564
19. A criança reconta eventos passados a adultos que não a conhecem bem.	-.048	-.968
20. A criança usa linguagem para comunicar novas ideias.	-.687	-.443
21. A criança comunica de forma independente com adultos que não a conhecem bem.	-.100	-.840
22. A criança fala com outra criança sobre o que está a fazer no momento.	-.812	-.146
23. A criança concentra-se na tarefa que está a fazer.	-.265	-.049
Parte 2	-.819	-.406
1. A criança comunica de forma eficaz com adultos próximos.	-.775	-.444
2. A criança é incluída em jogos/ brincadeiras pelas outras crianças.	-.874	-.470
3. A criança tenta levar a cabo uma conversa com adultos que não a conhecem bem.	-.284	-1.046
4. A criança participa em atividades de grupo.	-.678	-.781
5. A criança conta histórias com sentido.	-.593	-.833
6. A criança responde a questões.	-.988	.032
7. A criança pede coisas a outras crianças.	-1.140	.151
8. A criança comunica de forma eficaz com outras crianças.	-.796	-.493
9. A criança comunica de forma eficaz com adultos que não a conhecem bem.	-.318	-.944
10. A criança é compreendida pelas outras crianças.	-.657	-.666
11. A criança junta-se a conversas com os seus pares.	-.821	-.596
Total	-.799	.337

Tal como demonstrado na Tabela 21, nenhum item, parte ou total do instrumento, apresenta graves desvios na sua distribuição, uma vez que os valores de assimetria e curtose são inferiores, respetivamente, a três e a sete (Kline, 1998 citado por Marôco, 2018), assumindo-se a distribuição normal.

Dessa forma, procedemos a uma análise fatorial exploratória (AFE) em componentes principais com retenção de um fator (método de extração: análise de componente principal), à semelhança do procedimento realizado pelos autores originais o instrumento (Thomas-Stonell et al., 2010), considerando a existência de um construto único – a participação comunicativa. Para avaliar a validade da AFE utilizou-se o critério Kaiser Meyer Olkin (KMO) com os critérios de classificação definidos em Marôco (2018). Tendo-se observado um KMO excelente (0.96), procedeu-se à AFE.

Na Tabela 22, estão indicados os índices de saturação das partes num fator isolado, sendo indicado o seu valor próprio (*eigenvalue*) e a percentagem de variância explicada.

Os resultados desta análise fatorial permitem-nos observar que a existência de um fator explica 61.32% da variância do instrumento. Todos os itens apresentam um peso fatorial superior a .5 e um índice de comunalidade superior a .4 o que é considerado adequado segundo Marôco (2018), à exceção do item 23 “A criança concentra-se na tarefa que está a fazer.”, com valor de 0.294.

**Tabela 22**

*Análise Fatorial Exploratória dos Resultados com Extração de Fatores pelo Método das Componentes Principais (N =206)*

	FOCUS-34 Portugal	
	1	Comunalidade h <sup>2</sup>
Parte 1: nível de frequência		
1. A criança está confortável quando comunica.	.736	.541
2. A criança fala enquanto brinca.	.689	.475
3. A criança está disposta para falar com outras pessoas.	.739	.546
4. A criança é confiante quando comunica com adultos que não a conhecem bem.	.640	.410
5. A criança comunica de forma independente.	.778	.605
6. A criança fala muito.	.762	.581
7. A criança junta palavras.	.702	.492
8. A criança comunica de forma independente com outras crianças.	.856	.732
9. O discurso da criança é claro.	.819	.671
10. A criança é compreendida na primeira vez que fala com outras crianças.	.851	.724
11. A criança fala com frases completas.	.851	.724
12. A criança recorre à comunicação para resolver problemas.	.800	.640
13. A criança espera a sua vez para comunicar.	.702	.493
14. A criança transmite as suas ideias por palavras.	.853	.727

FOCUS-34 Portugal	Comunalidade	
	1	h <sup>2</sup>
15. A criança usa a gramática corretamente quando fala.	.807	.652
16. A criança usa novas palavras.	.740	.547
17. A criança usa palavras para pedir coisas.	.715	.511
18. A criança é compreendida na primeira vez que fala com adultos que não a conhecem bem.	.793	.628
19. A criança reconta eventos passados a adultos que não a conhecem bem.	.765	.585
20. A criança usa linguagem para comunicar novas ideias.	.861	.742
21. A criança comunica de forma independente com adultos que não a conhecem bem.	.767	.588
22. A criança fala com outra criança sobre o que está a fazer no momento.	.861	.741
23. A criança concentra-se na tarefa que está a fazer.	.542	.294
Parte 2: nível de ajuda		
1. A criança comunica de forma eficaz com adultos próximos.	.763	.583
2. A criança é incluída em jogos/ brincadeiras pelas outras crianças.	.780	.609
3. A criança tenta levar a cabo uma conversa com adultos que não a conhecem bem.	.787	.620
4. A criança participa em atividades de grupo.	.782	.612
5. A criança conta histórias com sentido.	.871	.758
6. A criança responde a questões.	.826	.683
7. A criança pede coisas a outras crianças.	.730	.534
8. A criança comunica de forma eficaz com outras crianças.	.836	.700
9. A criança comunica de forma eficaz com adultos que não a conhecem bem.	.778	.606
10. A criança é compreendida pelas outras crianças.	.855	.732
11. A criança junta-se a conversas com os seus pares.	.875	.766
Valor próprio	20.85	
% de Variância	61.32	

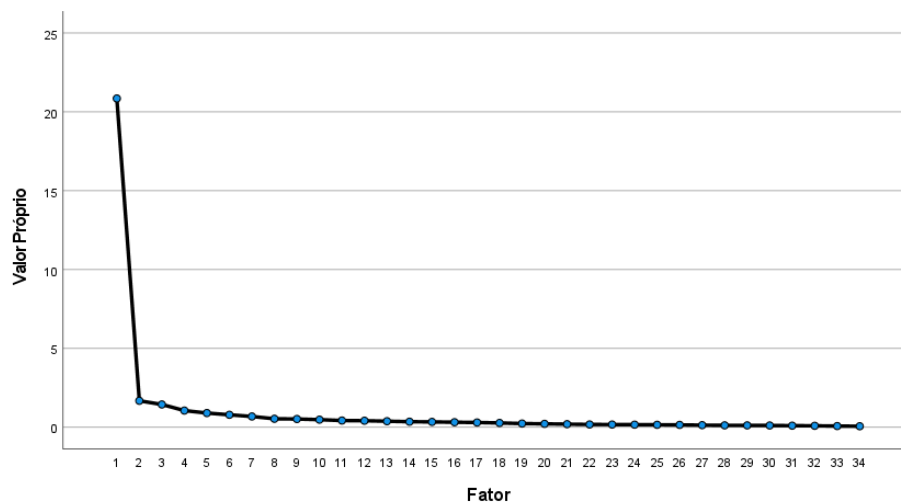
Apreciando o valor da variância explicada (61.32%), o *eigenvalue* superior a 1 (20.85) e o ponto de flexão da curva do gráfico *screeplot* no 2º fator (Figura 3), considera-se sensato decidir a favor desta solução de um fator, uma vez que segundo Marôco (2018) a utilização de um único critério pode levar à retenção de mais/ menos fatores do que aqueles relevantes para descrever a estrutura latente. Corrobora-se desta forma os autores do instrumento original, defendendo o construto único que mede o instrumento – participação comunicativa.

Acresce-se ainda que analisando os coeficientes de correlação Pearson entre todos os itens (variáveis) observam-se correlações fortes e significativas entre todos eles ( $p = 0$  em todas as variáveis).



Figura 3

Screeplot da Análise Fatorial Exploratória ao FOCUS-34.



O teste de esfericidade de Bartlett apresenta um  $p = 0$ , concluindo que todos os itens estão correlacionados significativamente (Marôco, 2018).

### 3.1.2. Consistência Interna e Análise Correlacional do FOCUS-34 Portugal

A avaliação da consistência interna dos itens foi realizada através da análise do alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) para a amostra total em estudo ( $N = 206$ ). Os valores do alfa de Cronbach para cada parte e para o total do FOCUS-34 Portugal foram, respetivamente: .97, parte 1; .96, parte 2; .98, total, assemelhando-se este último valor ao obtido por Oddson et al. (2019) na versão original do FOCUS-34 ( $\alpha = .98$ )

Os valores de referência a considerar na análise da consistência interna dos itens foram baseados na lista elaborada por Field (2013) que atribui a seguinte classificação para cada valor de  $\alpha$ : excelente ( $\alpha > .90$ ), bom ( $\alpha > .80$ ), aceitável ( $\alpha > .70$ ), questionável ( $\alpha > .60$ ), fraco ( $\alpha > .50$ ) e inaceitável ( $\alpha < .50$ ). Conclui-se que os valores de alfa de Cronbach traduzem uma excelente consistência interna ( $\alpha > .90$ ), o que reflete uma elevada homogeneidade dos itens e a grande consistência com que medem o mesmo construto teórico, isto é, a participação comunicativa.

Dada a diversidade de itens do instrumento FOCUS-34 Portugal, optou-se pela apresentação dos resultados pela análise da consistência interna dos itens de cada parte do instrumento.

Na Tabela 23 apresenta-se a análise da consistência interna de cada parte do instrumento, reportando os resultados item a item e considerando a média das respostas a cada item, os valores mínimos e máximos, a correlação do item com o total da parte ( $r_{ITC}$ ) e o valor do alfa de Cronbach se o item for retirado ( $\alpha$ ).

Tabela 23

Média das Pontuações dos Itens e Análise da Consistência Interna dos Itens das Partes do FOCUS-34 Portugal – Parte 1

FOCUS-34 Portugal		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>r</i> ITC	$\alpha$
Parte 1							
1.	A criança está confortável quando comunica.	5.34	1.42	1	7	.71	.97
2.	A criança fala enquanto brinca.	5.64	1.50	1	7	.68	.97
3.	A criança está disposta para falar com outras pessoas.	5.06	1.54	1	7	.72	.97
4.	A criança é confiante quando comunica com adultos que não a conhecem bem.	4.07	1.51	1	7	.63	.97
5.	A criança comunica de forma independente.	4.45	1.73	1	7	.76	.97
6.	A criança fala muito.	5.15	1.74	1	7	.73	.97
7.	A criança junta palavras.	5.36	1.76	1	7	.70	.97
8.	A criança comunica de forma independente com outras crianças.	5.43	1.71	1	7	.83	.97
9.	O discurso da criança é claro.	4.40	1.63	1	7	.80	.97
10.	A criança é compreendida na primeira vez que fala com outras crianças.	4.59	1.71	1	7	.83	.97
11.	A criança fala com frases completas.	4.73	1.81	1	7	.84	.97
12.	A criança recorre à comunicação para resolver problemas.	4.86	1.65	1	7	.80	.97
13.	A criança espera a sua vez para comunicar.	4.34	1.67	1	7	.69	.97
14.	A criança transmite as suas ideias por palavras.	4.85	1.71	1	7	.85	.97
15.	A criança usa a gramática corretamente quando fala.	3.80	1.60	1	7	.81	.97
16.	A criança usa novas palavras.	4.56	1.52	1	7	.75	.97
17.	A criança usa palavras para pedir coisas.	5.70	1.55	1	7	.72	.97
18.	A criança é compreendida na primeira vez que fala com adultos que não a conhecem bem.	4.17	1.61	1	7	.79	.97
19.	A criança reconta eventos passados a adultos que não a conhecem bem.	3.74	1.78	1	7	.75	.97
20.	A criança usa linguagem para comunicar novas ideias.	4.83	1.76	1	7	.85	.97
21.	A criança comunica de forma independente com adultos que não a conhecem bem.	3.93	1.73	1	7	.76	.97
22.	A criança fala com outra criança sobre o que está a fazer no momento.	4.98	1.75	1	7	.83	.97
23.	A criança concentra-se na tarefa que está a fazer.	4.52	1.42	1	7	.52	.97

Nota. *r*ITC = Correlação do item com o total da parte;  $\alpha$  = Alfa de Cronbach se o item for retirado.

A consistência interna dos itens da parte 1 do FOCUS-34 Portugal, analisando cada um dos itens de forma separada, permitiu concluir que, para a parte considerada, todos os itens apresentam um adequado coeficiente de correlação corrigido entre o item e o total da parte ( $r$ ITC > .50, Hair et al., 2014). Destaca-se o último item (“A criança concentra-se na tarefa que está a fazer.”) como o item que

apresentou um coeficiente mais baixo de correlação corrigido entre o item e o total da parte (.52), ainda assim acima do aceitável ( $> .20$ , segundo Almeida & Freure, 2017). A maioria dos itens apresenta um  $r$  ITC entre os .70 e os .85.

Por outro lado, a análise do valor de alfa de Cronbach da parte 1 do instrumento, caso os itens sejam retirados, não aumentou, não se justificando a eliminação de nenhum item.

Apreciando a média e desvio padrão, verificam-se valores próximos entre todos os itens, com valores de média entre os 4 e os 5.43. Excetuam-se com média inferior a 4 os itens 15 ( $M = 3.80$ ) “A criança usa a gramática corretamente quando fala.”, 19 ( $M = 3.74$ ) “A criança reconta eventos passados a adultos que não a conhecem bem.” e 21 ( $M = 3.93$ ) “A criança comunica de forma independente com adultos que não a conhecem bem.”. Com média superior, destaca-se o item 17 ( $M = 5.70$ ) “A criança usa palavras para pedir coisas.”. Ainda assim, constata-se que são valores muito próximos dos limites inferiores e superiores do intervalo referido. O desvio padrão situa-se entre 1.42 a 1.81 em todos os itens.

Especificando esta análise para o *grupo de crianças em idade pré-escolar* verifica-se que todos os itens apresentam um  $r$  ITC superior a .31 (mais uma vez, item 23 com valor mais baixo), com a maioria dos itens com um  $r$  ITC entre os .50 e o .82. A análise do valor de alfa de Cronbach da parte 1 do instrumento, caso os itens sejam retirados, não aumentou ( $\alpha = .96$ ), não se justificando a eliminação de nenhum item. Apreciando a média e desvio padrão, verificam-se valores próximos entre todos os itens, com valores de média entre os 3.61 (item 15 “A criança usa a gramática corretamente quando fala.”) e os 5.57 (item 17 “A criança usa palavras para pedir coisas.”). Novamente, os itens 19 ( $M = 3.71$ ) “A criança reconta eventos passados a adultos que não a conhecem bem.” e 21 ( $M = 3.82$ ) “A criança comunica de forma independente com adultos que não a conhecem bem.” são os que apresentam média mais baixa a seguir ao item 15. O desvio padrão situa-se entre 1.46 a 1.87 em todos os itens.

Especificando esta análise para o *grupo de crianças do 1.º CEB* verifica-se que todos os itens apresentam um  $r$  ITC superior a .64 (mais uma vez, item 23 com valor mais baixo), com a maioria dos itens com um  $r$  ITC entre os .70 e o .88. A análise do valor de alfa de Cronbach da parte 1 do instrumento, caso os itens sejam retirados, varia entre .95 e .96 (se retirado um dos itens: 4, 7, 17, 23), optando-se pela não eliminação de nenhum item. Apreciando a média e desvio padrão, verificam-se valores próximos entre todos os itens, com valores de média entre os 3.78 (item 19 “A criança reconta eventos passados a adultos que não a conhecem bem.”) e os 5.76 (item 8 “A criança comunica de forma independente com outras crianças.”). Os itens 15 ( $M = 4.03$ ) “A criança usa a gramática corretamente quando fala” e o item 21 ( $M = 4.07$ ) “A criança comunica de forma independente com adultos que não a conhecem

bem” são os que apresentam média mais baixa a seguir ao item 19. O desvio padrão situa-se entre 1.34 a 1.75 em todos os itens.

Apresenta-se na Tabela 24 semelhante análise para a parte 2 do instrumento FOCUS-34 Portugal.

**Tabela 24**

*Média das Pontuações dos Itens e Análise da Consistência Interna dos Itens das Partes do FOCUS-34 Portugal – Parte 2*

FOCUS-34 Portugal						
Parte 2	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>r</i> ITC	$\alpha$
1. A criança comunica de forma eficaz com adultos próximos.	5.20	1.67	1	7	.71	.96
2. A criança é incluída em jogos/ brincadeiras pelas outras crianças.	5.33	1.67	1	7	.81	.96
3. A criança tenta levar a cabo uma conversa com adultos que não a conhecem bem.	4.07	1.84	1	7	.75	.96
4. A criança participa em atividades de grupo.	5.24	1.74	1	7	.80	.96
5. A criança conta histórias com sentido.	4.65	1.92	1	7	.88	.95
6. A criança responde a questões.	5.33	1.66	1	7	.82	.96
7. A criança pede coisas a outras crianças.	5.49	1.78	1	7	.75	.96
8. A criança comunica de forma eficaz com outras crianças.	5.14	1.76	1	7	.86	.96
9. A criança comunica de forma eficaz com adultos que não a conhecem bem.	4.19	1.70	1	7	.78	.96
10. A criança é compreendida pelas outras crianças.	5.14	1.73	1	7	.88	.95
11. A criança junta-se a conversas com os seus pares.	5.04	1.96	1	7	.89	.95

*Nota.* *r*ITC = Correlação do item com o total da parte;  $\alpha$  = Alfa de Cronbach se o item for retirado.

A análise da consistência interna dos itens da parte 2 do FOCUS-34 Portugal, analisando cada um dos itens de forma separada, permitiu concluir que, para a parte considerada, todos os itens apresentam um adequado coeficiente de correlação corrigido entre o item e o total da parte ( $r$ ITC > .50, Hair et al., 2014), situando-se este valor entre .71 e .89.

Por outro lado, a análise do valor de alfa de Cronbach da parte 2 do instrumento, caso os itens sejam retirados, varia entre .95 e .96 (eliminação dos itens 5, 10, 11), não se justificando a eliminação de nenhum item.

Apreciando a média e desvio padrão, verificam-se valores próximos entre todos os itens, com valores de média entre os 4.07 (item 3 “A criança tenta levar a cabo uma conversa com adultos que não a conhecem bem.”) e os 5.49 (item 7 “A criança pede coisas a outras crianças.”). Ainda assim, constata-

se que são valores muito próximos dos limites inferiores e superiores do intervalo referido. O desvio padrão situa-se entre 1.66 a 1.96 em todos os itens.

Especificando esta análise para o *grupo de crianças em idade pré-escolar* verifica-se que todos os itens apresentam um  $r$  ITC entre .75 e .90. A análise do valor de alfa de Cronbach da parte 2 do instrumento para as crianças em idade pré-escolar, caso os itens sejam retirados, varia entre .963 e .967, não se justificando a eliminação de nenhum item. Apreciando a média e desvio padrão, verificam-se valores próximos entre todos os itens, com valores de média entre os 3.84 (item 3 “A criança tenta levar a cabo uma conversa com adultos que não a conhecem bem.”) e os 5.34 (item 7 “A criança pede coisas a outras crianças.”). O desvio padrão situa-se entre 1.65 a 2.02 em todos os itens.

Especificando esta análise para o *grupo de crianças do 1.º CEB* verifica-se que todos os itens apresentam um  $r$  ITC entre .60 e .87. A análise do valor de alfa de Cronbach da parte 1 do instrumento, caso os itens sejam retirados, varia entre .94 e .95 (se retirado o item 7), optando-se pela não eliminação de nenhum item. Apreciando a média e desvio padrão, verificam-se valores próximos entre todos os itens, com valores de média entre os 4.38 (item 3 “A criança tenta levar a cabo uma conversa com adultos que não a conhecem bem.”) e os 5.67 (item 7 “A criança pede coisas a outras crianças.”). O desvio padrão situa-se entre 1.45 a 1.90 em todos os itens.

Thomas-Stonell, Washington, et al. (2013) adotaram um procedimento de análise descritiva de 10% dos itens do FOCUS com pontuação superior e inferior no seu estudo. Replicando esse procedimento, apresenta-se a Tabela 25 onde constam os três itens do FOCUS-34 Portugal com média superior e os três itens com média inferior na nossa amostra.

**Tabela 25**

*Análise Descritiva dos Itens com Média de Pontuação Superior e Inferior no FOCUS-34 Portugal*

Grupo de crianças	FOCUS-34 Portugal			
	Pontuação superior		Pontuação inferior	
	Item (parte)	$M$ (DP)	Item (parte)	$M$ (DP)
Pré-Escolar	17 (1)	5.57 (1.61)	15 (1)	3.61 (1.66)
	2(1)	5.57 (1.58)	19 (1)	3.71 (1.81)
	7(2)	5.34 1.82)	3 (2)	3.84 (1.76)
1.º CEB	17 (1)	5.88 (1.47)	19 (1)	3.78 (1.75)
	2 (1)	5.72 (1.39)	15 (1)	4.03 (1.50)
	7 (2)	5.67 (1.72)	21 (1)	4.07 (1.61)

*Nota.* CEB = ciclo do ensino básico.

Considerando os itens de ambas as partes do instrumento, face à elevada consistência interna dos itens do instrumento encontrada ( $\alpha = .98$ ), todos os itens de ambas as partes do instrumento serão mantidos, dado que não há variação significativa ao nível da consistência interna com a eliminação dos itens que apresentam valores de correlação mais baixos. Todos os itens apresentam coeficientes de correlação com pontuação bastante superior a .20, que é sugerido como o limiar mínimo exigido para a manutenção dos itens (Almeida & Freire, 2017).

Recorreu-se à estimativa da estatística de Pearson ( $r$ ) para analisar as intercorrelações observadas entre as partes do FOCUS e o valor total (FOCUS Total). Os resultados encontram-se descritos na Tabela 26.

**Tabela 26**

*Correlações dos Resultados nas Partes e no Total do FOCUS-34 Portugal*

Partes e total do FOCUS-34 Portugal	Parte 1	Parte 2
Parte 1	-	.89*
Parte 2	.89*	-
Total	.99*	.95*

*Nota.* \*  $p < .001$

Através dos dados apresentados na Tabela 25 pode concluir-se que os coeficientes de correlação observados indicam correlações positivas muito fortes ( $r > .80$ ) entre a parte 1 e parte 2 e entre estas duas partes e o FOCUS-34 Portugal Total, com um nível de significância inferior a .001, consubstanciando uma vez mais a unidimensionalidade do instrumento FOCUS-34 Portugal.

### ***3.1.3. Análises Diferenciais no FOCUS-34 em Função das Variáveis em Estudo***

Apresentaremos de seguida as análises diferenciais da pontuação obtida no FOCUS-34 Portugal em função das variáveis independentes em estudo, para a amostra total, para o grupo de crianças em idade pré-escolar e para o grupo de crianças do 1.º CEB. Apesar de a análise fatorial ter demonstrado a existência de um único construto e de ser inequívoco que as duas partes do instrumento não correspondem a construtos diferentes, considerou-se a análise dos resultados totais e por partes, visto ser a primeira análise exploratória realizada com este instrumento em Portugal, de modo a verificar se existem diferenças significativas entre as partes. Apresentam-se ainda os resultados da análise de qui-quadrado e respetivo  $V$  de Cramer sempre que se verificou associação entre variáveis independentes analisadas.

### 3.1.3.1. Diferenças no FOCUS-34 Portugal em Função da Idade.

Com o objetivo de analisar as diferenças na participação comunicativa de crianças entre os 3 e os 10 anos em função da idade, compararam-se as médias das pontuações obtidas nas duas partes e no total do FOCUS-34 Portugal. Para tal, recorreu-se ao teste *t* de *student* para duas amostras independentes, considerando o teorema do limite central (TLC; Marôco, 2018) para o *n* amostral ( $n > 30$ ). O pressuposto da homogeneidade de variâncias verificou-se cumprido, através da aplicação do teste de Levene ( $p > .05$ ), exceto no Total do instrumento ( $p = .05$ ), o que levou à análise do valor do teste *t* de *student* de Welch. Os resultados são apresentados na Tabela 27.

**Tabela 27**

*Diferenças no FOCUS-34 Portugal em Função do Nível de Escolaridade*

FOCUS-34	Pré-Escolar ( $n = 116$ )				1.º CEB ( $n = 90$ )				<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>				
Parte 1	105.1	31.8	23	157	113.3	26.4	35	158	-1.97	204	.050	-0.28
Parte 2	52.7	17.3	11	76	57.3	14.9	18	77	-2.01	204	.045	-0.28
Total	157.8	48.1	34	231	170.7	39.7	53	233	-2.12	203.2	.035	-0.29

*Nota.* CEB = Ciclo do Ensino Básico.

As diferenças encontradas (Tabela 27) quanto ao nível de escolaridade das crianças são estatisticamente significativas em todas as partes do instrumento. Neste sentido podemos afirmar que as crianças em idade pré-escolar apresentam valores médios significativamente inferiores (tamanho do efeito médio) aos das crianças do 1.º CEB em ambas as partes do instrumento, com maior destaque para a parte 2 do instrumento FOCUS-34 Portugal.

#### 3.1.3.1.1. Grupo de Crianças em Idade Pré-Escolar.

De modo a melhor apreciar as diferenças estatisticamente significativas ao nível de idade, procurou identificar-se as diferenças nas médias obtidas nas diferentes partes e no total do instrumento FOCUS-34 Portugal de acordo com cada faixa etária das crianças em idade pré-escolar, recorrendo-se a uma ANOVA de um fator.

Na análise dos pressupostos estatísticos para aplicação de estatística paramétrica, verifica-se que o *n* é inferior a 20 na faixa etária dos 3 e dos 6 anos. Através do teste de normalidade Shapiro-Wilk verifica-se o cumprimento deste pressuposto em ambos os grupos ( $p > .05$ ). O pressuposto da homogeneidade de variâncias calculado através do teste de Levene não se verificou cumprido em

nenhuma das partes e no total do instrumento ( $p < .05$ ), pelo que o  $F$  e nível de significância  $p$  foram obtidos através do teste robusto com correção de Welch. Os resultados apresentam-se na Tabela 28.

**Tabela 28**

*Análise de Variância para o FOCUS-34 Portugal no Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar em Função da Faixa Etária*

FOCUS-34	Idades	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>F</i> (3)	<i>p</i>	$\eta^2$	Post hoc
Parte 1	3	17	78.4	39.5	23	147	5.01	.008	.16	3<5*, 6 4=5=6
	4	35	100.7	32.4	31	150				
	5	57	114.3	23.9	57	157				
	6	7	117.7	28.5	51	158				
Parte 2	3	17	39.7	21.5	11	74	4.39	.014	.16	3<5* 4=5=6
	4	35	49.9	16.4	18	73				
	5	57	57.6	13.9	21	74				
	6	7	58.4	18.7	27	76				
Total	3	17	118.1	60.7	34	218	4.86	.009	.14	3<5*, 6 4=5=6
	4	35	150.6	48.1	53	220				
	5	57	171.7	36.5	83	231				
	6	7	176.1	45.3	105	227				

Nota. \*  $p < .001$

Pela análise de variância entre as médias obtidas pelas crianças em idade pré-escolar nas diferentes partes (Tabela 28), verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas respetivas partes e no total do instrumento na amostra total ( $p < .05$ ), considerando a faixa etária, com tamanho do efeito pequeno ( $\eta^2 < .2$ ).

De modo a melhor compreender estas diferenças, foi utilizado um método de comparações múltiplas à posteriori, nomeadamente o teste post hoc de Scheffé dado o incumprimento da homogeneidade de variâncias (Laureano, 2013). Verifica-se que existem diferenças significativas ( $p < .05$ ) entre a faixa etária dos 3 anos e dos 5 anos na parte 2 do instrumento (IC 95% [-29.7; -6.3],  $p < .001$ ); entre a faixa etária dos 3 anos e as faixas etárias dos 5 e dos 6 anos quer na parte 1 (3–5 anos: IC 95% [-59.0, -12.7],  $p < .001$ ; 3–6 anos: IC 95% [-76.9, -1.7],  $p = .037$ ), quer no total do instrumento (3–5 anos: IC 95% [-88.8, -18.5],  $p < .001$ ; 3–6 anos: IC 95% [-115.2, -1.0],  $p = .044$ ). As pontuações são superiores nas crianças mais velhas.



### 3.1.3.1.2. Grupo de Crianças do 1.º CEB.

De modo a melhor apreciar as diferenças estatisticamente significativas ao nível de idade, procurou identificar-se as diferenças nas médias obtidas nas diferentes partes do instrumento FOCUS-34 Portugal de acordo com cada faixa etária das crianças do 1.º CEB, recorrendo-se a uma ANOVA de um fator (Tabela 29).

Na análise dos pressupostos estatísticos para aplicação de estatística paramétrica, verifica-se que o  $n$  é inferior a 20 nas faixas etárias dos 7 anos e 10 anos. Verificando a distribuição normal destas faixas etárias através do teste de normalidade Shapiro-Wilk, deteta-se o cumprimento do pressuposto da normalidade para a faixa etária dos 7 anos e o incumprimento deste pressuposto nas faixas etárias dos 10 anos na parte 2 do instrumento ( $p < .05$ ). No entanto, como os valores absolutos de assimetria e de curtose são aceitáveis ( $sk < 3$ ;  $ku < 7$ , Kline, 1998 citado por Marôco, 2018), considera-se que uma análise paramétrica é robusta à violação da normalidade. O pressuposto da homogeneidade de variâncias calculado através do teste de Levene não se verificou-se cumprido em todas as partes e no total do instrumento ( $p > .05$ ).

**Tabela 29**

*Análise de Variância para o FOCUS-34 Portugal no Grupo de Crianças do 1.º CEB em Função da Faixa Etária*

FOCUS-34	Idades	$n$	$M$	$DP$	$Min.$	$Máx.$	$F(4)$	$p$	$\eta^2$
Parte 1	6	23	116.0	30.2	51	158	0.24	.913	.01
	7	18	112.3	23.7	76	151			
	8	20	115.8	25.0	51	149			
	9	22	111.1	22.9	61	146			
	10	7	107.0	38.0	35	141			
Parte 2	6	23	58.9	15.6	24	77	0.33	.861	.02
	7	18	57.4	13.0	31	76			
	8	20	59.1	14.7	24	77			
	9	22	54.8	13.7	28	72			
	10	7	55.0	23.6	18	74			
Total	6	23	175.4	44.5	75	233	0.29	.882	.01
	7	18	169.6	35.3	108	227			
	8	20	174.9	37.4	75	225			
	9	22	165.9	34.4	94	218			
	10	7	162.0	60.8	53	215			

Pela análise de variância entre as médias obtidas pelas crianças do 1.º CEB nas diferentes partes (Tabela 29), verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nas respetivas partes e no total do instrumento neste grupo.

### 3.1.3.2. Diferenças no FOCUS-34 Portugal em Função do Género.

Com o objetivo de analisar as diferenças entre a participação comunicativa de crianças entre os 3 e os 10 anos em função do género, compararam-se as médias das pontuações obtidas nas duas partes e no total do FOCUS-34 Portugal. Para tal, recorreu-se ao teste *t* de *student* para duas amostras independentes, considerando o TLC (Marôco, 2018) para o *n* amostral ( $n > 30$ ). O pressuposto da homogeneidade de variâncias verificou-se cumprido, através da aplicação do teste de Levene ( $p > .05$ ).

Primeiramente foi realizada uma análise para a amostra total, onde não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, considerando parte 1:  $t(204) = 1.50, p = .113, d = 0.23$ ; parte 2:  $t(204) = 1.67, p = .096, d = .24$ ; total:  $t(204) = 1.66, p = .099, d = 0.24$ .

De forma a melhor analisar a existência de diferenças, foi realizada uma análise para o grupo em idade pré-escolar e outra para o grupo de crianças do 1.º CEB.

Cumpridos os mesmos pressupostos (TLC para  $n > 30$  citado por Marôco, 2018) e pressuposto da homogeneidade de variâncias), procedeu-se à mesma análise (*t* de *student*) para o grupo de crianças em idade pré-escolar e para o grupo de crianças do 1.º CEB.

#### 3.1.3.2.1. Grupo de Crianças em Idade Pré-Escolar.

Os resultados para a análise de acordo com o género no grupo de crianças em idade pré-escolar encontram-se descritos na Tabela 30.

**Tabela 30**

*Diferenças no FOCUS-34 Portugal no Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar em Função do Género*

FOCUS-34	Feminino ( $n = 37$ )		Masculino ( $n = 79$ )		<i>t</i> (114)	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Parte 1	112.6	31.0	101.6	31.7	1.74	.084	0.35
Parte 2	56.8	17.7	50.8	17.7	1.75	.082	0.35
Total	169.4	45.9	152.3	48.5	1.79	.076	0.36

Pela análise de variância entre as médias obtidas pelo género feminino e masculino em idade pré-escolar nas diferentes partes do instrumento, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente

significativas entre os géneros nas respetivas partes e no total do instrumento no grupo de crianças em idade pré-escolar

### 3.1.3.2.2. Grupo de Crianças do 1.º CEB.

Segue-se a análise do grupo de crianças do 1.º CEB na Tabela 31.

**Tabela 31**

*Diferenças no FOCUS-34 Portugal no Grupo de Crianças do 1.º CEB em Função do Género*

FOCUS-34	Feminino ( $n = 38$ )		Masculino ( $n = 52$ )		$t(88)$	$p$	$d$
	$M$	$DP$	$M$	$DP$			
Parte 1	113.5	26.4	113.3	26.6	0.06	.477	0.01
Parte 2	57.7	15.2	57.1	14.9	0.20	.423	0.05
Total	171.2	39.6	170.4	40.2	0.09	.466	0.02

Pela análise de variância entre as médias obtidas pelo género feminino e masculino do 1.º CEB nas diferentes partes do instrumento (Tabela 31), verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os géneros nas respetivas partes e no total do instrumento no grupo de crianças do 1.º CEB.

### 3.1.3.3. Diferenças no FOCUS-34 Portugal em Função das Habilitações Académicas dos Pais.

Com o objetivo de analisar as diferenças entre a participação comunicativa de crianças entre os 3 e os 10 anos em função das habilitações académicas dos pais, compararam-se as médias das pontuações obtidas nas duas partes e no total do FOCUS-34 Portugal. Para tal, recorreu-se a uma ANOVA de um fator, considerando o TLC (Marôco, 2018) para o  $n$  amostral ( $n > 30$ ). O pressuposto da homogeneidade de variâncias verificou-se cumprido, através da aplicação do teste de Levene ( $p > .05$ ).

Primeiramente foi realizada uma análise para a amostra total, onde não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos resultados em função das habilitações académicas do pai com tamanho do efeito pequeno ( $\eta^2 < .05$ ), considerando parte 1:  $F(3) = 0.212$ ,  $p = .888$ ;  $\eta^2 = .003$ ; parte 2:  $F(3) = 0.374$ ,  $p = .772$ ,  $\eta^2 = .006$ ; total:  $F(3) = 0.231$ ,  $p = .875$ ,  $\eta^2 = .003$ . O mesmo se realizou e confirmou para as habilitações académicas da mãe, considerando parte 1:  $F(3) = 0.554$ ,  $p = .646$ ,  $\eta^2 = .008$ ; parte 2:  $F(3) = 0.429$ ,  $p = .732$ ,  $\eta^2 = .006$ ; total:  $F(3) = 0.521$ ,  $p = .668$ ,  $\eta^2 = .008$ .

De forma a melhor analisar a existência de diferenças em função das habilitações académicas dos pais, foi realizada uma análise para o grupo de crianças em idade pré-escolar e outra para o grupo de crianças do 1.º CEB.

### 3.1.3.3.1. Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar.

Verificou-se o cumprimento do pressuposto da normalidade através do TLC ( $n > 25$ ) (Marôco, 2018) em todos os grupos, exceto no grupo de pais que não responderam a esta informação ( $n = 5$ ). No entanto, como os valores absolutos de assimetria e de curtose deste grupo são aceitáveis ( $sk < 3$ ;  $ku < 7$ , Kline, 1998 citado por Marôco, 2018), considera-se que uma análise paramétrica é robusta à violação da normalidade. O pressuposto da homogeneidade de variâncias através da aplicação do teste de Levene ( $p > .05$ ) verifica-se para cada uma das partes e para o total.

Procedeu-se à análise de variância para o grupo de crianças em idade pré-escolar. Os resultados para a análise de acordo com as habilitações académicas do pai no grupo de crianças em idade pré-escolar encontram-se descritos na Tabela 32. Pela análise de variância entre as médias obtidas pelas crianças com pais com diferentes habilitações nas diferentes partes verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações do pai nas respetivas partes e no total do instrumento neste grupo ( $p > .05$ ).

**Tabela 32**

*Análise de Variância para o FOCUS-34 Portugal no Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar em Função das Habilitações Académicas do Pai*

FOCUS-34	Habilitações	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>F</i> (3)	<i>p</i>	$\eta^2$
Parte 1	Até 3.º ciclo	49	107.5	29.3	33	157	0.49	.693	.01
	Até Secundário	36	105.9	32.0	23	140			
	Superior	26	102.2	35.4	30	154			
	Não Responde	5	91.2	40.1	26	134			
Parte 2	Até 3.º ciclo	49	53.5	15.2	18	74	0.70	.554	.02
	Até Secundário	36	54.9	17.9	11	74			
	Superior	26	49.1	19.3	16	76			
	Não Responde	5	48.6	22.1	15	69			
Total	Até 3.º ciclo	49	161.0	43.5	53	53	0.49	.688	.01
	Até Secundário	26	161.0	49.1	34	34			
	Superior	26	151.3	61.6	46	46			
	Não Responde	5	139.8	48.1	41	41			

Os resultados para a análise de acordo com as habilitações académicas da mãe no grupo de crianças em idade pré-escolar encontram-se descritos na Tabela 33. Foram verificados os mesmos pressupostos (distribuição normal e homogeneidade de variâncias) e assumindo que os valores absolutos

de assimetria e de curtose do grupo “Não Responde” são aceitáveis ( $sk < 3$ ;  $ku < 7$ , Kline, 1998 citado por Marôco, 2018), considera-se que uma análise paramétrica é robusta à violação da normalidade.

**Tabela 33**

*Análise de Variância para o FOCUS-34 Portugal no Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar em Função das Habilitações Académicas da Mãe*

FOCUS-34	Habilitações	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>F</i> (3)	<i>p</i>	$\eta^2$
Parte 1	Até 3.º ciclo	19	95.2	33.8	23	138	0.77	.521	.02
	Até Secundário	47	107.2	30.4	26	157			
	Superior	49	107.1	32.6	30	154			
	Não Responde	1	100.0	-	100	100			
Parte 2	Até 3.º ciclo	19	50.1	20.1	11	71	0.18	.911	.01
	Até Secundário	47	53.4	15.7	15	76			
	Superior	49	53.0	17.9	16	74			
	Não Responde	1	55.0	-	55	55			
Total	Até 3.º ciclo	19	145.3	53.4	24	206	0.51	.677	.01
	Até Secundário	47	160.7	45.1	41	231			
	Superior	49	159.9	49.6	46	228			
	Não Responde	1	155.0	-	155	155			

Pela análise de variância (Tabela 33) entre as médias obtidas pelas crianças em idade pré-escolar com mães com diferentes habilitações nas diferentes partes, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações da mãe nas respetivas partes e no total do instrumento neste grupo ( $p > .05$ ).

### ***3.1.3.3.2. Grupo de Crianças do 1.º CEB.***

Aplicam-se agora os mesmos procedimentos (ANOVA) ao grupo de crianças do 1.º CEB, considerando os mesmos pressupostos estatísticos (TLC para  $n > 25$  citado por Marôco (2018)) e pressuposto da homogeneidade de variâncias através da aplicação do teste de Levene ( $p > .05$ ). Considera-se que uma análise paramétrica é robusta à violação da normalidade no grupo “Não Responde” ( $n = 5$ ) dado que os valores absolutos de assimetria e de curtose deste grupo são aceitáveis ( $sk < 3$ ;  $ku < 7$ , Kline, 1998 citado por Marôco, 2018),

Os resultados para a análise de acordo com as habilitações académicas do pai no grupo de crianças do 1.º CEB encontram-se descritos na Tabela 34. Pela análise de variância entre as médias obtidas pelas crianças do 1.º CEB com pais com diferentes habilitações nas diferentes partes, verifica-

se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações do pai nas respetivas partes e no total do instrumento na amostra total ( $p > .05$ ).

**Tabela 34**

*Análise de Variância para o FOCUS-34 Portugal no Grupo de Crianças do 1.º CEB em Função das Habilitações Académicas do Pai*

FOCUS-34	Habilitações	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>F</i> (3)	<i>p</i>	$\eta^2$
Parte 1	Até 3.º ciclo	44	112.0	26.1	51	154	0.13	.943	.00
	Até Secundário	21	116.1	26.2	51	158			
	Superior	20	112.6	28.7	35	150			
	Não Responde	5	116.0	27.3	77	139			
Parte 2	Até 3.º ciclo	44	55.8	14.6	24	77	0.32	.812	.01
	Até Secundário	21	59.2	14.9	24	76			
	Superior	20	58.5	16.7	18	77			
	Não Responde	5	58.6	14.0	35	69			
Total	Até 3.º ciclo	44	167.8	38.6	75	225			
	Até Secundário	21	175.7	40.3	75	233			
	Superior	20	171.1	43.6	53	227			
	Não Responde	5	174.6	40.9	112	208			

Os resultados para a análise de acordo com as habilitações académicas da mãe no grupo de crianças do 1.º CEB encontram-se descritos na Tabela 35. Foram verificados os mesmos pressupostos (distribuição normal e homogeneidade de variâncias) e, assumindo que os valores absolutos de assimetria e de curtose do grupo “Não Responde” são aceitáveis ( $sk < 3$ ;  $ku < 7$ , Kline, 1998 citado por Marôco, 2018), considera-se que uma análise paramétrica é robusta à violação da normalidade.

**Tabela 35**

*Análise de Variância para o FOCUS-34 Portugal no Grupo de Crianças do 1.º CEB em Função das Habilitações Académicas da Mãe*

FOCUS-34	Habilitações	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>F</i> (3)	<i>p</i>	$\eta^2$
Parte 1	Até 3.º ciclo	28	111.7	26.1	51	154	0.72	.541	.03
	Até Secundário	26	108.3	27.7	35	149			
	Superior	32	117.8	25.5	61	158			
	Não Responde	4	120.0	28.9	77	137			
Parte 2	Até 3.º ciclo	28	55.9	14.8	24	77	1.17	.327	.04
	Até Secundário	26	54.1	15.6	18	74			
	Superior	32	61.1	14.4	28	77			
	Não Responde	4	57.8	15.3	35	68			

FOCUS-34	Habilitações	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>F</i> (3)	<i>p</i>	$\eta^2$
Total	Até 3.º ciclo	28	167.9	38.5	75	225	0.95	.419	.03
	Até Secundário	26	162.4	42.0	53	219			
	Superior	32	179.2	38.5	94	233			
	Não Responde	4	177.8	44.1	112	205			

Pela análise de variância entre as médias obtidas pelas crianças do 1.º CEB com mães com diferentes habilitações académicas nas diferentes partes (Tabela 35), verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes habilitações das mães nas respetivas partes e no total do instrumento neste grupo ( $p > .05$ ).

#### 3.1.3.4. Diferenças no FOCUS-34 Portugal em Função do Sistema de Classificação da Comunicação das Crianças (CFCS).

Com o objetivo de analisar as diferenças entre a participação comunicativa de crianças entre os 3 e os 10 anos em função do nível CFCS que lhes foi atribuído (pelo terapeuta da fala que as acompanha), compararam-se as médias das pontuações obtidas nas duas partes e no total do FOCUS-34 Portugal. Para tal, recorreu-se a uma ANOVA de um fator, considerando a distribuição normal de acordo com o TLC (Marôco, 2018,  $n$  amostral  $> 30$  nos grupos de crianças de nível CFCS I, II, III, IV). A distribuição normal das crianças do nível CFCS V foi comprovada através do teste de Shapiro-Wilk ( $p > .05$ ). O pressuposto da homogeneidade de variâncias verificou-se cumprido, através da aplicação do teste de Levene ( $p > .05$ ) na parte 1 do instrumento. Uma vez que não foi verificada a homogeneidade de variâncias (Levene,  $p < .05$ ) na parte 2 e no total, o  $F$  e nível de significância ( $p$ ) destes níveis foi obtido através do teste robusto com correção de Welch.

Pela análise de variância entre as médias obtidas pelas crianças dos diferentes níveis CFCS nas diferentes partes (Tabela 36) verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas respetivas partes e no total do instrumento na amostra total ( $p < .05$ ), considerando o nível CFCS das crianças. Quando possível apurar, o tamanho do efeito é médio ( $.2 < \eta^2 < .5$ ).

De modo a melhor compreender estas diferenças, foi utilizado um método de comparações múltiplas à posteriori, nomeadamente o teste post hoc de Tukey para a parte 1 e post hoc de Scheffé para as partes 2 e total, visto que as mesmas não demonstraram homogeneidade de variâncias (Tabela 36).

Tabela 36

Análise de Variância para o FOCUS-34 Portugal em Função do Nível CFCS Atribuído às Crianças

FOCUS-34	Nível CFCS	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>F</i> (4)	<i>p</i>	$\eta^2$	Post hoc
Parte 1	I	76	125.1	20.7	58	158	29.02	.001**	.37	1 > 3**, 4**, 5**, 1=2
	II	59	114.9	23.2	39	148				2 > 3*, 4**, 5**
	III	27	95.8	22.1	51	150				3 > 5*, 3=4
	IV	31	84.9	28.9	30	140				4=5
	V	13	68.0	34.3	23	133				
Parte 2	I	76	64.5	10.1	25	77	25.51	.001**	-	1 > 2*, 3**, 4**, 5**
	II	59	57.2	13.8	19	77				2 > 3*, 4**, 5**
	III	27	46.2	15.5	18	69				3 = 4 = 5
	IV	31	41.8	15.4	16	69				
	V	13	35.0	16.8	11	59				
Total	I	76	189.7	28.8	83	233	25.58	.001**	-	1 > 3**, 4**, 5**, 1=2
	II	59	172.0	35.9	58	225				2 > 3*, 4**, 5**
	III	27	142.0	35.9	71	219				3 > 5*, 3=4
	IV	31	126.7	43.2	46	208				4=5
	V	13	103.0	50.4	34	192				

Nota. CFCS = Sistema de Classificação da Comunicação.

\* $p < .05$ , \*\* $p < .001$ .

Pela Tabela 36, verifica-se que não existem diferenças significativas ( $p > .05$ ) entre as crianças e níveis próximos, nomeadamente nível CFCS I/nível CFCS II, nível CFCS II/nível CFCS IV, e nível CFCS IV/nível CFCS V na parte 1 e no total. Entre as crianças de nível CFCS II/nível CFCS III existem diferenças estatisticamente significativas, assim como em todos os níveis não adjacentes, com médias proporcionalmente mais baixas para níveis mais elevados. Na parte 2 não se verificam diferenças entre os três níveis mais elevados: nível CFCS III/nível CFCS IV/nível CFCS V. Nesta parte, a média do grupo de crianças de nível I apresenta diferenças estatisticamente significativas em relação às crianças do nível CFCS II e estas apresentam diferenças estatisticamente significativas em relação às crianças do nível CFCS III.

#### 3.1.3.4.1. Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar.

Com o objetivo de analisar as diferenças entre a participação comunicativa de crianças entre os 3 e os 6 anos que frequentam a educação pré-escolar em função do nível CFCS que lhes foi atribuído, compararam-se as médias das pontuações obtidas nas duas partes e no total do FOCUS-34 Portugal. Para tal, recorreu-se a uma ANOVA de um fator (Tabela 37).



Foram verificados os pressupostos para a aplicação deste método estatístico. O  $n$  é inferior a 20 em dois dos grupos (níveis CFCS III e V), pelo que foi confirmada a normalidade através do teste Shapiro-Wilk ( $p > .05$ ). A homogeneidade de variâncias (Levene,  $p > .05$ ) está cumprida nos 5 grupos, nas três partes.

Tabela 37

Análise de Variância para o FOCUS-34 Portugal no Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar em Função do CFCS das Crianças

FOCUS-34	Nível CFCS	$n$	$M$	$DP$	$Min.$	$Máx.$	$F$	$gl$	$p$	$\eta^2$	Post hoc
Parte 1	I	39	125.5	20.3	58	157	20.79	4	.001**	.43	1 > 3*, 4**, 5**, 1=2
	II	30	112.4	24.9	39	147					2 > 4**, 5**, 2=3
	III	16	99.8	21.9	53	150					3 > 5**, 3=4
	IV	24	81.2	27.0	30	140					4=5
	V	7	54.7	38.2	23	133					
Parte 2	I	39	64.8	9.8	25	76	22.61	4	.001**	.45	1 > 3**, 4**, 5**, 1=2
	II	30	56.1	14.6	19	73					2 > 4**, 5**, 2=3
	III	16	47.5	14.8	18	69					3 > 5*, 3=4
	IV	24	40.2	13.7	16	68					4=5
	V	7	25.7	15.6	11	59					
Total	I	39	190.3	28.8	83	231	22.72	4	.001**	.45	1 > 3*, 4**, 5**, 1=2
	II	30	168.2	38.6	58	22					2 > 4**, 5**, 2=3
	III	16	147.3	35.4	71	219					3 > 5**, 3=4
	IV	24	121.4	39.6	46	208					4=5
	V	7	80.4	53.5	34	192					

Nota. CFCS = Sistema de Classificação da Comunicação.

\* $p < .05$ , \*\*  $p < .001$ .

Pela análise de variância entre as médias obtidas pelas crianças nos diferentes níveis nas diferentes partes (Tabela 37) verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas respetivas partes e no total do instrumento na amostra total ( $p < .05$ ), considerando o nível CFCS das crianças, com tamanho do efeito médio entre grupos ( $.2 < \eta^2$ ).

De modo a melhor compreender estas diferenças, foi utilizado um método de comparações múltiplas à posteriori, nomeadamente o teste post hoc de Bonferroni (Tabela 37). Verifica-se que não existem diferenças significativas ( $p > .05$ ) entre os grupos próximos, nomeadamente crianças do nível CFCS I/nível CFCS II; nível CFCS II/ nível CFCS III; nível CFCS III/nível CFCS IV; nível CFCS IV/nível CFCS V nas três partes avaliadas. Em todos os níveis não adjacentes são encontradas diferenças estatisticamente significativas, nomeadamente entre crianças do nível CFCS I/ nível CFCS III; nível CFCS

I/ nível CFCS IV; nível CFCS I/nível CFCS V; nível CFCS II/ nível CFCS IV; nível CFCS II/nível CFCS V; e do nível CFCS III/nível CFCS V, com médias proporcionalmente mais baixas para níveis CFCS mais elevados.

Como mais um contributo para a validade de construto do FOCUS-34 Portugal, e à semelhança do realizado pelos autores do instrumento original, analisou-se a correlação entre a pontuação total do FOCUS-34 Portugal e o nível CFCS atribuído a cada criança, conforme se pode analisar na Tabela 38.

**Tabela 38**

*Correlações Entre as Pontuações do FOCUS-34 Portugal e o Nível CFCS para o Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar*

FOCUS-34	Nível I (n = 39)		Nível II (n = 30)		Nível III (n = 16)		Nível IV (n = 24)		Nível V (n = 7)		r
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
Total	190.3	30.0	165.0	38.7	146.9	36.6	118.6	37.5	88.8	69.8	-.67*

Nota. r = Correlação Pearson.

\*  $p < .001$ .

Verifica-se uma correlação forte negativa ( $-0.6 < r < -0.9$ ) entre a pontuação do FOCUS e os níveis CFCS, sendo que quanto maior o nível CFCS da criança menor a pontuação FOCUS.

#### **3.1.3.4.2. Grupo de Crianças do 1.º CEB.**

Com o objetivo de analisar as diferenças entre a participação comunicativa de crianças do 1.º CEB em função do nível CFCS que lhes foi atribuído, compararam-se as médias das pontuações obtidas nas duas partes e no total do FOCUS-34 Portugal. Para tal, recorreu-se a uma ANOVA de um fator.

Foram verificados os pressupostos para a aplicação deste método estatístico. O  $n$  é inferior a 20 em três dos grupos (níveis CFCS III, IV e V), pelo que foi confirmada a normalidade através do teste Shapiro-Wilk ( $p > .05$ ). Uma vez que não foi verificada a homogeneidade de variâncias (Levene,  $p < .05$ ) na parte 2 do instrumento, o  $F$  e nível de significância deste nível foram obtidos através do teste robusto com correção de Welch.

Pela análise de variância entre as médias obtidas pelas crianças nos diferentes níveis nas diferentes partes (Tabela 39), verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas respetivas partes e no total do instrumento na amostra total ( $p < .05$ ), considerando o nível CFCS das crianças do 1.º CEB. Quando possível apurar, o tamanho do efeito é médio ( $.2 < \eta^2 < .5$ ).

De modo a melhor compreender estas diferenças, foi utilizado um método de comparações múltiplas à posteriori, nomeadamente o teste post hoc de Bonferroni para a parte 1 e total e post hoc de Scheffé para a parte 2 (Tabela 39).

Tabela 39

Análise de Variância para o FOCUS-34 Portugal no Grupo de Crianças do 1.º CEB em Função do Nível CFCS das Crianças

FOCUS-34	Nível CFCS	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>F</i> (4)	<i>p</i>	$\eta^2$	Post hoc
Parte 1	I	37	124.7	21.3	70	157	8.98	.001**	.30	1 > 3**, 4*, 5**, 1=2
	II	29	117.6	21.4	51	147				2 > 3*, 5*, 2=4
	III	11	90.1	22.2	51	150				3=4=5 (>.8)
	IV	7	97.4	33.7	35	140				
	V	6	83.5	23.0	56	133				
Parte 2	I	37	64.2	10.5	28	76	6.29	.002	-	1 > 3*, 5*, 1=2, 4
	II	29	58.3	13.1	24	73				2=3, 4, 5
	III	11	44.3	17.2	24	69				3=2, 4, 5
	IV	7	47.6	20.5	18	68				4=1,2,3,5
	V	6	45.8	11.0	33	59				
Total	I	37	29.1	4.8	98	231	9.34	.001**	.31	1 > 3**, 4*, 5*, 1=2
	II	29	33.0	6.1	75	22				2 > 3*, 2= 4, 5
	III	11	37.0	11.2	75	219				3 = 4, 5
	IV	7	53.3	20.2	53	208				4 = 2, 3, 5
	V	6	33.4	13.7	92	192				

Nota. CFCS = Sistema de Classificação da Comunicação.

\**p* < .05; \*\* *p* < .001

Na parte 1 do instrumento, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de crianças do nível CFCS I/nível CFCS II, nível CFCS II/nível CFCS IV, nível CFCS III/nível CFCS IV/nível CFCS V. Existem diferenças estatisticamente significativas entre as crianças do nível CFCS I e as crianças dos níveis superiores, à exceção do nível CFCS II. Existem diferenças entre as crianças do nível CFCS II/nível CFCS III e nível CFCS II/nível CFCS V. As crianças do nível CFCS IV apenas apresentam diferenças estatisticamente significativas em relação às crianças do nível CFCS I.

Na parte 2 verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as crianças do nível CFCS I/nível CFCS II, nível CFCS I/nível CFCS IV, e nível CFCS III/nível CFCS IV/nível CFCS V, nas crianças do 1.º CEB. Existem diferenças estatisticamente significativas apenas entre as crianças do nível CFCS I/nível CFCS III, e do nível CFCS I/nível CFCS V.

No total verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as crianças do nível CFCS III/nível CFCS IV/nível CFCS V, bem como entre as crianças do nível CFCS I/nível CFCS II, nível CFCS II/nível CFCS IV, e do nível CFCS II/ nível CFCS V. As diferenças estatisticamente significativas situam-se entre as crianças do nível CFCS I/nível CFCS III, nível CFCS I/nível CFCS IV, nível CFCS I/nível CFCS V, e nível CFCS II/ nível CFCS III.

De modo a contribuir para a validade de construto do FOCUS-34 Portugal, e à semelhança do realizado pelos autores do instrumento original, analisou-se a correlação entre a pontuação FOCUS-34 Portugal e o nível CFCS atribuído a cada criança, conforme se pode analisar na Tabela 40.

**Tabela 40**

*Correlações entre as pontuações do FOCUS-34 Portugal e o Nível CFCS para o Grupo de Crianças do 1.º CEB*

FOCUS-34	Nível I (n = 37)		Nível II (n = 29)		Nível III (n = 11)		Nível IV (n = 7)		Nível V (n = 6)		r
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
Total	186.6	29.6	178.6	34.5	134.3	41.5	94.7	36.6	132.3	35.0	-.51*

Nota. r = Correlação Pearson.

\*  $p < .001$

Verifica-se uma correlação moderada negativa entre a pontuação do FOCUS e o nível CFCS ( $-0.3 < r < -0.6$ ), sendo que quanto maior o nível CFCS da criança menor a pontuação FOCUS, à exceção das crianças dos níveis IV e V.

### 3.1.3.5. Diferenças no FOCUS-34 Portugal em Função do Diagnóstico das Crianças.

Com o objetivo de analisar as diferenças na participação comunicativa de crianças entre os 3 e os 10 anos em função do diagnóstico, compararam-se as médias das pontuações obtidas nas duas partes e no total do FOCUS-34 Portugal. Para tal, recorreu-se a uma ANOVA de um fator.

Foram verificados os pressupostos para a aplicação deste método estatístico, nomeadamente distribuição normal, considerando o  $n$  superior a 30 nos três subgrupos (aplica-se o TLC, Marôco, 2018). A homogeneidade de variâncias não foi confirmada na parte 2 e no total do instrumento ( $p < .05$ ), pelo que o  $F$  e nível de significância  $p$  foram obtidos através do teste robusto com correção de Welch.

Foram verificadas diferenças estatisticamente significativas nos resultados do instrumento em função do diagnóstico ( $p < .05$ ) em todas as partes e totais, considerando: parte 1:  $F(2) = 7.12$ ,  $p = .001$ ;  $\eta^2 = .07$ ; parte 2:  $F(2) = 7.14$ ,  $p = .001$ ; total:  $F(2) = 7.07$ ,  $p = .001$ .

Com vista a uma melhor apreciação das diferenças nos resultados da participação comunicativa em função do diagnóstico das crianças dos 3 aos 10 anos, constituiu-se um grupo a partir da amostra composta apenas pelas crianças com diagnóstico de perturbações da comunicação ( $n = 59$ ). Deste subgrupo, 31 crianças apresentam diagnóstico de perturbação da linguagem, 27 crianças apresentam diagnóstico de perturbação dos sons da fala e uma criança apresenta diagnóstico de perturbação da fluência. Dado o número reduzido, esta criança não foi considerada para análise que se segue, sendo o

$n = 58$  crianças. Nenhuma criança foi diagnosticada com o diagnóstico perturbação da comunicação social

Assim, compararam-se as médias das pontuações obtidas nas duas partes e no total do FOCUS-34 Portugal para o grupo de crianças com perturbação da linguagem e para o grupo de crianças com perturbação dos sons da fala. Para tal, recorreu-se ao teste  $t$  de *student* para duas amostras independentes, considerando o TLC (Marôco, 2018) para o  $n$  amostral de cada grupo ( $n > 25$ ). O pressuposto da homogeneidade de variâncias verificou-se cumprido, através da aplicação do teste de Levene ( $p > .05$ ) na parte 1 do instrumento. Na parte 2 e no total do instrumento esta condição não é cumprida ( $p < .05$ ), o que levou à análise do valor do teste  $t$  de *student* de Welch. Os resultados apresentam-se na Tabela 41.

**Tabela 41**

*Diferenças no FOCUS-34 Portugal em Função da Especificidade das Perturbações da Comunicação*

FOCUS-34	Perturbação da linguagem ( $n = 31$ )				Perturbação dos sons da fala ( $n = 27$ )				$t$	$gf$	$p$	$d$
	$M$	$DP$	$Min.$	$Máx.$	$M$	$DP$	$Min.$	$Máx.$				
Parte 1	107.0	27.0	51	148	125.4	19.6	91	157	-2.93	56	.005	-0.77
Parte 2	53.6	16.6	24	77	64.4	8.9	39	77	-3.16	47.2	.003	-0.80
Total	160.3	42.0	75	225	190.1	27.6	135	231	-3.24	52.3	.002	-0.83

Os resultados da análise entre as médias obtidas pelo grupo de crianças com perturbação da linguagem e pelo grupo de crianças com perturbação dos sons da fala nas diferentes partes do instrumento (Tabela 41), demonstram que existem diferenças estatisticamente significativas entre estes diagnósticos nas respetivas partes e no total do instrumento na amostra total ( $p < .05$ ), com tamanhos do efeito elevados ( $.5 < d < 1$ ), com as crianças com perturbações dos sons da fala a apresentarem melhores resultados nas diferentes escalas do instrumento em comparação com as crianças com perturbação da linguagem.

De forma a melhor analisar a existência de diferenças em função do diagnóstico, foi realizada uma análise para o grupo de crianças em idade pré-escolar e outra para o grupo de crianças do 1.º CEB.

#### ***3.1.3.5.1. Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar.***

Com o objetivo de analisar as diferenças na participação comunicativa de crianças que frequentam o pré-escolar em função do diagnóstico atribuído, compararam-se as médias das pontuações obtidas nas duas partes e no total do FOCUS-34 Portugal, recorrendo-se a uma ANOVA de um fator.

Foram verificados os pressupostos para a aplicação deste método estatístico, nomeadamente distribuição normal, considerando o  $n$  superior a 30 em dois subgrupos (aplica-se o TLC, Marôco, 2018) e a distribuição normal no grupo de crianças com perturbações do neurodesenvolvimento ( $n = 23$ ), comprovada através do teste de Kolmogorov-Smirnov ( $p > .05$ ). Comprova-se também a homogeneidade de variâncias através do teste de Levene ( $p > .05$ ).

Pela análise de variância entre as médias obtidas pelas crianças nos diferentes níveis nas diferentes partes (Tabela 42) verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas respetivas partes e no total do instrumento na amostra total ( $p < .05$ ), considerando o diagnóstico das crianças em idade pré-escolar, com tamanho do efeito pequeno, próximo de médio ( $\eta^2 = .16$ ).

Tabela 42

Análise de Variância para o FOCUS-34 Portugal no Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar em Função do Diagnóstico

FOCUS-34	Diagnóstico	$n$	$M$	$DP$	$Min.$	$Máx.$	$F(2)$	$p$	$\eta^2$	Post hoc
Parte 1	P. Comunicação	36	112.4	25.0	65	157	10.73	.001*	.16	1>2*, 1=3
	PND	23	79.7	33.3	23	138				3>2*
	Sem Diagnóstico	57	110.8	30.3	26	154				
Parte 2	P. Comunicação	36	57.6	13.3	27	76	15.62	.001*	.22	1>2*, 1=3
	PND	23	36.7	16.3	22	70				3>2*
	Sem Diagnóstico	57	56.1	16.3	25	74				
Total	P. Comunicação	36	169.7	37.3	99	231	12.78	.001*	.18	1>2*, 1=3
	PND	23	116.4	48.3	34	208				3>2*
	Sem Diagnóstico	57	166.9	45.8	41	226				

Nota. P. = perturbações; PND = perturbações do neurodesenvolvimento.

\* $p < .001$

De modo a melhor compreender estas diferenças, foi utilizado um método de comparações múltiplas à posteriori, nomeadamente o teste post hoc de Bonferroni. Em todas as partes do instrumento verificam-se diferenças significativas entre o grupo de crianças com perturbações do neurodesenvolvimento e os restantes, sendo a média deste grupo inferior aos restantes nas três partes (Tabela 42).

Quanto à especificidade do diagnóstico de perturbações da comunicação para o grupo de crianças em idade pré-escolar ( $n_{PL} = 16$ ,  $n_{PSF} = 19$ ), verificaram-se primeiramente os pressupostos estatísticos para a realização do teste  $t$  de *student*. Apesar de o  $n$  reduzido, como os valores absolutos de assimetria e de curtose são aceitáveis ( $sk < 3$ ;  $ku < 7$ , Kline, 1998 citado por Marôco, 2018), considera-se que uma análise paramétrica é robusta à violação da normalidade. Comprovou-se também

a homogeneidade de variâncias através do teste de Levene ( $p > .05$ ), exceto na parte 2 do instrumento ( $p < .05$ ), o que levou à análise do valor do teste *t* de *student* de Welch. Verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois diagnósticos em todas as partes do instrumento, com tamanhos do efeito elevados ( $0.5 < d < 1$ ), considerando os resultados da parte 1:  $t(33) = -2.78$ ,  $p = .004$ ,  $d = -0.94$ ; parte 2:  $t(23.15) = -2.32$ ,  $p = .015$ ,  $d = -0.82$ ; total:  $t(33) = -2.09$ ,  $p = .004$ ,  $d = -0.95$ . Mais uma vez, verifica-se a obtenção de melhores resultados nas diferentes partes do instrumento pelas crianças com perturbação dos sons da fala em idade pré-escolar em comparação com as crianças com perturbação da linguagem.

Através da análise do qui-quadrado com correção de Monte Carlo verifica-se uma associação, ainda que marginalmente significativa, entre a idade e o diagnóstico ( $\chi^2(6) = 12.54$ ,  $p = .051$ ,  $V = .23$ ). Na faixa etária dos 5 anos encontramos crianças com todos os diagnósticos incluídos neste estudo (56.1% das crianças sem diagnóstico; 43.5% das crianças com PND; 41.7% das crianças com PC). Verificamos que o diagnóstico de perturbações do neurodesenvolvimento surge em idades mais precoces (30.4% das crianças com 3 anos) enquanto o diagnóstico de PC surge a partir dos 4 anos (77.8% das crianças com PC têm 4 e 5 anos). As crianças sem diagnóstico distribuem-se ainda pelos 3 anos (12.3%) e pelos 4 anos (28.1%).

#### **3.1.3.5.2. Grupo de Crianças do 1.º CEB.**

Com o objetivo de analisar as diferenças na participação comunicativa de crianças entre os 6 e os 10 anos que frequentam o 1.º CEB em função do diagnóstico atribuído, compararam-se as médias das pontuações obtidas nas duas partes e no total do FOCUS-34 Portugal. Para tal, recorreu-se à ANOVA de um fator.

Foram verificados os pressupostos para a aplicação deste método estatístico, nomeadamente distribuição normal, considerando o  $n$  superior a 25 em dois subgrupos (aplica-se o TLC, Marôco, 2018). A distribuição normal no grupo de crianças com PC (PC,  $n = 23$ ), não foi confirmada na parte 2 e no total do instrumento através do teste de Kolmogorov-Smirnov ( $p < .05$ ). No entanto, o valor de  $n$  é pouco inferior a 25 e, além disso, como os valores absolutos de assimetria e de curtose são aceitáveis ( $sk < 3$ ;  $ku < 7$ , Kline, 1998 citado por Marôco, 2018), considera-se que uma análise paramétrica é robusta à violação da normalidade. Comprova-se ainda a homogeneidade de variâncias através do teste de Levene ( $p > .05$ ).

Pela análise de variância entre as médias obtidas pelas crianças do grupo de crianças do 1.º CEB nas diferentes partes (Tabela 43), verifica-se que não existem diferenças estatisticamente

significativas nas respetivas partes e no total do instrumento na amostra total ( $p > .05$ ), considerando o diagnóstico das crianças.

**Tabela 43**

*Análise de Variância para o FOCUS-34 Portugal no Grupo de Crianças do 1.º CEB em Função do Diagnóstico*

FOCUS-34	Diagnóstico	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>F</i> (2)	<i>p</i>	$\eta^2$
Parte 1	P. Comunicação	23	120.7	25.0	51	150	2.06	.134	.05
	PND	41	107.6	27.4	35	151			
	Sem Diagnóstico	26	115.8	24.7	51	158			
Parte 2	P. Comunicação	23	60.6	16.2	24	77	1.33	.269	.03
	PND	41	54.6	15.6	18	76			
	Sem Diagnóstico	26	58.7	14.9	24	75			
Total	P. Comunicação	23	181.8	39.9	75	227	2.00	.141	.04
	PND	41	162.2	41.6	53	227			
	Sem Diagnóstico	26	174.5	34.5	75	233			

*Nota.* P. = perturbações; PND = perturbações do neurodesenvolvimento.

Quanto à especificidade do diagnóstico de perturbações da comunicação para o grupo de crianças do 1.º CEB ( $n_{PL} = 15$ ,  $n_{PSF} = 8$ ), verificaram-se primeiramente os pressupostos estatísticos para a realização do teste *t* de *student*. Apesar de o *n* reduzido, como os valores absolutos de assimetria e de curtose são aceitáveis ( $sk < 3$ ;  $ku < 7$ , Kline, 1998 citado por Marôco, 2018), considera-se que uma análise paramétrica é robusta à violação da normalidade. Comprovou-se também a homogeneidade de variâncias através do teste de Levene ( $p > .05$ ), exceto na parte 2 do instrumento ( $p < .05$ ), o que levou à análise do valor do teste *t* de *student* de Welch nesta parte. Verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois diagnósticos em todas as partes do instrumento, com tamanhos do efeito elevados ( $0.5 < d < 1$ ) considerando parte 1:  $t(21) = -1.80$ ,  $p = .043$ ,  $d = -0.79$ ; parte 2:  $t(18.08) = -2.94$ ,  $p = .004$ ,  $d = -0.98$ ; total:  $t(21) = -2.14$ ,  $p = .010$ ,  $d = -0.94$ . Mais uma vez, verifica-se a obtenção de melhores resultados nas diferentes partes do instrumento pelas crianças com perturbação dos sons da fala do 1.º CEB.

A análise de qui-quadrado indica uma associação entre o diagnóstico da criança e as habilitações académicas do pai ( $\chi^2(9) = 19.70$ ,  $p = .020$ ,  $V = .27$ ) e da mãe ( $\chi^2(9) = 21.03$ ,  $p = .012$ ,  $V = .28$ ), verificando-se que os pais da maioria das crianças com perturbação dos sons da fala (75% no caso do pai, 100% no caso da mãe) têm habilitação superior. Os pais das crianças com perturbação da linguagem (66.7% no caso do pai, 26.7% no caso da mãe) têm menos habilitações. As crianças com



perturbação do neurodesenvolvimento ou sem diagnóstico são igualmente distribuídas por pais com diferentes níveis de habilitações.

Verifica-se ainda uma associação entre o diagnóstico e a idade ( $\chi^2(12) = 23.89, p = .021, V = .30$ ), com a totalidade das crianças com diagnóstico de perturbação dos sons da fala com 6 ou 7 anos de idade; as crianças sem diagnóstico assumem uma elevada representatividade nas primeiras idades deste grupo (34.8% das crianças com 6 anos, 38.9% das crianças com 7 anos; 35% das crianças com 8 anos); crianças mais velhas com diagnóstico de perturbações do neurodesenvolvimento (68.2% das crianças com 9 anos e 71.4% das crianças com 10 anos) e crianças com perturbação da linguagem distribuídas por todas as idades de forma mais próxima (17.4% das crianças com 6 anos, 11.1% das crianças com 7 anos, 20% das crianças com 8 anos, 13.6% das crianças com 9 anos e 28.6% as crianças com 10 anos).

### **3.1.3.6. Diferenças no FOCUS-34 Portugal em Função das Medidas de Suporte à Aprendizagem e à Inclusão das Crianças.**

No grupo de crianças do 1.º CEB pode observar-se um considerável número de crianças com medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão, ao contrário do que acontece na educação pré-escolar, onde 85.3% das crianças não beneficiam de qualquer medida. Considerando este facto, e de modo a melhor inferir sobre as variáveis diferenciadoras dos resultados da participação comunicativa, considerou-se pertinente analisar as diferenças na participação comunicativa de crianças entre os 6 e os 10 anos que frequentam o 1.º CEB em função das medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão que beneficiam, comparando as médias das pontuações obtidas nas duas partes e no total do FOCUS-34 Portugal. Para tal, recorreu-se a uma ANOVA de um fator.

Foram verificados os pressupostos para a aplicação deste método estatístico, nomeadamente distribuição normal, considerando o  $n$  superior a 25 num dos subgrupos (aplica-se o TLC (Marôco, 2018)) e a distribuição normal nos restantes grupos através do teste de Kolmogorov-Smirnov ( $p > .05$ ). Não é verificada a homogeneidade de variâncias através do teste de Levene ( $p < .05$ ) em nenhuma das partes do instrumento. Como tal, o  $F$  e nível de significância  $p$  foram obtidos através do teste robusto com correção de Welch.

Pela análise de variância entre as médias obtidas pelas crianças do grupo de crianças do 1.º CEB nos diferentes níveis nas diferentes partes (Tabela 44), verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas respetivas partes e no total do instrumento na amostra total ( $p > .05$ ), considerando as medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão das crianças.

Tabela 44

Análise de Variância para o FOCUS-34 Portugal no Grupo de Crianças do 1.º CEB em Função das Medidas de Suporte à Aprendizagem e à Inclusão

FOCUS-34	Medidas	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>F</i> (3)	<i>p</i>	Post hoc
Parte 1	Sem medidas	24	127.0	22.1	76	158	3.73	.024	1>4*, 1=2=3
	Universais	18	113.8	16.9	87	137			2=3=4
	Seletivas	40	108.7	26.3	51	149			
	Adicionais	8	94.3	38.6	35	139			
Parte 2	Sem medidas	24	66.2	8.7	39	77	6.80	.002	1>3*, 4*, 1=2
	Universais	18	56.2	10.8	35	79			2=3=4
	Seletivas	40	54.3	15.7	24	77			
	Adicionais	8	48.6	22.8	18	73			
Total	Sem medidas	24	193.6	28.8	115	233	5.25	.006	1>3*,4*, 1=2
	Universais	18	170.0	24.4	133	205			2=3=4
	Seletivas	40	162.9	40.8	75	225			
	Adicionais	8	142.9	59.9	53	208			

Nota. \* $p < .05$ .

De modo a melhor compreender estas diferenças, foi utilizado um método de comparações múltiplas à posteriori, nomeadamente o post hoc de Scheffé (Tabela 44). Os resultados médios obtidos nas diferentes partes vão diminuindo progressivamente em função das medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão beneficiadas. Verificam-se diferenças significativas na parte 1 do instrumento entre crianças sem medidas e o grupo de crianças com medidas adicionais. Na parte 2 e no total do instrumento verificam-se diferenças significativas entre crianças sem medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão e os grupos de crianças com medidas seletivas e com medidas adicionais.

A notar que há uma associação entre a idade e as medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão ( $\chi^2(12) = 50.68, p < .001, V = .43$ ), ou seja, as medidas vão sendo mais restritivas com o aumento da idade: entre os 6 e os 7 anos é frequente a ausência de medidas (87.5% das crianças sem medidas); as crianças que usufruem de medidas universais têm sobretudo 6 (27.8%), 7 (22.2%) e 8 anos (33.3%); dos 8 aos 9 anos é frequente a aplicação de medidas seletivas (67.5% das crianças com medidas seletivas) e aos 9 e 10 anos a aplicação de medidas adicionais (37.5% e 50% das crianças com medidas adicionais, respetivamente).

Também na distribuição de medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão se verificam diferenças em função do diagnóstico ( $\chi^2(9) = 50.94, p < .001, V = .43$ ): crianças com perturbação dos sons da fala não usufruem de medidas, crianças com perturbação da linguagem distribuem-se pela

ausência de medidas (20% das crianças com PL), medidas universais (75% das crianças com PL) e medidas seletivas (40% das crianças com PL); crianças com perturbações do neurodesenvolvimento usufruem essencialmente de medidas seletivas (46.3% das crianças com PND) ou medidas adicionais, (14.6% das crianças com PND) e crianças sem diagnóstico não beneficiam de medidas ou usufruem de medidas universais (38.5% cada).

### **3.1.3.7. Diferenças no FOCUS-34 Portugal em Função do Tempo de Intervenção.**

Com o objetivo de analisar as diferenças na participação comunicativa de crianças entre os 3 e os 10 anos em função do tempo que usufruem de intervenção em terapia da fala, compararam-se as médias das pontuações obtidas nas duas partes e no total do FOCUS-34 Portugal. Para tal, recorreu-se à ANOVA de um fator.

Foram verificados os pressupostos para a aplicação deste método estatístico, nomeadamente distribuição normal, considerando o  $n$  superior a 30 nos três subgrupos aplica-se o TLC (Marôco, 2018); assim como se comprova a homogeneidade de variâncias (Levene,  $p > .05$ ).

Não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas nos resultados do instrumento em função do tempo de intervenção em terapia da fala, considerando: parte 1  $F(2) = 0.46$ ,  $p = .633$ ,  $\eta^2 = .01$ ; parte 2:  $F(2) = 0.55$ ,  $p = .578$ ,  $\eta^2 = .00$ ; total:  $F(2) = .50$ ,  $p = .609$ ,  $\eta^2 = .01$ .

De forma a melhor analisar a existência de diferenças em função do tempo de intervenção, foi realizada uma análise para o grupo de crianças em idade pré-escolar e outra para o grupo de crianças do 1.º CEB.

#### ***3.1.3.7.1. Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar.***

Com o objetivo de analisar as diferenças na participação comunicativa de crianças entre os 3 e os 6 anos que frequentam o pré-escolar em função do tempo que usufruem de apoio de terapia da fala, compararam-se as médias das pontuações obtidas nas duas partes e no total do FOCUS-34 Portugal. Para tal, recorreu-se a uma ANOVA de um fator.

Foram verificados os pressupostos para a aplicação deste método estatístico, nomeadamente distribuição normal, considerando o  $n$  superior a 30 em dois subgrupos, aplica-se o TLC (Marôco, 2018). Através do teste de Shapiro-Wilk verificou-se que o grupo 3 (mais de 24 meses,  $n = 12$ ), não seguia a distribuição normal na parte 2 do instrumento ( $p < .05$ ), apesar de próximo do limiar ( $p = .043$ ). No entanto, como os valores absolutos de assimetria e de curtose são aceitáveis ( $sk < 3$ ;  $ku < 7$ , Kline, 1998

citado por Marôco, 2018), considera-se que uma análise paramétrica é robusta à violação da normalidade. Comprova-se também a homogeneidade de variâncias através do teste de Levene ( $p > .05$ ).

Pela análise de variância entre as médias obtidas pelas crianças com diferentes tempos de intervenção nas diferentes partes (Tabela 45), verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nas respetivas partes e no total do instrumento na amostra total ( $p > .05$ ), considerando o tempo de intervenção no grupo de crianças em idade pré-escolar.

**Tabela 45**

*Análise de Variância para o FOCUS-34 Portugal no Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar em Função do Tempo de Intervenção*

FOCUS-34	Tempo Intervenção	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>F</i> (2)	<i>p</i>	$\eta^2$
Parte 1	> 12 meses	66	104.1	31.1	23	225	0.57	.565	.01
	12–24 meses	38	109.0	32.1	31	231			
	< 24 meses	12	98.6	33.8	33	210			
Parte 2	> 12 meses	66	52.2	16.7	11	74	0.49	.611	.01
	12–24 meses	38	54.7	17.9	20	76			
	< 24 meses	12	49.4	18.3	20	70			
Total	> 12 meses	66	156.2	47.1	34	225	0.61	.545	.01
	12–24 meses	38	163.7	49.4	53	231			
	< 24 meses	12	147.2	51.4	53	210			

Verifica-se ainda uma associação entre o tempo de intervenção e o diagnóstico ( $\chi^2(6) = 15.49$ ,  $p = .017$ ,  $V = .26$ ), ou seja, 41.7% das crianças com intervenções de maior duração (até 24 meses) correspondem a crianças com perturbações do neurodesenvolvimento, enquanto as intervenções mais curtas (até 12 meses) são compostas por 62.1% de crianças sem diagnóstico, seguido de 28.8% crianças com PC. As intervenções de média duração (até 24 meses) distribuem-se de forma próxima pelos diferentes diagnósticos (31.6% são crianças sem diagnóstico, 31.6% são crianças com PND; 36.7% são crianças com PC).

### **3.1.3.7.2. Grupo de Crianças do 1.º CEB.**

Com o objetivo de analisar as diferenças na participação comunicativa de crianças entre os 6 e os 10 anos que frequentam o 1.º ciclo em função do tempo de intervenção em terapia da fala, compararam-se as médias das pontuações obtidas nas duas partes e no total do FOCUS-34 Portugal. Para tal, recorreu-se a uma ANOVA de um fator (Tabela 46).

Foram verificados os pressupostos para a aplicação deste método estatístico, nomeadamente a distribuição normal, considerando o  $n$  superior a 30 em dois subgrupos, aplica-se o TLC (Marôco, 2018). A distribuição normal no grupo de intervenção entre 12 e 24 meses ( $n = 18$ ), através do teste de Shapiro-Wilk não foi confirmada na parte 2 e no total do instrumento ( $p < .05$ ). No entanto, como os valores absolutos de assimetria e de curtose são aceitáveis ( $sk < 3$ ;  $ku < 7$ , Kline, 1998 citado por Marôco, 2018), considera-se que uma análise paramétrica é robusta à violação da normalidade. Comprova-se também a homogeneidade de variâncias através do teste de Levene ( $p > .05$ ).

**Tabela 46**

*Análise de Variância para o FOCUS-34 Portugal no Grupo de crianças do 1.º CEB em Função do Tempo de Intervenção*

FOCUS-34	Tempo Intervenção	$n$	$M$	$DP$	$Min.$	$Máx.$	$F(2)$	$p$	$\eta^2$
Parte 1	> 12 meses	29	116.6	28.9	51	154	1.23	.298	.03
	12–24 meses	18	118.3	25.1	70	158			
	< 24 meses	43	109.0	25.7	35	148			
Parte 2	> 12 meses	29	59.3	14.1	24	77	1.31	.275	.03
	12–24 meses	18	60.2	16.2	24	75			
	< 24 meses	43	54.8	14.9	18	75			
Total	> 12 meses	29	175.9	39.8	75	227	1.12	.332	.03
	12–24 meses	18	179	40.6	98	233			
	< 24 meses	43	163.8	39.1	53	223			

Pela análise de variância entre as médias obtidas pelas crianças com diferentes tempos de intervenção nas diferentes partes (Tabela 46), verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nas respetivas partes e no total do instrumento na amostra total ( $p > .05$ ), considerando o tempo de intervenção no grupo de crianças do 1.º CEB.

### 3.2. Estudo II - FOCUS-34 Portugal: Responsividade Como Medida de Resultado

Apresentam-se os resultados do estudo II. Num primeiro momento, replicam-se alguns dos procedimentos realizados no estudo I (1.ª aplicação do FOCUS-34 Portugal) para a segunda aplicação do FOCUS-34 Portugal: análise de qualidades psicométricas de fiabilidade, análise correlacional entre ambas as aplicações, análises diferenciais entre os subgrupos formados pelas variáveis em estudo, a fim de verificar a sua concordância com a primeira aplicação. Este é um procedimento intermédio necessário para alcançarmos os objetivos propostos para este estudo, à semelhança do realizado por outros autores (Thomas-Stonell, Oddson, et al., 2013; Thomas-Stonell, Washington, et al., 2013, 2015).

Num segundo momento, e com vista ao principal objetivo do estudo II acerca da responsividade do instrumento como medida de resultado, são reportados resultados referentes à pontuação diferencial obtida entre as duas aplicações, a qual designaremos FOCUS-34 Portugal- Mudança. Primeiramente apresentamos a consistência interna dos itens para esta pontuação, contribuindo para o estudo da fiabilidade do instrumento como medida de resultado. Por fim, caracterizam-se as mudanças verificadas nos resultados da participação comunicativa das crianças com PC após um período de intervenção (com base na pontuação FOCUS-34 Portugal- Mudança), em função das variáveis independentes em estudo e relações entre as mesmas. Estas análises serão realizadas para o grupo de crianças em idade pré-escolar e para o grupo de crianças do 1.º CEB.

### **3.2.1. FOCUS-34 Portugal- 2.ª Aplicação**

Conforme referido, e como passo intermédio para alcançar os objetivos do estudo II, iremos agora apresentar as análises estatísticas (descritiva, consistência interna, correlacional, inferencial) da 2.ª aplicação do instrumento FOCUS-34 Portugal para a amostra deste estudo ( $N = 168$ ). Relembramos que a mesma foi aplicada com um intervalo mínimo de três meses face à primeira aplicação. As questões de investigação a que pretendemos dar resposta são as mesmas do estudo I (questões três a dez).

#### **3.2.1.1. Consistência Interna e Análise Correlacional do FOCUS-34 Portugal- 2.ª Aplicação.**

Tal como sugerido por Mokkink et al. (2018) a responsividade de um instrumento deve ser tida em conta como uma qualidade psicométrica por si só, pelo que a validade de construto e fiabilidade devem ser novamente testadas em cada aplicação do instrumento. Assim, apesar da elevada consistência interna demonstrada pelo instrumento na 1.ª aplicação, volta-se a analisar a consistência interna dos itens do instrumento na segunda aplicação a uma amostra mais reduzida (amostra do estudo II,  $N = 168$ ), por forma a obter uma análise o mais rigorosa possível, tal como realizado no estudo de Thomas-Stonell, Washington, et al. (2013) com o FOCUS original.

A avaliação da consistência interna dos itens foi realizada através da análise do alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) para a amostra em estudo ( $N = 168$ ). Os valores do alfa de Cronbach obtidos para a parte 1, 2 e total do instrumento foram, respetivamente, .98, .97, .99.

Os valores de referência a considerar na análise da consistência interna foram baseados nos valores referidos por Field (2013) que atribui a seguinte classificação para cada valor de  $\alpha$ : excelente ( $\alpha > .90$ ), bom ( $\alpha > .80$ ), aceitável ( $\alpha > .70$ ), questionável ( $\alpha > .60$ ), fraco ( $\alpha > .50$ ) e inaceitável ( $\alpha < .50$ ). Conclui-se que os valores de alfa de Cronbach para cada parte traduzem uma excelente consistência

interna dos itens ( $\alpha > .90$ ), o que reflete uma elevada homogeneidade dos itens e a grande consistência com que medem o mesmo construto teórico. Verifica-se uma forte aproximação entre os valores de consistência interna da 1.ª aplicação ( $\alpha = .98$ ) e os valores de consistência interna da 2.ª aplicação do instrumento FOCUS-34 Portugal.

Na Tabela 47 apresenta-se a análise da consistência interna os itens da parte 1 do instrumento, reportando os resultados item a item e considerando a média das respostas a cada item, os valores mínimos e máximos, a correlação do item com o total da parte ( $r_{ITC}$ ) e o valor do alfa de Cronbach se o item for retirado ( $\alpha$ ).

Tabela 47

*Média das Pontuações dos Itens e Análise da Consistência Interna dos Itens da Parte 1 do FOCUS-34 Portugal- 2.ª*

*Aplicação*

FOCUS-34 Portugal- 2.ª Aplicação		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>r</i> ITC	$\alpha$
Parte 1							
1.	A criança está confortável quando comunica.	5.45	1.37	2	7	.74	.98
2.	A criança fala enquanto brinca.	5.60	1.56	1	7	.73	.98
3.	A criança está disposta para falar com outras pessoas.	5.19	1.56	1	7	.84	.98
4.	A criança é confiante quando comunica com adultos que não a conhecem bem.	4.45	1.65	1	7	.71	.98
5.	A criança comunica de forma independente.	4.77	1.72	1	7	.87	.98
6.	A criança fala muito.	5.35	1.78	1	7	.83	.98
7.	A criança junta palavras.	5.63	1.72	1	7	.75	.98
8.	A criança comunica de forma independente com outras crianças.	5.58	1.73	1	7	.88	.98
9.	O discurso da criança é claro.	4.84	1.66	1	7	.86	.98
10.	A criança é compreendida na primeira vez que fala com outras crianças.	4.96	1.67	1	7	.86	.98
11.	A criança fala com frases completas.	5.18	1.68	1	7	.88	.98
12.	A criança recorre à comunicação para resolver problemas.	5.44	1.57	1	7	.87	.98
13.	A criança espera a sua vez para comunicar.	4.54	1.65	1	7	.72	.98
14.	A criança transmite as suas ideias por palavras.	5.24	1.71	1	7	.89	.98
15.	A criança usa a gramática corretamente quando fala.	4.32	1.65	1	7	.81	.98
16.	A criança usa novas palavras.	5.02	1.53	1	7	.80	.98
17.	A criança usa palavras para pedir coisas.	5.83	1.55	1	7	.80	.98
18.	A criança é compreendida na primeira vez que fala com adultos que não a conhecem bem.	4.74	1.70	1	7	.86	.98
19.	A criança reconta eventos passados a adultos que não a conhecem bem.	4.24	1.80	1	7	.80	.98
20.	A criança usa linguagem para comunicar novas ideias.	5.26	1.72	1	7	.87	.98
21.	A criança comunica de forma independente com adultos que não a conhecem bem.	4.41	1.79	1	7	.83	.98
22.	A criança fala com outra criança sobre o que está a fazer no momento.	5.27	1.72	1	7	.88	.98
23.	A criança concentra-se na tarefa que está a fazer.	4.72	1.43	1	7	.58	.98

*Nota.*  $r_{ITC}$  = correlação do item com o total da parte;  $\alpha$  = alfa de Cronbach se o item for retirado.

A consistência interna da parte 1 do FOCUS-34 Portugal- 2.<sup>a</sup> Aplicação, analisando cada um dos itens de forma separada, permitiu concluir que, para a parte considerada, todos os itens apresentam um adequado coeficiente de correlação corrigido entre o item e o total da parte ( $r_{ITC} > .50$ , Hair et al., 2014). Destaca-se o último item (item 23 “A criança concentra-se na tarefa que está a fazer.”) como o item que apresentou um coeficiente mais baixo de correlação corrigido entre o item e o total da parte (.583), ainda assim, acima do aceitável. Os restantes itens apresentam um  $r_{ITC}$  entre os .70 e os .89. Desta forma, pode apreciar-se a concordância de valores entre a presente aplicação e a primeira (1.<sup>a</sup> aplicação:  $r_{ITC} = .70$  a .86)

Por outro lado, a análise do valor de alfa de Cronbach da parte 1 do instrumento, caso os itens sejam retirados, não aumentou, não se justificando a eliminação de nenhum item.

Apreciando a média e desvio padrão, verificam-se valores próximos entre todos os itens, com valores de média entre os 4.24 e 5.83, valores superiores aos da 1.<sup>a</sup> aplicação ( $M = 3.74$  a 5.43). Os itens com as médias mais baixas e mais altas mantêm-se em relação à 1.<sup>a</sup> aplicação, respetivamente item 19 ( $M = 4.24$ ) e o item 17 ( $M = 5.83$ ). O desvio padrão situa-se muito próximo dos valores da 1.<sup>a</sup> aplicação (1.<sup>a</sup> aplicação entre 1.42 a 1.81, 2.<sup>a</sup> aplicação entre 1.37 a 1.80).

Especificando esta análise para o *grupo de crianças em idade pré-escolar* verifica-se que todos os itens apresentam um  $r_{ITC}$  superior a .67 (mais uma vez, item 23 com valor mais baixo, embora valor muito mais próximo aos restantes itens, em comparação com a anterior aplicação), com a maioria dos itens com um  $r_{ITC}$  entre os .73 e o .89. A análise do valor de alfa de Cronbach da parte 1 do instrumento para as crianças do 1.<sup>o</sup> CEB, caso os itens sejam retirados, não aumentou ( $\alpha = .98$ ; 1.<sup>a</sup> aplicação  $\alpha = .96$ ), não se justificando a eliminação de nenhum item. Apreciando a média e desvio padrão para o grupo de pré-escolar, verificam-se valores próximos entre todos os itens e superiores à anterior aplicação, com valores de média entre os 4.32 (item 15 “A criança usa a gramática corretamente quando fala.”) e os 5.75 (item 17 “A criança usa palavras para pedir coisas.”). Novamente, o item 19 ( $M = 4.36$ ) “A criança reconta eventos passados a adultos que não a conhecem bem.” e o item 21 ( $M = 4.40$ ) (“A criança comunica de forma independente com adultos que não a conhecem bem.”) são os que apresentam média mais baixa a seguir ao item 15. O desvio padrão situa-se entre 1.25 a 1.83 em todos os itens.

Especificando esta análise para o *grupo de crianças do 1.<sup>o</sup> CEB* verifica-se que todos os itens apresentam um  $r_{ITC}$  superior a .48 (mais uma vez, item 23 com valor mais baixo), com a maioria dos itens com um valor de  $r_{ITC}$  entre os .64 e .90. A análise do valor de alfa de Cronbach da parte 1 do instrumento, mantem-se nos .98, não se justificando a eliminação de nenhum item.



Apreciando a média e desvio padrão, verificam-se valores próximos entre todos os itens, com valores de média superiores à anterior aplicação: entre os 4.08 (item 19 “A criança reconta eventos passados a adultos que não a conhecem bem.”) e os 5.70 (item 8 “A criança comunica de forma independente com outras crianças.”). À semelhança da aplicação anterior, o item 15 ( $M = 4.31$ ) “A criança usa a gramática corretamente quando fala) e o item 21 ( $M = 4.42$ ) “A criança comunica de forma independente com adultos que não a conhecem bem.” são os que apresentam média mais baixa a seguir ao item 19. O desvio padrão situa-se entre 1.48 a 1.91 em todos os itens.

De acordo com os dados da Tabela 48, a análise da consistência interna da parte 2 do FOCUS-34 Portugal, analisando cada um dos itens de forma separada, permitiu concluir que, para a parte considerada, todos os itens apresentam um adequado coeficiente de correlação corrigido entre o item e o total da parte ( $r_{ITC} > .50$ , Hair et al., 2014), situando-se este valor entre .78 e .92, superior aos valores da 1.ª aplicação (.71 e .89). Por outro lado, a análise do valor de alfa de Cronbach da parte 2 do instrumento, caso os itens sejam retirados, não aumentou, não se justificando a eliminação de nenhum item, reproduzindo os resultados encontrados da 1.ª aplicação.

**Tabela 48**

*Média das Pontuações dos Itens e Análise da Consistência Interna dos Itens da Parte 2 do FOCUS-34 Portugal- 2.ª Aplicação*

FOCUS-34 Portugal- 2.ª Aplicação						
Parte 2	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>r</i> ITC	$\alpha$
1. A criança comunica de forma eficaz com adultos próximos.	5.48	1.56	1	7	.84	.97
2. A criança é incluída em jogos/ brincadeiras pelas outras crianças.	5.51	1.50	1	7	.85	.97
3. A criança tenta levar a cabo uma conversa com adultos que não a conhecem bem.	4.49	1.78	1	7	.80	.97
4. A criança participa em atividades de grupo.	5.43	1.68	1	7	.85	.97
5. A criança conta histórias com sentido.	5.04	1.81	1	7	.89	.97
6. A criança responde a questões.	5.54	1.62	1	7	.89	.97
7. A criança pede coisas a outras crianças.	5.56	1.62	1	7	.86	.97
8. A criança comunica de forma eficaz com outras crianças.	5.40	1.64	1	7	.92	.97
9. A criança comunica de forma eficaz com adultos que não a conhecem bem.	4.57	1.66	1	7	.78	.97
10. A criança é compreendida pelas outras crianças.	5.28	1.72	1	7	.87	.97
11. A criança junta-se a conversas com os seus pares.	5.31	1.82	1	7	.90	.97

*Nota.*  $r$  ITC = correlação do item com o total da parte;  $\alpha$  = alfa de Cronbach se o item for retirado.

Apreciando a média e desvio padrão, verificam-se valores próximos entre todos os itens, com valores de média entre os 4.49 e os 5.56, superiores aos da 1.<sup>a</sup> aplicação (entre 4 e os 5.49). O desvio padrão situa-se entre 1.50 e 1.82, inferior ao da 1.<sup>a</sup> aplicação (entre 1.66 e 1.96).

Especificando esta análise para o *grupo de crianças em idade pré-escolar* verifica-se que todos os itens apresentam um  $r$  ITC entre .78 e .93, ligeiramente superior à 1.<sup>a</sup> aplicação. A análise do valor de alfa de Cronbach da parte 2 do instrumento para as crianças em idade pré-escolar, caso os itens sejam retirados mantem-se no valor .97, não se justificando a eliminação de nenhum item.

Apreciando a média e desvio padrão para o grupo de crianças em idade pré-escolar, verificam-se valores próximos entre todos os itens e superiores à anterior aplicação, com valores de média entre os 4.39 (item 3 “A criança tenta levar a cabo uma conversa com adultos que não a conhecem bem.”) e os 5.57 (item 2 “A criança é incluída em jogos/ brincadeiras pelas outras crianças.”). Conforme se verifica, houve uma alteração do item com maior pontuação (na primeira aplicação foi o item 7 “A criança pede coisas a outras crianças.”). O desvio padrão situa-se entre 1.40 e 1.80 em todos os itens.

Especificando esta análise para o *grupo de crianças do 1.º CEB* verifica-se que todos os itens apresentam um  $r$  ITC entre .78 e .92, também ligeiramente superior à primeira aplicação. A análise do valor de alfa de Cronbach da parte 1 do instrumento, caso os itens sejam retirados, mantem-se no valor .97, não se justificando a eliminação de nenhum item.

Apreciando a média e desvio padrão, verificam-se valores próximos entre todos os itens, com valores de média entre os 4.62 (item 3 “A criança tenta levar a cabo uma conversa com adultos que não a conhecem bem.”) e os 5.59 (item 7 “A criança pede coisas a outras crianças.”). O desvio padrão situa-se entre 1.63 a 2.00 em todos os itens. Conforme se verifica, apesar de o valor da média do item mais baixo ter sido superior ao da primeira aplicação, o mesmo não acontece quanto ao item de média mais alta, dado que, apesar de se manter o mesmo, verifica-se uma diminuição ligeira na média nesta segunda aplicação. O desvio padrão também aumentou comparativamente à aplicação anterior.

Face à elevada consistência interna encontrada ( $\alpha = .99$ ), verifica-se que a elevada consistência interna encontrada na 1.<sup>a</sup> aplicação pode ser replicada para a 2.<sup>a</sup> aplicação, conferindo fiabilidade ao instrumento nas suas duas aplicações.

Thomas-Stonell, Washington, et al. (2013) adotaram um procedimento de análise descritiva de 10% dos itens do FOCUS com pontuação superior e inferior no seu estudo. Replicando esse procedimento, apresenta-se a Tabela 49 onde constam os três itens do FOCUS-34 Portugal com média superior e os três itens com média inferior na amostra da segunda aplicação do FOCUS-34 Portugal.

Tabela 49

Análise Descritiva dos Itens com Média de Pontuação Superior e Inferior no FOCUS-34 Portugal- 2.ª Aplicação

Grupo de crianças	FOCUS-34 Portugal- 2.ª Aplicação			
	Pontuação superior		Pontuação inferior	
	Item (parte)	<i>M (DP)</i>	Item (parte)	<i>M (DP)</i>
Pré-Escolar	17 (1)	5.75 (1.51)	15 (1)	4.32 (1.69)
	7(1)	5.70 (1.60)	19 (1)	4.36 (1.79)
	2(1)	5.62 (1.61)	13 (1)	4.55 (1.58)
1.º CEB	17 (1)	5.93 (1.61)	19 (1)	4.08 (1.83)
	8 (1)	5.7 (1.68)	4 (1)	4.23 (1.73)
	12 (1)	5.59 (1.63)	15 (1)	4.31 (1.61)

Nota. CEB = ciclo do ensino básico.

Na Tabela 50 apresentamos a distribuição dos resultados obtidos no instrumento ( $N = 168$ ) considerando os valores absolutos de assimetria ( $sk$ ) e curtose ( $ku$ ) para cada parte e para cada item. À semelhança da primeira aplicação, nenhum item apresenta graves desvios na sua distribuição, uma vez que os valores de assimetria e curtose são inferiores, respetivamente, a 3 e 7 (Kline, 1998 citado por Marôco, 2018).

Tabela 50

Valores de Assimetria e Curtose Para os Itens do FOCUS-34 Portugal- 2.ª Aplicação

FOCUS-34 Portugal- 2.ª Aplicação	Assimetria	Curtose
Parte 1	-893	.373
1. A criança está confortável quando comunica.	-.763	-.322
2. A criança fala enquanto brinca.	-1.224	.907
3. A criança está disposta para falar com outras pessoas.	-.607	-.416
4. A criança é confiante quando comunica com adultos que não a conhecem bem.	-.151	-.910
5. A criança comunica de forma independente.	-.374	-.829
6. A criança fala muito.	-1.057	.155
7. A criança junta palavras.	-1.350	.843
8. A criança comunica de forma independente com outras crianças.	-1.216	.452
9. O discurso da criança é claro.	-.662	-.294
10. A criança é compreendida na primeira vez que fala com outras crianças.	-.680	-.261
11. A criança fala com frases completas.	-.896	.072
12. A criança recorre à comunicação para resolver problemas.	-1.02	.312
13. A criança espera a sua vez para comunicar.	-.342	-.756
14. A criança transmite as suas ideias por palavras.	-.894	-.178
15. A criança usa a gramática corretamente quando fala.	-.346	-.753
16. A criança usa novas palavras.	-.698	-.311
17. A criança usa palavras para pedir coisas.	-1.463	1.247
18. A criança é compreendida na primeira vez que fala com adultos que não a conhecem bem.	-.489	-.640
19. A criança reconta eventos passados a adultos que não a conhecem bem.	-.253	-1.006
20. A criança usa linguagem para comunicar novas ideias.	-.917	-.092
21. A criança comunica de forma independente com adultos que não a conhecem bem.	-.193	-1.016

FOCUS-34 Portugal- 2. <sup>a</sup> Aplicação	Assimetria	Curtose
22. A criança fala com outra criança sobre o que está a fazer no momento.	-1	.020
23. A criança concentra-se na tarefa que está a fazer.	-.452	-.375
Parte 2	-.976	.373
1. A criança comunica de forma eficaz com adultos próximos.	-.982	-.108
2. A criança é incluída em jogos/ brincadeiras pelas outras crianças.	-1.047	.203
3. A criança tenta levar a cabo uma conversa com adultos que não a conhecem bem.	-.463	-.771
4. A criança participa em atividades de grupo.	-.889	-.410
5. A criança conta histórias com sentido.	-.875	-.259
6. A criança responde a questões.	-1.230	.732
7. A criança pede coisas a outras crianças.	-1.080	.244
8. A criança comunica de forma eficaz com outras crianças.	-1.042	.130
9. A criança comunica de forma eficaz com adultos que não a conhecem bem.	-.504	-.755
10. A criança é compreendida pelas outras crianças.	-.895	-.255
11. A criança junta-se a conversas com os seus pares.	-1.046	-.097
Total FOCUS-34 Portugal- 2. <sup>a</sup> Aplicação	-.929	.373

Nota.  $n$  = número de casos

Assim, recorreu-se à estimativa da estatística de Pearson ( $r$ ) para analisar as intercorrelações observadas entre as partes e a pontuação total do FOCUS-34 Portugal- 2.<sup>a</sup> aplicação. Os resultados encontram-se descritos na Tabela 51. Através dos dados apresentados na Tabela 51 pode concluir-se que os coeficientes de correlação observados indicam correlações positivas muito fortes ( $r > .80$ ) entre a parte 1 e parte 2 e entre estas duas partes e o total do FOCUS-34 Portugal- 2.<sup>a</sup> Aplicação, com um nível de significância inferior a .001, à semelhança do que revelou a 1.<sup>a</sup> aplicação.

**Tabela 51**

*Correlações dos Resultados nas Partes e no total do FOCUS 34 Portugal- 2.<sup>a</sup> Aplicação*

Partes e total do FOCUS	Parte 1	Parte 2
Parte 1	-	.88*
Parte 2	.88*	-
Total	.98*	.95*

Nota. \* $p < .001$ .

De forma a melhor apreciar a correlação entre as duas aplicações do instrumento, realizou-se uma análise correlacional entre ambas, verificando-se um coeficiente de correlação positivo muito forte ( $r = .86$ ,  $p < .001$ ). Tal robustece a utilização do FOCUS-34 Portugal como instrumento que mede um único construto mantendo a validade em momentos temporais diferentes. No sentido da estabilidade dos resultados (precisão), as correlações das pontuações das crianças relativamente aos dois momentos são elevadas, significando que as crianças, mesmo evoluindo na participação comunicativa, mantêm entre si níveis de desempenho diferenciais e estáveis. Os coeficientes encontrados são iguais ou superiores a

.80, estando em sincronia com os coeficientes de consistência interna bastante satisfatórios nas duas aplicações do instrumento.

### **3.2.1.2. Análises Diferenciais em Função das Variáveis em Estudo - FOCUS-34 Portugal- 2.<sup>a</sup> Aplicação.**

De igual modo, à semelhança do realizado com a consistência interna e análise correlacional, repetiram-se as análises diferenciais na pontuação do instrumento em função das variáveis da segunda aplicação do instrumento FOCUS-34 Portugal, seguindo os mesmos procedimentos do estudo anterior. Recorreu-se ao teste *t* de *student* e à ANOVA a um fator, dependendo das variáveis independentes em estudo. Apresentam-se ainda os resultados da análise de qui-quadrado e respetivo *V* de Cramer sempre que se verificou associação entre variáveis independentes analisadas.

Optou-se pela análise separada do grupo de crianças em idade pré-escolar e do grupo de crianças do 1.º CEB e pela análise do valor da pontuação total do instrumento (construto único) e não as suas partes, visto que tal foi já realizado na 1.<sup>a</sup> aplicação e não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre partes (níveis de significância e tamanhos do efeito semelhantes).

#### ***3.2.1.2.1. Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar.***

Para o grupo de crianças em idade pré-escolar, foram verificados os pressupostos para a realização das análises, nomeadamente teste de Kolmogorov-Smirnov para normalidade da distribuição e teste de Levene para homogeneidade de variância. Não cumpriam a normalidade ( $p < .05$ ) os seguintes subgrupos de crianças: 5.00-5.11 anos, feminino, masculino, pais com habilitações até ao ensino secundário, pais com habilitações ao nível do ensino superior, tempo de intervenção entre 12 e 24 meses, e sem diagnóstico. No entanto, uma vez que o *n* é superior a 25 em todos estes grupos, aplica-se o TLC (Marôco, 2018). A homogeneidade das variâncias não se verificou nos diferentes grupos formados pelos níveis CFCS atribuídos, nem nos diferentes grupos formados pelo diagnóstico, tendo-se obtido o valor de *F* com correção de Welch.

Os resultados são apresentados na Tabela 52. Pela análise da mesma, ao contrário da primeira aplicação, nesta aplicação também o género demonstrou diferenças significativas no grupo de crianças em idade pré-escolar, com melhores resultados no género feminino, com tamanho do efeito elevado ( $d > 0.5$ ).

Tabela 52

Diferenças na pontuação do FOCUS-34 Portugal- 2.ª Aplicação no Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar em Função das Variáveis em Estudo

Variáveis	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	Análise inferencial
Idade						$F(3) = 2.71, p = 0.05, \eta^2 = .08$
3.00-3.11	13	145.6	58.6	55	227	Post hoc Bonferroni:
4.00-4.11	29	166.0	47.7	42	235	3 = 4, 5 ( $p = .052$ ), 6
5.00-5.11	49	182.4	36.6	90	235	
6.00-6.11	6	184.3	57.4	78	238	
Género						$t(95) = 2.56, p = .008, d = 0.57$
Feminino	33	189.6	41.9	-	-	
Masculino	64	164.0	45.7	-	-	
Hab. Académicas Pai						$F(3) = 0.26, p = .85, \eta^2 = .01$
Até 3.º ciclo	42	172.7	45.2	53	238	
Até secundário	27	177.5	40.3	76	227	
Ensino Superior	23	169.8	52.3	42	232	
Não Responde	5	159.4	59.3	62	205	
Hab. Académicas Mãe						$F(3) = 0.66, p = .58, \eta^2 = .01$
Até 3.º ciclo	14	163.2	32.9	111	204	
Até secundário	41	172.6	48.6	53	238	
Ensino Superior	41	175.2	47.7	42	232	
Não Responde	1	205.0	-	205	205	
Nível CFCS						$F(4) = 12.97, p < .001$
Nível I	35	200.7	26.4	90	238	Post hoc Scheffe: 1 < 4**, 5**
Nível II	23	177.3	41.1	78	229	2 < 4*, 5*
Nível III	15	173.7	31.2	123	235	3 < 5*
Nível IV	20	132.6	38.0	53	202	
Nível V	4	97.3	75.80	42	209	
Duração Intervenção TF						$F(2) = 0.86, p = .427, \eta^2 = .010$
Até 12 meses	57	172.4	42.7	55	238	
Até 24 meses	33	177.5	50.2	42	235	
Mais de 24 meses	7	152.4	51.0	53	204	
Diagnóstico atribuído						$F(3) = 7.86, p < .001$
P. Linguagem	11	172.6	38.3	94	229	Post hoc Scheffe:
P. Sons da Fala	18	199.4	21.3	155	235	2*, 4* > 3
PND	18	140.0	53.7	42	209	
Sem diagnóstico	50	172.7	45.9	53	238	

Nota. CFCS = Sistema de Classificação da Comunicação, nível I, II, III, IV, V; P. = perturbação; PND = perturbações do neurodesenvolvimento.  
\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .001$ .

Face à análise da Tabela 52, verifica-se que os valores médios obtidos no FOCUS-34 Portugal- 2.<sup>a</sup> Aplicação para as crianças em idade pré-escolar apresentam diferenças estatisticamente significativas em função da faixa etária, à semelhança da primeira aplicação. Contudo, o nível de significância encontra-se no limiar ( $p = .05$ ). O tamanho do efeito é médio ( $.05 < \eta^2 < .25$ ). Ao realizar o post hoc de Bonferroni, teste mais robusto para amostras pequenas quando as variâncias são homogêneas (Marôco, 2018), verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas, apenas marginalmente significativas ( $p = .05$ ) entre a faixa etária dos 3 e dos 5 anos.

São também encontradas diferenças estatisticamente significativas nos valores médios obtidos no FOCUS-34 Portugal- 2.<sup>a</sup> Aplicação em função do nível CFCS atribuído às crianças. As diferenças encontradas são as mesmas da primeira aplicação, nomeadamente valores maiores em crianças de níveis mais funcionais, com semelhança entre níveis adjacentes. Excetuam-se as diferenças entre as crianças dos níveis CFCS I e III que não foram encontradas nesta aplicação.

Também ao nível do diagnóstico são encontradas diferenças entre as crianças nos valores médios obtidos no FOCUS-34 Portugal- 2.<sup>a</sup> aplicação. Aqui, as crianças com perturbação dos sons da fala ou sem diagnóstico revelam melhores resultados que as crianças com outras perturbações do neurodesenvolvimento, replicando os dados da primeira aplicação. De igual modo e à semelhança da primeira aplicação, realizando um teste *t* de *student* entre os diagnósticos específicos no âmbito das PC (crianças com perturbação da linguagem e crianças com perturbação dos sons da fala) verificam-se diferenças estatisticamente significativas, com melhores resultados no segundo grupo de crianças ( $t(27) = -2.44, p = .022, d = -0.93$ ).

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre as crianças que usufruíam de intervenção com diferentes durações e o diagnóstico ( $\chi^2(6) = 16.103; p = .012; V = .288$ ). Explicitando, as crianças sem diagnóstico e as crianças com perturbação da linguagem são as que prevalecem nas intervenções de curta duração (77.7% das crianças com intervenções até 12 meses). Quanto maior a duração da intervenção, maior o domínio de crianças com perturbações do neurodesenvolvimento e sem diagnóstico. As crianças com perturbação da linguagem distribuem-se de forma equitativa nas intervenções de curta duração (até 12 meses) e de média duração (até 24 meses).

Tal como na aplicação anterior, analisou-se a correlação entre a pontuação total do FOCUS desta aplicação e o nível CFCS atribuído a cada criança em idade pré-escolar, conforme se pode analisar na Tabela 53.

**Tabela 53**

*Correlações entre as Pontuações do FOCUS-34 Portugal- 2.ª Aplicação e o Nível CFCS para o Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar*

FOCUS-34 2.ª Aplicação	Nível I (n = 35)		Nível II (n = 23)		Nível III (n = 15)		Nível IV (n = 20)		Nível V (n = 4)		r
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
Total	200.7	26.4	177.3	41.1	173.7	31.2	132.6	38.0	97.3	75.8	-.62*

Nota. \*  $p < .001$ .

Corroborando a aplicação anterior, verifica-se uma correlação forte negativa ( $0.6 < r < 0.8$ ) entre a pontuação do FOCUS-34 Portugal- 2.ª Aplicação e os níveis CFCS, sendo que quanto maior o nível CFCS da criança menor a pontuação FOCUS.

### **3.2.1.2.2. Grupo de Crianças do 1.º Ciclo do Ensino Básico.**

Para o grupo de crianças do 1.º CEB foram verificados os pressupostos para a realização das análises, nomeadamente teste de Kolmogorov-Smirnov para normalidade da distribuição e teste de Levene para homogeneidade de variância. Não cumpriam a normalidade ( $p < .05$ ) os seguintes grupos de crianças: 6.00-6.11 anos; 10.00-10.11 anos; pais com habilitações até secundário; pais com habilitações ao nível do ensino Superior; mães com habilitações até ao 3.º ciclo; mães com habilitações até ao ensino superior; crianças com nível CFCS II; tempo de intervenção até 12 meses; tempo de intervenção mais de 24 meses; perturbação da linguagem, perturbações do neurodesenvolvimento; ausência de medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão; medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão universais; medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão seletivas. No entanto, como os valores absolutos de assimetria e de curtose são aceitáveis ( $sk < 3$ ;  $ku < 7$ , Kline, 1998 citado por Marôco, 2018), considera-se que uma análise paramétrica é robusta à violação da normalidade. A homogeneidade das variâncias confirmou-se em todos os grupos.

Perante a análise da Tabela 54, verifica-se que no grupo de crianças do 1.º CEB apenas as diferenças estatisticamente significativas encontradas nas pontuações médias em função do nível CFCS da criança são replicadas da primeira aplicação, com tamanho do efeito médio ( $0.05 < \eta^2 < 0.25$ ). Especificamente, na presente aplicação a única diferença que se replica da aplicação anterior é entre as crianças do grupo CFCS nível I e o grupo CFCS nível IV, com melhores resultados no primeiro. As restantes diferenças encontradas na primeira aplicação (nível CFCS I/nível CFCS III; nível CFCS I/nível CFCS V; nível CFCS II/nível CFCS III) não são verificadas nesta aplicação. Por outro lado, na segunda aplicação foram verificadas diferenças entre crianças do nível CFCS II e crianças do nível CFCS IV, com melhores resultados nas crianças do nível CFCS II.



Tabela 54

Diferenças para a Pontuação do FOCUS-34 Portugal- 2.ª Aplicação no Grupo de Crianças do 1.º CEB em Função das Variáveis em Estudo

Variáveis	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	Análise inferencial
Idade						$F(4) = 0.41, p = .803, \eta^2 = .02$
6.00-6.11	19	176.9	52.4	62	238	
7.00-7.11	14	165.5	478.0	75	227	
8.00-8.11	15	169.4	53.4	79	235	
9.00-9.11	17	181.7	34.9	103	222	
10.00-10.11	6	179.3	59.4	61	218	
Género						$t(69) = 0.47, p = .638, d = 0.12$
Feminino	30	177.6	50.7	-	-	
Masculino	41	172.1	45.9	-	-	
Hab. Académicas Pai						$F(3) = 0.41, p = .750, \eta^2 = .02$
Até 3.º ciclo	34	170.0	47.9	75	235	
Até secundário	16	182.4	47.2	94	238	
Ensino Superior	16	174.6	52.2	61	228	
Não Responde	5	178.0	42.8	113	216	
Hab. Académicas Mãe						$F(3) = 0.85, p = .472, \eta^2 = .04$
Até 3.º ciclo	24	167.0	50.3	75	235	
Até secundário	20	167.9	50.4	61	228	
Ensino Superior	23	186.7	42.8	62	238	
Não Responde	4	181.5	46.5	113	216	
Nível CFCS						$F(4) = 5.90, p < .001, \eta^2 = .24$
Nível I	33	187.4	43.5	75	238	Post hoc Bonferroni:
Nível II	24	183.3	35.7	81	218	1 > 4*, 2 > 4*
Nível III	8	142.1	57.3	62	218	
Nível IV	3	93.7	29.1	61	117	
Nível V	3	127.7	36.4	87	157	
Duração Intervenção TF						$F(2) = 1.94, p = .152, \eta^2 = .05$
Até 12 meses	26	179.4	52.1	62	228	
Até 24 meses	13	191.9	39.0	116	238	
Mais de 24 meses	32	163.3	45.6	61	218	
Diagnóstico atribuído						$F(3) = 0.57, p = .639, \eta^2 = .03$
P. Linguagem	13	189.8	37.6	81	228	
P. Sons da Fala	4	172.0	75.0	62	228	
PND	34	172.3	45.8	61	235	
Sem diagnóstico	20	168.5	52.4	75	238	
Medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão						$F(3) = 0.85, p = .474, \eta^2 = .03$
Nenhuma	17	188.9	47.4	62	238	
Universais	16	167.4	47.5	75	216	
Seletivas	33	172.8	43.8	81	235	
Adicionais	5	158.0	74.5	61	218	

Nota. CFCS = Sistema de Classificação da Comunicação, nível I, II, III, IV, V; P. = perturbação; PND = perturbações do neurodesenvolvimento.

\* $p < .05$ .

Ao contrário da primeira aplicação, não são verificadas diferenças em função das medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão da criança ou do diagnóstico atribuído, mesmo a nível de diagnósticos específicos de perturbações da comunicação ( $t(15) = 0.65, p = .525, d = 0.37$ ).

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as crianças do 1.º CEB com diferentes diagnósticos e a faixa etária ( $\chi^2(18) = 45.66, p = .003, V = .463$ ). Existe uma maior percentagem de crianças com diagnóstico de perturbações do neurodesenvolvimento em faixas etárias posteriores (58.9% das crianças com PND têm 9 anos ou mais) e uma diminuição dos casos sem diagnóstico (apenas 20% das crianças sem diagnóstico), enquanto o diagnóstico de perturbação dos sons da fala apenas se verifica nas crianças das faixas etária dos 6 e dos 7 anos (50% de crianças em cada idade). As crianças com perturbação da linguagem distribuem-se ao longo das faixas etárias até aos 9 anos, com apenas uma criança com 10 anos.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as crianças do 1.º CEB com diferentes diagnósticos e as medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão ( $\chi^2(9) = 50.43, p = .00, V = .49$ ). Existe predominância de medidas seletivas e adicionais em crianças com perturbações do neurodesenvolvimento (79.4% e 11.8% das crianças com PND, respetivamente). As crianças sem diagnóstico distribuem-se essencial e equitativamente (45% cada) pelas medidas universais ou ausência de medidas. As crianças com perturbação da linguagem distribuem-se equitativamente (38.5% cada) pelas medidas seletivas e universais. Ainda, 23.1% das crianças com perturbação da linguagem não apresenta medidas. As crianças com perturbação dos sons da fala (100%) não beneficiam de medidas de suporte à aprendizagem e inclusão.

As medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão apresentam uma associação com a idade ( $\chi^2(12) = 40.82, p < .001, V = .44$ ) com um domínio de medidas mais restritivas (seletivas e adicionais) em crianças de idades mais velhas (8 a 10 anos) (88.1% das crianças que usufruem destas medidas). Em crianças mais novas (6 a 7 anos) domina a não aplicação de medidas (82.4% das crianças que não usufruem das medidas). A aplicação de medidas universais distribui-se pelas crianças de várias idades.

À semelhança do realizado na primeira aplicação do FOCUS-34 Portugal, analisou-se a correlação entre a pontuação FOCUS-34 Portugal- 2.<sup>a</sup> Aplicação e o nível CFCS atribuído a cada criança, conforme se pode analisar na Tabela 55.

Tabela 55

Correlações entre as Pontuações do FOCUS-34 Portugal- 2.ª Aplicação e o Nível CFCS para o Grupo de Crianças do 1.º CEB

FOCUS-34	Nível I (n = 33)		Nível II (n = 24)		Nível III (n = 8)		Nível IV (n = 3)		Nível V (n = 3)		r
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
Total	187.4	43.5	183.3	35.7	142.1	57.3	93.7	29.1	127.7	36.4	-.45*

Nota. \*  $p < .001$ .

Corroborando a aplicação anterior, verifica-se uma correlação moderada negativa ( $.3 < r < .6$ ) entre a pontuação do FOCUS e os níveis CFCS, sendo que quanto maior o nível CFCS menor a pontuação FOCUS, em ambas as aplicações, comprovando que o nível CFCS determina o nível de participação comunicativa da criança.

### 3.2.2. Consistência Interna do FOCUS-34 Portugal- Mudança

Realizadas as análises da primeira e segunda aplicação do FOCUS-34 Portugal (consistência interna, análise correlacional, análises diferenciais), importa lembrar que o FOCUS-34 foi desenvolvido como medida de resultado, ou seja, para medir mudanças clinicamente significativas decorrentes de um período de intervenção (Thomas-Stonell et al., 2010, 2015), objetivo que foi tido em conta no presente estudo. Para a obtenção do referido valor de mudança, subtrai-se ao valor obtido em cada item na 2.ª aplicação o valor encontrado na 1.ª aplicação e obtém-se uma nova pontuação.

É com base nessa pontuação referente à mudança que realizamos as análises seguintes, nomeadamente consistência interna, à semelhança dos procedimentos adotados pelos autores do instrumento original e do sugerido por Castro-Schilo e Grimm (2018). Relembramos uma vez mais a designação adotada *FOCUS-34 Portugal- Mudança*. Segundo Mokkink et al. (2010) a responsividade de uma medida de resultado deve ser encarada como uma qualidade psicométrica isolada, ou seja, a validade de pontuações isoladas (1.ª aplicação, 2.ª aplicação) não é equivalente à validade de uma pontuação de mudança, pelo que se torna essencial esta análise distinta a fim de obter resultados mais válidos possível.

A avaliação da consistência interna dos itens de cada parte foi realizada através da análise do alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) para a amostra em estudo ( $N = 168$ ).

À semelhança dos procedimentos adotados anteriormente, e apesar de a análise fatorial demonstrar um construto único, optou-se por realizar estas análises não só para o total do instrumento como também para cada parte do mesmo, mantendo a coerência com os dados apresentados anteriormente (1.ª aplicação e 2.ª aplicação). Os valores apurados de alfa de Cronbach para a parte 1,

parte 2 e total do instrumento FOCUS-34 Portugal- Mudança foram, respetivamente, .92, .91, .94. O último valor apresenta uma elevada proximidade com o alfa de Cronbach para a pontuação total FOCUS-34 Mudança na versão original ( $\alpha = .93$ ; Oddson et al., 2019).

Os valores de referência a considerar na análise da consistência interna foram baseados na lista elaborada por Field (2013) que atribui a seguinte classificação para cada valor de  $\alpha$ : excelente ( $\alpha > .90$ ), bom ( $\alpha > .80$ ), aceitável ( $\alpha > .70$ ), questionável ( $\alpha > .60$ ), fraco ( $\alpha > .50$ ) e inaceitável ( $\alpha < .50$ ).

Conclui-se que os valores de alfa de Cronbach para cada parte do instrumento traduzem uma excelente consistência interna dos itens ( $\alpha > .90$ ), o que reflete uma elevada homogeneidade dos mesmos e a grande consistência com que medem o mesmo construto teórico, neste caso, a mudança na participação comunicativa após um período de intervenção. O valor de alfa de Cronbach dos itens de todo o instrumento apresenta, para esta amostra, um valor igualmente excelente. Este valor de alfa de Cronbach elevado também traduz a elevada consistência com que os itens medem no seu todo o mesmo construto teórico, isto é, a participação comunicativa.

Na Tabela 56 apresenta-se a análise da consistência interna dos itens da parte 1 do instrumento, considerando a pontuação de mudança de cada item, reportando os resultados item a item, os valores mínimos e máximos, a correlação do item com o total da parte ( $r_{ITC}$ ) e o valor do alfa de Cronbach se o item for retirado ( $\alpha$ ).

A consistência interna da parte 1 do FOCUS-34 Portugal- Mudança, analisando cada um dos itens de forma separada, permitiu concluir que, para a parte considerada, a maioria dos itens apresentam um adequado coeficiente de correlação corrigido entre o item e o total da parte ( $r_{ITC} > .50$ , Hair et al., 2014). Existem quatro itens com valores inferiores a .50, nomeadamente os itens 1, 7, 17 e 23. De qualquer modo, integrando-se estes itens no conjunto total, o valor de alfa obtido é muito elevado, entendendo-se que estes quatro itens não interferem negativamente com a consistência interna desta parte (i.e., o valor de alfa da parte não aumenta consideravelmente se estes itens forem eliminados), não se justificando assim a sua eliminação. Todos os itens apresentam coeficientes de correlação com pontuação superior a .20, que é sugerido como o limiar mínimo exigido para a manutenção dos itens (Almeida & Freire, 2017), pelo que todos os itens desta parte serão mantidos

Tabela 56

Média das Pontuações dos Itens e Análise da Consistência Interna dos Itens da Parte 1 do FOCUS-34 Portugal- Mudança

FOCUS-34 Portugal- Mudança		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>r</i> ITC	$\alpha$
Parte 1							
1.	A criança está confortável quando comunica.	0.15	1.25	-5	4	.49	.91
2.	A criança fala enquanto brinca.	-0.06	1.25	-5	3	.52	.91
3.	A criança está disposta para falar com outras pessoas.	0.13	1.11	-5	3	.55	.91
4.	A criança é confiante quando comunica com adultos que não a conhecem bem.	0.35	1.29	-5	4	.55	.91
5.	A criança comunica de forma independente.	0.25	1.42	-4	4	.60	.91
6.	A criança fala muito.	0.19	1.27	-5	3	.56	.91
7.	A criança junta palavras.	0.33	1.45	-6	5	.34	.92
8.	A criança comunica de forma independente com outras crianças.	0.21	1.09	-5	5	.62	.91
9.	O discurso da criança é claro.	0.45	.97	-3	4	.52	.91
10.	A criança é compreendida na primeira vez que fala com outras crianças.	0.39	1.06	-3	4	.54	.91
11.	A criança fala com frases completas.	0.40	1.17	-4	3	.72	.91
12.	A criança recorre à comunicação para resolver problemas.	0.57	1.21	-5	4	.60	.91
13.	A criança espera a sua vez para comunicar.	0.15	1.14	-4	4	.54	.91
14.	A criança transmite as suas ideias por palavras.	0.35	1.30	-5	5	.63	.91
15.	A criança usa a gramática corretamente quando fala.	0.44	1.21	-4	3	.63	.91
16.	A criança usa novas palavras.	0.48	1.23	-3	4	.51	.91
17.	A criança usa palavras para pedir coisas.	0.13	1.32	-6	6	.46	.92
18.	A criança é compreendida na primeira vez que fala com adultos que não a conhecem bem.	0.51	1.11	-4	3	.54	.91
19.	A criança reconta eventos passados a adultos que não a conhecem bem.	0.45	1.43	-4	5	.56	.91
20.	A criança usa linguagem para comunicar novas ideias.	0.35	1.26	-4	4	.57	.91
21.	A criança comunica de forma independente com adultos que não a conhecem bem.	0.45	1.38	-4	6	.56	.91
22.	A criança fala com outra criança sobre o que está a fazer no momento.	0.18	1.01	-5	3	.59	.91
23.	A criança concentra-se na tarefa que está a fazer.	0.18	1.12	-4	4	.44	.92
Total parte 1		7.02	16.74				

Nota. *r* ITC = Correlação do item com o total da parte;  $\alpha$  = Alfa de Cronbach se o item for retirado.

Apreciando a média para cada um dos itens, verifica-se que a mesma varia entre -0.06 (único item com mudança negativa, item 2 “A criança fala enquanto brinca.”) e 0.57 (item 12 “A criança recorre à comunicação para resolver problemas.”) Apesar de se verificar uma mudança positiva, os itens 1 ( $M = 0.15$ ) “A criança está confortável quando comunica.”, 3 ( $M = 0.13$ ) “A criança está disposta para falar com outras pessoas.”, 13 ( $M = 0.15$ ) “A criança espera a sua vez para comunicar” e 17 ( $M = 0.13$ ) “A criança usa palavras para pedir coisas.” foram os que apresentaram uma média menor, o que significa que, seguidamente ao item 2, foram os itens onde se verificou menos mudança entre aplicações. Por

outro lado, o item 12 “A criança recorre à comunicação para resolver problemas.” foi o que apresentou maior média no pontuação de mudança ( $M = .57$ ), seguidamente dos itens 18 ( $M = 0.51$ ) “A criança é compreendida na primeira vez que fala com adultos que não a conhecem bem.”, 16 ( $M = 0.48$ ) “A criança usa novas palavras.”, 9 “O discurso da criança é claro.”, 19 “A criança reconta eventos passados a adultos que não a conhecem bem.”, 21 ( $M = 0.45$ ) “A criança comunica de forma independente com adultos que não a conhecem bem.”. O desvio padrão situa-se entre 0.97 a 1.45 em todos os itens desta parte do instrumento.

Especificando esta análise para o *grupo de crianças em idade pré-escolar* verifica-se que todos os itens apresentam um  $r$ ITC entre .353 (item 7) e .638 (item 11). A análise do valor de alfa de Cronbach da parte 1 do instrumento para as crianças em idade pré-escolar, mantém-se caso algum item seja retirado ( $\alpha = .90$ ), não se justificando a eliminação de nenhum item.

Apreciando a média e desvio padrão, verifica-se que a primeira varia entre .07 (item 2 “A criança fala enquanto brinca.”) e .63 (item 4 “A criança é confiante quando comunica com adultos que não a conhecem bem.”). Os itens 17 ( $M = 0.15$ ) “A criança usa palavras para pedir coisas.” e 13 ( $M = 0.16$ ) “A criança espera a sua vez para comunicar” são os que apresentam média mais baixa a seguir ao item 2. Os itens 15 ( $M = 0.62$ ) “A criança usa a gramática corretamente quando fala” e 16 ( $M = 0.62$ ) “A criança usa novas palavras.” são os que apresentam média mais alta a seguir ao item 4. O desvio padrão situa-se entre 0.85 a 1.33.

Especificando esta análise para o *grupo de crianças do 1.º CEB* verifica-se que todos os itens apresentam um  $r$ ITC entre .301 (item 7) e .775 (item 11).

A análise do valor de alfa de Cronbach da parte 1 do instrumento, mantém-se caso algum item seja retirado ( $\alpha = .92$ ), não se justificando a eliminação de nenhum item.

Apreciando a média e desvio padrão, verifica-se que a primeira varia entre -0.24 (item 2 “A criança fala enquanto brinca.”) e 0.52 (item 12 “A criança recorre à comunicação para resolver problemas.”). Os seis primeiros itens do instrumento são os que apresentam média mais baixa, todos com mudanças negativas para esta amostra. Os itens 9 “O discurso da criança é claro” e 18 “A criança é compreendida na primeira vez que fala com adultos que não a conhecem bem” são os que apresentam média mais alta a seguir ao item 12. O desvio padrão situa-se entre 0.92 a 1.70.

Na Tabela 57 apresenta-se a análise da consistência interna da parte 2 do FOCUS-34 Portugal-Mudança, analisando cada um dos itens de forma separada, permitiu concluir que, para a parte considerada, todos os itens apresentam um adequado coeficiente de correlação corrigido entre o item e o total da parte ( $r$ ITC > .50, Hair et al., 2014), à exceção do item 3 ( $r$ ITC = .49). De qualquer modo,

integrando-se este item no conjunto total, o valor de alfa obtido é muito elevado, entendendo-se que não interfere negativamente com a consistência interna desta parte (i.e., o valor de alfa da parte não aumenta consideravelmente se este item for eliminado), não se justificando assim a sua eliminação. Sendo assim, todos os itens desta parte serão mantidos, dado que não há variação significativa ao nível da consistência interna com a eliminação dos itens que apresentam valores de correlação mais baixos. Todos os itens apresentam coeficientes de correlação com pontuação superior a .20, que é sugerido como o limiar mínimo exigido para a manutenção dos itens (Almeida & Freire, 2017).

**Tabela 57**

*Média das Pontuações dos Itens e Análise da Consistência Interna dos Itens da Parte 2 FOCUS-34 Portugal- Mudança*

FOCUS-34 Portugal- Mudança						
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>r</i> ITC	<i>α</i>
Parte 2						
1. A criança comunica de forma eficaz com adultos próximos.	.28	1.33	-5	5	.67	.90
2. A criança é incluída em jogos/ brincadeiras pelas outras crianças.	.18	1.10	-5	4	.63	.90
3. A criança tenta levar a cabo uma conversa com adultos que não a conhecem bem.	.36	1.41	-5	6	.49	.91
4. A criança participa em atividades de grupo.	.14	1.07	-5	4	.67	.90
5. A criança conta histórias com sentido.	.36	1.13	-4	4	.71	.90
6. A criança responde a questões.	.21	1.30	-5	5	.74	.90
7. A criança pede coisas a outras crianças.	.14	1.44	-6	6	.65	.90
8. A criança comunica de forma eficaz com outras crianças.	.21	1.34	-6	5	.78	.90
9. A criança comunica de forma eficaz com adultos que não a conhecem bem.	.36	1.30	-4	4	.62	.90
10. A criança é compreendida pelas outras crianças.	.11	1.33	-5	5	.64	.90
11. A criança junta-se a conversas com os seus pares.	.21	1.16	-3	4	.68	.90
Total parte 2	2.57	10.1				
Total FOCUS-34- Mudança (parte 1 + parte 2)	9.59	24.2	-90	71		

*Nota.* *r*ITC = Correlação do item com o total da parte; *α* = Alfa de Cronbach se o item for retirado.

Apreciando a média dos itens da parte 2, verifica-se que a mesma varia entre 0.11 (item 10 “A criança é compreendida pelas outras crianças.”) e 0.36 (item 3 “A criança tenta levar a cabo uma conversa com adultos que não a conhecem bem; item 5 “A criança conta histórias com sentido”; e item 9 “A criança comunica de forma eficaz com adultos que não a conhecem bem.”), sem itens com média de mudança negativa. O desvio padrão situa-se entre 1.07 a 1.44 nos itens desta parte do instrumento.

Especificando esta análise para o *grupo de crianças em idade pré-escolar* verifica-se que a maioria dos itens apresentam um  $r$  ITC entre 0.55 (item 3) e 0.79 (item 8). A análise do valor de alfa de Cronbach da parte 2 do instrumento para as crianças em idade pré-escolar, caso os itens sejam retirados, varia entre .89 e .91 (retirando o item 3 ou o item 1), optando-se pela não eliminação de nenhum item.

Apreciando a média e desvio padrão, verificam-se valores próximos entre todos os itens, com valores de média entre os 0.22 (item 10 “A criança é compreendida pelas outras crianças.”) e os 0.53 (item 9 “A criança comunica de forma eficaz com adultos que não a conhecem bem”). O desvio padrão situa-se entre 0.99 a 1.30 em todos os itens.

Especificando esta análise para o *grupo de crianças do 1.º CEB* verifica-se que a maioria dos itens apresentam um  $r$  ITC entre .57 e .77. Excetua-se o item 3 (“A criança tenta levar a cabo uma conversa com adultos que não a conhecem bem”), com valor de  $r$  ITC de .406. A análise do valor de alfa de Cronbach da parte 2 do instrumento para as crianças do 1.º CEB, caso os itens sejam retirados, varia entre .89 e .91 (retirando o item 3), optando-se pela não eliminação de nenhum item.

Apreciando a média e desvio padrão, verificam-se valores próximos entre todos os itens, com valores de média entre os -0.06 (item 4 “A criança participa em atividades de grupo.”) e os 0.24 (item 5 “A criança conta histórias com sentido.”). O desvio padrão situa-se entre 1.1 a 1.8 em todos os itens.

Thomas-Stonell, Washington, et al. (2013) adotaram um procedimento de análise descritiva de 10% dos itens do FOCUS com pontuação superior e inferior no seu estudo. Replicando esse procedimento, apresenta-se a Tabela 58.

**Tabela 58**

*Análise Descritiva dos Itens com Média de Pontuação Superior e Inferior no FOCUS-34 Portugal- Mudança*

Grupo de crianças	FOCUS-34 Portugal- 2.ª Aplicação			
	Pontuação superior		Pontuação inferior	
	Item (parte)	<i>M (DP)</i>	Item (parte)	<i>M (DP)</i>
Pré-Escolar	4 (1)	0.63 (1.16)	2 (1)	0.07 (1.17)
	15 (1)	0.62 (1.11)	17 (1)	0.15 (1.11)
	16 (1)	0.62 (1.18)	13 (1)	0.16 (1.13)
1.º CEB	12 (1)	0.52 (1.40)	2 (1)	-0.24 (1.34)
	9 (1)	0.39 (0.92)	1 (1)	-0.14 (1.43)
	18 (1)	0.37 (1.27)	6 (1)	-0.08 (1.56)

*Nota.* CEB = ciclo do ensino básico.

Face à elevada consistência interna encontrada, todos os itens de ambas as partes do instrumento serão mantidos para a análise da mudança decorrente das duas aplicações do instrumento



FOCUS-34 Portugal, dado que não há variação significativa ao nível da consistência interna com a eliminação dos itens que apresentam valores de correlação mais baixos. Todos os itens apresentam coeficientes de correlação com pontuação bastante superior a .20, que é sugerido como o limiar mínimo exigido para a manutenção dos itens (Almeida & Freire, 2017).

### **3.2.3. Mudanças no FOCUS-34 Portugal Após um Período de Intervenção**

Após a análise da consistência interna em função dos resultados obtidos em cada aplicação do instrumento FOCUS-34 Portugal, bem como em função dos resultados obtidos em análise da pontuação FOCUS-34 Portugal- Mudança, verifica-se, através da análise descritiva, que existem diferenças na amostra. Importa então apreciar essas diferenças do ponto de vista da estatística inferencial, verificando se as mesmas são estatisticamente significativas.

Para o efeito, analisamos a responsividade do instrumento através de testes de hipóteses entre subgrupos (*known group tests*) e da análise do tamanho do efeito, duas das metodologias apontadas na literatura para esta finalidade (Espírito-Santo & Daniel, 2018; Marôco et al., 2018 Mokkink et al., 2018).

Uma vez que se trata de um estudo que analisa as mudanças no decorrer de uma intervenção, um especial detalhe ao tamanho do efeito é necessário. Neste sentido, importa alertar para as diferenças entre significância estatística e significância clínica ou científica (Berben et al., 2012; Durlak, 2015; Jacobson & Truax, 1991). Um valor de  $p$  pequeno não garante que a mudança seja grande ou clinicamente importante (Espírito Santo & Daniel, 2015). Para as crianças com PC uma melhoria real não será uma alteração nas pontuações de um qualquer instrumento, mas sim, os efeitos práticos que tal tem no seu dia-a-dia. O contrário também pode acontecer, ou seja, um resultado apresentar significado prático, mas sem significância estatística. Limitações como o reduzido tamanho da amostra, potência de teste e valores pequenos de probabilidade de erro tipo I podem contribuir para que isso aconteça (Marôco, 2018; Espírito Santo & Daniel, 2018). Foi nesse sentido que introduzimos neste estudo a análise da estatística do tamanho do efeito, que representa, de forma simplista, a transformação da diferença entre médias em unidades do desvio-padrão e é uma estatística independente da dimensão da amostra, pois os seus valores e as métricas usadas são arbitrários (Andersen et al., 2007; Blanton & Jaccard, 2006; Embretson, 2006; Kazdin, 2006). O tamanho do efeito fornece alguma indicação sobre a significância prática dos resultados que, no entanto, não deve ser rígida e deve ser interpretada à luz da área de investigação e do contexto do específico onde foram obtidos os resultados (Espírito Santo & Daniel, 2015; Marôco, 2018; Mokkink et al., 2010), sendo de extrema importância quando a investigação diz respeito à análise do efeito de uma intervenção (Espírito Santo & Daniel, 2015).

Com o objetivo de analisar as mudanças ocorridas na participação comunicativa de crianças entre os 3 e os 10 anos, compararam-se as médias das pontuações obtidas no total do FOCUS-34 Portugal nas duas aplicações. Para tal, recorreu-se ao teste *t* de *student* para duas amostras emparelhadas, considerando o TLC (Marôco, 2018) para o *n* amostral ( $n > 30$ ). Os resultados apresentam-se na Tabela 59.

**Tabela 59***Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal*

Instrumento	Aplicação	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>r</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
FOCUS Pré-Escolar	1. <sup>a</sup>	97	158.6	47.1	41	71	.91*	6.85	96	*	0.70
	2. <sup>a</sup>	97	172.7	45.9	42	238					
	2. <sup>a</sup> -1. <sup>a</sup> A	97	14.1	20.2	-66	71					
FOCUS 1.º CEB	1. <sup>a</sup>	71	171.8	40.5	53	233	.82*	0.82	70	.207	0.10
	2. <sup>a</sup>	71	174.4	47.7	61	238					
	2. <sup>a</sup> -1. <sup>a</sup> A	71	2.7	27.5	-90	71					
FOCUS Amostra Total	1. <sup>a</sup>	168	164.2	44.8	41	233	.86*	-4.97	167	*	0.38
	2. <sup>a</sup>	168	173.4	46.5	42	238					
	2. <sup>a</sup> -1. <sup>a</sup> A	168	9.3	24.2	-90	71					

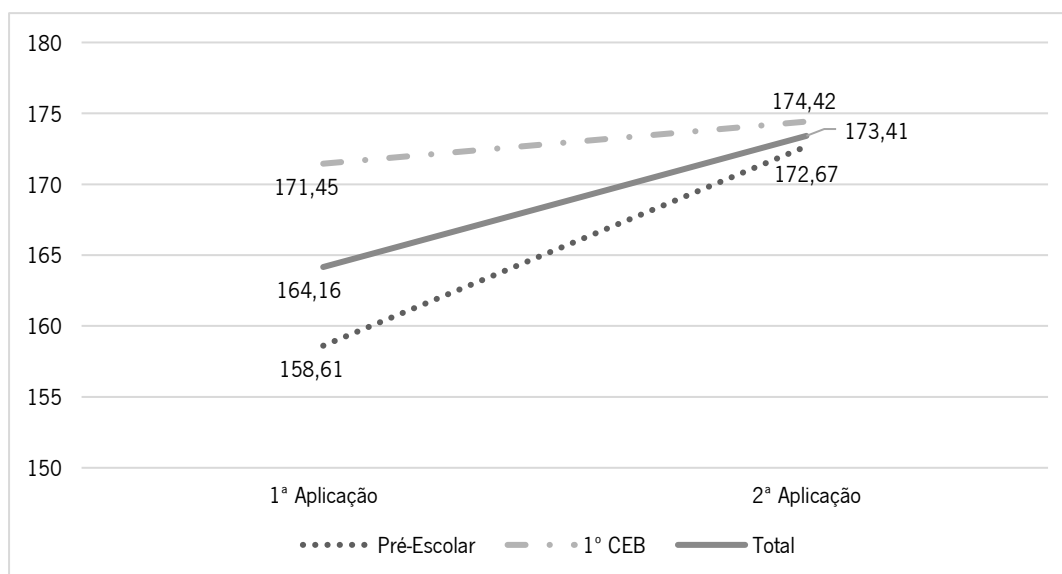
Nota. \*  $p < .001$

Considerando os diferentes grupos, verifica-se que existem diferenças entre a 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> aplicação, com melhores pontuações na 2.<sup>a</sup> aplicação. No entanto, apenas no grupo de crianças em idade pré-escolar e na amostra total estas diferenças assumem um carácter estatisticamente significativo, com tamanho do efeito elevado ( $0.5 < d < 1$ ) para o grupo de crianças em idade pré-escolar e tamanho do efeito médio ( $0.2 < d < 0.5$ ) para toda a amostra.

De modo a melhor ilustrarmos estas diferenças, apresentamos a Figura 4 que representa a evolução nas pontuações do FOCUS.

**Figura 4**

*Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal*



Face ao exposto, e de modo a melhor apreciar quais as variáveis independentes que se relacionam com as pontuações obtidas no FOCUS-34 Portugal- Mudança, ou seja, quais as variáveis independentes que têm um efeito estatisticamente significativo nas mudanças obtidas na participação comunicativa, compararam-se as médias das pontuações obtidas em cada aplicação no total do FOCUS-34 Portugal, para cada um dos grupos em estudo (crianças em pré-escolar e crianças do 1.º CEB). Como se pretendia verificar a existência de mudanças positivas/ganhos no decorrer de um período de intervenção, considerou-se o nível de significância ( $p$ ) unilateral. Para estes procedimentos, e à semelhança do realizado por Thomas-Stonell, Washington, et al. (2013), realizamos uma análise de amostras emparelhadas para cada grupo em estudo, com análise do tamanho do efeito.

Em segundo lugar, no caso de existirem diferenças estatisticamente significativas entre aplicações, e de acordo com o sugerido por Castro-Schilo e Grimm (2018), procedemos a uma análise de variância da pontuação FOCUS-34 Portugal- Mudança entre os subgrupos de cada variável que foram responsivos, a fim de analisar diferenças estatisticamente significativas entre estes subgrupos. Apresentam-se ainda os resultados da análise de qui-quadrado e respetivo  $V$  de Cramer sempre que há associação entre variáveis independentes.

Apesar do tamanho reduzido dos subgrupos e na ausência de uma alternativa não paramétrica, para cada uma das variáveis analisadas estatisticamente foi realizada ANOVA fatorial, de modo a analisar a existência de interação entre as variáveis e o nível CFCS (ANOVA a dois fatores: Variável X CFCS) e entre as variáveis e a idade (ANOVA dois fatores: Variável X Idade) na pontuação média obtida no FOCUS-

34 Portugal- Mudança, uma vez que segundo Cunningham et al. (2018) e Cunningham, Hanna, et al. (2017) o efeito de cada variável na pontuação depende de fatores pessoais como o nível CFCS da criança e a sua idade. À exceção da interação entre o nível CFCS e idade no grupo de crianças em idade pré-escolar, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na interação entre estas variáveis em nenhum dos grupos, pelo que se optou pela apresentação dos valores obtidos pela ANOVA a um fator. Apresentamos os resultados para cada uma das variáveis.

### **3.2.3.1. Mudanças no FOCUS-34 Portugal em Função da Idade e do Sistema de Classificação da Comunicação das Crianças (CFCS).**

Apresentamos a análise das mudanças na participação comunicativa em função da idade e do CFCS para o grupo de crianças em idade pré-escolar e para o grupo de crianças do 1.º CEB.

#### ***3.2.3.1.1. Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar.***

Para análise das mudanças positivas decorridas em cada faixa etária, recorreu-se ao teste *t* de *student* para duas amostras emparelhadas (para cada uma das faixas etárias), considerando o TLC (Marôco, 2018) para o *n* amostral ( $n > 20$ ). Para o grupo com *n* inferior (3 anos,  $n = 8$ ), verificou-se o pressuposto da normalidade em ambas as aplicações, tendo-se comprovado o cumprimento deste pressuposto pelo teste de Shapiro-Wilk ( $p > .05$ ). Foi confirmado o pressuposto da homogeneidade de variâncias através do teste de Levene ( $p < .05$ )

Quando ao nível CFCS foram adotados os mesmos procedimentos, tendo-se verificado o cumprimento da normalidade através do teste Shapiro-Wilk para o grupo de crianças do nível CFCS III ( $n = 15$ ) e do nível CFCS V ( $n = 4$ ) ( $p > .05$ ) em ambas as aplicações. Foi confirmado o pressuposto da homogeneidade de variâncias através do teste de Levene ( $p < .05$ )

Os resultados para cada grupo etário e para cada nível CFCS são apresentados na Tabela 60. Contudo, ressalva-se que pelo *n* amostral reduzido e consequentes violações à normalidade, optou por não se realizar estatística inferencial entre duas amostras emparelhadas para cada nível CFCS dentro de cada faixa etária, sendo apresentado apenas o resultado do teste estatístico para cada faixa etária e o resultado do teste estatístico para cada nível CFCS, de forma independente.

Apreciando a estatística descritiva dos resultados da Tabela 60, verificam-se que os resultados médios são sempre superiores na 2.ª aplicação. O teste aplicado demonstra que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p > .05$ ) entre as duas aplicações em todas as faixas etárias das crianças em idade pré-escolar, o que significa que as crianças entre os 3 e os 6 anos (pré-escolar) registaram

mudanças positivas estatisticamente significativas na participação comunicativa, com tamanhos do efeito elevados nas faixas etárias dos 3, 4 e 5 anos e efeito médio na faixa etária dos 6 anos.

Em relação ao nível CFCS atribuído às crianças, apreciando a estatística descritiva dos resultados da Tabela 60, verifica-se que os resultados médios são sempre superiores na segunda aplicação para as crianças de todos os níveis CFCS. O teste aplicado demonstra que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p > .05$ ) entre as duas aplicações nos níveis CFCS I, II, III e IV, com tamanhos do efeito elevados a muito elevados, o que significa que as crianças destes níveis registaram mudanças positivas estatisticamente significativas na participação comunicativa. O mesmo não acontece nas crianças do nível CFCS V, embora o tamanho do efeito seja também elevado.

Tabela 60

Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças em Idade Pré-escolar para Cada Idade e Nível CFCS

Idade	FOCUS	Nível I			Nível II			Nível III			Nível IV			Nível V			Total faixa etária							
		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>r</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>gl</i>	<i>d</i>
3A	1. <sup>a</sup>	1	214	-	1	199	-	0	-	-	4	87.5	39.8	2	55	19.8	8	109.1	67.5	.98*	2.71	.030	7	0.96
	2. <sup>a</sup>	1	205	-	1	199	-	0	-	-	4	111.8	49.8	2	69	9.9	8	123.6	61.4					
4A	1. <sup>a</sup>	4	200	25.0	5	157.6	57.9	7	162.1	35.5	5	112.4	16.2	1	53	-	22	151.7	49.6	.92*	3.70	.001	21	0.79
	2. <sup>a</sup>	4	190.5	20.5	5	179.0	39.1	7	183.7	34.7	5	183.7	34.7	1	42	-	22	167.6	43.0					
5 <sup>a</sup>	1. <sup>a</sup>	15	183.3	32.5	10	167.2	40.4	4	126.0	43.2	8	135.0	41.4	1	192	-	38	163.1	42.2	.91*	5.52	.001	37	0.90
	2. <sup>a</sup>	15	195.5	32.	10	185.1	42.9	4	165.0	35.2	8	142.8	47.4	1	209	-	38	178.8	42.6					
6 <sup>a</sup>	1. <sup>a</sup>	15	193.1	29.4	7	162.3	23.7	4	141.0	30.0	3	126.7	35.7	0	-	-	29	171.6	36.5	.80*	2.26	.016	28	0.42
	2. <sup>a</sup>	15	208.4	21.3	7	161.9	44.2	4	164.8	21.4	3	120.3	17.8	0	-	-	29	182.0	40.5					
Total	1. <sup>a</sup>	35	190.3	30.0	23	165.0	38.7	15	146.9	36.6	20	118.6	37.5	4	88.8	69.8								
CFCS	2. <sup>a</sup>	35	200.7	26.4	23	177.3	41.1	15	173.7	31.2	20	132.6	38.0	4	97.3	75.8								
			$t(34) = 3.96, p < .001, d = 0.67, r = .85^*$			$t(22) = 2.58, p < .001, d = 0.54, r = .84^*$			$t(14) = 5.15, p < .001, d = 1.33, r = .83^*$			$t(19) = 2.71, p = .007, d = 0.61, r = .81^*$			$t(3) = 1.19, p = .160, d = 0.60, r = .98^{**}$									

Nota. \*  $p < .001$ , \*\*  $p = .008$ .

Confirmadas as mudanças positivas estatisticamente significativas na participação comunicativa para as faixas etárias do pré-escolar, importa apreciar se as mesmas são estatisticamente equivalentes entre todas as faixas etárias, ou se, por outro lado, existem algumas faixas etárias que se diferenciem. Analisaram-se as diferenças nas mudanças na participação comunicativa de crianças que frequentam o pré-escolar em função da sua faixa etária (ANOVA a um fator), comparando as médias das pontuações obtidas no FOCUS-34 Portugal- Mudança.

Foram verificados os pressupostos para a aplicação deste método estatístico, nomeadamente distribuição normal, considerando o  $n$  superior a 25 em todos os subgrupos (aplica-se o TLC, Marôco, 2018) e a distribuição normal no grupo de crianças com 3 e 4 anos através do teste de Shapiro-Wilk ( $p > .05$ ). Foi verificado o pressuposto da homogeneidade de variâncias através do teste de Levene ( $p > .05$ ). Pela análise de variância entre as médias obtidas pelas crianças de diferentes géneros na pontuação FOCUS-34 Portugal- Mudança (Tabela 61), verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as crianças das diferentes faixas etárias do pré-escolar na pontuação do FOCUS-34 Portugal- Mudança ( $p > .05$ ).

**Tabela 61**

*Análise de Variância Para o FOCUS-34 Portugal- Mudança nas Crianças em Idade Pré-escolar em Função da Faixa Etária*

Faixa Etária	$n$	$M$	$DP$	$Min.$	$Máx.$	$F$	$gl$	$p$	$\eta^2$
Faixa etária 3 anos	8	14.5	15.1	-9	35	0.45	3	.718	.02
Faixa etária 4 anos	22	15.9	20.2	-18	53				
Faixa etária 5 anos	38	15.7	17.6	-42	55				
Faixa etária 6 anos	29	10.4	24.8	-66	71				

Confirmadas as mudanças estatisticamente significativas e positivas na participação comunicativa para as crianças de quatro níveis CFCS, importa apreciar se as mesmas são equivalentes estatisticamente entre estes subgrupos, ou se, por outro lado, existe algum nível que se diferencie. Analisaram-se as diferenças nas mudanças na participação comunicativa de crianças de idade pré-escolar em função do seu nível CFCS (ANOVA), comparando as médias das pontuações obtidas no FOCUS-34 Portugal- Mudança das crianças destes quatro níveis.

Foram verificados os pressupostos para a aplicação deste método estatístico, nomeadamente distribuição normal, considerando o  $n$  superior a 20 nos subgrupos I e II (aplica-se o TLC, Marôco, 2018) e a distribuição normal nas crianças dos níveis CFCS III e IV através do teste de Shapiro-Wilk ( $p$

> .05). Foi verificado o pressuposto da homogeneidade de variâncias através do teste de Levene ( $p > .05$ ).

Pela análise de variância entre as médias obtidas pelas crianças dos quatro diferentes níveis CFCS na pontuação total FOCUS-34 Portugal- Mudança (Tabela 62), verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as crianças dos quatro níveis CFCS na pontuação do FOCUS-34 Portugal- Mudança ( $p > .05$ ).

**Tabela 62**

*Análise de Variância Para o FOCUS-34 Portugal- Mudança nas Crianças em Idade Pré-escolar em Função do Nível CFCS Atribuído*

Nível CFCS	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
Nível CFCS I	35	10.4	15.6	-18	50	2.47	3	.067	.08
Nível CFCS II	23	12.3	22.8	-66	53				
Nível CFCS III	15	26.8	20.2	-5	71				
Nível CFCS IV	20	14.0	23.1	-42	55				

*Nota.* CFCS = Sistema de Classificação da Comunicação.

Depois de confirmada a ausência de efeito principal da faixa etária e do nível CFCS, de forma separada, na pontuação FOCUS-34 Portugal- Mudança, optámos por realizar uma ANOVA a dois fatores, considerando a interação documentada pelos autores do instrumento (Cunningham et al., 2018) entre o nível CFCS e a faixa etária, em período pré-escolar.

Foram verificados os pressupostos para a aplicação deste método estatístico, nomeadamente distribuição normal, através do Teste de Shapiro-Wilk. O mesmo demonstrou que as crianças de nível IV com 6 anos não seguem a distribuição normal com uma suave violação deste pressuposto ( $p = .043$ ). Todos os restantes grupos apresentam distribuição normal. Como os valores absolutos de assimetria e de curtose são aceitáveis ( $sk < 3$ ;  $ku < 7$ , Kline, 1998 citado por Marôco, 2018), considera-se que uma análise paramétrica é robusta à violação da normalidade. Foi verificado o pressuposto da homogeneidade de variâncias através do teste de Levene ( $p > .05$ ).

Pela análise de variância entre as médias obtidas pelas crianças dos quatro diferentes níveis CFCS na pontuação total FOCUS-34 Portugal- Mudança para cada grupo etário (Tabela 63), verifica-se que o efeito do nível CFCS sobre a pontuação do FOCUS-34 Portugal- Mudança é influenciado significativamente pela faixa etária (ou vice-versa), como sugere a interação estatisticamente significativa entre os dois fatores ( $p < .05$ ), sendo a tamanho do efeito média e a potência de teste elevada ( $\pi = .92$ ). De acordo com o post hoc de Bonferroni a faixa etária demonstra efeitos significativos



nas crianças de nível CFCS I e do nível CFCS III. As diferenças estatisticamente significativas para a variável faixa etária ocorrem entre as crianças do nível CFCS I e as crianças do nível CFCS III (IC a 95% [-32.04; -0.70],  $p = .036$ ).

**Tabela 63**

*Interação Entre Faixa Etária e Nível CFCS Para a Pontuação FOCUS-34 Portugal- Mudança nas Crianças em Idade Pré-escolar*

Idade	Nível CFCS I			Nível CFCS II			Nível CFCS III			Nível CFCS IV			F	p	gl	$\eta^2$
	n	M	DP	n	M	DP	n	M	DP	n	M	DP				
3A	1	-9.0	-	1	0	-	0	-	-	4	24.3	10.9	2.72	.011	8	.22
4A	4	-9.5	6.8	5	21.4	22.1	7	21.6	14.3	5	28.0	13.9				
5A	15	12.2	11.4	10	17.9	12.1	4	39.0	9.6	8	7.8	27.0				
6A	15	15.3	16.8	7	-0.4	32.2	4	23.8	32.5	3	-6.3	22.2				

Nota. CFCS = Sistema de Classificação da Comunicação.

Como mais um contributo para a validade de construto do FOCUS-34 Portugal, e à semelhança do realizado pelos autores do instrumento original, analisou-se a correlação entre a pontuação FOCUS-34 Mudança e o nível CFCS atribuído a cada criança (Tabela 64).

**Tabela 64**

*Correlações Entre as Pontuações do FOCUS-34 Portugal e o Nível CFCS nas Crianças em Idade Pré-escolar*

FOCUS	Nível I (n = 35)		Nível II (n = 23)		Nível III (n = 15)		Nível IV (n = 20)		Nível V (n = 4)		r
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
Mudança	10.4	15.6	12.3	22.8	26.8	20.2	14.0	23.1	8.5	14.3	.101*

Nota. r = Correlação Pearson.

\*  $p = 0.101$ .

Ao contrário do que aconteceu com as aplicações isoladas do FOCUS-34 Portugal, não existe correlação entre a pontuação obtida no FOCUS-34 Portugal- Mudança e o nível CFCS, mostrando que o nível de CFCS não se correlaciona com as mudanças possíveis na participação comunicativa.

### **3.2.3.1.2. Grupo de Crianças do 1.º Ciclo do Ensino Básico.**

Para análise das mudanças positivas decorridas em cada faixa etária, recorreu-se ao teste *t* de *student* para duas amostras emparelhadas (para cada uma das faixas etárias).

Foi verificado o pressuposto da normalidade para cada uma das faixas etárias, tendo-se verificado o seu incumprimento na 2.ª aplicação para os 6 e para os 10 anos através do teste de

Shapiro-Wilk ( $p < .05$ ). No entanto, como os valores absolutos de assimetria e de curtose são aceitáveis ( $sk < 3$ ;  $ku < 7$ , Kline, 1998 citado por Marôco, 2018), considera-se que uma análise paramétrica é robusta à violação da normalidade. Foi confirmado o pressuposto da homogeneidade de variâncias através do teste de Levene ( $p < .05$ ).

Quando ao nível CFCS foram adotados os mesmos procedimentos, tendo-se verificado o cumprimento da normalidade através do teste Shapiro-Wilk para o grupo de crianças do nível CFCS III ( $n = 8$ ), IV ( $n = 3$ ) e V ( $n = 3$ ) ( $p > .05$ ) em ambas as aplicações. As crianças dos níveis CFCS I e II apresentam o  $n$  superior a 20, pelo que se aplica o TLC (Marôco, 2018). Foi confirmado o pressuposto da homogeneidade de variâncias através do teste de Levene ( $p < .05$ )

Os resultados para cada grupo etário e para cada nível CFCS são apresentados na Tabela 65. Contudo, ressalva-se que pelo  $n$  amostral reduzido e consequentes violações à normalidade, optou por não se realizar estatística inferencial entre duas amostras emparelhadas para cada nível CFCS dentro de cada faixa etária, sendo apresentado apenas o resultado do teste estatístico para cada faixa etária e o resultado do teste estatístico para cada nível CFCS, de forma independente.

Estimando a estatística descritiva dos resultados da Tabela 65, verificam-se que os resultados médios são sempre superiores na segunda aplicação em todas as faixas etárias, exceto na faixa etária dos 8 anos, onde se verifica uma mudança negativa. O teste aplicado demonstra que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p > .05$ ) entre as duas aplicações em todas as faixas etárias das crianças do 1.º CEB, o que significa que estas crianças não registaram mudanças positivas estatisticamente significativas na participação comunicativa.

Quanto ao nível CFCS, apreciando a estatística descritiva dos resultados da Tabela 65, verificam-se que os resultados médios são superiores na 2.ª aplicação nas crianças dos níveis CFCS I, II e III, enquanto nos níveis de maior comprometimento (níveis CFCS IV e V) são verificadas mudanças negativas. O teste aplicado demonstra que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p > .05$ ) entre as duas aplicações em qualquer um dos níveis, o que significa que as crianças de qualquer nível CFCS no grupo de crianças do 1.º CEB não registaram mudanças positivas na participação comunicativa.

**Tabela 65**

*Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças do 1.º CEB Para Cada Idade e Nível CFCS*

Idade	FOCUS	Nível I			Nível II			Nível III			Nível IV			Nível V			Total faixa etária							
		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>r</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>gl</i>	<i>d</i>
6 <sup>a</sup>	1. <sup>a</sup>	6	206	18.1	2	185	11.3	3	133.7	52.0	0	-	-	0	-	-	11	182.5	42.0	.77*	0.14	.447	10	0.04
	2. <sup>a</sup>	6	208.8	23.0	2	203.5	13.4	3	121.0	76.2	0	-	-	0	-	-	11	183.9	55.51					
7 <sup>a</sup>	1. <sup>a</sup>	8	189.4	36.7	3	179.3	40.2	3	128.0	36.7	0	-	-	2	121.0	41.0	16	167.4	44.9	.88	1.02	.163	15	0.25
	2. <sup>a</sup>	8	193.5	41.0	3	188.7	37.1	3	144.0	44.5				2	113.0	36.8	16	173.3	47.4					
8 <sup>a</sup>	1. <sup>a</sup>	9	184.7	19.3	3	142.3	60.7	0	-	-	1	108.0	-	1	155.0	-	14	168.0	37.8	.71*	-.64	.268	13	0.17
	2. <sup>a</sup>	9	168.4	61.0	3	156	65.0	0	-	-	1	117.0	-	1	157.0	-	14	161.3	56.0					
9 <sup>a</sup>	1. <sup>a</sup>	6	172.5	41.8	11	176.1	30.4	1	102.0	-	0	-	-	0	-	-	18	170.8	36.8	.82	1.11	.142	17	0.26
	2. <sup>a</sup>	6	185.2	39.1	11	176.6	34.7	1	124.0	-	0	-	-	0	-	-	18	176.6	36.7					
10A	1. <sup>a</sup>	4	176.3	20.5	5	202.8	10.3	1	187.0	-	2	88.0	49.5	0	-	-	12	173.5	46.0	.96	1.47	.085	11	0.42
	2. <sup>a</sup>	4	188.8	26.1	5	203.2	7.3	1	218.0	-	2	82.0	29.7	0	-	-	12	179.4	49.6					
Total	1. <sup>a</sup>	33	186.5	29.6	24	178.6	34.5	8	134.3	41.5	3	94.7	39.9	3	132.3	35.0								
CFCS	2. <sup>a</sup>	33	187.4	43.5	24	183.3	35.7	8	142.1	57.3	3	93.7	29.1	3	127.7	36.4								
		<i>t</i> (32) = 0.17; <i>p</i> = .434; <i>d</i> = 0.03; <i>r</i> = .70			<i>t</i> (23) = 1.20; <i>p</i> = .121; <i>d</i> = 0.25; <i>r</i> = .85			<i>t</i> (7) = 0.55; <i>p</i> = .301; <i>d</i> = 0.19; <i>r</i> = .70			<i>t</i> (2) = - 0.11; <i>p</i> = .463; <i>d</i> = -0.06; <i>r</i> = .90			<i>t</i> (2) = - 1.24; <i>p</i> = .170; <i>d</i> = - 0.72; <i>r</i> = .98										

Nota. \* *p* < .05.

De modo a contribuir para a validade de construto do FOCUS-34 Portugal, e à semelhança do realizado pelos autores do instrumento original, analisou-se a correlação entre a pontuação FOCUS-34 Portugal- Mudança e o nível CFCS atribuído a cada criança (Tabela 66).

**Tabela 66**

*Correlações Entre as Pontuações do FOCUS-34 Portugal- Mudança e o CFCS nas Crianças do 1.º CEB*

FOCUS	Nível I (n = 33)		Nível II (n = 24)		Nível III (n = 8)		Nível IV (n = 3)		Nível V (n = 3)		r
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
Mudança	0.91	31.2	4.8	19.4	7.9	40.7	-1.0	16.5	-4.7	6.5	.01*

Nota. r = Correlação Pearson.

\*  $p = .962$ .

A Tabela 66 indica que não existe correlação entre a pontuação obtida no FOCUS-34 Portugal- Mudança e o nível CFCS, mostrando que o nível de CFCS não se correlaciona com as mudanças possíveis na participação comunicativa. No entanto, para esta análise há que ter em conta a existência de valores de desvio padrão muito grandes e de  $n$  amostral reduzido nos níveis CFCS III, IV e V.

### 3.2.3.2. Mudanças no FOCUS-34 Portugal em Função do Género.

Apresentamos a análise das mudanças na participação comunicativa em função do género para o grupo de crianças em idade pré-escolar e para o grupo de crianças do 1.º CEB.

#### 3.2.3.2.1. Grupo de Crianças em Idade Pré-Escolar.

Para análise das mudanças decorridas em cada grupo do género (feminino e masculino) em crianças em idade pré-escolar, recorreu-se ao teste  $t$  de *student* para duas amostras emparelhadas. Considerando o TLC (Marôco, 2018) para o  $n$  amostral ( $n > 30$ ), assume-se a distribuição normal de ambos os grupos nas duas aplicações. Foi confirmado o pressuposto da homogeneidade de variâncias através do teste de Levene ( $p < .05$ ).

Apreciando a estatística descritiva dos resultados da Tabela 67, verificam-se que os resultados médios são sempre superiores na segunda aplicação. O teste aplicado demonstra que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) entre as duas aplicações em ambos os géneros, o que significa que quer as meninas, quer os meninos, registaram mudanças positivas na participação comunicativa. Existe uma significância prática (tamanho do efeito) superior nas meninas (muito elevada para o grupo das meninas e elevada para o grupo dos meninos).

**Tabela 67***Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças em Idade Pré-escolar Para Cada Género*

Género	Aplicação	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>r</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>gl</i>	<i>d</i>
Feminino	1. <sup>a</sup>	33	173.6	44.2	.93*	5.78	.001	32	1.01
	2. <sup>a</sup>	33	189.6	41.9					
Masculino	1. <sup>a</sup>	64	150.9	47.0	.89*	4.71	.001	63	0.59
	2. <sup>a</sup>	64	164.0	45.7					

Confirmadas as mudanças positivas estatisticamente significativas na participação comunicativa para ambos os géneros, importa apreciar se as mesmas são equivalentes estatisticamente entre géneros, ou se, por outro lado, existe um género que se diferencie. Analisaram-se as diferenças nas mudanças na participação comunicativa de crianças que frequentam o pré-escolar em função do género (teste *t* de *student*), comparando as médias das pontuações obtidas no FOCUS-34 Portugal- Mudança (Tabela 68).

Foram verificados os pressupostos para a aplicação deste método estatístico, nomeadamente distribuição normal, considerando o *n* superior a 20 nos dois subgrupos (aplica-se o TLC, Marôco, 2018). Foi confirmado o pressuposto da homogeneidade de variâncias através do teste de Levene ( $p < .05$ ).

**Tabela 68***Diferenças no FOCUS-34 Portugal- Mudança nas Crianças em Idade Pré-escolar em Função do Género*

Género	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Feminino	33	15.9	15.8	0.65	95	.257	20.29
Masculino	64	13.1	22.2				

Pela análise inferencial da entre as médias obtidas pelas crianças de diferentes géneros na pontuação FOCUS-34 Portugal- Mudança (Tabela 68), verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os géneros na pontuação do FOCUS-34 Portugal- Mudança no grupo de crianças em idade pré-escolar ( $p > .05$ ).

### **3.2.3.2.2. Grupo de Crianças do 1.º Ciclo do Ensino Básico.**

Para análise das mudanças decorridas em cada grupo do género (feminino e masculino), recorreu-se ao teste *t* de *student* para duas amostras emparelhadas. Considerando o TLC (Marôco, 2018) para o *n* amostral ( $n > 30$ ), assume-se a distribuição normal de ambos os grupos nas duas aplicações. Foi confirmado o pressuposto da homogeneidade de variâncias através do teste de Levene ( $p < .05$ ) para os dois grupos. Os resultados são apresentados na Tabela 69.

Tabela 69

*Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças do 1.º CEB Para Cada Género*

Género	Aplicação	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>r</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Feminino	1. <sup>a</sup>	30	174.2	37.5	.78	0.59	29	.107	0.28
	2. <sup>a</sup>	30	177.6	50.6					
Masculino	1. <sup>a</sup>	41	170.0	42.9	.85*	0.57	40	.089	0.29
	2. <sup>a</sup>	41	172.1	45.9					

Apreciando a estatística descritiva dos resultados da Tabela 69, verifica-se que os resultados médios são sempre superiores na 2.<sup>a</sup> aplicação. O teste aplicado demonstra que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p > .05$ ) entre as duas aplicações em ambos os géneros, o que significa que no grupo de crianças do 1.º CEB não são registadas mudanças positivas estatisticamente significativas na participação comunicativa em nenhum dos géneros.

### 3.2.3.3. Mudanças no FOCUS-34 Portugal em Função do Diagnóstico.

Apresentamos a análise das mudanças na participação comunicativa em função do diagnóstico para o grupo de crianças em idade pré-escolar e para o grupo de crianças do 1.º CEB.

#### 3.2.3.3.1. Grupo de Crianças em Idade Pré-Escolar.

Para análise das mudanças decorridas para as crianças com diferentes diagnósticos, recorreu-se ao teste *t* de *student* para duas amostras emparelhadas para cada um dos grupos, considerando o TLC (Marôco, 2018) para o *n* amostral ( $n > 20$ ). Foi verificada a normalidade para o grupo de crianças com perturbação da linguagem, grupo de crianças com perturbação dos sons da fala e grupo de crianças com outras perturbações do neurodesenvolvimento em ambas as aplicações, tendo-se confirmado este pressuposto através do teste Shapiro-Wilk ( $p > .05$ ). Foi confirmado o pressuposto da homogeneidade de variâncias através do teste de Levene ( $p < .05$ ) para todos os grupos.

Apreciando a estatística descritiva dos resultados da Tabela 70, verificam-se que os resultados médios são sempre superiores na 2.<sup>a</sup> aplicação. O teste aplicado demonstra que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) entre as duas aplicações para qualquer diagnóstico apresentado pelas crianças no pré-escolar, o que significa que todos os grupos registaram mudanças positivas estatisticamente significativas na participação comunicativa. Verifica-se um tamanho do efeito médio (crianças sem diagnóstico), elevado (crianças com perturbação da linguagem e crianças com outras perturbações do neurodesenvolvimento) e muito elevado (crianças com perturbação dos sons da fala).

Tabela 70

*Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças em Idade Pré-escolar Para Cada Diagnóstico*

Diagnóstico	Aplicação	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>r</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
P.Comunicação	1. <sup>a</sup>	29	169.0	37.8	.83*	5.16	28	.001*	0.96
	2. <sup>a</sup>	29	189.2	31.2					
PL	1. <sup>a</sup>	11	144.6	39.9	.71**	3.13	10	.005	0.94
	2. <sup>a</sup>	11	172.6	38.3					
PSF	1. <sup>a</sup>	18	183.9	28.2	.91*	5.31	17	.001*	1.25
	2. <sup>a</sup>	18	199.3	21.3					
PND	1. <sup>a</sup>	18	124.9	48.6	.96*	4.22	17	.001*	0.99
	2. <sup>a</sup>	18	140.0	53.7					
Sem diagnóstico	1. <sup>a</sup>	50	164.7	46.9	.90*	3.46	49	.001*	0.49
	2. <sup>a</sup>	50	174.8	44.8					

*Nota.* P. = perturbações; PL = perturbação da linguagem; PSF = perturbação dos sons da fala; PND = perturbações do neurodesenvolvimento.

\* $p < .05$ , \*\* $p < .001$ .

Confirmadas as mudanças positivas estatisticamente significativas na participação comunicativa para as crianças com diferentes diagnósticos, importa apreciar se as mesmas são equivalentes estatisticamente entre eles, ou se, por outro lado, existe um diagnóstico que se diferencie. Analisaram-se as diferenças nas mudanças na participação comunicativa de crianças que frequentam o pré-escolar em função do diagnóstico (ANOVA a um fator), comparando as médias das pontuações obtidas no FOCUS-34 Portugal- Mudança (Tabela 71). Foram verificados os pressupostos para a aplicação deste método estatístico, nomeadamente distribuição normal, considerando o *n* superior a 25 no grupo “sem diagnóstico” (aplica-se o TLC (Marôco, 2018) e a distribuição normal nos restantes grupos através do teste de Shapiro-Wilk ( $p > .05$ ). Foi confirmado o pressuposto da homogeneidade de variâncias através do teste de Levene ( $p > .05$ ).

Tabela 71

*Análise de Variância Para o FOCUS-34 Portugal- Mudança em Função do Diagnóstico nas Crianças em Idade Pré-escolar*

Diagnóstico	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
P. Linguagem	11	27.9	29.6	-42	71	2.50	3	.064	.08
P. Sons da Fala	18	15.4	12.3	-7	38				
PND	18	15.1	15.2	-11	38				
Sem diagnóstico	50	10.1	20.8	-66	53				

*Nota.* P. = perturbação; PND = perturbações do neurodesenvolvimento.

Pela análise de variância entre as médias obtidas pelas crianças com diferentes diagnósticos na pontuação FOCUS-34 Portugal- Mudança (Tabela 71), verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os quatro diagnósticos na pontuação do FOCUS-34 Portugal- Mudança no grupo de crianças em idade pré-escolar ( $p > .05$ ).

### 3.2.3.3.2. Grupo de Crianças do 1.º Ciclo do Ensino Básico.

Para análise das mudanças decorridas para as crianças do 1.º CEB com diferentes diagnósticos recorreu-se ao teste *t* de *student* para duas amostras emparelhadas para cada um dos grupos, considerando o TLC (Marôco, 2018) para o *n* amostral ( $n > 20$ ) para o grupo de crianças com perturbações do neurodesenvolvimento (Tabela 72). Foi verificada a normalidade para os grupos de crianças com perturbação da linguagem, grupo de crianças com perturbação dos sons da fala, e grupo de crianças sem diagnóstico em ambas as aplicações, tendo-se confirmado este pressuposto através do teste Shapiro-Wilk ( $p > .05$ ) para todos os grupos, exceto para o grupo de crianças com perturbação da linguagem ( $p < .05$ ). No entanto, como os valores absolutos de assimetria e de curtose são aceitáveis ( $sk < 3$ ;  $ku < 7$ , Kline, 1998 citado por Marôco, 2018), considera-se que uma análise paramétrica é robusta à violação da normalidade.

**Tabela 72**

*Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças do 1.º CEB Para Cada Diagnóstico*

Diagnóstico	Aplicação	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>r</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
P. Comunicação	1. <sup>a</sup>	17	180.9	39.1	.71*	0.581	16	.285	0.14
	2. <sup>a</sup>	17	185.6	46.7					
PL	1. <sup>a</sup>	13	175.8	37.6	.80	2.02	12	.033	0.56
	2. <sup>a</sup>	13	189.8	40.5					
PSF	1. <sup>a</sup>	4	197.5	32.9	.98	-1.18	3	.161	-0.59
	2. <sup>a</sup>	4	172.0	75.0					
PND	1. <sup>a</sup>	34	163.5	44.2	.95	3.56	33	.001*	0.61
	2. <sup>a</sup>	34	172.3	45.8					
Sem diagnóstico	1. <sup>a</sup>	20	178.0	33.4	.75	-1.19	19	.124	-0.27
	2. <sup>a</sup>	20	168.5	52.4					

*Nota.* P. = perturbações; PL = perturbação da linguagem; PSF = perturbação dos sons da fala; PND = perturbações do neurodesenvolvimento.

\* $p < .001$ .

Apreciando a estatística descritiva dos resultados da Tabela 72, verifica-se que os resultados médios são superiores 2.<sup>a</sup> aplicação no grupo de crianças com perturbação da linguagem e no grupo de



crianças com outras perturbações do neurodesenvolvimento. O teste aplicado demonstra que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) entre as duas aplicações em cada um destes grupos, o que significa que as crianças do 1.º CEB com estes diagnósticos revelam mudanças positivas estatisticamente significativas na participação comunicativa, com tamanho do efeito elevada para ambos os grupos. Por outro lado, verificam-se resultados médios negativos no grupo de crianças com perturbação dos sons da fala e no grupo de crianças sem diagnóstico, no entanto não se constituem como diferenças estatisticamente significativas entre as duas aplicações ( $p > .05$ ).

Confirmadas as mudanças positivas significativas entre aplicações para os dois diagnósticos mencionados, importa apreciar se as mesmas são equivalentes estatisticamente entre si, ou se, por outro lado, existe um diagnóstico que se diferencie. Analisaram-se as diferenças nas mudanças na participação comunicativa de crianças do 1.º CEB em função destes dois diagnósticos (teste *t* de *student*), comparando as médias das pontuações obtidas no FOCUS-34 Portugal- Mudança (Tabela 73).

Foram verificados os pressupostos para a aplicação deste método estatístico, nomeadamente distribuição normal, considerando o *n* superior a 25 no grupo de crianças com perturbações do neurodesenvolvimento (aplica-se o TLC, Marôco, 2018) e a distribuição normal no grupo de crianças com perturbação da linguagem através do teste de Shapiro-Wilk ( $p > .05$ ). Não foi confirmado o pressuposto da homogeneidade de variâncias através do teste de Levene ( $p < .05$ ). Como tal, o valor de *t* e nível de significância *p* foram obtidos com correção de Welch.

### Tabela 73

*Diferenças no FOCUS-34 Portugal- Mudança em Função do Diagnóstico no Grupo de Crianças do 1.º CEB*

Diagnóstico	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
P. Linguagem	13	14.0	25.0	-17	71	0.71	15.16	.490	0.29
PND	34	8.8	14.4	-38	32				

*Nota.* P. = perturbação; PND = perturbações do neurodesenvolvimento.

Pela análise de variância entre as médias obtidas pelas crianças com diferentes diagnósticos na pontuação FOCUS-34 Portugal- Mudança (Tabela 73), verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois diagnósticos na pontuação total do FOCUS-34 Portugal- Mudança ( $p > .05$ ).

### 3.2.3.4. Mudanças no FOCUS-34 Portugal em Função das Medidas de Suporte à Aprendizagem e à Inclusão no Grupo de Crianças do 1.º Ciclo do Ensino Básico

Para análise das mudanças decorridas em cada grupo de crianças que usufruíam de diferentes medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão em contexto de 1.º CEB (recorde-se a reduzida percentagem de crianças com medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão no pré-escolar - 14.7% que nos levou a optar pela não realização de estatística inferencial), recorreu-se ao teste *t* de *student* para duas amostras emparelhadas para cada um dos grupos (Tabela 74).

Considerou-se o TLC (Marôco, 2018) para o *n* amostral ( $n > 30$ ) no grupo de crianças com medidas seletivas. Foi verificado o pressuposto da normalidade para cada um dos grupos, tendo-se verificado o seu incumprimento na 2.ª aplicação do grupo de crianças sem medidas e com medidas universais, através do teste de Shapiro-Wilk ( $p < .05$ ). No entanto, como os valores absolutos de assimetria e de curtose são aceitáveis ( $sk < 3$ ;  $ku < 7$ , Kline, 1998 citado por Marôco, 2018), considera-se que uma análise paramétrica é robusta à violação da normalidade.

**Tabela 74**

*Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças do 1.º CEB Para Cada Medida de Suporte à Aprendizagem e à Inclusão*

Medidas	Aplicação	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>r</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Nenhumas	1. <sup>a</sup>	17	194.4	26.2	.82	-0.75	16	.232	-0.18
	2. <sup>a</sup>	17	188.9	47.4					
Universais	1. <sup>a</sup>	16	169.3	47.5	.42*	-0.17	15	.434	-0.04
	2. <sup>a</sup>	16	167.4	23.8					
Seletivas	1. <sup>a</sup>	33	165.3	42.9	.94	2.86	32	.007	0.50
	2. <sup>a</sup>	33	172.8	43.8					
Adicionais	1. <sup>a</sup>	5	145.6	75.3	.99	2.20	4	.046	0.99
	2. <sup>a</sup>	5	158.0	74.5					

Nota. \* $p < .001$

Apreciando a estatística descritiva dos resultados da Tabela 74, verifica-se que os resultados médios são superiores na 2.ª aplicação para o grupo de crianças com medidas seletivas e para o grupo de crianças com medidas adicionais. O teste estatístico aplicado demonstra que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) em ambos os grupos, o que significa que quer as crianças que usufruíam de medidas seletivas (tamanho de efeito médio), quer as crianças que usufruíam de medidas adicionais (tamanho de efeito elevado), registaram mudanças positivas na participação comunicativa. O

mesmo não acontece para o grupo de crianças com medidas universais ou que não usufruam de qualquer medida, verificando-se resultados médios inferiores na segunda aplicação. Apesar disso, o grupo de crianças com medidas universais e o grupo de crianças sem medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão não registam mudanças negativas estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) entre as duas aplicações.

Confirmadas as mudanças positivas estatisticamente significativas na participação comunicativa em dois dos grupos de crianças (medidas seletivas e medidas adicionais), importa apreciar se as mesmas são equivalentes estatisticamente entre estes dois grupos, ou se, por outro lado, existe um grupo que se diferencie. Analisaram-se as diferenças nas mudanças na participação comunicativa de crianças que frequentam o 1.º CEB em função das medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão que usufruem (teste *t* de *student*), comparando as médias das pontuações obtidas no FOCUS-34 Portugal- Mudança (Tabela 75).

Foram verificados os pressupostos para a aplicação deste método estatístico, nomeadamente distribuição normal, considerando o *n* superior a 25 no grupo de crianças com medidas seletivas (aplica-se o TLC (Marôco, 2018)). Para o grupo de crianças com medidas adicionais foi verificado o pressuposto da normalidade, que não se confirmou ( $p < .05$ ). No entanto, como os valores absolutos de assimetria e de curtose são aceitáveis ( $sk < 3$ ;  $ku < 7$ , Kline, 1998 citado por Marôco, 2018), considera-se que uma análise paramétrica é robusta à violação da normalidade. Foi confirmado o pressuposto da homogeneidade de variâncias através do teste de Levene ( $p > .05$ ).

**Tabela 75**

*Diferenças no FOCUS-34 Portugal- Mudança em Função das Medidas de Suporte à Aprendizagem e à Inclusão nas Crianças do 1.º CEB*

FOCUS-34- Mudança	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Medidas seletivas	33	7.55	15.15	-38	32	-.689	36	.251	-.326
Medidas adicionais	5	12.40	12.58	0	31				

Pela análise de variância entre as médias obtidas pelas crianças com diferentes medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão na pontuação FOCUS-34 Portugal- Mudança (Tabela 75), verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de crianças que usufruiu de medidas seletivas e o grupo de crianças que usufruiu de medidas adicionais ( $p > .05$ ).

### 3.2.3.5. Mudanças no FOCUS-34 Portugal em Função do Tempo de Intervenção

Apresentamos a análise das mudanças na participação comunicativa em função do tempo de intervenção para o grupo de crianças em idade pré-escolar e para o grupo de crianças do 1.º CEB.

#### 3.2.3.5.1. Grupo de Crianças em Idade Pré-Escolar.

Para análise das mudanças decorridas em cada grupo de crianças que usufruíam de intervenção com diferentes durações (anteriormente à aplicação do FOCUS-34 Portugal), recorreu-se ao teste *t* de *student* para duas amostras emparelhadas para cada um dos grupos (Tabela 76).

Para o cumprimento da normalidade, considerou-se o TLC (Marôco, 2018) para o *n* amostral ( $n > 25$ ) para dois grupos e o resultado do teste de Shapiro-Wilk para o grupo de crianças que usufruiu de intervenção há mais de 24 meses, comprovado nas duas aplicações ( $p > .05$ ).

**Tabela 76**

*Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças em Idade Pré-escolar Para Cada Tempo de Intervenção*

Tempo de intervenção	Aplicação	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>r</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
> 12 meses	1. <sup>a</sup>	57	156.6	44.7	.89*	5.72	56	.001*	0.76
	2. <sup>a</sup>	57	172.4	42.7					
12–24 meses	1. <sup>a</sup>	33	164.6	50.8	.92*	3.67	32	.001*	0.64
	2. <sup>a</sup>	33	177.5	50.2					
< 24 meses	1. <sup>a</sup>	7	146.7	52.5	.96	1.03	6	.171	0.39
	2. <sup>a</sup>	7	152.4	51.0					

Nota. \*  $p < .001$ .

Apreciando a estatística descritiva dos resultados da Tabela 76, verificam-se que os resultados médios são sempre superiores 2.<sup>a</sup> aplicação. O teste aplicado demonstra que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) entre as duas aplicações no grupo de crianças que já usufruía de intervenção num período até 12 meses e no grupo que usufruía de intervenção num período compreendido entre os 12 e os 24 meses, o que significa que estes dois grupos registaram mudanças positivas estatisticamente significativas na participação comunicativa. O mesmo não aconteceu no grupo de crianças que usufruía de intervenção há mais de 24 meses, onde não se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $p > .05$ ) entre as duas aplicações. O tamanho do efeito diminui à medida que o tempo de intervenção aumenta.

Confirmadas as mudanças positivas estatisticamente significativas na participação comunicativa para dois dos grupos, importa apreciar se as mesmas são equivalentes estatisticamente entre eles, ou se, por outro lado, existe um grupo que se diferencie. Analisaram-se as diferenças nas mudanças na participação comunicativa de crianças que frequentam o pré-escolar em função do tempo de intervenção (ANOVA a um fator), comparando as médias das pontuações obtidas no FOCUS-34 Portugal- Mudança (teste *t* de *student*) (Tabela 77).

Foram verificados os pressupostos para a aplicação deste método estatístico, nomeadamente distribuição normal, considerando o *n* superior a 25 nos dois subgrupos (aplica-se o TLC (Marôco, 2018). Foi verificado o pressuposto da homogeneidade de variâncias através do teste de Levene ( $p > .05$ ).

**Tabela 77**

*Diferenças no FOCUS-34 Portugal- Mudança em Função do Tempo de Intervenção nas Crianças em Idade Pré-escolar*

Tempo de intervenção	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
> 12 meses	57	15.8	20.9	0.66	88	.513	0.14
12-24 meses	33	12.9	20.1				

Pela análise de variância entre as médias obtidas pelas crianças com diferentes tempos de intervenção em Terapia da Fala na pontuação total FOCUS-34 Portugal- Mudança (Tabela 77), verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de crianças que usufruiu de terapia com uma duração de 12 meses e o grupo de crianças que usufruiu de terapia com uma duração entre 12 e 24 meses.

### ***3.2.3.5.2. Grupo de Crianças do 1.º Ciclo do Ensino Básico.***

Para análise das mudanças decorridas em cada grupo de crianças que usufruíam de intervenção com diferentes durações (anteriormente à aplicação do FOCUS-34 Portugal), recorreu-se ao teste *t* de *student* para duas amostras emparelhadas para cada um dos grupos (Tabela 78).

Para o cumprimento da normalidade, considerou-se o TLC (Marôco, 2018) para o *n* amostral ( $n > 25$ ) para dois grupos e o resultado do teste de Shapiro-Wilk para o grupo de crianças que usufruiu de intervenção entre 12 e 24 meses, comprovado nas duas aplicações ( $p > .05$ ).

Apreciando a estatística descritiva dos resultados da Tabela 78, verifica-se que os resultados médios são superiores na 2.ª aplicação para o grupo de crianças com duração da intervenção entre 12 e 24 meses e para o grupo de crianças com intervenção há mais de 24 meses. O teste aplicado demonstra que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) entre as duas aplicações no

grupo de crianças que já usufruía de intervenção num período compreendido entre os 12 e os 24 meses, com tamanho do efeito muito elevado, o que significa que este grupo registou mudanças positivas estatisticamente significativas na participação comunicativa.

**Tabela 78**

*Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças do 1.º CEB Para Cada Tempo de Intervenção*

Tempo de Intervenção	Aplicação FOCUS-34	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>r</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
> 12 meses	1. <sup>a</sup>	26	182.1	36.1	.68*	-0.37	25	.358	-0.07
	2. <sup>a</sup>	26	179.4	52.1					
12–24 meses	1. <sup>a</sup>	13	180.5	39.4	.97*	4.01	12	.001*	1.11
	2. <sup>a</sup>	13	191.9	39.0					
< 24 meses	1. <sup>a</sup>	32	159.8	42.2	.90*	0.98	31	.167	0.17
	2. <sup>a</sup>	32	163.3	45.6					

Nota. \* $p < .001$

O mesmo não aconteceu no grupo de crianças que usufruía de intervenção há mais de 24 meses, onde não se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) entre as duas aplicações. Quanto ao grupo com duração de intervenção até 12 meses, foram verificados pela estatística descritiva resultados médios inferiores na segunda aplicação, embora não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas.

### **3.2.3.6. Mudanças no FOCUS-34 Portugal em Função do Tempo entre Aplicações FOCUS-34 Portugal.**

Apresentamos a análise das mudanças na participação comunicativa em função do tempo entre aplicações para o grupo de crianças em idade pré-escolar e para o grupo de crianças do 1.º CEB.

#### ***3.2.3.6.1. Grupo de Crianças em Idade Pré-Escolar.***

Para análise das mudanças decorridas em cada grupo de crianças em idade pré-escolar em função do tempo entre as duas aplicações do FOCUS-34 Portugal, recorreu-se, para cada um dos grupos, ao teste *t* de *student* para duas amostras emparelhadas (Tabela 79).

Considerou-se o TLC (Marôco, 2018) para o *n* amostral ( $n > 30$ ) no grupo de crianças com 4 e 5 meses entre aplicações. Para os grupos de crianças de 3 e 6 meses entre aplicações foi confirmado o

pressuposto da normalidade para cada um dos grupos em ambas as aplicações através do teste de Shapiro-Wilk ( $p > .05$ ).

Apreciando a estatística descritiva dos resultados da Tabela 79, verificam-se que os resultados médios são sempre superiores na segunda aplicação. O teste aplicado demonstra que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) entre as duas aplicações nos grupos cujo intervalo entre aplicações foi de 3 meses, 4 meses, e 5 meses. No grupo de 6 meses não se verificam diferenças estatisticamente significativas. Verifica-se assim que quando o intervalo entre aplicações é de 3 a 5 meses é possível registar mudanças positivas estatisticamente significativas na participação comunicativa, com efeitos elevados a muito elevados entre cada grupo.

**Tabela 79**

*Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças em Idade Pré-escolar Para Cada Tempo entre Aplicações FOCUS-34 Portugal*

Tempo entre aplicações	Aplicação	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>r</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
3 meses	1. <sup>a</sup>	3	190.7	8.6	.99**	6.73	2	.011	3.88
	2. <sup>a</sup>	3	204.7	12.0					
4 meses	1. <sup>a</sup>	40	158.6	48.7	.92*	3.86	39	.001*	0.61
	2. <sup>a</sup>	40	170.2	46.0					
5 meses	1. <sup>a</sup>	44	157.8	49.7	.91*	5.60	43	.001*	0.85
	2. <sup>a</sup>	44	175.1	44.0					
6 meses	1. <sup>a</sup>	10	48.1	15.2	.85*	1.15	9	.140	0.36
	2. <sup>a</sup>	10	48.8	15.4					

Nota. \*  $p < .001$ , \*\*  $p = .038$ .

Confirmadas as mudanças positivas estatisticamente significativas na participação comunicativa para os grupos de crianças cujo tempo entre aplicações decorreu entre os 3 a 5 meses, importa apreciar se as mesmas são equivalentes estatisticamente entre eles, ou se, por outro lado, existe um grupo que se diferencie. Para o efeito, analisaram-se as diferenças nas mudanças na participação comunicativa de crianças que frequentam o pré-escolar em função do tempo entre aplicações FOCUS-34 Portugal (ANOVA a um fator), comparando as médias das pontuações obtidas no FOCUS-34 Portugal- Mudança (Tabela 80). Foram verificados os pressupostos para a aplicação deste método estatístico, nomeadamente distribuição normal, considerando o *n* superior a 25 nos subgrupos de 4 e 5 meses (aplica-se o TLC, Marôco, 2018). O grupo de crianças com 3 meses entre aplicações demonstrou cumprir a normalidade através da aplicação do teste Shapiro-Wilk ( $p > .05$ ). Foi verificado o pressuposto da homogeneidade de variâncias através do teste de Levene ( $p > .05$ ).

**Tabela 80**

*Análise de Variância Para o FOCUS-34 Portugal- Mudança em Função do Tempo Entre Aplicações FOCUS-34 Portugal nas Crianças em Idade Pré-escolar*

Tempo entre aplicações	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
3 meses de intervalo	3	14.0	3.6	10	17	0.89	2	.416	.02
4 meses de intervalo	40	11.6	19.0	-66	50				
5 meses de intervalo	44	17.3	20.5	-32	71				

Pela análise de variância entre as médias obtidas na pontuação FOCUS-34 Portugal- Mudança pelas crianças com diferentes meses entre aplicações FOCUS-34 (Tabela 80), verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos de crianças na pontuação FOCUS-34 Portugal- Mudança.

### **3.2.3.6.2. Grupo de Crianças do 1.º Ciclo do Ensino Básico.**

Para análise das mudanças decorridas em cada grupo de crianças do 1.º CEB em função do tempo entre aplicações FOCUS-34 Portugal, recorreu-se, para cada um dos grupos, ao teste *t* de *student* para duas amostras emparelhadas (Tabela 81).

Considerou-se o TLC (Marôco, 2018) para o *n* amostral ( $n > 25$ ) no grupo de crianças com 4 meses e 5 meses entre aplicações. Para os grupos de crianças de 3 e 6 meses entre aplicações foi confirmado o pressuposto da normalidade para cada um dos grupos em ambas as aplicações através do teste de Shapiro-Wilk ( $p > .05$ ).

**Tabela 81**

*Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças do 1.º CEB Para Cada Tempo Entre Aplicações FOCUS-34 Portugal*

Tempo entre Aplicações	Aplicação	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>r</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
3 meses	1. <sup>a</sup>	2	186.0	25.5	1**	-2.00	1	.148	1.41
	2. <sup>a</sup>	2	184.0	26.9					
4 meses	1. <sup>a</sup>	34	185.8	27.3	.70	.047	33	.481	0.01
	2. <sup>a</sup>	34	186.0	45.6					
5 meses	1. <sup>a</sup>	27	153.9	44.0	.87*	1.732	26	.048	0.33
	2. <sup>a</sup>	27	161.5	46.1					
6 meses	1. <sup>a</sup>	8	168.9	57.6	.94	-.352	7	.368	-0.12
	2. <sup>a</sup>	8	166.4	59.2					

Nota. \*  $p < .001$ , \*\*  $p = 0$ .



Apreciando a estatística descritiva dos resultados da Tabela 81, verifica-se que os resultados médios são superiores 2.<sup>a</sup> aplicação para as crianças com 4 e 5 meses entre aplicações. O teste aplicado demonstra que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) entre as duas aplicações no grupo de crianças cujo intervalo entre aplicações foi de 5 meses. No grupo de crianças com intervalo entre aplicações de 4 meses as diferenças não são estatisticamente significativas. Verifica-se assim que quando o intervalo entre aplicações é de 5 meses é possível registar mudanças positivas estatisticamente significativas na participação comunicativa, com tamanho do efeito médio. Numa análise meramente descritiva da Tabela 81, nos grupos de crianças com tempo entre aplicações de 3 e 6 meses, verifica-se que os resultados são inferiores na segunda aplicação. Contudo, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre aplicações para cada um destes grupos.

### **3.2.3.7. Mudanças no FOCUS-34 Portugal em Função da Frequência de Sessões de Intervenção.**

Apresentamos a análise das mudanças na participação comunicativa em função da frequência de sessões para o grupo de crianças em idade pré-escolar e para o grupo de crianças do 1.º CEB.

#### ***3.2.3.7.1. Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar.***

Para análise das mudanças decorridas em cada grupo de crianças que usufruíam respetivamente de sessões semanais ou bissemanais, recorreu-se ao teste *t* de *student* para duas amostras emparelhadas para cada um dos grupos (Tabela 82). Considerou-se o TLC (Marôco, 2018) para o *n* amostral ( $n > 30$ ) para cumprimento da normalidade. Apenas uma criança usufruiu de intervenção noutra frequência (quinzenal) que não as referidas, pelo que não se considerou para a análise estatística.

A registar ainda que foram recolhidos dados sobre a duração e tipologia das sessões, onde se verificou que respetivamente, 86% das crianças usufruem de sessões entre 31 e 60 minutos e 98% das crianças usufrui de sessões de tipologia individual. Face a estes números, não se considerou pertinente apreciar diferenças em função destas variáveis.

Apreciando a estatística descritiva dos resultados da Tabela 82, verifica-se que os resultados médios são sempre superiores na 2.<sup>a</sup> aplicação. O teste aplicado demonstra que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) entre as duas aplicações nos dois grupos de crianças, o que significa que quer crianças com intervenção semanal, quer crianças com intervenção bissemanal registam mudanças positivas estatisticamente significativas na participação comunicativa, com tamanhos do efeito elevados.

**Tabela 82**

*Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças em Idade Pré-escolar Para Cada Frequência de Intervenção*

Frequência de sessões	Aplicação	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>r</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Semanal	1. <sup>a</sup>	66	161.5	45.9	.89*	5.81	65	.001*	0.72
	2. <sup>a</sup>	66	176.7	42.5					
Bissemanal	1. <sup>a</sup>	31	152.5	50.0	.94	3.62	30	.001*	0.65
	2. <sup>a</sup>	31	164.0	52.0					

Nota. \* $p < .001$

Confirmadas as mudanças positivas estatisticamente significativas na participação comunicativa para os grupos de crianças com intervenção semanal e bissemanal, importa apreciar se as mesmas são equivalentes estatisticamente entre eles, ou se, por outro lado, existe um grupo que se diferencie. Para o efeito, analisaram-se as diferenças nas mudanças na participação comunicativa de crianças que frequentam o pré-escolar em função da frequência de sessões (teste *t* de *student*) comparando as médias das pontuações obtidas no FOCUS-34 Portugal- Mudança (Tabela 83). Foram verificados os pressupostos para a aplicação deste método estatístico, nomeadamente distribuição normal, considerando o *n* superior a 25 nos dois grupos (aplica-se o TLC (Marôco, 2018)). Foi verificado o pressuposto da homogeneidade de variâncias através do teste de Levene ( $p > .05$ ).

**Tabela 83**

*Análise de Variância para o FOCUS-34 Portugal- Mudança em Função da Frequência de Intervenção nas Crianças em Idade Pré-escolar*

Frequência de sessões	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Semanal	66	15.3	21.4	0.86	95	.393	0.19
Bissemanal	31	11.5	17.7				

Pela análise de variância entre as médias obtidas pelas crianças com diferentes frequências de intervenção na pontuação total FOCUS-34 Portugal- Mudança (Tabela 83), verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de crianças na pontuação total do FOCUS-34 Portugal- Mudança ( $p > .05$ ).

### ***3.2.3.7.2. Grupo de Crianças do 1.º Ciclo do Ensino Básico.***

Para análise das mudanças decorridas em cada grupo de crianças que usufruíram respetivamente de sessões semanais ou bissemanais, recorreu-se ao teste *t* de *student* para duas

amostras emparelhadas para cada um dos grupos, considerando o TLC (Marôco, 2018) para o  $n$  amostral ( $n > 20$ ). Apenas uma criança usufruiu de intervenção noutra frequência que não as referidas, pelo que não se considerou para a análise estatística. Quanto à duração da intervenção, à semelhança do grupo em idade pré-escolar, verificou-se que 94.4% das crianças usufruíram de sessões com duração entre 31 e 60 minutos, não se tornando pertinente a análise em função desta variável.

Apreciando a estatística descritiva dos resultados da Tabela 84, verifica-se que os resultados médios são superiores na 2.ª aplicação para as crianças com intervenção semanal. O teste aplicado demonstra que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) com efeito moderado entre as duas aplicações no grupo de crianças que usufruiu de sessões de carácter semanal, ou seja, as crianças do 1.º CEB com intervenção semanal revelaram mudanças positivas estatisticamente significativas na participação comunicativa. O mesmo não aconteceu para o grupo de crianças que usufruiu de sessões de carácter bissemanal, onde não são encontradas diferenças estatisticamente significativas e a nível descritivo se verificam resultados inferiores na segunda aplicação.

**Tabela 84**

*Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças do 1.º CEB Para Cada Frequência de Intervenção*

Frequência das sessões	Aplicação	$n$	$M$	$DP$	$r$	$t$	$gl$	$p$	$d$
Semanal	1.ª	48	173.9	42.5	.88	1.84	47	.036	0.27
	2.ª	48	179.5	45.6					
Bissemanal	1.ª	22	164.6	34.8	.66	-0.48	21	.320	-0.10
	2.ª	22	160.8	50.2					

Pela análise qui-quadrado com correção de Monte Carlo, verifica-se uma associação entre os diferentes diagnósticos e a frequência de sessões ( $\chi^2(6) = 23.86$ ;  $p = .004$ ;  $V = .41$ ). Existe uma prevalência de intervenção semanal para crianças com perturbações do neurodesenvolvimento (79.4% dessas crianças) e para crianças com perturbação da linguagem (76.9% dessas crianças), enquanto a intervenção bissemanal é sobretudo mais frequente nas crianças com perturbação dos sons da fala (50% dessas crianças). Existe o mesmo número de crianças sem diagnóstico (50%) a usufruir de intervenção bissemanal ou semanal.

### 3.2.3.8. Mudanças no FOCUS-34 Portugal em Função do Contexto das Sessões de Intervenção.

Apresentamos a análise das mudanças na participação comunicativa em função do contexto das sessões para o grupo de crianças em idade pré-escolar e para o grupo de crianças do 1.º CEB.

#### 3.2.3.8.1. Grupo de Crianças em Idade Pré-Escolar.

Para análise das mudanças decorridas em cada grupo de crianças que usufruíram respetivamente de sessões em contexto escolar ou contexto clínico, recorreu-se ao teste *t* de *student* para duas amostras emparelhadas para cada um dos grupos (Tabela 85). Para cumprimento da normalidade, considerou-se o TLC (Marôco, 2018) para o *n* amostral ( $n > 30$ ).

Pequenas percentagens de crianças usufruíram de sessões noutros contextos, nomeadamente comunidade (2.1%) e casa (5.2%), pelo que não foram consideradas para a análise das diferenças estatísticas.

**Tabela 85**

*Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 nas Crianças em Idade Pré-escolar Portugal Para Cada Contexto de Intervenção*

Contexto de Intervenção	Aplicação	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>r</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Clínico	1. <sup>a</sup>	50	148.3	47.0	.90*	5.99	49	.001*	0.85
	2. <sup>a</sup>	50	165.8	47.4					
Escolar	1. <sup>a</sup>	40	171.5	43.9	.89*	3.18	39	.001	0.50
	2. <sup>a</sup>	40	181.6	41.6					

Nota. \* $p > .001$ .

Apreciando a estatística descritiva dos resultados da Tabela 85, verificam-se que os resultados médios são sempre superiores na segunda aplicação. O teste aplicado demonstra que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) com efeitos elevados em ambos os grupos, o que significa que quer as crianças que usufruíram de sessões em contexto escolar, quer as crianças que usufruíram de sessões em contexto clínico, registaram mudanças positivas estatisticamente significativas na participação comunicativa.

Confirmadas as mudanças positivas significativas entre aplicações para os dois contextos de intervenção, importa apreciar se as mesmas são estatisticamente equivalentes entre estes dois grupos, ou se, por outro lado, existe um grupo que se diferencie. Para o efeito, analisaram-se as diferenças nas mudanças na participação comunicativa de crianças que frequentam o pré-escolar em função do contexto

das sessões (teste *t* de *student*) comparando as médias das pontuações obtidas no FOCUS-34 Portugal-Mudança (Tabela 86).

Foram verificados os pressupostos para a aplicação deste método estatístico, nomeadamente distribuição normal, considerando o *n* superior a 30 nos dois subgrupos (aplica-se o TLC, Marôco, 2018). Foi confirmado o pressuposto da homogeneidade de variâncias através do teste de Levene ( $p < .05$ ).

**Tabela 86**

*Diferenças no FOCUS-34 Portugal- Mudança em Função do Contexto de Intervenção nas Crianças em Idade Pré-escolar*

Contexto de intervenção	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Escolar	50	17.6	20.7	1.73	88	.088	0.37
Clínico	40	10.1	20.0				

Pela análise de variância entre as médias obtidas pelas crianças que usufruem de intervenção e diferentes contextos na pontuação total FOCUS-34 Portugal- Mudança (Tabela 86), verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de crianças que usufruiu de intervenção em ambiente escolar e o grupo de crianças que usufruiu de intervenção em contexto clínico na pontuação do FOCUS-34 Portugal- Mudança ( $p > .05$ ).

### **3.2.3.8.2. Grupo de Crianças do 1.º Ciclo do Ensino Básico.**

Para análise das mudanças decorridas em cada grupo de crianças que usufruíam respetivamente de sessões em contexto escolar ou contexto clínico no grupo de crianças do 1.º CEB, recorreu-se ao teste *t* de *student* para duas amostras emparelhadas para cada um dos grupos, considerando o TLC (Marôco, 2018) para o *n* amostral ( $n > 20$ ) (Tabela 87).

Pequenas percentagens de crianças usufruíram de sessões noutros contextos, nomeadamente sala de aula (2.8%), comunidade (1.4%) e casa (8.5%), pelo que não se considerou pertinente para a análise das diferenças estatísticas.

Apreciando a estatística descritiva dos resultados da Tabela 87, verifica-se que os resultados médios são superiores na segunda aplicação para o grupo de crianças com intervenção em contexto escolar, enquanto no contexto clínico se verifica que os resultados são inferiores na 2.ª aplicação. O teste aplicado demonstra que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p > .05$ ) em nenhum dos grupos, o que significa que as crianças do 1.º CEB não registaram mudanças positivas estatisticamente significativas na participação comunicativa em função do contexto de intervenção.

Tabela 87

*Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças do 1.º CEB Para Cada Contexto de Intervenção*

Contexto de intervenção	Aplicação	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>r</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Clínico	1. <sup>a</sup>	20	176.2	30.9	.71*	-0.84	19	.206	-0.19
	2. <sup>a</sup>	20	170.5	42.9					
Escolar	1. <sup>a</sup>	42	170.2	44.1	.86*	1.30	41	.101	0.20
	2. <sup>a</sup>	42	175.3	49.3					

Nota. \* $p < .001$

A análise de qui-quadrado com correção de Monte Carlo indica-nos uma associação entre o contexto das sessões e o diagnóstico ( $\chi^2(12) = 24.75, p = .016, V = .34$ ). Verifica-se que a maioria das crianças, qualquer que seja o diagnóstico, tem intervenção sobretudo em contexto escolar, à exceção das crianças sem diagnóstico, que dominam a intervenção em contexto clínico (50% dessas crianças). O contexto escolar é amplamente frequentado por crianças com perturbações do neurodesenvolvimento (76.5% destas crianças), seguido de crianças com perturbação dos sons da fala (25% destas crianças) e por fim crianças com perturbação da linguagem (23.1% destas crianças).

### 3.2.3.9. Mudanças no FOCUS-34 Portugal em Função dos Objetivos das Sessões de Intervenção.

Apresentamos a análise das mudanças na participação comunicativa em função dos objetivos das sessões de intervenção para o grupo de crianças em idade pré-escolar e para o grupo de crianças do 1.º CEB.

#### 3.2.3.9.1. Grupo de Crianças em Idade Pré-Escolar.

Para análise das mudanças decorridas em cada grupo de crianças que usufruíram de intervenção com vista a diferentes objetivos em idade pré-escolar recorreu-se ao teste *t* de *student* para duas amostras emparelhadas para cada um dos grupos.

Assume-se a distribuição normal para as crianças com objetivos dirigidos à fala, linguagem/fala, comunicação/linguagem/fala, considerando o TLC (Marôco, 2018) para o *n* amostral ( $n > 20$ ). Para as restantes crianças (linguagem, comunicação/linguagem) foi confirmado o cumprimento deste pressuposto através do teste de Shapiro-Wilk ( $p > .05$ ). Os resultados apresentam-se na Tabela 88.

**Tabela 88**

*Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças em Idade Pré-Escolar Para Cada Objetivo de Intervenção*

Objetivos de intervenção	Aplicação	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>r</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Fala	1. <sup>a</sup>	21	193.9	23.3	.77*	3.93	20	.001*	0.86
	2. <sup>a</sup>	21	206.9	15.6					
Linguagem	1. <sup>a</sup>	6	158.5	41.0	.83**	3.64	5	.007	1.49
	2. <sup>a</sup>	6	192.5	30.7					
Comunicação	1. <sup>a</sup>	1	189.0	-	-	-	-	-	-
	2. <sup>a</sup>	1	204.0	-					
Linguagem/fala	1. <sup>a</sup>	38	163.3	43.4	.89*	3.58	37	.001*	0.58
	2. <sup>a</sup>	38	175.5	39.8					
Comunicação	1. <sup>a</sup>	10	131.3	42.8	.94*	5.47	9	.001*	1.73
	2. <sup>a</sup>	10	157.6	40.8					
Comunicação/linguagem/fala	1. <sup>a</sup>	21	126.4	53.0	.92*	1.54	20	.070	0.34
	2. <sup>a</sup>	21	133.4	47.1					

Nota. \* $p > .001$ , \*\* $p = .039$ .

Apreciando a estatística descritiva dos resultados da Tabela 88, verifica-se que os resultados médios são sempre superiores na 2.<sup>a</sup> aplicação, para quaisquer objetivos de intervenção. Os testes aplicados demonstram que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) em todos os grupos à exceção do grupo de crianças com objetivos comunicação/linguagem/fala, o que significa que as crianças que usufruíram de intervenções dirigidas à fala; linguagem; linguagem/fala; e comunicação/linguagem registaram mudanças positivas estatisticamente significativas na participação comunicativa.

Confirmadas as mudanças positivas significativas entre aplicações para estes quatro grupos de crianças, importa apreciar se as mesmas são equivalentes estatisticamente entre os mesmos, ou se, por outro lado, existe um grupo de crianças que se diferencie. Para o efeito, analisaram-se as diferenças nas mudanças na participação comunicativa de crianças que frequentam o pré-escolar em função dos objetivos de intervenção (ANOVA a um fator) comparando as médias das pontuações obtidas no FOCUS-34 Portugal- Mudança (Tabela 89).

Foram verificados os pressupostos para a aplicação deste método estatístico, nomeadamente distribuição normal, considerando o *n* superior a 20 em dois grupos (aplica-se o TLC, Marôco, 2018). Para o grupo de crianças com objetivos de linguagem e o grupo de crianças com objetivos de

comunicação/ linguagem foi confirmada a distribuição normal através do teste de Shapiro-Wilk ( $p > .05$ ). Foi confirmado o pressuposto da homogeneidade de variâncias através do teste de Levene ( $p > .05$ ).

**Tabela 89**

*Análise de Variância Para o FOCUS-34 Portugal- Mudança em Função dos Objetivos de Intervenção nas Crianças em Idade Pré-Escolar*

Objetivos de intervenção	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
Fala	21	13.0	15.2	-11	38	3.48	3	.020	.13
Linguagem	6	34.0	22.9	13	71				
Linguagem/fala	38	12.2	21.0	-42	55				
Comunicação/linguagem	10	26.3	15.2	-2	47				

Pela análise de variância entre as médias obtidas pelas crianças com diferentes objetivos de intervenção na pontuação total FOCUS-34 Portugal- Mudança (Tabela 89), verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os quatro grupos de crianças na pontuação total do FOCUS-34 Portugal- Mudança no grupo de crianças em idade pré-escolar ( $p < .05$ ), com tamanho do efeito médio. O teste post hoc de Tukey indica diferenças marginalmente significativas ( $p = .051$ ) entre o grupo de crianças com objetivos de linguagem e o grupo de crianças com objetivos de linguagem/fala, com mudanças superiores no primeiro. Contudo, o mesmo não acontece com o post hoc de Bonferroni, mais indicado para amostras de menor dimensão ( $n < 50$ ), que não revela diferenças entre os grupos. Assim, pode assumir-se que estes resultados são inconclusivos, sendo necessária uma maior amostra para inferir sobre a existência de diferenças na pontuação FOCUS-34 Portugal- Mudança em função dos objetivos de intervenção.

A análise de qui-quadrado com correção de Monte Carlo indica-nos diferenças estatisticamente significativas entre as crianças que usufruíam de intervenção com vista a diferentes objetivos e o diagnóstico das mesmas ( $\chi^2 (15) = 69.23, p = .000, V = .49$ ). Ou seja, a maioria das crianças com objetivos de intervenção dirigidos à fala apresenta o diagnóstico de perturbação dos sons da fala (42.1%) ou não tem diagnóstico atribuído (57.1%). Metade das crianças com objetivos dirigidos à linguagem apresenta perturbação da linguagem e a outra metade não apresenta diagnóstico. Os objetivos dirigidos à fala/linguagem distribuem-se de forma equilibrada pelas crianças dos vários diagnósticos, exceto nas crianças com perturbações do neurodesenvolvimento (apenas 11.1% destas crianças). As intervenções com objetivos dirigidos a comunicação/linguagem ou fala/comunicação/linguagem são predominadas, respetivamente, por crianças com perturbações do neurodesenvolvimento (44.4% destas crianças) e uma percentagem considerável de crianças sem diagnóstico (24%).



### 3.2.3.9.2. Grupo de Crianças do 1.º Ciclo do Ensino Básico.

Para análise das mudanças decorridas em cada grupo de crianças que usufruíram de intervenção com vista a diferentes objetivos nas crianças do 1.º CEB, recorreu-se ao teste *t* de *student* para duas amostras emparelhadas para cada um dos grupos (Tabela 90). Assume-se a distribuição normal para os grupos de crianças com objetivos dirigidos a linguagem/fala, considerando o TLC (Marôco, 2018) para o *n* amostral ( $n > 20$ ). Para os restantes grupos de crianças (fala; comunicação; comunicação/linguagem; comunicação/linguagem/fala) foi confirmado o cumprimento deste pressuposto através do teste de Shapiro-Wilk ( $p > .05$ ). O grupo de crianças com objetivos de intervenção dirigidos à linguagem não mostrou cumprir a normalidade ( $p < .05$ ). No entanto, como os valores absolutos de assimetria e de curtose são aceitáveis ( $sk < 3$ ;  $ku < 7$ , Kline, 1998 citado por Marôco, 2018), considera-se que uma análise paramétrica é robusta à violação da normalidade.

**Tabela 90**

*Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças do 1.º CEB Para Cada Objetivo de Intervenção*

Objetivos de intervenção	Aplicação	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>r</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Fala	1. <sup>a</sup>	7	208.0	17.4	.87**	0.67	6	.265	0.03
	2. <sup>a</sup>	7	210.4	19.6					
Linguagem	1. <sup>a</sup>	14	177.3	38.0	.76*	2.00	13	.034	0.53
	2. <sup>a</sup>	14	191.2	37.6					
Comunicação	1. <sup>a</sup>	2	135.0	60.8	1***	-1.83	1	.159	-1.30
	2. <sup>a</sup>	2	124.0	52.3					
Linguagem/fala	1. <sup>a</sup>	32	179.8	27.8	.72****	-0.93	31	.180	-0.16
	2. <sup>a</sup>	32	174.2	47.8					
Comunicação/linguagem	1. <sup>a</sup>	4	143.0	65.5	.99*	15.40	3	<.001	7.70
	2. <sup>a</sup>	4	162.3	64.7					
Comunicação/linguagem/fala	1. <sup>a</sup>	11	134.0	44.6	.96*	2.15	10	.028	0.65
	2. <sup>a</sup>	11	142.9	47.2					

Nota. \*  $p = .002$ , \*\*  $p = .011$ , \*\*\*  $p = 0$ , \*\*\*\*  $p < .001$ .

Apreciando a estatística descritiva dos resultados da Tabela 90, verifica-se que os resultados médios são superiores na segunda aplicação para os grupos de crianças com objetivos de intervenção dirigidos à fala, linguagem, comunicação/linguagem e comunicação/linguagem/fala. O teste aplicado demonstra que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) nos últimos três grupos de crianças, com tamanhos do efeito elevados a muito elevados, o que significa que as crianças destes três

grupos registaram mudanças positivas estatisticamente significativas na participação comunicativa. O grupo de crianças com objetivos dirigidos à fala não apresenta diferenças estatisticamente significativas entre as duas aplicações. Por outro lado, os resultados médios são inferiores no segundo momento para o grupo de crianças com objetivos de intervenção em comunicação e para o grupo de crianças com objetivos de intervenção em linguagem/fala. O teste estatístico não indica a existência de diferenças estatisticamente significativas (no caso, mudanças negativas) entre aplicações para estes dois grupos ( $p > .05$ ).

Confirmadas as mudanças positivas estatisticamente significativas entre aplicações para três grupos de crianças em função dos objetivos de intervenção, importa apreciar se as mesmas são equivalentes estatisticamente entre eles ou se, por outro lado, existe um grupo que se diferencie. Para o efeito, analisaram-se as diferenças nas mudanças na participação comunicativa de crianças que frequentam o 1.º CEB em função dos objetivos intervencionados comparando as médias das pontuações obtidas no FOCUS-34 Portugal- Mudança (ANOVA a um fator, Tabela 91).

Foram verificados os pressupostos para a aplicação deste método estatístico, nomeadamente distribuição normal, considerando o teste de Shapiro-Wilk nos três grupos ( $p > .05$ ). Foi confirmado o pressuposto da homogeneidade de variâncias através do teste de Levene ( $p < .05$ ).

**Tabela 91**

*Análise de Variância para o FOCUS-34 Portugal- Mudança em Função dos Objetivos de Intervenção nas Crianças do 1.º CEB*

Objetivos de intervenção	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
Linguagem	14	13.9	26.1	-35	71	0.42	2	.659	.03
Comunicação/linguagem	4	19.3	2.5	16	22				
Comunicação/linguagem/fala	11	8.9	13.7	-20	31				

Pela análise de variância entre as médias obtidas pelas crianças com diferentes objetivos de intervenção na pontuação total FOCUS-34 Portugal- Mudança (Tabela 91), verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos de crianças em função dos objetivos intervencionados na pontuação total do FOCUS-34 Portugal- Mudança ( $p > .05$ ).

A análise de qui-quadrado com correção de Monte Carlo indica-nos uma associação entre o diagnóstico e os objetivos das sessões ( $\chi^2(12) = 27.56$ ,  $p = .003$ ,  $V = .44$ ). Quanto aos diferentes objetivos de intervenção, a maioria das crianças com objetivos de intervenção dirigidos à fala apresenta o diagnóstico de perturbação dos sons da fala (75% dessas crianças) ou não tem diagnóstico (15% dessas crianças); com objetivos dirigidos à linguagem apresentam-se as crianças com diagnóstico de

perturbação da linguagem (46.2% dessas crianças), ou sem diagnóstico (20% dessas crianças). Por outro lado, a maioria das crianças com mais do que um objetivo de intervenção apresenta o diagnóstico de perturbações do neurodesenvolvimento. (fala/linguagem – 41.2%; fala/comunicação/linguagem – 32.4%; comunicação/linguagem – 8.8%).

### 3.2.3.10. Mudanças no FOCUS-34 Portugal em Função da Modalidade de Intervenção no Contexto Pandémico.

Apresentamos a análise das mudanças na participação comunicativa em função da modalidade de intervenção no contexto pandémico para o grupo de crianças em idade pré-escolar e para o grupo de crianças do 1.º CEB.

#### 3.2.3.10.1. Grupo de Crianças em Idade Pré-Escolar.

Para análise das mudanças decorridas para cada uma das modalidades de intervenção que surgiram da adaptação ao contexto pandémico vivenciado na altura da recolha de dados (crianças sem intervenção, teleprática, tutoria) nas crianças em idade pré-escolar, recorreu-se ao teste *t* de *student* para duas amostras emparelhadas para cada um dos grupos referidos, considerando o TLC (Marôco, 2018) para o *n* amostral ( $n > 20$ ) (Tabela 92).

**Tabela 92**

*Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças em Idade Pré-Escolar Para Cada Modalidade de Intervenção no Contexto Pandémico*

Modalidade	Aplicação	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>r</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Teleprática	1. <sup>a</sup>	31	166.0	45.6	.93	4.31	30	.001*	0.77
	2. <sup>a</sup>	31	178.8	43.8					
Sem intervenção	1. <sup>a</sup>	46	150.3	49.0	.91*	6.48	45	.001*	0.96
	2. <sup>a</sup>	46	169.9	46.2					
Tutoria/ <i>coaching</i>	1. <sup>a</sup>	20	166.4	44.1	.91*	0.70	19	.248	0.16
	2. <sup>a</sup>	20	169.7	49.5					

Nota. \* $p < .001$ .

Apreciando a estatística descritiva dos resultados da Tabela 92, verifica-se que os resultados médios são sempre superiores na segunda aplicação. Os testes aplicados demonstram que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) entre as duas aplicações no grupo de crianças que usufruiu de teleprática e no grupo de crianças que não teve qualquer intervenção, o que significa que

ambos registaram mudanças positivas estatisticamente significativas na participação comunicativa, com efeito elevado para ambas. O grupo de crianças que usufruiu de tutoria/*coaching* parental não demonstrou diferenças estatisticamente significativas.

Confirmadas as mudanças positivas estatisticamente significativas entre aplicações para o grupo de crianças que usufruiu de teleprática e para o grupo de crianças que não usufruiu de intervenção, importa apreciar se as mesmas são equivalentes estatisticamente entre eles ou se, por outro lado, existe um grupo que se diferencie. Para o efeito, analisaram-se as diferenças nas mudanças na participação comunicativa de crianças que frequentam o 1.º CEB em função do usufruto ou não de intervenção (teleprática) no contexto pandémico, comparando as médias das pontuações obtidas no FOCUS-34 Portugal- Mudança (ANOVA a um fator). Foram verificados os pressupostos para a aplicação deste método estatístico, nomeadamente distribuição normal, considerando o  $n$  superior a 25 nos dois subgrupos (aplica-se o TLC, Marôco, 2018). Não foi verificado o pressuposto da homogeneidade de variâncias através do teste de Levene ( $p < .05$ ). Como tal, o valor de  $t$  e nível de significância  $p$  foram obtidos através do teste robusto com correção de Welch.

Pela análise de variância entre as médias obtidas pelas crianças de diferentes géneros na pontuação total FOCUS-34 Portugal- Mudança (Tabela 93), verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de crianças que usufruiu de teleprática e o grupo de crianças que não usufruiu de qualquer intervenção na pontuação total do FOCUS-34 Portugal- Mudança no grupo de crianças em idade pré-escolar ( $p > .05$ ).

**Tabela 93**

*Diferenças no FOCUS-34 Portugal- Mudança em Função da Modalidade de Intervenção no Contexto Pandémico nas Crianças em Idade Pré-Escolar*

Modalidade de intervenção	$n$	$M$	$DP$	$t$	$gl$	$p$	$d$
Teleprática	46	19.6	20.5	1.54	75	.072	0.36
Sem intervenção	31	12.8	16.6				

Para melhor compreender estas diferenças, realizou-se uma análise de qui-quadrado com correção de Monte Carlo entre os três tipos de intervenção no período pandémico e as restantes variáveis em análise.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as crianças que usufruíam de intervenção em diferentes contextos e a modalidade usufruída em período de confinamento ( $\chi^2 (2) = 11.46, p = .003, V = .30$ ). Ou seja, as crianças que mais usufruíram de teleprática foram as crianças

que usufruíam anteriormente de intervenção em contexto escolar (66.7% das crianças em teleprática), enquanto a maioria das crianças que ficaram sem intervenção foram as que usufruíam anteriormente de sessões em contexto clínico (72.7% das crianças sem intervenção).

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as crianças que usufruíram de diferentes modalidades de intervenção no período pandémico e o diagnóstico ( $\chi^2(6) = 18.73, p = .003, V = .31$ ). A maioria das crianças que não recebeu intervenção no período pandémico foram as crianças com perturbações do neurodesenvolvimento (72.2% destas crianças) ou com perturbação da linguagem (54.5% destas crianças), havendo também uma percentagem considerável de crianças sem diagnóstico (40%) e com perturbação dos sons da fala (38.9%) a não receberem qualquer intervenção. Crianças que usufruíram de teleprática eram sobretudo crianças com PC, nomeadamente perturbação dos sons da fala (61.1% dessas crianças), ou sem diagnóstico (30% dessas crianças), com uma menor percentagem (36.4%) de crianças com perturbação da linguagem e com apenas uma criança com perturbações do neurodesenvolvimento em teleprática. A tutoria/ *coaching* parental foi sobretudo aplicada a crianças sem diagnóstico (30% dessas crianças) ou com perturbações do neurodesenvolvimento (22.2% dessas crianças).

Não foram encontradas mais associações estatisticamente significativas entre a modalidade usufruída no período pandémico e as restantes variáveis para as crianças em idade pré-escolar, segundo o teste de qui-quadrado com correção de Monte Carlo ( $p > .05$ ).

#### ***3.2.3.10.2. Grupo de Crianças do 1.º Ciclo do Ensino Básico.***

Para análise das mudanças decorridas em cada uma das modalidades de intervenção (sem intervenção, teleprática, tutoria) nas crianças do 1.º CEB, recorreu-se ao teste *t* de *student* para duas amostras emparelhadas para cada um dos grupos referidos.

Para cumprimento do pressuposto da normalidade, considerou-se o TLC (Marôco, 2018) para o *n* amostral ( $n > 30$ ) no grupo da teleprática. Para os restantes dois grupos, foi verificada a normalidade através do resultado do teste de Shapiro-Wilk para o grupo de crianças que usufruiu de tutoria e para o grupo de crianças que não teve intervenção ( $p > .05$ ). Os resultados para todos os grupos são apresentados na Tabela 94.

**Tabela 94**

*Diferenças Obtidas Entre as Duas Aplicações do FOCUS-34 Portugal nas Crianças do 1.º CEB Para Cada Modalidade de Intervenção no Contexto Pandémico*

Modalidade de intervenção	Aplicação	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>r</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Teleprática	1. <sup>a</sup>	47	169.7	4.6	.87	2.57	46	.007	0.38
	2. <sup>a</sup>	47	178.3	45.8					
Sem intervenção	1. <sup>a</sup>	13	169.2	38.0	.75	-0.95	12	.180	-0.26
	2. <sup>a</sup>	13	160.0	52.3					
Tutoria/ <i>Coaching</i>	1. <sup>a</sup>	11	183.6	34.9	.81	-0.92	10	.189	-0.28
	2. <sup>a</sup>	11	175.0	51.2					

Apreciando a estatística descritiva dos resultados da Tabela 94, verifica-se que os resultados médios são superiores na segunda aplicação apenas para o grupo que usufruiu de teleprática, com tamanho do efeito moderado. Os testes aplicados demonstram que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p > .05$ ) entre as duas aplicações neste grupo de crianças, o que significa que registaram mudanças positivas estatisticamente significativas na participação comunicativa. O grupo de crianças que não teve intervenção durante o contexto pandémico e o grupo de crianças que usufruiu de tutoria/ *coaching* parental apresentaram resultados piores na segunda aplicação, do ponto de vista da estatística descritiva. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas (no caso, negativas) entre as aplicações nestes dois grupos de crianças.

Para melhor compreender estas diferenças, realizou-se uma análise qui-quadrado com correção de Monte Carlo entre os três tipos de intervenção em período pandémico e as restantes variáveis em análise. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as crianças que usufruíam anteriormente de intervenção em diferentes contextos e a modalidade usufruída em período de confinamento ( $\chi^2(2) = 14.29, p < .001, V = .48$ ). Ou seja, as crianças que mais usufruíam de teleprática foram as crianças que usufruíam anteriormente de intervenção em contexto escolar (82.5% das crianças em teleprática) enquanto a maioria das crianças que ficaram sem intervenção foram as que usufruíam anteriormente de sessões em contexto clínico (75% das crianças sem intervenção).

## **CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO E CONCLUSÕES**

O quarto e último capítulo apresenta as discussões para cada estudo, contrapondo os resultados empíricos com o estado da arte atual. São apresentadas as conclusões do estudo, bem como os seus constrangimentos, recomendações e implicações para a investigação e para a prática e relevância social perspetivada.

As crianças com perturbações da comunicação (PC) apresentam, desde cedo e ao longo da vida, limitações na sua participação causadas pelo impacto das alterações nos vários contextos de vida diária. Os recentes enquadramentos legais e conceituais (ex. OMS, Decreto-Lei n.º 54/2018, práticas baseadas na evidência [PBE]) destacam a importância de utilizar abordagens dirigidas à criança e à família, valorizando resultados para além da perturbação visível, devendo toda e qualquer intervenção contemplar aspetos participativos significativos para a criança. O conceito de participação comunicativa (ou comunicação funcional, para alguns autores) ergue-se nestas perspetivas, como sendo a troca de informações entre duas pessoas num contexto específico de vida real e tem vindo a ser desenvolvido e documentado nos últimos anos.

Em concordância com estas abordagens e conceitos, os inventários parentais são insubstituíveis ao longo do processo de avaliação e intervenção com a criança com PC, visto que capturam a perspetiva da família e as suas reais preocupações acerca da criança. A utilização deste tipo de inventários, em complemento com outros instrumentos de avaliação tradicionais, permite avaliar a criança e as suas necessidades numa perspetiva eclética, facilitando a tomada de decisão partilhada na definição de objetivos e estratégias adequadas. Urge ainda alargar o propósito dos instrumentos para além da função descritiva (descrever as dificuldades da criança) e/ou discriminativa (diferenciar crianças com e sem alterações). Neste sentido, a utilização de medidas de resultado ganha especial relevância dado que as mesmas permitem monitorizar as intervenções realizadas, medindo os efeitos da intervenção na participação efetiva da criança. Estas são instrumentos com responsividade comprovada e que podem ser utilizados ao longo da intervenção, sendo capazes de detetar mudanças num curto espaço de tempo.

A análise das práticas com crianças com PC revela um desfasamento perante o que é preconizado a nível científico. As intervenções ainda tendem a ser baseadas numa perspetiva clínica, muitas das vezes sem o recurso a instrumentos focados na perspetiva dos pais e que possibilitem a captura de informação sobre a real participação da criança nos seus contextos diários. A utilização de medidas de resultado é escassa e muitas das vezes confundida com instrumentos que não se destinam a este fim. Esta escassez mais se evidencia quando falamos de medidas de resultado focadas na

participação da criança. Muitas das vezes a medição do efeito da intervenção é feita de forma subjetiva, com metodologias e procedimentos pouco acordados, com base naquilo que a criança demonstra no *setting* de intervenção e com utilização de instrumentos que não foram desenhados para medir mudança num curto espaço de tempo.

Apesar dessa divergência entre as práticas e a literatura, importa referir que têm vindo a ser registados alguns avanços neste sentido, quer a nível internacional, quer a nível nacional, com estudos de eficácia de intervenção focados na participação, desenvolvimento de instrumentos formais focados na perspetiva dos pais e na funcionalidade da criança, bem como desenvolvimento e validação de instrumentos que possam ser utilizados como medidas de resultado, com adequadas qualidades psicométricas comprovadas, nomeadamente responsividade.

O FOCUS ganha especial destaque neste domínio por ser, do nosso conhecimento, o único instrumento direcionado à avaliação da participação comunicativa das crianças com qualquer tipo de PC, dos 18 meses aos 6 anos. Foi também desenvolvido para detetar mudanças decorridas durante um período de intervenção, tendo qualidades psicométricas sobeja e continuamente exploradas, incluindo responsividade à mudança. Não havendo em Portugal instrumentos deste carácter, considerou-se uma mais-valia a tradução e adaptação do FOCUS na sua versão curta (FOCUS-34) para a realidade portuguesa. Mune-se desta forma os profissionais e famílias de crianças com PC com um instrumento que os auxilia na tomada de decisão partilhada, monitorizando de forma consistente e objetiva o efeito da intervenção na vida real da criança e sua família.

#### **4.1. Estudo I - Tradução, Adaptação e Validação do FOCUS-34 Portugal**

Abordaremos agora a discussão de resultados do estudo I, referentes à validade de conteúdo do instrumento FOCUS-34 Portugal, validade estrutural e fiabilidade do mesmo, bem como discussão das análises diferenciais para cada grupo em estudo (crianças em idade pré-escolar e crianças do 1.º CEB).

##### ***4.1.1. Tradução e Adaptação do FOCUS 34 Portugal: Validade de Conteúdo***

Pela escassez deste tipo de instrumentos de uma forma geral, mas sobretudo a partir da idade escolar, após a autorização dos autores, considerou-se uma mais-valia a adaptação deste instrumento à idade escolar, especificamente crianças do 1.º CEB (6 aos 10 anos). Para validação do conteúdo do instrumento foram tidos em conta vários passos, de acordo com as normas de tradução e adaptação de instrumentos (Almeida & Freire, 2017; Mokkink et al., 2010, 2018; ICT, 2017).



Após o processo de tradução e retrotradução, os grupos focais realizados com profissionais que atuam junto destas crianças (terapeutas da fala e docentes de educação especial) revelaram-se uma mais-valia pelos seus ricos contributos que permitiram analisar os conceitos de participação comunicativa e adequar a o instrumento FOCUS-34 à realidade portuguesa e faixa etária pretendida. A reflexão falada com os pais foi igualmente valiosa e permitiu-nos ainda perceber como os pais não estão habituados a pensar nestas questões e como o contacto com instrumentos deste tipo possibilita, para além de todas as vantagens já mencionadas, a consciencialização e alerta dos pais para aspetos relacionados com o dia-a-dia da criança com PC (McCormack et al., 2012; Roulstone et al., 2015; Washington et al., 2015).

Visto que não foram indicadas, pelos grupos focais, alterações ou acrescento de itens no instrumento original em função da criança se encontrar no 1.º CEB, concordou-se na aplicação do mesmo instrumento a crianças da educação pré-escolar e 1.º CEB, dado que foi para as primeiras que o instrumento foi desenvolvido e para as quais existem evidências científicas. Assumem-se assim duas perspetivas: (a) análise das informações obtidas sobre a participação comunicativa recolhida através do FOCUS-34 Portugal nas crianças em idade pré-escolar, à luz dos estudos já realizados e (b) perspetiva exploratória sobre a participação comunicativa em crianças do 1.º CEB.

Apresentadas as sugestões ao painel de peritos, houve necessidade de limitar as alterações aos aspetos morfosintáticos e semânticos. Alterações quanto ao aspeto e estrutura do instrumento (reorganização, divisão ou eliminação de itens) não foram acordadas. Não obstante, e face à mais-valia dos grupos focais e reflexões faladas, estes aspetos foram direcionados para a construção de um novo inventário parental sobre a participação comunicativa de crianças com PC dos 3 aos 10 anos, que foi aplicado a nível nacional ( $N = 232$ ), cujos procedimentos metodológicos e análise e discussão de resultados não serão aqui abordados.

Para a prossecução do estudo I foi recrutada uma amostra de crianças com PC entre o 3 e os 10 anos ( $N = 206$ ). Para cada criança, pais e respetivos terapeutas da fala preencheram os instrumentos de recolha de dados, permitindo responder às principais questões de investigação por nós levantadas em função das demais variáveis.

Na caracterização do diagnóstico das crianças da amostra, evidenciaram-se diferentes interpretações pelos terapeutas da fala, apesar da explicitação prévia dos critérios de inclusão da amostra, em que selecionamos a terminologia do DSM-5 para as PC e a explicitamos a todos os informantes. Verificámos a inclusão de outro tipo de diagnóstico (ex. PEA, AGD, PDI), bem como uma grande percentagem de crianças sem diagnóstico, até ausência de crianças com perturbação da

comunicação social. Relembramos que esta informação foi recolhida em campo aberto, onde cada profissional poderia colocar a informação pretendida.

O alargamento dos diagnósticos incluídos confere alguma fragilidade à interpretação dos dados obtidos, pela inconsistência terminológica utilizada que não permite uma identificação clara das crianças. Por outro lado, permite enriquecer as análises, dado que o FOCUS na sua versão original está validado para ser utilizado com crianças com qualquer tipo de diagnóstico (Thomas-Stonell, Robertson, et al., 2015).

#### ***4.1.2. Validade Estrutural e Fiabilidade***

Quanto à validade estrutural, a nossa primeira questão de investigação, verifica-se a presença de um construto, à semelhança do obtido nos estudos de validação do instrumento original (Thomas-Stonell et al., 2010). Quanto a esta informação, não existe menção da adoção deste procedimento (análise fatorial) nos estudos de adaptação do instrumento a outras culturas/ países.

Quanto à segunda questão, referente às qualidades psicométricas de fiabilidade do instrumento, nomeadamente consistência interna através da análise do alfa de Cronbach e  $r$  ITC verificamos valores elevados de consistência interna, considerando os valores de referência para esta análise sugeridos por Field (2013) e os valores sugeridos por Almeida e Freire (2017) para o  $r$  ITC, quer na totalidade do instrumento, quer em ambas as partes, o que indica que o FOCUS-34 Portugal mede adequadamente aquilo que se propõe e que os itens se relacionam entre si (Souza et al., 2017). Verificamos uma concordância deste valor com valores de consistência interna obtidos quer na dimensão original (Oddson et al., 2019) quer nas validações e adaptações do FOCUS para outros países (Neunman et al., 2017; Piazzalunga et al., 2020).

Contribuindo para a validade interna de construto do instrumento, seguimos então para a resposta às questões de investigação três a nove, referentes às análises inferenciais através de testes de hipóteses, realizadas entre diferentes grupos em função das variáveis em estudo. A análise de variância das pontuações FOCUS-34 Portugal obtidas pelos dois grupos revela resultados estatisticamente diferentes, com o grupo de crianças do 1.º CEB com pontuações superiores, pelo que discutiremos cada um dos grupos separadamente, em harmonia com o realizado no restante trabalho. Os achados de Rusiewicz et al. (2017) robustecem esta análise dado que também estes autores encontraram diferenças marginalmente significativas entre estes dois grupos, com diferenciação positiva do grupo de crianças do 1.º CEB, numa amostra mais reduzida que a do nosso estudo ( $N = 40$ ).

#### **4.1.3. Discussão – Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar**

Primeiramente, numa perspetiva descritiva, verificamos quais os itens com pontuação superior e inferior segundo as respostas dos pais das crianças em idade pré-escolar ao instrumento FOCUS-34 Portugal.

Os itens com pontuação superior dizem respeito à utilização de palavras para satisfazer necessidades com o adulto ou com outras crianças (item 17/1 “A criança usa palavras para pedir coisas”; item 7/2 “A criança pede coisas a outras crianças.”) e a utilizar a fala no jogo (item 2/1 “A criança fala enquanto brinca.”). Estas informações vão ao encontro das teorias de aquisição e desenvolvimento de linguagem onde primeiramente são demonstradas competências a nível de funcionalidade comunicativa (satisfazer necessidades básicas) e falar/ emitir sons enquanto brincam (Tomasello, 2005). A relembrar que as crianças da nossa amostra pertencem maioritariamente a níveis CFCS (Sistema de Classificação da Comunicação) mais funcionais, sendo expectável que não exista uma afeição de competências de intencionalidade comunicativa (Shiple & McAfee, 2021), corroborando-se com a literatura na área do impacto funcional de uma PC onde não são destacadas dificuldades na satisfação de necessidades básicas (ASHA, 2019; Levickis, 2017; Lindsay & Dockrell, 2012; Markham et al., 2009; McCormack et al., 2009, 2010,a, 2010b, 2011; Murray & Iuzzini-Seigel, 2017; Raghavendra et al., 2011; RCSLT, 2020). São frequentemente reportadas limitações na brincadeira entre pares, com aumento de jogo paralelo e solitário e dependência do adulto de referência (ASHA, 2019; Carvalho, 2019; Guimarães, 2017; Horowitz et al., 2006; Ramos, 2017; Stanton-Chapman & Brown, 2015), contudo, tal não impede que a criança “fale enquanto brinca”, visto que este item não remete para o tipo de brincadeira que a criança faz (ex. solitária, paralela, cooperativa).

As maiores dificuldades na participação comunicativa no grupo de crianças em idade pré-escolar, segundo a perspetiva dos pais, situam-se nas dificuldades na linguagem expressiva – sintaxe (item 15/1 “A criança usa a gramática corretamente quando fala.”), bem como em utilizar a comunicação com adultos não familiares, seja para conversar ou para recontar eventos passados (item 19/1 “A criança reconta eventos passados a adultos que não a conhecem bem.” e 3/2 “A criança tenta levar a cabo uma conversa com adultos que não a conhecem bem.”). Tal é concordante, mais uma vez, com uma perspetiva desenvolvimental da aquisição de linguagem, sabendo que as competências sintáticas são de posterior aprimoramento (ASHA, 2020b; Tomasello, 2005) e, em crianças com PC, são frequentemente um dos domínios mais afetados (Bishop, 2017; APA, 2014). Analisando o impacto das PC no dia-a-dia das crianças, a literatura reporta dificuldades no estabelecimento de interações sociais, agravadas com pessoas não familiares (McCormack et al., 2009, 2010b). Além disso, numa perspetiva de oportunidade,

sabemos que as crianças com PC apresentam mais restrições sociais que as crianças com desenvolvimento típico, frequentando menos atividades (Raghavendra et al., 2011), pelo que a interação com adultos não familiares pode estar, logo à partida, limitada. Acresce-se ainda a elevada importância dada pelos pais à inclusão social da criança e sensibilização de parceiros comunicativos (McCormack et al., 2010; Roulstone, 2015) que pode aqui estar refletida nas respostas ao FOCUS-34 Portugal.

Os testes de hipóteses referentes às análises diferenciais realizados no presente estudo foram anteriormente reportados por partes, contudo e em contribuição para a validade estrutural de um único construto (questão dois), verificamos que, de forma global, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as partes, quer a nível de significância, quer a nível de tamanho do efeito. Assim, os resultados a seguir discutidos remetem-se aos resultados obtidos pelas crianças no total do instrumento FOCUS-34 Portugal.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na pontuação do FOCUS no grupo de crianças em idade pré-escolar em função da idade (questão quatro), dos níveis CFCS (questão seis) e do diagnóstico (questão sete).

Quanto à idade, estas diferenças vão ao encontro do esperado, dado que crianças mais novas (3 anos) apresentam maiores dificuldades de participação comunicativa (Cunningham et al., 2018; Cunningham, Hanna, et al., 2017; Oddson et al., 2019; Shields et al., 2015). Na nossa amostra regista-se uma diferença significativa entre as crianças com três anos e as restantes, embora de pouca magnitude, que também é justificado pela aquisição de competências desenvolvimentais que ainda não são expectáveis para crianças desta idade, mesmo em crianças com desenvolvimento típico (ex. recontar eventos passados, utilizar a gramática corretamente) (ASHA, 2020b; Tomasello, 2005).

Da mesma forma, é esperada a associação encontrada entre a idade e os níveis CFCS, com crianças mais novas (3 anos) com a atribuição de níveis menos funcionais (i.e., níveis mais altos CFCS) em comparação com crianças mais velhas (no nosso estudo, sobretudo com 5 anos face à reduzida amostra de crianças com 6 anos) (Cunningham et al., 2018, 2019; Cunningham, Hanna, et al., 2017; Hidecker et al., 2017; Oddson et al., 2019; Thomas-Stonell et al., 2016; Washington et al., 2013, 2015). Existem diferenças entre as pontuações de crianças de todos os níveis CFCS, exceto nas crianças de níveis adjacentes, o que revela pouca poder de discriminação entre níveis próximos nas crianças em idade pré-escolar, em oposto ao que se verifica nos estudos mencionados. Compreende-se assim as diferenças e correlações negativas fortes encontradas em função do CFCS, com crianças com níveis mais funcionais com melhores resultados de participação comunicativa, diferenças estas que têm sido inequívocas em diversos estudos com o instrumento CFCS e FOCUS (Cunningham et al., 2018;

Cunningham, Hanna, et al., 2017; Hidecker et al., 2017), demonstrando como a severidade da perturbação (CFCS) pode determinar a participação comunicativa da criança.

A associação, ainda que marginal, demonstra uma tendência para o diagnóstico de perturbações do neurodesenvolvimento em crianças de idades mais precoces (mais dificuldades na participação comunicativa) e diagnóstico de PC em idades mais tardias (melhor evolução), o que pode auxiliar a compreensão das diferenças de pontuação encontradas em função do diagnóstico. Além do mais, considerando um modelo biopsicossocial de interação entre as várias componentes, o diagnóstico é uma das variáveis que pode determinar a pontuação do FOCUS-34 (Cunningham et al., 2020; Washington et al., 2015). Na nossa amostra foi verificado que crianças com PC apresentam melhores resultados que crianças com perturbações do neurodesenvolvimento e iguais resultados a crianças sem diagnóstico. Especificando, crianças com perturbação dos sons da fala ou sem diagnóstico apresentam melhores resultados no FOCUS que crianças com perturbação da linguagem (i.e., perturbação do desenvolvimento da linguagem, segundo Bishop et al., 2016) e estas apresentam melhores resultados que crianças com perturbações do neurodesenvolvimento. Estudos corroboram este achado, demonstrando melhores resultados na participação para crianças com PC (Shevell et al., 2005; Williams et al., 2019), bem como pontuações FOCUS-34 mais altas para crianças com perturbação dos sons da fala em comparação com crianças com perturbação da linguagem ou perturbações do neurodesenvolvimento (Cunningham et al., 2018; Cunningham, Hanna, et al., 2017; Thomas-Stonell, Washington, et al., 2013).

Para além dos estudos com o FOCUS, existe uma vasta literatura que documenta o impacto funcional a que as crianças com perturbação dos sons da fala e com perturbação da linguagem estão propícias, com evidências que corroboram um impacto mais significativo para crianças com perturbação da linguagem do que para crianças com perturbação dos sons da fala (Brinton & Fujiki, 2017; McGregor, 2020; RCLST, 2020). É compreensível que pelas afeções múltiplas que um diagnóstico de perturbação da linguagem pode acarretar (nos vários domínios linguísticos e nas vertentes não só expressiva, mas também compreensiva; Bishop et al., 2016) a limitação na participação comunicativa seja mais evidente. Numa perspetiva pré-escolar, mais significativa será esta diferença, pois alterações ao nível dos sons da fala ainda podem ser expectáveis, ao passo que alterações de linguagem são mais evidentes. Tal leva a que as primeiras não sejam tão valorizadas em contexto pré-escolar em comparação com as segundas. No caso de crianças com perturbações do neurodesenvolvimento, onde muitas das vezes estão afetados outros domínios para além da comunicação, linguagem e fala, mais limitações podem ocorrer na participação em comparação com crianças com PC (Chien, Rodger, Copley, & McLaren., 2014; Bishop et al., 2016; Shevell et al., 2005; Williams et al., 2019).

Há, no entanto, que ter em conta que, tal como as outras variáveis, o diagnóstico, por si só, não indica a limitação funcional da criança, podendo o impacto no dia-a-dia ser muito diferenciado e sobretudo dependente da severidade (CFCS) da perturbação (Bishop et al., 2017; McCormack et al., 2012, 2019; Hidecker et al., 2017). A notar o diagnóstico de dispraxia verbal do desenvolvimento (DVD) ou de perturbações fonológicas severas, com impactos funcionais significativos referenciados na literatura (McCormack et al., 2009, 2010a, 2010b, 2012; Namasivayam, Pukonen, Goshulak, et al., 2015; Namasivayam et al., 2019). Apesar de na nossa amostra este tipo de diagnósticos não ter sido esmiuçado, verifica-se, pela distribuição de qui-quadrado, que as crianças com perturbação dos sons da fala ou sem diagnóstico são também as que apresentam níveis CFCS mais funcionais, ao contrário das crianças com perturbação da linguagem e, mais ainda, das crianças com perturbações do neurodesenvolvimento, o que também justifica esta diferença positiva de resultados, tendo em conta as diferenças já documentadas em função do CFCS. Não obstante, há que considerar a amostra reduzida, principalmente de crianças com perturbação dos sons da fala e perturbação da linguagem, que permitam comparações consistentes.

Atente-se ainda no grupo de crianças sem diagnóstico, onde mais uma vez se reforça que este foi um termo atribuído pelo terapeuta da fala da criança. Estas crianças encontram-se igualmente distribuídas pelos cinco níveis CFCS (com maior incidência nos primeiros) o que, em nossa perspetiva, se pode dever a três aspetos: (a) crianças sem diagnóstico por apresentarem risco de desenvolver perturbações da comunicação, mas ainda sem critérios para um diagnóstico; (b) crianças sem diagnóstico por estarem ainda em estudo/ despiste de alterações várias (ex. cognitivo, motor, sensorial); (c) inconsistência e ambiguidade terminológica a nível diagnóstico existente por parte dos terapeutas da fala (SPTF, 2020a), remetendo ainda o conceito de diagnóstico para uma perspetiva médica, podendo corresponder estas crianças “sem diagnóstico” às crianças com perturbação da linguagem ou perturbação dos sons da fala. Sabemos também da importância do trabalho colaborativo para a atribuição de corretos diagnósticos e que tal nem sempre é possibilitado nos reais contextos de trabalho em Portugal, seja em contexto escolar ou clínico (A. Castro et al., 2019; IGEC, 2022).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos resultados do FOCUS no grupo de crianças em idade pré-escolar em função do género (questão três), das habilitações académicas (questão cinco) e do tempo de intervenção (questão nove). Os subgrupos referentes às diferentes medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão (questão oito) não foram analisados pelo número reduzido de crianças com diferentes medidas.

Quanto ao género, estes resultados vão ao encontro dos achados de Cunningham et al. (2017, 2018) que também não verificaram diferenças na pontuação do FOCUS em função do género, num estudo com uma amostra populacional. Os testes de qui-quadrado realizados não mostraram qualquer diferença na distribuição dos géneros ao longo das diferentes variáveis. Contudo, a magnitude média de diferença entre grupos sugere alguma possibilidade de existir uma diferenciação positiva do género feminino numa amostra de maior dimensão, não sendo os resultados conclusivos. Existe de facto uma vasta literatura que refere a existência de maior incidência de PC no género masculino (ASHA, 2019; NIDCD, 2016), no entanto, estudos recentes têm vindo a dissipar esta diferença (Cruz-Santos, 2018). Especificando para uma população de crianças já diagnosticada com PC, o estudo de Neunman et al. (2017) é o único do nosso conhecimento que reporta esta diferença entre géneros, dado que comprova que os meninos com PC têm maior comprometimento a nível da participação comunicativa que as meninas com PC.

Do nosso conhecimento, as outras duas variáveis (habilitações académicas e tempo de intervenção) não foram analisadas com o instrumento FOCUS-34 nos estudos disponíveis. Mais uma vez, e no que concerne às habilitações académicas, importa referir que existe igualmente uma vasta literatura que documenta que crianças com pais com menos habilitações são mais propícias a apresentar perturbações do neurodesenvolvimento, incluindo linguístico (Paul et al., 2018), enquanto outros estudos já refutam esta diferenciação (Carvalho, 2019). No caso da população específica de crianças com PC, ou seja, crianças com a alteração já diagnosticada, existe pouca evidência que demonstre que diferentes habilitações académicas conduzem a diferentes severidades (níveis CFCS) de PC (note-se que o teste do qui-quadrado rejeitou esta hipótese) ou a diferentes desempenhos na participação comunicativa. Neste sentido, cabe-nos referir os estudos desenvolvidos com escalas parentais para crianças em idade pré-escolar, como os estudos com a ISC/ EIC que revelam que os resultados são influenciados pelas habilitações académicas dos pais (Ng et al., 2014; Pham et al., 2017).

Importa perspetivar estes resultados numa dimensão transacional e biopsicossocial: à partida, crianças com pais com mais habilitações académicas estão expostas a mais oportunidades, experiências e contextos enriquecedores, o que possibilita maiores competências linguísticas (Dollaghan et al., 1999; Hupp et al., 2011; Pancsofar, 2010; Umek et al., 2008; Zambrana et al., 2012) e possivelmente, maior participação comunicativa das crianças. Contudo, teorias recentes (Neto, 2020) têm mostrado o revés destes aspetos, mostrando que muitas das vezes, e sobretudo pela falta de disponibilidade resultante dos atuais estilos de vida, os pais de crianças com mais habilitações passam pouco tempo com as suas

crianças, diminuindo quer o real conhecimento que detém sobre as mesmas, quer as oportunidades diferenciadas que lhes poderiam proporcionar.

O tempo de intervenção foi uma variável que sentimos necessidade de introduzir pela necessidade de controlar a amostra da melhor forma. Nos estudos disponíveis, os pais das crianças completam o FOCUS assim que começam a intervenção pela primeira vez, o que no nosso caso não seria, de todo, exequível. Apesar de terem sido encontradas associações entre esta variável e os diferentes diagnósticos (crianças com perturbações do neurodesenvolvimento com intervenção de maior duração que os seus pares), não são encontradas diferenças na pontuação do FOCUS-34 Portugal em função desta variável. A literatura também demonstra que estes aspetos não estão relacionados, isto é, uma maior duração da intervenção não significa melhores resultados (ASHA, 2021b; McGinty et al., 2011). Além disso, neste grupo de crianças em idade pré-escolar são escassas as intervenções com mais de 24 meses, até pela idade precoce das crianças. De facto, não foram verificadas qualquer tipo de associações entre os diferentes tempos de intervenção e o nível CFCS da criança, o que também auxilia a compreensão da ausência de diferenças.

#### ***4.1.4. Discussão – Grupo de Crianças do 1.º Ciclo do Ensino Básico***

A análise descritiva dos itens demonstra-nos os itens com pontuação superior e inferior segundo as respostas dos pais ao instrumento FOCUS-34 Portugal.

Os itens com pontuação superior são os mesmos que os das crianças em idade pré-escolar, remetendo para a satisfação de necessidades com o adulto ou com outras crianças (item 17 “A criança usa palavras para pedir coisas.”; item 7/2 “A criança pede coisas a outras crianças.”) e a utilização da fala no jogo (item 2/1 “A criança fala enquanto brinca.”).

Quanto às maiores dificuldades na participação comunicativa no grupo de crianças do 1.º CEB, segundo a perspetiva dos pais, verificamos também uma replicação das dificuldades identificadas no grupo de crianças em idade pré-escolar: dificuldades na linguagem expressiva – sintaxe (item 15/1 “A criança usa a gramática corretamente quando fala.”), bem como utilização da comunicação com adultos não familiares para recontar eventos passados (item 19/1). Em vez do item que remete para dificuldades na conversa, no grupo de crianças do 1.º CEB os pais conotaram como inferior a capacidade de comunicar de forma independente, i.e., sem ajuda (item 21/1 “A criança comunica de forma independente com adultos que não a conhecem bem.”). De facto, no 1.º CEB as exigências da criança aumentam e é lhes solicitada uma série de competências funcionais, como a independência e o



aprimoramento de competências sociais, que até então podem não ter sido valorizadas (Brinton & Fujiki, 2017; McGregor, 2020; Ramos, 2017; RCSLT, 2018, 2020).

As diferenças estatisticamente significativas encontradas nos resultados do FOCUS-34 Portugal no grupo de crianças do 1.º CEB replicam as diferenças encontradas em idade pré-escolar em função do nível CFCS (questão seis) e do diagnóstico (questão sete). Acrescenta-se as diferenças encontradas em função das medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão das crianças (questão oito).

Quanto ao nível CFCS importa referir que, ao contrário das diferenças encontradas nas crianças em idade pré-escolar, no grupo de crianças do 1.º CEB apenas se replicam as diferenças significativas entre crianças de níveis CFCS muito ligeiros (I, II) e crianças de níveis CFCS graves (III, IV e V), não existindo diferenças estatísticas entre grupos mais elevados (níveis CFCS III, IV e V). Os resultados do FOCUS-34 Portugal correlacionam-se moderadamente com o nível CFCS, de forma negativa, ou seja, quanto maior o nível CFCS da criança, menor a pontuação FOCUS-34 Portugal, exceto nos níveis CFCS IV e V. O tamanho da amostra destes grupos é muito reduzido ( $n < 10$ ) o que pode ter comprometido as análises estatísticas, acreditando que com maiores grupos amostrais poderiam ser encontradas diferenças. O estudo de Washington et al. (2015) é o único estudo, do nosso conhecimento, que incluiu a utilização do FOCUS e do CFCS em crianças com mais de seis anos, tendo demonstrado alguns indicadores de possibilidade de utilização dos instrumentos, apesar de se prever um poder pouco discriminativo em crianças dos níveis CFCS mais funcionais. Apesar da validade universal assumida para todas as idades (CFCS, 2018) verificamos que o CFCS nas crianças do 1.º CEB pode não ser assim tão diferenciador. Por outro lado, há que considerar que cerca de 80% da amostra é constituída por crianças de níveis CFCS I e II, mais funcionais, lembrando o menor poder discriminativo deste instrumento nestes níveis (Washington et al., 2015), à semelhança do verificado nas crianças da educação pré-escolar.

Neste grupo, as diferenças no diagnóstico são verificadas apenas entre crianças com perturbação dos sons da fala e os restantes grupos, com melhores resultados no FOCUS-34 Portugal no primeiro grupo. Apesar de sabermos que tal é esperado, como aconteceu nas crianças em idade pré-escolar no nosso estudo e em outros, não existem evidências quanto às crianças do 1.º CEB, mas acreditamos que se possam transpor para este grupo, face ao menor impacto desta perturbação. Corroboram-se os achados dos estudos de McGregor (2020) que concluiu que as crianças com perturbação dos sons da fala têm muitas das vezes os mesmos resultados que os seus colegas. Já as crianças com perturbação da linguagem no 1.º CEB, sentem um impacto maior da sua alteração o que pode justificar os resultados inferiores ao nível de participação comunicativa. As exigências que são colocadas às crianças no 1.º CEB (ex. aprendizagem da leitura e escrita, autonomia nos recreios,

valorização de competências transversais; função social; gestão de conversação, turnos e iniciativa) tornam o percurso das crianças com perturbação da linguagem mais desafiante (Brinton & Fujiki, 2017; Carroll & Snowling, 2004; Carvalho, 2019; Holm et al., 2008; Kinnanne, 2021e; Lousada 2012). O facto de as crianças com perturbação dos sons da fala pertencerem maioritariamente ao nível CFCS I, enquanto crianças com perturbação da linguagem se concentram mais no nível CFCS II e as crianças com perturbações do neurodesenvolvimento se distribuem do nível CFCS II em diante, também permite compreender os resultados superiores do grupo de crianças com perturbação dos sons da fala.

Ao contrário das crianças em idade pré-escolar, aqui, as crianças sem diagnóstico são em menor proporção e não apresentam uma distribuição semelhante às crianças com perturbação dos sons da fala, quer nas diferenças entre resultados obtidos (já não se diferenciam dos restantes grupos, assemelhando-se aos mesmos), quer na distribuição por níveis (concentram-se no nível CFCS I mas também no nível CFCS IV). Tal pode dever-se ao facto de, nestas idades mais avançadas, não existirem “crianças em risco”, mas sim crianças com alterações já acomodadas que podem não ter sido ainda devidamente diagnosticadas por falta de recursos (humanos, materiais, etc.) ou pela inconsistência da terminologia utilizada pelos profissionais (SPTF, 2020a).

Quanto às medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão, as crianças sem medidas apresentam melhores resultados que crianças com medidas seletivas ou medidas adicionais. Acredita-se que no caso de uma amostra maior, diferenças seriam encontradas entre todos os grupos. Sabemos ainda que a aplicação de medidas mais restritivas neste grupo aumenta em função da idade, do nível CFCS e em crianças com diagnóstico de perturbações do neurodesenvolvimento ou de perturbação da linguagem (enquanto crianças com perturbação dos sons da fala tendem a não beneficiar de qualquer medida), pelo que, consequentemente ao já exposto, é expectável que também nesta variável se verifiquem diferenças. De facto, apesar das práticas inclusivas preconizadas em Portugal (Decreto-Lei n.º 54/2018) e do caminho que tem vindo a ser trilhado nesse sentido, é sabido que crianças com medidas mais restritivas continuam a experienciar maiores restrições à sua participação e se deparam com várias barreiras (IGEG, 2022; OCDE, 2022) que podem limitar a sua participação comunicativa.

Tal como no grupo de crianças em idade pré-escolar, não se verificam diferenças estatísticas significativas em função do género (questão três); das habilitações académicas (questão cinco); e do tempo de intervenção (questão nove),

A ausência de diferenças estatísticas a nível de faixa etária (questão quatro) e a ausência de associação com o nível CFCS das crianças, contrariamente ao que aconteceu com o grupo de crianças em idade pré-escolar, pode ter ocorrido pelo reduzido tamanho da amostra, dado que a análise descritiva

dos dados revela uma tendência a menores pontuações ao longo da idade (exceto na faixa etária dos 8 anos), no sentido inverso das crianças em idade pré-escolar. Atente-se que crianças mais velhas apresentam mais diagnósticos de perturbações do neurodesenvolvimento, perturbação da linguagem ou não apresentam diagnóstico (sem diagnóstico) e medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão mais restritivas (qui-quadrado).

Podemos inferir que, a partir da idade escolar, e ao contrário do que acontece em idade pré-escolar, a faixa etária não parece ser uma variável diferenciadora na participação comunicativa, mas sim o diagnóstico da criança, as medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão aplicadas e sua funcionalidade (nível CFCS). Esta tendência vai ao encontro das teorias que destacam a importância da intervenção precoce (Dunst, 2013; McWilliam, 2012), uma vez que crianças a partir dos seis anos tendem a apresentar dificuldades mais acentuadas e enraizadas do que as mais novas, quer por questões neurobiológicas desenvolvimentais, quer porque as limitações se vão acentuando pelas exigências do meio (Brinton & Fujiki; 2017; Kinnane, 2021e; McGregor, 2020; RCSLT, 2020).

#### **4.2. Estudo II - FOCUS-34 Portugal: Responsividade como Medida de Resultado**

Passaremos à discussão de resultados do estudo II, nomeadamente FOCUS-34 Portugal- 2.<sup>a</sup> Aplicação e FOCUS-34 Portugal- Mudança, nomeadamente fiabilidade do instrumento e análises diferenciais para cada grupo em estudo.

##### ***4.2.1. FOCUS-34 Portugal- 2.<sup>a</sup> Aplicação***

Na nossa investigação, por ser pioneira nesta área, pretendemos seguir o propósito original do instrumento adotado, salvaguardando as recomendações dos autores (Cunningham et al., 2020).

Considerando o principal objetivo do estudo II – validar a responsividade do FOCUS-34 Portugal como medida de resultado – torna-se necessário discutir primeiramente a validação da 2.<sup>a</sup> aplicação, realizada após um período mínimo de três meses de intervenção, em relação à primeira aplicação. Desta forma, verificamos também a consistência de resultados para duas aplicações diferentes. Logicamente, as questões de investigação a que pretendemos dar resposta são as mesmas do estudo I (questão três a nove).

Os resultados da consistência interna replicam os resultados obtidos na primeira aplicação. Os valores de alfa de Cronbah e de  $r$  ITC mostram-se adequados, considerando os valores de referência para esta análise sugeridos por Field (2013) e os valores sugeridos por Almeida e Freire (2017) para o  $r$  ITC. De uma forma geral, estes resultados são superiores nesta segunda aplicação, o que é expectável

dado ser o que se espera com o decorrer do tempo, mais ainda quando uma criança está a usufruir de intervenção (ASHA, 2004a, 2016b; RCSLT, 2009, 2018).

Os resultados desta segunda aplicação apresentam correlações muito fortes com os resultados da primeira aplicação, mostrando que ambas medem aquilo que se propõe – participação comunicativa, mantendo a validade em momentos temporais diferentes, ou seja, as crianças mesmo evoluindo na participação comunicativa, mantêm entre si níveis de desempenho diferenciais e estáveis.

Discutiremos de seguida a resposta às restantes questões de investigação, quer para o grupo de crianças em idade pré-escolar, quer para o grupo de crianças do 1.º CEB.

#### **4.2.1.1. Discussão – Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar.**

Os itens com pontuação superior são os mesmos da primeira aplicação, ou seja, dizem respeito à utilização de palavras para satisfazer necessidades com o adulto ou com outras crianças (item 17/1 “A criança usa palavras para pedir coisas,”; item 7/2 “A criança pede coisas a outras crianças.”) e a utilizar a fala no jogo (item 2/1 “A criança fala enquanto brinca.”).

Nesta segunda aplicação, as maiores dificuldades na participação comunicativa no grupo de crianças em idade pré-escolar, segundo a perspetiva dos pais, situam-se ao mesmo nível das dificuldades da primeira aplicação, ou seja nas dificuldades na linguagem expressiva – sintaxe (item 15/1 “A criança usa a gramática corretamente quando fala.”), bem como em utilizar a comunicação com adultos não familiares para recontar eventos passados (item 19/1 “A criança reconta eventos passados a adultos que não a conhecem bem.”). O item referente à conversa com adultos não familiares foi ultrapassado negativamente pelo item 13/1 “A criança espera a sua vez para comunicar.”). Acreditamos que esta pequena diferença de um item é consequência do contexto pandémico que foi vivenciado na altura, uma vez que as crianças passaram muito mais tempo com os seus pais em casa, aumentando as interações comunicativas entre todos. No entanto, muitos dos pais estavam em contexto de teletrabalho e simultaneamente cuidadores, período emocionalmente muito desgastante para todos, onde as crianças requeriam uma disponibilidade que nem sempre era possível por parte do adulto. Além disso, pelo mesmo contexto, as interações com adultos não familiares foram ausentes, não havendo dados concretos para os pais poderem mensurar adequadamente esse item.

Quanto às análises diferenciais, as diferenças encontradas replicam os resultados da primeira aplicação do instrumento, com diferenças em função do nível CFCS (em relação à primeira aplicação, apenas não se verificam diferenças entre o nível I e o nível III), continuando a verificar-se uma correlação forte negativa entre o nível CFCS e as pontuações FOCUS-34 Portugal- 2.ª Aplicação. Esta pequena

variação encontrada pode se relacionar com o reduzido tamanho da amostra do grupo de crianças do nível CFCS III ou com eventuais evoluções superiores que as crianças deste nível possam ter feito em relação às crianças dos níveis CFCS II, IV e V.

São encontradas diferenças no diagnóstico (replicação dos resultados da 1.<sup>a</sup> aplicação, i.e., diferenciação positiva dos resultados de crianças com perturbação dos sons da fala e sem diagnóstico em relação a crianças com perturbação da linguagem e com perturbações do neurodesenvolvimento), concordando-se com o esperado (Brinton e Fujiki, 2017; Carroll & Snowling, 2004; Holm, et al., 2008; McGregor, 2020; RCSLT, 2020).

Nesta aplicação, o género influenciou as pontuações médias obtidas no FOCUS-34 Portugal- 2.<sup>a</sup> Aplicação, ao contrário do que aconteceu no primeiro momento, com meninas com resultados superiores. Face ao tamanho do efeito elevado obtido na primeira aplicação, esta diferença já poderia ser expectável, visto que foi alterada a dimensão da amostra. Tal poderá ser um indicador de diferentes desempenhos na participação comunicativa de crianças com PC de acordo com o género, corroborando o estudo de Neunman et al. (2017), contudo, é necessário maior fundamento.

Quanto à idade, não se verifica uma replicação dos resultados, visto que apenas foram verificadas diferenças marginalmente significativas entre as crianças com três e cinco anos. De facto, já na primeira aplicação a diferença tinha sido apenas entre a faixa etária dos três anos e as restantes, com tamanhos do efeito pequenos, dando pouca segurança ao resultado. Além disso, nesta segunda aplicação, deixou de se verificar a associação entre idade e diagnóstico. Compreende-se que com o decorrer da intervenção e aquisição de patamares de desenvolvimento anteriores, estas diferenças, apesar de existirem, deixem de ser estatisticamente significativas.

A ausência de diferenças na pontuação FOCUS-34 Portugal- 2.<sup>a</sup> Aplicação em função das habilitações académicas e do tempo de intervenção já decorrido replica os resultados da primeira aplicação do instrumento.

#### **4.2.1.2. Discussão – Grupo de crianças do 1.º Ciclo do Ensino Básico.**

Considerando os itens que revelam resultados superiores a nível de participação comunicativa, apenas um item (item 17/1 “A criança usa palavras para pedir coisas.”) é semelhante à primeira aplicação. Na segunda aplicação surgem aspetos relacionados com comunicação independente com outras crianças (item 8/1 “A criança comunica de forma independente com outras crianças.”) e a resolução de problemas (item 12/1 “A criança recorre à comunicação para resolver problemas.”) Seria expectável que crianças com PC, sobretudo no 1.º CEB onde as relações de amizade assumem uma

maior importância, apresentassem dificuldades em comunicar, socializar e interagir com outras crianças (Janik-Blaskova & Gibson, 2021; Brinton & Fujiki, 2017; McCabe, 2005; McGregor, 2020; Snowling et al. 2006; St Clair et al., 2011). Por outro lado, esta relação não é inequívoca uma vez que o grupo de pares de cada criança pode ter um papel decisivo na aceitação e participação social das crianças com alterações no seu desenvolvimento (Jester & Johnson, 2016; Lloyd-Esenkaya et al., 2020; RCSLT, 2009, 2018). Em Portugal, as práticas inclusivas têm sido amplamente disseminadas pelos contextos educativos, contribuindo para um ambiente facilitador da inclusão das crianças (Decreto-Lei n.º 54/2018), apesar das fragilidades identificadas (IGEC, 2022; OCDE, 2022). Importa ainda reportarmos ao contexto vivido na altura, onde o ambiente escolar e grupo de pares não terão tido grande influência, visto o encerramento dos serviços escolares. As interações das crianças ficaram cingidas aos familiares (ex. irmãos/ primos), com restrição de oportunidades e desafios, sendo mais fácil para uma criança com PC interagir em seio familiar (Guralnick et al., 1996; Hadley & Rice, 1991; McCormack et al., 2009, 2010b).

Quanto às maiores dificuldades na participação comunicativa no grupo de crianças do 1.º CEB nesta segunda aplicação do FOCUS-34 Portugal, segundo a perspetiva dos pais, dois itens são semelhantes à primeira aplicação: dificuldades na linguagem expressiva – sintaxe (item 15/1 “A criança usa a gramática corretamente quando fala.”), bem como utilização da comunicação com adultos não familiares para recontar eventos passados (item 19). Da mesma forma que na primeira aplicação, os pais valorizaram negativamente a comunicação da criança com adultos não familiares, considerando a falta de confiança (item 4 / 1 “A criança é confiante quando comunica com adultos que não a conhecem bem.”) em vez da falta de independência anteriormente considerada.

Quanto às análises diferenciais desta aplicação, foram encontradas diferenças apenas em função do nível CFCS das crianças, com diferenciação positiva das crianças de nível I e II em relação às crianças de nível IV. Acreditamos que mais diferenças não foram encontradas pelo reduzido tamanho amostral das crianças de cada nível CFCS (III, IV, V). Mantém-se as correlações moderadas negativas entre nível CFCS e pontuação FOCUS-34 Portugal- 2.ª Aplicação.

Não foram encontradas diferenças significativas em função do diagnóstico (que já não demonstra associação com o nível CFCS nesta amostra) ou das medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão, ao contrário da primeira aplicação.

Nesta segunda aplicação, crianças com perturbação da linguagem e perturbações do neurodesenvolvimento apresentaram pontuações superiores à primeira aplicação, com melhores resultados que as crianças com perturbação dos sons da fala e sem diagnóstico que mantiveram ou

pioraram os seus resultados. Apesar de estas diferenças entre os grupos não serem estatisticamente significativas, tal sugere evoluções nos primeiros grupos ao contrário dos últimos, que serão analisadas na secção seguinte. O tipo de abordagens de intervenção a utilizar com crianças com perturbação dos sons da fala é diferente do utilizado com crianças com perturbação da linguagem ou perturbações do neurodesenvolvimento (McLeod et al., 2017; Namasivayam et al., 2019) o que pode ter sido comprometido no contexto pandémico. No entanto, o tamanho da amostra é muito reduzido no grupo de crianças com perturbação dos sons da fala, pelo que estas interpretações devem ser cautelosas.

Quanto às medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão, pelo aumento da pontuação de crianças com medidas seletivas neste grupo, comparativamente à amostra da primeira aplicação, já não são verificadas diferenças entre as crianças com diferentes medidas, ressalvando ainda que este era o único grupo com tamanho de amostra considerável ( $n > 30$ ).

À semelhança da primeira aplicação FOCUS-34 Portugal nas crianças do 1.º CEB, não foram encontradas diferenças na pontuação da segunda aplicação FOCUS-34 Portugal em função da idade (apesar de nesta aplicação já existir associação, marginal, entre idade e nível CFCS), género, habilitações académicas dos pais e tempo de intervenção em TF.

#### ***4.2.2. FOCUS-34 Portugal- Mudança***

Realizado o procedimento intermédio das análises estatísticas para a segunda aplicação do FOCUS-34 Portugal, procedemos à execução dos procedimentos principais do estudo II com vista a responder às questões de investigação. A responsividade de uma medida de resultado não pode ser inferida a partir da análise dos dados de fiabilidade e validade de aplicações isoladas de um instrumento, pelo que procedemos ao estudo das qualidades psicométricas dos valores de mudança resultantes da diferença na pontuação entre as duas aplicações, quer ao nível de fiabilidade, quer ao nível de validade de construto (Castro-Schilo & Grimm, 2018; Mokkink et al., 2018).

Nessa lógica, analisamos os valores de consistência interna através do alfa de Cronbach que se revelou excelente, considerando os valores de referência para esta análise sugeridos por Field (2013) e os valores sugeridos por Almeida e Freire (2017) para o *r* ITC, replicando os valores obtidos no instrumento original (Oddson et al., 2019) (questão um).

Numa perspetiva meramente descritiva, os valores médios de mudança na nossa amostra (14.1 para idade pré-escolar e 2.7 para 1.ºCEB) estão aquém dos valores encontrados em estudos internacionais com a utilização do FOCUS-34 com tempo entre aplicações semelhantes, com valores de mudança entre 20 a 30 pontos (Cunningham et al., 2019; Kwok, Cunningham et al., 2020). No entanto

temos que ter em conta que, para além de todo o contexto pandémico, o presente estudo é referente à realidade empírica e não foi realizado com amostras/ intervenções controladas. Além disso, os estudos disponíveis reportam-se a crianças de faixas etárias inferiores (idade média de 20.46 meses), com maior previsibilidade de mudança (Cunningham et al., 2019).

Discutiremos de seguida a resposta às restantes questões de investigação, quer para o grupo de crianças em idade pré-escolar, quer para o grupo de crianças do 1.º CEB.

#### **4.2.2.1. Discussão – Grupo de Crianças em Idade Pré-escolar.**

Analisando os itens onde se verifica mudança superior no decorrer de um período de intervenção, apreciamos que os itens com pontuação inferior nas aplicações isoladas (item 4/1 “A criança é confiante quando comunica com adultos que não a conhecem bem.”; item 15/1 “A criança usa a gramática corretamente quando fala.”) são os itens que apresentam valor médio de mudança superior. Verifica-se ainda um item do ponto de vista do desenvolvimento semântico (item 16/1 “A criança usa novas palavras.”). De facto, a semântica é uma das áreas que é transversalmente trabalhada em quase todas as intervenções. Além disso, outros fatores externos podem ter influenciado esta mudança. Logicamente, crianças que expandem o seu vocabulário tornam-se comunicadores mais funcionais, quer pela variedade de classes de palavras utilizadas, quer pelas funções comunicativas que podem transmitir, com melhores resultados na participação comunicativa (Cunningham et al., 2019).

Por outro lado, os itens que apresentam maiores pontuações nas aplicações isoladas (item 2/1 “A criança fala enquanto brinca”; item 17/1 “A criança usa palavras para pedir coisas.”) são onde se verificam valores de mudança inferiores. Compreende-se que tal se pode dever ao *ceiling effect*, ou seja, crianças com pontuações altas nos itens de forma isolada têm pouco espaço para melhorar, enquanto crianças com pontuações baixas têm maior margem (Hidecker et al., 2017). Considere-se ainda o item referente a esperar a vez para comunicar, também expectável, visto que na segunda aplicação foi dos itens com menor pontuação, ao contrário do que aconteceu na primeira. Conforme já abordado, acreditamos que esta mudança possa não ter sido resultado de um retrocesso nas competências da criança, mas de uma mudança no seu contexto e interlocutores comunicativos, em consequência da pandemia por COVID-19.

No estudo de Thomas-Stonell, Washington, et al. (2013) verifica-se que para qualquer diagnóstico atribuído às crianças em idade pré-escolar, é transversal a mudança superior no item “a minha criança comunica de forma independente com outras crianças”. Na nossa amostra tal não se verificou, o que mais uma vez acreditamos ter sido fruto do contexto vivido.



Evidências várias (Cunningham et al., 2018; Cunningham, Hanna, et al., 2017; Thomas-Stonell, Washington, et al., 2013; Thomas-Stonell, Oddson, et al., 2013; Washington et al., 2015) demonstram que as variáveis que influenciam a participação comunicativa inicial (pontuação isolada) não são as mesmas que influenciam as mudanças no decorrer da intervenção. Por exemplo, as competências linguísticas e sociais da criança podem determinar a sua pontuação isolada, no entanto esta variável já não se mostra responsiva à mudança, ao contrário das características da intervenção (frequência, duração, abordagem, objetivos). No nosso estudo, verificamos que o grupo de crianças em idade pré-escolar apresenta mudanças positivas estatisticamente significativas entre as duas aplicações do instrumento FOCUS-34 Portugal, na sequência de um período de intervenção. Especificando as análises diferenciais entre grupos, a fim de identificar quais as variáveis com maior efeito nas mudanças na participação comunicativa de crianças com PC (considerando o instrumento FOCUS-34 Portugal), verificam-se diferenças estatisticamente significativas para todas as variáveis em estudo, variáveis pessoais: idade (questão dois), género (questão três); CFCS (questão quatro), diagnóstico (questão cinco); variáveis ambientais: tempo de intervenção anterior ao estudo (questão sete); tempo de intervenção entre aplicações (questão oito); frequência da intervenção (questão nove); contexto da intervenção (questão dez), objetivos de intervenção (questão onze); intervenção ocorrida na pandemia (questão doze).

O grupo de crianças em idade pré-escolar revelou mudanças positivas estatisticamente significativas na pontuação média do FOCUS-34 Portugal em todas as idades, não tendo havido uma faixa etária que se diferenciasse das restantes. Todavia, o tamanho do efeito indica-nos uma maior magnitude para crianças dos 3 aos 5 anos e menor para crianças com 6 anos, o que é expectável visto que crianças em idades precoces respondem melhor e mais rápido à intervenção (Glória et al., 2016; Lousada, 2012; Roper & Dunst, 2003).

O mesmo acontece com o nível CFCS, exceto em crianças do nível CFCS V onde não se registaram mudanças positivas estatisticamente significativas. Todas as crianças demonstraram efeitos elevados, destacando-se as crianças do nível CFCS III com maior tamanho do efeito. Estas evoluções vão ao encontro dos achados de Cunningham et al. (2017, 2018) que referem que todas as crianças em idade pré-escolar, independentemente do nível CFCS, conseguem realizar mudanças na participação comunicativa. Corroborando este facto, verificamos: (a) ausência de diferenças estatisticamente significativas entre as crianças de diferentes níveis CFCS, ou seja, todos os subgrupos apresentaram pontuações médias de mudança sem diferenças estatísticas entre si; (b) ausência de correlação entre os níveis CFCS e a pontuação FOCUS-34 Portugal- Mudança, ou seja, o nível CFCS não prediz as

mudanças positivas da criança, à semelhança do encontrado por Hidecker et al. (2017), uma vez que o FOCUS foi desenhado para capturar mudança em crianças com PC de qualquer nível CFCS (Cunningham et al., 2018; Thomas-Stonell et al., Robertson, et al., 2015). A ausência de mudanças estatisticamente significativas no grupo de crianças de nível CFCS V pode dever-se ao ritmo de aceleração diferente, dado que crianças de níveis CFCS mais elevados (IV e V) demoram mais tempo a demonstrar resultados (entre 4.2 a 9.7 meses entre aplicações; Cunningham et al., 2018; Cunningham, Hanna, et al., 2017). Há que ponderar ainda que a ausência de mudança no grupo de crianças nível CFCS V também se possa dever ao reduzido número amostral, até pelo efeito elevado demonstrado que pode ser indicador de diferenças numa amostra de maior dimensão (Marôco, 2018).

A lembrar ainda a associação entre a idade e nível CFCS pela distribuição do qui-quadrado, com crianças de idades mais novas com níveis menos funcionais, bem como a existência de interações significativas entre estas duas variáveis na pontuação do FOCUS-34 Portugal- Mudança. Estes achados sobre estas duas variáveis em específico corroboram os estudos de Cunningham et al. (2017, 2018); Hidecker et al. (2017); Oddson et al. (2019) que referem a idade e o nível CFCS como variáveis responsivas à mudança e que interagem entre si, sendo que o FOCUS deve ser capaz de mensurar mudanças para qualquer nível CFCS e para qualquer idade pré-escolar.

As crianças de ambos os géneros revelaram mudanças positivas significativas, sem diferenças estatísticas entre ambos. Tal corrobora os achados de Cunningham et al. (2018) que verificaram que ambos os géneros são responsivos aos ganhos possíveis na participação comunicativa, não havendo diferenças estatisticamente significativas na pontuação de mudança entre meninos e meninas. No entanto, o tamanho do efeito apresenta-se maior no género feminino, o que poderá indicar resultados diferentes numa amostra maior (Marôco, 2018).

São verificadas mudanças positivas estatisticamente significativas entre aplicações para as crianças com os vários diagnósticos incluídos no estudo, o que corrobora Cunningham et al. (2020) e Thomas-Stonell (2015, 2020) que referem que o FOCUS está habilitado a captar mudanças na participação comunicativa de crianças com qualquer tipo de diagnóstico. No nosso estudo os tamanhos do efeito são muito elevados no grupo de crianças com perturbação dos sons da fala e elevados nos restantes, demonstrando-se que todos os subgrupos fizeram mudanças estatisticamente equivalentes, o que possivelmente poderia ser contrariado com uma amostra maior. Sabendo que as crianças com perturbação dos sons da fala da nossa amostra se inserem sobretudo no nível CFCS I, entende-se que estas possam apresentar mudanças mais rapidamente que as crianças de restantes grupos (Cunningham et al., 2018). Thomas-Stonell et al. (2015, 2016) e Washington et al. (2015) referem que

crianças com PC com comorbilidades (ex. perturbações do neurodesenvolvimento), apesar de a um ritmo de evolução mais lento, também demonstram ganhos na participação comunicativa no decorrer da intervenção, sendo responsivas ao FOCUS.

Quanto ao tempo de intervenção, verifica-se que crianças com intervenções prolongadas (mais de 24 meses) não revelam mudanças positivas estatisticamente significativas na participação comunicativa, ao contrário de crianças com intervenção até ao máximo de 24 meses. Considere-se para esta discussão o reduzido tamanho amostral do grupo de crianças com intervenção superior a 24 meses, que pode estar a enviesar os resultados (erro tipo II). Outro aspeto que pode auxiliar a compreensão destes resultados é o facto de as intervenções curtas e de média duração dizerem respeito sobretudo a crianças com perturbação dos sons da fala e com perturbação da linguagem, que apresentam um ritmo de evolução no FOCUS mais rápido que crianças com perturbações do neurodesenvolvimento (usufruem de intervenções prolongadas) (Thomas-Stonell et al. 2016; Washington et al., 2015).

Apesar de este fator não ter sido estudado por outros autores que aplicaram o FOCUS (dado que a aplicação FOCUS acompanha o início de intervenção da criança nos estudos disponíveis), por outro lado, e até porque o tamanho do efeito entre aplicações diminui com o aumento do tempo de intervenção, importa refletir sobre a pertinência das intervenções prolongadas e seus reais resultados. Validando a responsividade do FOCUS-34 Portugal, importa verificar como o tempo de intervenção não demonstrou diferenças na pontuação FOCUS isolada (estudo I), ao contrário do que aconteceu com a pontuação de mudança. Vários estudos sobre a eficácia de intervenção, ainda que com utilização de outras medidas de resultado, comprovam a importância de realizar intervenções dirigidas, mas intensivas em vez de prolongadas temporalmente, devido à existência do retorno decrescente e efeito de espaçamento (ASHA, 2021b; Byers et al., 2021; McGinty et al., 2011). Através da verificação da duração da intervenção do presente estudo, verificamos que a duração da intervenção da nossa amostra é bastante superior ao exposto em estudos noutros países (ASHA, 2019; McLeod et al., 2017).

Quanto ao tempo de preenchimento entre as aplicações, os autores sugerem que é necessário um período mínimo de três meses e máximo de seis para detetar mudança (Thomas-Stonell, Oddson, et al., 2015). Na nossa amostra, tempos entre aplicações entre três e cinco meses revelaram-se adequados à deteção de mudanças na participação comunicativa, sem diferenças significativas entre os diferentes períodos (3, 4 e 5 meses). O mesmo não se verificou no grupo de crianças com seis meses entre aplicações, o que se pode dever ao reduzido número amostral deste grupo (note-se tamanho do efeito moderado), mas também ao facto de poder ser um período demasiado longo que permita concretizar mudanças. Considerando que a nossa amostra é composta maioritariamente por crianças dos três

primeiros níveis funcionais, tem se em conta a literatura (Cunningham et al., 2018) que refere que crianças destes níveis apresentam mudanças clinicamente significativas em menos de 4 meses.

Quer as crianças com frequência semanal, quer as crianças com frequência bissemanal revelaram mudanças positivas estatisticamente significativas, com tamanhos do efeito semelhantes. Em primeiro lugar, importa referir que a frequência e duração encontradas são bastante inferiores às recomendações internacionais para que hajam resultados na intervenção, sendo este contraste também referenciado a nível internacional (McLeod & Baker, 2017).

Diferentes estudos demonstram a existência de resultados positivos para distintas frequências de intervenção, não havendo grande consistência nos estudos quanto a este aspeto, nem quanto às medidas de resultado utilizadas (ASHA, 2019; Brumbaugh & Smith, 2013; Law et al., 2019; López, 2021; McLeod & Baker, 2017; Thomas-Stonell et al., 2009; Thordardottir et al., 2021). Se por um lado é do conhecimento comum que quanto mais sessões, melhor para a criança, teorias recentes têm vindo a refutar este aspeto. De facto, vários estudos (ASHA, 2021b; Byers et al., 2021; McGinty et al., 2011) demonstram que a frequência da sessão não é a variável mais determinante para a eficácia da intervenção, sendo o mais importante a utilização de abordagens diferenciadas e centradas na família. Estudos de Namasivayam, Pukonen, Hard, et al. (2015) demonstram não haver diferenças nas mudanças medidas através do FOCUS para um grupo de crianças com intervenção mais intensiva para crianças com perturbação dos sons da fala, no entanto, num estudo com crianças com DVD já são verificadas diferenças em função da frequência da intervenção, destacando assim a importância do tipo de perturbação (Namasivayam, Pukonen, Goshulak, et al., 2015).

Para crianças com intervenção em contexto escolar e para crianças com intervenção em contexto clínico são detetadas mudanças positivas significativas, com um nível de significância e tamanho do efeito maior em contexto escolar, mas sem mudanças estatisticamente significativas entre grupos. Justificando esta diferença, sabemos ainda que o contexto clínico acompanha mais crianças de níveis CFCS menos funcionais em comparação com o contexto escolar. As evidências indicam que intervenções em contextos naturais e num meio menos restritivo possível (ex. contexto sala de aula e em casa) com envolvimento efetivo do docente ou família são mais eficazes do que os serviços de *pullout* (Archibald, 2017; Janik-Blaskova & Gibson, 2021; Cirrin et al., 2010; Roper & Dunst, 2003). Porém, a nossa amostra demonstra uma intervenção maioritariamente em contexto isolado (*pullout*, seja em contexto clínico ou escolar), o que pode estar a influenciar os resultados obtidos. Apesar de não ter sido realizado o levantamento sobre o envolvimento dos pais, sabemos que em contexto escolar a presença/ envolvimento dos mesmos é menos frequente (IGEC, 2022), facto agravado pelo período pandémico que

se viveu e suas contingências. Sabemos ainda que as formas de envolvimento parental são muito variáveis e, por vezes, pouco efetivas (ASHA, 2019; Law et al., 2019; Roulstone, 2015). Face ao período a que os dados se remetem, a variável contexto de intervenção torna-se pouco relevante, uma vez que no período pandémico as crianças tiveram intervenção por teleprática ou não tiveram intervenção, variável discutida posteriormente no nosso trabalho.

O FOCUS-34 Portugal mostrou-se responsivo à deteção de mudança nos vários objetivos de intervenção das crianças, com tamanhos do efeito elevados a muito elevados. A análise da existência de diferenças significativas entre as pontuações de mudanças em função dos objetivos de intervenção das crianças não foi conclusiva, provavelmente pelo reduzido tamanho da amostra em alguns subgrupos ( $n < 10$ ) que não permite uma adequada sensibilidade a um teste post hoc (Marôco, 2018). Esperávamos que crianças com objetivos dirigidos à fala apresentassem uma mudança superior nas pontuações FOCUS-34 Portugal que crianças com objetivos de linguagem (Cunningham et al., 2018). À semelhança de Cunningham et al. (2018), as crianças onde foram intervencionados mais que um objetivo em simultâneo (i.e., comunicação, linguagem e/ou fala) são as únicas que não demonstraram mudanças estatisticamente significativas entre aplicações, o que pode dever-se ao facto de este tipo de abordagens múltiplas estar associada a casos de crianças com perturbações do neurodesenvolvimento (conforme análise de qui-quadrado), que demonstram evoluções mais lentas em comparação com os seus pares (Cunningham, Hanna, et al., 2017; Washington et al., 2015). O facto de as intervenções serem mais ecléticas e menos específicas pode dificultar a mensuração de mudanças.

No período de confinamento obrigatório pela pandemia por COVID-19, os serviços de intervenção disponibilizados para estas crianças sofreram alterações. Crianças que passaram a usufruir de intervenção por teleprática registaram mudanças positivas estatisticamente significativas na participação comunicativa, assim como as que não tiveram qualquer intervenção, sem diferenças significativas entre estes dois grupos. Por outro lado, não foram encontradas mudanças positivas estatisticamente significativas nas crianças que usufruíram de intervenção por *coaching* parental/ tutoria.

Esta análise poderia constituir-se como crucial, visto que a diferenciação positiva de um grupo de crianças com intervenção em relação a um grupo de crianças sem intervenção constitui uma das formas defendidas para validar a responsividade de um instrumento (Lambert & Hawkins, 2004; Mokkink et al., 2010) e seria o esperado, de acordo com os estudos de Thomas-Stonell, Robertson, et al. (2013); Washington et al. (2015); Cunningham et al. (2018, 2019); Kwok, Cunningham, et al. (2020). No entanto, no nosso estudo com o grupo de crianças em idade pré-escolar tal não se verifica. Estes resultados devem ser interpretados com muita cautela à luz do período que foi vivenciado no período de

coleta dos dados – período de confinamento obrigatório. Tal levou a alterações com implicações no funcionamento dos serviços, existindo atualmente uma considerada literatura sobre tal (; ASHA, 2020c, 2021d; DGS, 2020; SPTF, 2020b), por outro lado são reduzidas as evidências até ao momento sobre o impacto deste período no desenvolvimento das crianças com PC e sobre a eficácia e efeito da intervenção que lhes foi prestada.

Em primeiro lugar, relembramos que a intervenção em teleprática constituiu uma resposta comum, mas de emergência, sem conhecimento, formação ou prática anterior por parte dos terapeutas da fala que a aplicaram (CPLOL, 2019; Eerdenbrugh et al., 2022). Por isso, os resultados desta intervenção não podem ser interpretados como uma autêntica intervenção por teleprática, o que pode auxiliar no entendimento de iguais resultados para crianças com e sem intervenção. Ademais, as evidências sobre a teleprática também demonstram uma menor eficácia desta modalidade para crianças mais novas (até aos 4 anos; Coufal et al., 2018). Sabemos também pela análise do qui-quadrado que crianças com diferentes tipos de diagnóstico foram sujeitas a não ter intervenção e que a teleprática foi privilegiada sobretudo nas crianças com perturbação dos sons da fala, crianças sem diagnóstico e crianças que usufruíam de intervenção em contexto escolar.

Quanto à tutoria, vários estudos documentam a ineficácia de intervenções parentais em comparação com intervenções onde há envolvimento da família (Lancaster et al., 2010; Namasivayam et al., 2019). Contrapondo, outros autores documentam resultados positivos na participação comunicativa neste tipo de práticas parentais (Cunningham et al., 2019; Kwok, Cunningham, et al., 2020). Em Portugal, sabemos que este tipo de práticas é defendido no referencial da intervenção precoce na infância, contudo as evidências da prática demonstram que a intervenção e envolvimento parentais não estão a ser devidamente implementados nem monitorizados, com um foco dominante na intervenção individual e não na capacitação dos parceiros e contextos (A. Castro et al., 2019; Espe-Sherwindt & Serrano, 2016; IGEC, 2022; M. Pinto, 2018; OCDE, 2022). Além do mais, há que ter em conta que estes modelos de intervenção parental na nossa amostra são, à semelhança da teleprática, de carácter emergente (Eerdenbrugh et al., 2022), ou seja, as famílias anteriormente usufruíam de um modelo de intervenção (tradicional, dirigida pelo terapeuta da fala) que teve de ser alterado por fatores externos e não por se ter considerado o modelo mais adequado para aquela criança e/ou por terem sido preparados e formados para tal. A referir ainda que as crianças que usufruíram deste modelo de tutoria eram sobretudo crianças com perturbações do neurodesenvolvimento ou sem diagnóstico, pelo que se deve considerar o já referido ritmo lento de mudança daquele grupo.

#### 4.2.2.2. Discussão – Grupo de Crianças do 1.º Ciclo do Ensino Básico.

Analisando os itens onde se verificou maior mudança positiva no decorrer de um período de intervenção, apreciamos que os itens 9/1 “O discurso da criança é claro.”; 12/1 “A criança recorre à comunicação para resolver problemas.”; 18/1 “A criança é compreendida na primeira vez que fala com adultos que não a conhecem bem.” foram os itens mais sensíveis à mudança, mostrando assim resultados positivos no domínio da inteligibilidade (clareza de discurso e ser compreendido) e resolução de problemas, item que tinha sido classificado na segunda aplicação como item com média elevada, ao contrário da primeira aplicação, o que espelhou desde logo a sua evolução.

Por outro lado, os itens 2/1 “A criança fala enquanto brinca.”; 1/1 “A criança está confortável quando comunica.”; 6/1 “A criança fala muito.” foram os itens com pontuação de mudança inferior, verificando-se mudanças negativas em todos eles. Como o item 2/1 foi um dos itens com pontuação mais elevada na primeira aplicação, podia considerar-se a possibilidade de *ceiling effect*, ou seja, crianças com pontuações altas nos itens têm pouco espaço para melhorar (Hidecker et al., 2017). Contudo, tal justificaria que não ocorressem mudanças, não que ocorressem mudanças negativas. O estudo de Carvalho (2019) indica-nos que as crianças com PDL em idade pré-escolar revelam menos iniciativa para comunicar com os pares e uma competência social mais baixa, havendo indícios de que estes aspetos podem ter um peso mais significativo a partir da idade escolar, à semelhança do que verificamos no nosso estudo. Importa considerar ainda que estes itens que apresentam mudança negativa, como o conforto na comunicação e o “falar muito” podem ter sido afetados por fatores inerentes ao contexto pandémico vivido, pela redução de oportunidades comunicativas da criança e diminuição de contactos sociais e de relações de amizade que a partir da idade escolar ganham especial relevância (Brinton & Fujiki, 2017; McGregor, 2020).

Ao contrário do grupo de crianças em idade pré-escolar, verificamos que o grupo de crianças do 1.º CEB, de forma global, não apresenta mudanças estatisticamente significativas entre as duas aplicações. Já A. Castro (2019), Cruz-Santos (2018), Ramos (2017) sugerem um impacto maior das PC em idade escolar, o que pode levar a menores ganhos significativos ao longo do tempo.

As análises diferenciais a fim de identificar quais as variáveis que podem ter efeito nas mudanças na participação comunicativa de crianças com PC (considerando o instrumento FOCUS-34 Portugal) no 1.º CEB, de acordo com as questões de investigação por nós levantadas, indicam-nos mudanças positivas estatisticamente significativas para:

- Questão cinco: crianças com diagnóstico de perturbação da linguagem ou perturbações do neurodesenvolvimento (ao contrário de crianças com perturbação dos sons da fala ou sem diagnóstico,

que demonstraram mudanças negativas, embora não significativas), explicando os resultados das diferenças já reportadas na segunda aplicação face à primeira aplicação. Também Thomas- Stonell, Washington, et al. (2013) verificaram no seu estudo que as crianças com perturbação dos sons da fala (em idade pré-escolar), apesar de apresentarem mudanças estatísticas significativas equivalentes às crianças com outros diagnósticos (tamanho do efeito não analisado), apresentam alguns itens com mudanças negativas que sugerem maior relutância em falar e maior frustração quando comunicam. Ressalvamos que nas crianças do 1.º CEB deste estudo não existe associação entre o nível CFCS e o diagnóstico.

- Questão seis: crianças com medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão seletivas ou adicionais (ao contrário das crianças sem medidas ou com medidas universais, que demonstraram mudanças negativas, embora não significativas), explicando os resultados das diferenças já reportadas na 2.ª aplicação face à 1.ª aplicação. Na amostra deste estudo é conhecida a associação entre o diagnóstico e as medidas atribuídas, i.e., crianças com perturbações do neurodesenvolvimento ou com perturbação da linguagem usufruem de medidas mais restritivas, o que auxilia a compreensão destes resultados. Ao contrário do grupo de crianças em idade pré-escolar, aqui verifica-se que os casos de alterações menos limitativas (i.e., menos domínios afetados, como as crianças com perturbação dos sons da fala) são os que apresentam mudanças negativas, apesar de não significativas, em relação aos outros grupos. Tal coaduna-se com os achados de Thomas-Stonell, Washington, et al. (2013) que verificaram que os resultados da intervenção para crianças com perturbação dos sons da fala eram inferiores para crianças com perturbação da linguagem, alertando para a necessidade de modificar modelos de intervenção com as primeiras, no que concerne à generalização para outros contextos.

- Questão sete: crianças com intervenções de média duração (12 a 24 meses, ao contrário das crianças com intervenção de curta ou longa duração). Sabemos que aquisições levam tempo a generalizar, ainda mais a partir do 1.º CEB, pelo que intervenções curtas podem não ser suficientes para ver resultados para além do *setting terapêutico* (Thomas-Stonell, Washington, et al., 2013). Por outro lado, intervenções longas podem ter o efeito contrário (ASHA, 2021b; Byers et al., 2021; McGinty et al., 2011) além de, no nosso estudo, corresponderem a crianças com menos funcionalidade e consequente ritmo mais lento de evolução.

- Questão oito: crianças com tempo entre aplicações de 5 meses (ao contrário de crianças com menos ou mais tempo entre aplicações). No 1.º CEB, apesar da escassez de evidências, acredita-se que as aquisições necessitem de mais tempo para serem generalizadas (Glória et al., 2016; Janik-Blaskova & Gibson, 2021; Lyons & Roulstone, 2018; Lousada, 2012), o que pode justificar a ausência de



mudanças estatisticamente significativas com menos de 5 meses. Acreditamos que a ausência de resposta esperada para tempos superiores (6 meses) se deve sobretudo ao reduzido tamanho da amostra desse grupo.

- Questão nove: crianças com intervenção semanal (ao contrário de crianças com intervenção bissemanal com mudanças negativas, embora não significativas e que correspondem maioritariamente a crianças com perturbação dos sons da fala, cuja ausência de mudança já foi discutida). Existem evidências de que a eficácia da intervenção está mais dependente das abordagens utilizadas do que da frequência, pelo que muitas das vezes maior frequência da intervenção não resulta necessariamente em melhores resultados (ASHA, 2021b; Byers et al., 2021; McGinty et al., 2011).

- Questão onze: crianças com objetivos de intervenção dirigidos à linguagem, comunicação/linguagem, comunicação/linguagem/fala (ao contrário de crianças com objetivos de intervenção dirigidos a fala e linguagem/fala. Os objetivos de intervenção onde se registam mudanças positivas estatisticamente significativas correspondem sobretudo às crianças com diagnóstico de perturbações do neurodesenvolvimento e perturbação da linguagem, enquanto os objetivos onde não se verificam mudanças positivas são os abordados nas crianças com perturbação dos sons da fala. Tal demonstra concordância com o já exposto para o grupo de crianças do 1.º CEB e confirma uma realidade oposta ao obtido no grupo de crianças em idade pré-escolar.

- Questão doze: crianças com intervenção em teleprática no período pandémico (ao contrário de crianças que ficaram sem intervenção ou com tutoria/ *coaching* parental, que demonstraram mudanças negativas, embora não significativas). Estes resultados vão ao encontro do esperado, ao contrário do que foi verificado no grupo de crianças do pré-escolar, pois é esperado que uma criança em intervenção (teleprática incluindo) apresente mais evoluções que uma criança sem intervenção). Fornece-se assim um contributo para a responsividade do FOCUS-34 Portugal em crianças do 1.º CEB, medindo ganhos funcionais que resultam da intervenção e não de fatores naturais de desenvolvimento (Coufal et al., 2018). Demonstra-se assim alguma evidência do efeito favorável da teleprática para este grupo de crianças (Rudolph & Rudolph, 2015). Por outro lado, há que ponderar o reduzido tamanho da amostra para as crianças que ficaram sem intervenção ou em tutoria, o que pode contribuir para o aumento de erros tipo II. Um estudo de Musaji et al. (2021) demonstra, através da medida funcional NOMS que a eficácia da teleterapia é semelhante à intervenção presencial em contexto escolar em crianças dos 6-9 anos. No entanto, não especificam a duração e frequência de cada sessão de intervenção nem o tipo de estratégias ou abordagens utilizadas.

As variáveis idade (questão dois) e género (questão três) não foram responsivas à mudança, não se verificando diferenças significativas entre as duas aplicações para cada género ou diferentes idades. Apesar de existir uma prevalência de diagnóstico de perturbações do neurodesenvolvimento e de medidas seletivas e adicionais em crianças mais velhas (9 e 10 anos), não foram verificadas mudanças positivas estatisticamente significativas nestas faixas etárias. Os tamanhos do efeito médios, em contraste com a reduzida amostra para cada um dos grupos, podem indicar diferenças estatísticas no sentido esperado em amostras de maior dimensão (Marôco, 2018). O mesmo acontece com a variável CFCS (questão quatro), que não se demonstra responsiva às mudanças decorridas entre aplicações, com ausências de diferenças entre todos os grupos. De notar que nesta amostra as crianças se distribuem em maioria pelos dois primeiros níveis CFCS, estando em número residual nos níveis de menor funcionalidade, pelo que todas as interpretações quanto a esta variável devem ter em conta a fragilidade destes níveis. Também não se verifica associação entre idade e nível CFCS.

A referir a ausência de correlação entre os níveis CFCS e a pontuação FOCUS-34 Portugal-Mudança, ou seja, o nível CFCS não tem influência nas mudanças positivas da criança, mas sim na pontuação isolada, à semelhança do encontrado por Hidecker et al. (2017).

Apesar de se verificarem, descritivamente, mudanças superiores para crianças que usufruem de intervenção em contexto escolar, estas não são estatisticamente diferentes das mudanças das crianças que usufruem de intervenção em contexto clínico. Nas crianças do 1.º CEB, sabemos que a maioria das crianças tem intervenção escolar e que as crianças em intervenção clínica são maioritariamente crianças sem diagnóstico, o que é um termo muito amplo e com diferentes variantes de interpretação, conforme já referido no estudo I.

Os resultados obtidos com o FOCUS-34 Portugal- Mudança no grupo de crianças do 1.º CEB são claramente diferentes dos resultados obtidos no grupo de crianças do pré-escolar, com menor responsividade à mudança em função das diversas variáveis; ausência de responsividade em função da idade e do nível CFCS; ausência de interação entre idade, CFCS e diagnóstico; resultados de mudança superiores para grupos de crianças com perturbação da linguagem e perturbações do neurodesenvolvimento; resultados de mudança superiores para grupos de crianças com intervenção em teleprática em relação à ausência de intervenção.

Acreditamos que as diferenças analisadas no grupo de crianças do 1.º CEB se possam dever:

- Reduzida amostra, com destaque para o nível CFCS, onde só os dois primeiros níveis tinham amostras significativas de crianças; os diferentes diagnósticos, com baixa representatividade de crianças com perturbação dos sons da fala; a modalidade de intervenção, com baixa representatividade de outras

modalidades para além da teleprática; bem como os diferentes objetivos, o que pode ter comprometido as análises entre subgrupos.

- Falta de responsividade dos itens FOCUS-34 Portugal para as mudanças que ocorrem nesta idade, havendo indicadores de que pode ser utilizado como instrumento descritivo da participação comunicativa, necessitando de mais estudos para validar a sua responsividade como medida de resultado. De facto, e considerando que a participação comunicativa aumenta com a idade (Piazzalunga et al., 2021; Thomas-Stonell et al., 2013), os itens apresentados podem ser pouco responsivos às mudanças para crianças desta idade, ademais com níveis CFCS mais funcionais (Washington et al., 2015), explicando por que razão as mudanças neste grupo ocorreram sobretudo em crianças com medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão e diagnósticos mais restritivos ao invés de crianças com menos limitações. No 1.º CEB sabe-se que os resultados privilegiados vão além da participação comunicativa na sua vertente verbal oral (ex. fala), sendo uma das áreas de maior preocupação, e também uma forma de participação comunicativa da criança, a aprendizagem da leitura e escrita (McCormack et al., 2009; Lousada, 2012). No 1.º CEB é expectável um nível de participação comunicativa muito desenvolvido, pelas competências sociais, linguísticas, emocionais e comportamentais (Brinton & Fujiki, 2017; Kinnane, 2021a; RCSLT 2020).

- Os modelos de intervenção (contexto, duração, medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão, modalidade na pandemia) e as variáveis pessoais (características sociodemográficas severidade, tipo de perturbação) são diferentes entre os dois grupos etários do estudo e podem não ser tão eficazes nas crianças do 1.º CEB onde pode haver uma estabilização das aquisições (Cunningham et al., 2018): existem crianças com limitações com maior e agravado impacto funcional e duração de intervenção mais prolongada do grupo de crianças do 1.º CEB em relação às crianças em idade pré escolar, salientando a importância de uma intervenção o mais precoce possível, visto ser mais responsiva a mudanças na participação comunicativa (Cunningham et al., 2020; Roper & Dunst, 2003).

Nos escassos estudos realizado com o FOCUS fora da faixa etária validada (Pennington et al., 2013; Rusiewic et al., 2017; Washington et al., 2015) existem alguns indicadores de que o mesmo é responsivo à mudança, contudo o tamanho de amostra é muito reduzido ( $N < 40$ ).

## **4.2. Conclusões**

Os valores obtidos na fiabilidade e validade estrutural do FOCUS-34 Portugal mostram-se adequados e replicam os dados já obtidos em outros estudos internacionais.

A idade, o nível CFCS e o diagnóstico influenciam a pontuação obtida no FOCUS-34 Portugal no grupo de crianças em idade pré-escolar. Isto é, crianças mais novas, com menor funcionalidade (nível CFCS mais elevado) e com diagnósticos mais limitativos (perturbações do neurodesenvolvimento, perturbação da linguagem) apresentam resultados inferiores na participação comunicativa, com associações entre estas três variáveis. Por outro lado, o género, as habilitações académicas e o tempo de intervenção não demonstraram ter efeito na participação comunicativa das crianças, segundo o FOCUS-34 Portugal.

O nível CFCS, o diagnóstico e as medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão influenciam a pontuação obtida no FOCUS-34 Portugal no grupo de crianças do 1.º CEB. Isto é, crianças com menor funcionalidade (nível CFCS mais elevado), diagnósticos mais complexos (perturbações do neurodesenvolvimento, perturbação da linguagem, crianças sem diagnóstico) e medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão mais restritivas (seletivas e adicionais) apresentam resultados inferiores na participação comunicativa, com associações entre estas três variáveis. Por outro lado, o género, as habilitações académicas, o tempo de intervenção e a idade não demonstraram ter efeito nos resultados da participação comunicativa para crianças no grupo de crianças do 1.º CEB. Ressalva-se ainda que o nível CFCS neste grupo etário não revelou tanto poder discriminativo como em crianças de idade pré-escolar.

As adequadas qualidades psicométricas do FOCUS-34 Portugal, assim como o facto de contemplar diferentes aspetos da participação comunicativa de crianças entre os 3 e os 10 anos, permitem a utilização deste instrumento em pesquisas e práticas futuras.

Com vista à realização do estudo II, a segunda aplicação do mesmo instrumento numa amostra mais reduzida, após um período de intervenção (3 a 6 meses), revelou adequados valores de consistência interna e correlações fortes com os resultados da primeira aplicação.

No grupo de crianças em idade pré-escolar foram confirmados os efeitos em função do nível CFCS e do diagnóstico, com crianças com menor funcionalidade (nível CFCS mais elevado) e com diagnósticos mais limitativos (perturbações do neurodesenvolvimento, perturbação da linguagem) a apresentarem resultados inferiores na participação comunicativa, segundo o instrumento FOCUS-34 Portugal- 2.ª Aplicação. Nesta aplicação, acresce ainda o género, com meninas com melhores resultados que meninos. Para além das habilitações académicas e do tempo de intervenção, nesta aplicação a idade da criança não demonstrou ter efeito nos resultados a nível de participação comunicativa, ao contrário do que aconteceu na primeira aplicação.

No grupo de crianças do 1.º CEB são encontradas diferenças na participação comunicativa em função do nível CFCS. As restantes variáveis – diagnóstico, medidas, idade, género, habilitações académicas dos pais e tempo de intervenção em terapia da fala – não mostraram efeito na participação comunicativa.

É compreensível que os resultados da segunda aplicação não repliquem na íntegra os resultados da primeira aplicação, pois para além das crianças não serem as mesmas (amostra menor no estudo II), usufruíram de intervenção, sendo esperado que demonstrem melhores resultados. Os mesmos devem ser analisados à luz do período específico em que foram recolhidos (confinamento social). Além disso, o tamanho mais reduzido da amostra da segunda aplicação também limita as interpretações e pode fragilizar os efeitos de algumas das variáveis em estudo, como o género e a idade no grupo de crianças em idade pré-escolar e as medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão, o CFCS e o diagnóstico no grupo de crianças do 1.º CEB.

A escassez de evidências sobre os preditores do efeito da intervenção levou-nos à exploração de diversas variáveis que possam ter influência, acreditando que o FOCUS-34 Portugal constituirá, uma mais-valia não só na identificação de alterações na participação comunicativa da criança e variáveis que influenciam a mesma (estudo I), como também na deteção de mudanças na participação comunicativa em função de diversas variáveis, com utilidade na monitorização da intervenção (medida de resultado, estudo II).

Os resultados da utilização do FOCUS-34 Portugal como medida de resultado (estudo II) demonstram adequadas qualidades de fiabilidade (consistência interna).

Considerando os dois grupos do estudo II, foram verificadas mudanças positivas estatisticamente significativas na nossa amostra, tendo sido o nosso principal objetivo contribuir para o desenvolvimento de um instrumento válido para medir qualquer intervenção na área da comunicação, linguagem e fala e não estudar o efeito de intervenções específicas. Apesar de algumas mudanças negativas já mencionadas e discutidas, nenhuma delas se revelou estatisticamente significativa.

Para o grupo de crianças em idade pré-escolar, enumeram-se os subgrupos formados em função das variáveis que foram responsivos à mudança na participação comunicativa: variáveis pessoais: idade (todas as faixas etárias), género (ambos), nível CFCS (crianças de nível I a IV), diagnóstico (todos); variáveis referentes à intervenção: tempo de intervenção anterior ao estudo (crianças com intervenções até 24 meses); tempo de intervenção entre aplicações (três a cinco meses); frequência da intervenção (crianças com intervenção semanal e bissemanal); contexto da intervenção (escolar e clínico); objetivos

de intervenção (todos menos crianças com objetivos de comunicação/linguagem/fala); intervenção ocorrida na pandemia (teleprática e sem intervenção), com diversas associações entre variáveis.

De uma forma geral, verifica-se que cada subgrupo formado em função das variáveis é responsivo à mudança no grupo de crianças em idade pré-escolar, sem diferenciação entre os mesmos, o que dá robustez ao FOCUS-34 Portugal para medir o que se propõe: participação comunicativa, independentemente das variáveis pessoais da criança. Por outro lado, seria expectável que em função de diferentes características de intervenção (ex. diferentes contextos, diferentes frequências, diferentes objetivos) fossem encontradas diferenças estatisticamente significativas nas mudanças obtidas na participação comunicativa para cada grupo, o que não aconteceu, mostrando-se todos igualmente responsivos.

Nas crianças do 1.º CEB, apresentam-se os subgrupos formados em função das variáveis que foram responsivos à mudança na participação comunicativa: variáveis pessoais: crianças com diagnóstico de perturbação da linguagem ou perturbações do neurodesenvolvimento; variáveis relacionadas com a educação: crianças com medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão seletivas ou adicionais; variáveis relacionadas com a intervenção: crianças com intervenções de média duração; crianças com tempo entre aplicações FOCUS-34 Portugal de 5 meses; crianças com intervenção semanal; crianças com objetivos de intervenção dirigidos à linguagem, comunicação/linguagem, comunicação/linguagem/fala; crianças com intervenção em teleprática no período pandémico. Por outro lado, as variáveis idade, género e CFCS e contexto da intervenção não revelaram qualquer responsividade à mudança, sem diferenças significativas entre aplicações.

Importa considerar a possibilidade de inexistência de diferenças esperadas entre as crianças se justificar pela influência de fatores externos, contextuais e culturais, em que as crianças estão inseridas, os quais condicionam o comportamento das crianças, onde se inclui também a peculiaridade do contexto vivido na altura.

A realização de testes de hipóteses entre grupos permitiu contribuir para a validade de construto do instrumento não só numa aplicação isolada (estudo I), como também na mudança (responsividade, estudo II), sendo necessários mais estudos para o conhecimento e estabilidade destas qualidades psicométricas, quer nas crianças em idade pré-escolar para controlar fatores externos que possam ter influenciado as mudanças (ex. desenvolvimento natural), quer a partir da idade escolar (crianças do 1.º CEB), onde foram identificadas várias fragilidades na responsividade à mudança. Apesar das fragilidades, importa destacar os resultados superiores das crianças que usufruíram de teleprática neste grupo, dando

alguma indicação da possível eficácia desta modalidade com crianças do 1.º CEB em Portugal, no contexto pandémico, sendo necessário mais investigação.

Uma vez que este foi o primeiro estudo acerca da participação comunicativa de crianças com PC em Portugal, não encontramos estudos nacionais que possam corroborar os nossos achados. De igual modo, foi o primeiro estudo de tradução e adaptação do FOCUS que considera a responsividade do mesmo (duas aplicações) e utiliza a classificação funcional CFCS (outros estudos de validação não o fizeram), bem como o primeiro estudo, do nosso conhecimento, que utiliza esta classificação em Portugal.

Importa ainda destacar a utilidade do CFCS, sobretudo em crianças com idade pré-escolar, por ser raramente utilizado em estudos de investigação sobre avaliação ou eficácia de intervenção, e que nos fornece informações valiosas sobre as reais limitações funcionais de cada criança, independentemente do seu diagnóstico. É emersa a sua importância para a investigação e prática clínica e educacional, ainda que não revele um poder de discriminação suficiente para detetar diferenças na participação comunicativa entre crianças de níveis próximos. Além disso, as características das amostras em estudo (maioria das crianças nos níveis CFCS I e II) não permitiram a exploração do real potencial do CFCS.

Consideramos que conseguimos dar resposta à finalidade deste estudo: construir, adaptar e validar o instrumento FOCUS-34 Portugal, numa vertente descritiva (uma aplicação) e numa vertente responsiva à mudança (duas aplicações), considerando crianças com PC em idade pré-escolar e 1.º CEB. Quanto aos efeitos na participação comunicativa da criança, salienta-se a importância de considerar a interação entre variáveis pessoais – idade, género, severidade e diagnóstico; e variáveis ambientais – medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão e características da intervenção.

Por ser um estudo pioneiro na temática e pelo conhecimento empírico da realidade portuguesa de intervenção, e numa lógica do defendido pelas PBE, enquadramentos legais e conceituais, elevaram-se e conjugaram-se três aspetos essenciais: a perspetiva dos pais, a participação comunicativa da criança e as medidas de resultado.

Os resultados obtidos no nosso estudo coadunam-se com os enquadramentos conceituais (práticas baseadas na evidência) e legais (Decreto-Lei n.º 54/2018; Decreto-Lei n.º 281/2009), reforçando a necessidade de adequação dos modelos de intervenção junto de crianças com PC com base nas PBE, práticas centradas na família e intervenção o mais precoce possível e monitorização de resultados com base na participação da criança. O FOCUS-34 Portugal demonstra ser um instrumento compreensivo, não exaustivo, de maior valia quando utilizado em complemento com outros instrumentos

(não em substituição), possibilitando a monitorização de mudanças clinicamente significativas para a criança/ família. O conhecimento da relação entre resultados de perturbações e resultados baseados na participação visa fornecer informações sobre o efeito das intervenções também na participação comunicativa da criança, relacionando-os ainda com o nível de funcionalidade comunicativa da criança.

#### **4.3. Constrangimentos e Limitações**

A realização de qualquer investigação acarreta sempre alguns constrangimentos e limitações que de alguma forma podem ter condicionado a nossa ação. Para além dos constrangimentos temporais e financeiros, importa refletir sobre os constrangimentos inerentes aos próprios instrumentos de recolha de dados e aos procedimentos adotados ao longo do estudo.

Apesar de nenhum dos preenchimentos isolados de cada aplicação FOCUS-34 Portugal ter sido em momento de confinamento obrigatório, relembramos que a maior parte do tempo decorrido entre as duas aplicações FOCUS-34 Portugal foi correspondente ao período de confinamento obrigatório pela pandemia por COVID-19. Foi nossa intenção transformar o surgimento da pandemia numa oportunidade para obter informações pioneiras sobre o efeito da teleprática em Portugal e sobre o desenvolvimento das crianças com PC durante este período. Porém, sabemos que este foi um grande constrangimento com implicações na execução do desenho do estudo inicialmente planeado. Face à previsão de recolha de dados para cerca de 1,038 crianças para ambos os estudos, relembramos que a taxa de retorno no estudo I foi de 19.8% ( $N = 206$  crianças), e no estudo II foi 16.8% ( $N = 168$  crianças). A este número inicial, acrescem ainda as crianças que usufruíam de intervenção em instituições na área metropolitana de Lisboa e na área metropolitana do Porto com as quais estavam a ser celebrados protocolos de participação, que inevitavelmente ficaram suspensos na sequência do encerramento dos serviços.

#### **4.4. Recomendações e Implicações para a Investigação**

Por ser uma linha de investigação emergente, não só a nível nacional, mas também internacional, são várias as recomendações a tecer, demonstrando a extrema importância da continuidade de investigação nesta área.

Inevitavelmente, e tendo em conta o exposto, a nossa primeira recomendação será a realização de estudos futuros na área da participação comunicativa com amostras de maior dimensão, idealmente a um nível populacional à semelhança do já realizado no Canadá (Cunningham et al., 2018; Cunningham, Hanna, et al., 2017), em todos os subgrupos em estudo (incluindo diferentes níveis CFCS, diferentes medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão; diferentes intensidades/ duração de



sessão), principalmente em crianças do 1.º CEB. Tal possibilita que se observem diferenças significativas no sentido esperado, como também a aplicação de técnicas de análise fatorial a dois ou mais fatores e técnicas de regressão para verificar preditores da participação comunicativa e contribuir para a validade externa e preditiva do instrumento (Washington et al., 2015).

Amplamente associado à primeira sugestão, a recolha de dados fora de situações de confinamento social constitui-se como urgência futura. Desta forma, e tendo assim uma base de comparação, poderá inferir-se sobre o real efeito da pandemia na participação comunicativa das crianças em estudo e sobre o real efeito da intervenção na participação comunicativa nas crianças com PC.

Considerando que o trabalho colaborativo entre diversas especialidades é essencial para a correta avaliação e intervenção multidisciplinar (ASHA, 2016b), a recolha de dados em equipa (ex. TF, psicólogo, docente, pais), com um número de coletores de dados mais reduzido, mas devidamente formados e capacitados para o entendimento e uniformização dos conceitos específicos envolvidos (participação comunicativa, terminologia, CFCS, etc.) poderá ser uma opção para redução do viés associado a este tipo de investigação. A participação da investigadora nestas recolhas ou numa percentagem das mesmas, com supervisão no contexto, à semelhança do realizado por Washington et al. (2015) também poderá ser outra medida a equacionar.

Estudos futuros poderão incluir a perspetiva de profissionais que contactem com a criança, como os terapeutas da fala ou outros profissionais (ex. docente), investigando ainda a fiabilidade entre diferentes observadores (nível de concordância) sobre a participação comunicativa da criança, à semelhança de outros estudos já realizados (Hidecker et al., 2017; Pennington et al., 2013; Washington et al., 2013) sabendo que as perspetivas podem divergir (López et al., 2021; McCormack et al., 2012; McLeod et al., 2017; Roulstone et al., 2012, 2013; Thomas-Stonell et al., 2009). Neste âmbito, a realização de “avaliações cegas” da participação comunicativa da criança por profissionais desconhecidos, através de vídeos ou outras ferramentas para evitar o efeito placebo ou de confiança, bem como a recolha simultânea de observações qualitativas podem ser procedimentos viáveis para verificar a concordância entre informação quantitativa e qualitativa (Pennington et al., 2013).

À semelhança do que é apanágio dos autores do instrumento original, urge a realização de maior pesquisa para atribuir mudança significativa medida pelo FOCUS-34 Portugal à intervenção propriamente dita, e não a outros fatores. Existem várias possibilidades para esse efeito (Mokkink et al., 2010): (a) preenchimento do instrumento por diferentes observadores para uma mesma criança, seguindo os procedimentos empregados pelos autores do instrumento original, em que a concordância entre os comentários tecidos por cada um dos observadores (pais e terapeutas da fala) permitirão verificar a partir

de que valor é determinada uma diferença mínima clinicamente significativa (Thomas-Stonell et al., 2010); (b) análise dos resultados do FOCUS-34 Portugal à luz da comparação entre grupos com e sem intervenção (ex. lista de espera, grupos de controlo), visto este ser um método indicado para mensurar a responsividade e conferir interpretabilidade aos resultados (Kwok, Feiner, et al., 2022; Kwok, Rosenbaum, et al., 2021; Mokkink et al., 2010); (c) comparação entre duas medidas de resultado que meçam o mesmo construto (Mokkink et al., 2010). Estudos recentes têm demonstrado evidências de correlações entre a EIC (validada para Portugal em 2019) e o FOCUS-34 (Kokotek et al., 2022; McCormack et al., 2019), podendo ser uma possibilidade futura para o contexto nacional.

Também a nível temporal poderão ser realizadas mais medidas (medidas repetidas) com o instrumento, inclusivamente durante um período de consolidação após a criança terminar a intervenção, a curto e longo prazo (Cunningham et al., 2020; Denman et al., 2017; Pennington et al., 2013).

À semelhança dos estudos mais recentes (Cunningham et al., 2019; Kwok, Cunningham, et al., 2020), e perante uma aplicação longitudinal de maior duração, também o nível CFCS poderá ser novamente aplicado verificando a sua estabilidade.

Instrumentos validados para o contexto nacional como o ASQ, inventários de desenvolvimento comunicativo *MacArthur-Bates* e a VABS também poderão ser recursos úteis para a validação do construto (convergente e divergente) do instrumento em aplicação isolada (não como medida de resultado), não esquecendo a importância da sua aplicação em equipa multidisciplinar (Cunningham et al., 2019; Thomas-Stonell, Oddson, et al., 2013). Pelo construto inerente da participação comunicativa poderá ser pertinente analisar a correlação da pontuação do FOCUS-34 Portugal com outros instrumentos de participação (ex. CAPE, PEM-CY, LIFE-H) (Pennington et al., 2010).

Estudos com outras finalidades para o FOCUS-34 Portugal podem vislumbrar-se como pertinentes: a aplicação do FOCUS a crianças com e sem desenvolvimento típico pode contribuir para a sua especificidade e sensibilidade, principalmente com crianças do 1.º CEB.

Como projetos futuros, os autores do FOCUS (Cunningham et al., 2020) referem o desenvolvimento de uma aplicação para preenchimento do FOCUS; desenvolver uma versão do FOCUS para crianças dos 6 aos 9 anos de idade; continuar a investigar a associação das limitações nas funções e estruturas com limitações na atividade e participação e fatores ambientais e pessoais nos resultados da participação comunicativa.

Mais estudos nacionais que utilizem o CFCS serão uma mais-valia para os investigadores, permitindo interpretar os resultados de acordo com o CFCS e aferindo as reais potencialidades deste instrumento. Uma das possibilidades poderá ser averiguar de forma aprofundada as qualidades

psicométricas deste sistema de classificação, através da aplicação por diferentes profissionais para a mesma criança ou através da sua utilização para crianças com diferentes problemáticas (Kwok et al., 2019).

A realização de estudos que enfoquem a participação da criança com PC, com o FOCUS-34 Portugal ou outros instrumentos, são uma diretriz futura, à semelhança do que já acontece com outras perturbações do neurodesenvolvimento (Chien et al., 2015; Imms et al., 2017).

Torna-se pertinente o desenvolvimento e aplicação de mais instrumentos de avaliação da participação comunicativa com maior especificação em relação às reais situações do dia-dia, quer a nível de interlocutores, quer a nível de contextos (ex. escola, casa, comunidade) (Pennington et al., 2010; Neunman et al., 2017) e que considerem os atuais construtos de participação e participação comunicativa (Aguiar et al., 2022; Chien, Rodger, Copley, & Skorka 2014; Eadie et al., 2006; Imms et al., 2016; Shields et al., 2015). A relembrar: a extensão da participação (diversidade e frequência), o contexto da participação (parceiros, local) e a experiência da participação (prazer e preferência da criança). Incorporando estes aspetos e perante as sugestões dos grupos focais realizados foi por nós elaborado e distribuído um inventário parental sobre a participação comunicativa de crianças com PC. Será de extrema importância a disseminação destes dados, não analisados na presente dissertação por constrangimentos temporais, em forma de artigo, considerando a fiabilidade do instrumento construído, a validade estrutural e a validade de construto através de testes de hipóteses e correlações com os resultados obtidos pelo FOCUS-34 Portugal.

A aplicação e validação de instrumentos dirigidos às próprias crianças que contemplem a participação comunicativa (ex. *Communication Attitude Test* (CAT) de Brutten & Dunham, 1989; SPAA-C de McLeod, 2004) principalmente a partir da idade escolar (Janik-Blaskova & Gibson, 2021; Eadie et al., 2006; McCormack et al., 2010a, 2019; Lyons & Roulstone, 2018), poderão ser possibilidades de estudos futuros, à semelhança do realizado por Pham et al. (2019) e Rusiewicz et al. (2017).

A abrangência do conceito da participação comunicativa, a constante atualização dos estudos de eficácia de intervenção e o amplo grupo etário e diagnóstico selecionados para o estudo, levam-nos à necessidade de maior especificação em estudos futuros relacionados com a participação comunicativa, tendo em conta um maior detalhe das variáveis já consideradas (particularizar idades, diagnóstico e objetivos de intervenção). Por exemplo, a especificação da perturbação dos sons da fala (ex. DVD vs. perturbação articulatória), da perturbação da linguagem (existência de alterações na compreensão e/ou na expressão, domínio afetados) e das alterações motoras e/ou sensoriais permitirá analisar a existência

de condições que conduzem a diferentes impactos e evoluções na participação comunicativa (Namasivayam, Pukonen, Hard, et al., 2015; Washington et al., 2015; Raghavendra et al., 2011).

Também outras variáveis ambientais poderão ser analisadas com possível efeito na participação comunicativa, tais como a interação entre pais e filhos – qualidade e quantidade diária; qualidade do contexto escolar; abordagens de intervenção, técnicas e estratégias de intervenção; envolvimento dos pais na intervenção e articulação entre profissionais e pais (Cunningham et al., 2019; Washington et al., 2015). Do mesmo modo, crianças bilíngues, crianças de diferentes culturas ou crianças que não frequentam a educação pré-escolar poderão também ser incluídas, à semelhança dos estudos de Cunningham et al. (2017, 2018).

Explorar a influência que fatores ambientais têm sobre a participação pode facilitar uma compreensão mais profunda das barreiras à mesma (G. King et al., 2013), incluindo à participação comunicativa. Esta informação é de maior valor do ponto de vista dos serviços disponibilizados para crianças com PC, pois cada vez mais os profissionais de educação e saúde trabalham em clínicas ou escolas com crianças com diferentes ou múltiplas deficiências, em vez de serviços especializados para crianças com condições específicas (ex. paralisia cerebral). Esse conhecimento pode ser usado para implementar estratégias para reduzir o isolamento social e facilitar a participação da comunidade (Shields et al., 2015). A utilização e análise complementar de instrumentos como o *Index for Inclusion* (Booth & Ainscow, 2002), *Communication Supports Check List* (McCarthy, 1998); *Communication Supporting Classroom Observation Tool* (Dockrell et al., 2012), pode ser útil para este objetivo.

À semelhança do recentemente realizado por T. Pereira et al. (2022), tornam-se necessários mais estudos sobre a eficácia da intervenção no desempenho diário da criança nos seus contextos reais e não apenas o seu desempenho em sessão, considerando o efeito de intervenções específicas, uniformizando metodologias e procedimentos utilizados (ex. programas de intervenção) e desenvolvendo para o efeito medidas de resultados compreensivas e de responsividade comprovada (Law et. al., 2019, 2021).

#### **4.5. Implicações para a Prática Clínica e Educacional e Relevância Social**

Partindo da revisão da literatura e culminando com os resultados por nós obtidos em relação à realidade portuguesa, espera-se ter contribuído para o estudo da participação comunicativa em crianças dos 3 aos 10 anos e que o mesmo tenha espelhado a importância do desenvolvimento e utilização de instrumentos de medida de resultados, concordantes com as PBE (onde se incluem as práticas centradas na família) e com o enquadramento legal para a educação inclusiva, na avaliação e intervenção com

crianças com PC, direcionadas para o impacto funcional que uma criança com PC pode ter ao longo da vida, a nível social, linguístico e educacional.

Assumindo um contributo para o trabalho interdisciplinar empírico nas áreas da educação, saúde e social, a criação de respostas eficazes e universais revela-se tão desafiante, quanto importante, trazendo uma renovada perspetiva sobre a criança com PC e família – a participação comunicativa. Não tendo sido objetivo principal do estudo, fornece também indicações sobre as práticas de intervenção em Portugal com crianças com PC, suas virtualidades e fragilidades, salientando a importância de repensar as mesmas, dando destaque à participação comunicativa da criança, ao envolvimento parental e à monitorização de resultados.

Através da disponibilização de uma medida de resultado validada e focada em resultados significativos para os pais, uma monitorização da intervenção mais objetiva pode ser fornecida, o que pode também possibilitar a definição de linhas orientadoras para diversas áreas de intervenção, considerando o efeito de diferentes variáveis na eficácia da intervenção. Procura-se incorporar uma abordagem holística através da investigação do impacto da PC na participação da criança em atividades de vida diária, ao invés do foco apenas na natureza da perturbação, preconizando uma abordagem centrada na pessoa/ família. O desenvolvimento, disponibilização e utilização de instrumentos como o FOCUS-34 Portugal, em complemento com outros instrumentos, pode ser útil na medição de eficácia de programas ou intervenções específicas. Dessa forma, as evidências podem ser disponibilizadas, comparadas e combinadas, facilitando um acesso rápido às intervenções mais adequadas a cada um.

Partindo da premissa de que o *setting* de intervenção não é o real contexto da criança, nem o profissional é o detentor do melhor conhecimento sobre aquela criança, compreende-se que a avaliação dos resultados da participação comunicativa da criança com PC só é alcançável quando considerada a perspetiva dos pais, através do recurso a inventários parentais. São inequívocas as mais-valias da utilização deste tipo de medidas de resultado, pois permitem considerar a perspetiva da criança/ família e aquilo que é realmente importante para os mesmos nos contextos reais. Conduz-se a uma melhoria na identificação e diagnóstico das crianças, bem como na intervenção com generalização das competências trabalhadas.

Numa lógica de práticas clínicas e educacionais com foco na tomada de decisão partilhada, também a utilização de instrumentos de classificação das crianças com PC, como o CFCS, revela uma importância na gestão de expectativas e definição de objetivos que sejam reflexivos da participação comunicativa da criança.

Também para os serviços e entidades gestoras dos mesmos e para as políticas sociais, de saúde e educação, a criação e validação contínua deste tipo de instrumentos merece especial relevo, uma vez que o efeito da intervenção tem implicações na maximização da dicotomia custo/ eficácia. É frequente as intervenções prolongarem-se temporalmente sem, no entanto, ter havido uma adequada monitorização ao longo do tempo, baseando-se esta em conteúdos subjetivos e interpessoais. De forma consistente, avaliar formalmente os resultados da intervenção com crianças com PC é uma mais-valia para a adequação dos modelos de intervenção, à semelhança do que é realizado noutros países (ex. EUA, Reino Unido, Austrália, Canadá). A criação de iniciativas e projetos que impactem a organização e gestão de respostas de intervenção a nível clínico, educacional e social, permitem criar evidência nacional (ex. uniformização num nível nacional de resultados pretendidos e seus indicadores; criação de programas de intervenção nacionais).

Uma reflexão ponderada e assertiva sobre as crianças que mais beneficiam de intervenção, coerente com os enquadramentos conceituais e legislativos no âmbito da educação inclusiva e apoiada com a utilização de modelos de intervenção e medidas de resultado diferenciados, pode ser a chave para providenciar serviços necessários e adequados para as crianças com necessidades especiais em Portugal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, C., & Gaile, J. (2020). Evaluation of a parent preference-based outcome measure after intensive communication intervention for children with social (pragmatic) communication disorder and high-functioning autism spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities, 105*(Oct), 103752. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103752>
- Adolfsson, M., Malmqvist, J., Pless, M., & Granuld, M. (2011). Identifying child functioning from an ICF-CY perspective: Everyday life situations explored in measures of participation. *Disability and Rehabilitation, 33*(13–14), 1230–1244. <https://doi.org/10.3109/09638288.2010.526163>
- Agency for Health Research and Quality. (2011). *Types of health care quality measures*. <https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/types.html>
- Aguiar, C. (2022). *Participa project*. Child Participation. [https://child-participation.eu/?page\\_id=13](https://child-participation.eu/?page_id=13)
- Allen, M. M. (2013). Intervention efficacy and intensity for children with speech sound disorder. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 56*(3), 865–877. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2012/11-0076\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2012/11-0076))
- Almeida, L., & Freire, T. (2017). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (5ª ed.). Psiquilibrios.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª ed.). Climepsi.
- American Psychiatric Association. (2020). *Publication manual of the American psychological association* (7th ed.). American Psychiatric Association.
- American Speech-Language-Hearing Association. (1993). *Definitions of communication disorders and variations* (Relevant paper). <https://www.asha.org/policy/RP1993-00208/>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2004a). *Preferred practice patterns for the profession of speech-language pathology*. [www.asha.org/policy/](http://www.asha.org/policy/)
- American Speech-Language-Hearing Association. (2004b). *Report of the joint coordinating committee on evidence-based practice*. <https://www.asha.org/siteassets/uploadedfiles/jccebpreport04.pdf>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2013). *A quick guide to DSM-5*. <https://www.asha.org/slp/schools>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2016a). *National outcomes measurement system*. <https://www.asha.org/NOMS>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2016b). *Scope of practice in speech-language pathology* (Scope of practice). [www.asha.org/policy/](http://www.asha.org/policy/)
- American Speech-Language-Hearing Association. (2019). *National outcomes measurement system pre-kindergarten* (National data report 2012-2016). <http://www.asha.org/NOMS>.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2020a). *ASHA 2020 schools survey: SLP caseload and workload characteristics report*. <https://www.asha.org/siteassets/surveys/2020-schools-survey-slp-caseload.pdf>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2020b). *Spoken language disorders*. [https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/spoken-language-disorders/#collapse\\_9](https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/spoken-language-disorders/#collapse_9)
- American Speech-Language-Hearing Association. (2020c). *Telepractice*. [https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/telepractice/#collapse\\_3](https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/telepractice/#collapse_3)
- American Speech-Language-Hearing Association. (2021a). *Evidence-based practice*. <https://www.asha.org/research/ebp/>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2021b). *Service delivery methods*. <https://www.asha.org/practice/payer-portal/service-delivery-methods/>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2021c). *Why participate in NOMS?* <https://www.asha.org/noms/why-participate-in-noms/>

- American Speech-Language-Hearing Association. (2021d). *Pandemic-related social and communication challenges: How audiologists and slp's can help with in-person learning?* <https://www.asha.org/practice/how-audiologists-and-slps-can-help-with-in-person-learning/>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2022a). *Using masks for in-person service delivery during the covid-19 pandemic: What to consider.* <https://www.asha.org/practice/using-masks-for-in-person-service-delivery-during-covid-19-what-to-consider/>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2022b). *Communicating effectively while wearing masks.* <https://www.asha.org/public/communicating-effectively-while-wearing-masks-and-physical-distancing/>
- Andersen, M. B., McCullagh, P., & Wilson, G. J. (2007). But what do the numbers really tell us? Arbitrary metrics and effect size reporting in sport psychology research. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 29*(5), 664-672. <https://doi.org/10.1123/jsep.29.5.664>
- Andrada, M. G., Gouveia, R., Tavares, L., Virella, D., & Alvarelhão, J. J. (2014). *Sistema de Classificação da Comunicação (Communication Function Classification System, CFCS).* Communication Function Classification System. [http://cfcs.us/wp-content/uploads/2018/11/CFCS\\_Portuguese\\_European.pdf](http://cfcs.us/wp-content/uploads/2018/11/CFCS_Portuguese_European.pdf)
- Archibald, L. M. (2017). SLP-educator classroom collaboration: A review to inform reason-based practice. *Autism & Developmental Language Impairments, 2*. <https://doi.org/10.1177/2396941516680369>
- Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala. (1999). *Código ético e deontológico da associação portuguesa de terapeutas da fala* (aprovado em assembleia geral de 17 de abril de 1999). [https://brevemente.aptf.org/wp-content/uploads/2021/04/CO%CC%81DIGO\\_E%CC%81TICO\\_2021.pdf](https://brevemente.aptf.org/wp-content/uploads/2021/04/CO%CC%81DIGO_E%CC%81TICO_2021.pdf)
- Ayres, K. M., Alisa Lowrey, K., Douglas, K. H., & Sievers, C. (2011). I can identify Saturn, but I can't brush my teeth: What happens when the curricular focus for students with severe disabilities shifts. *Education and Training. Autism and Developmental Disabilities, 46*(1), 11–21. <https://www.jstor.org/stable/23880027>
- Badia, M., Orgaz, M. B., Verdugo, M. Á., & Ullán, A. M. (2013). Patterns and determinants of leisure participation of youth and adults with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 57*(4), 319–332. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2012.01539.x>
- Baker, E., & McLeod, S. (2011). Evidence-based practice for children with speech sound disorders: Part 1 narrative review. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 42*(2), 102–122. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2010/09-0075\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2010/09-0075))
- Bates, S., Titterton, J., & UK and Ireland's Child Speech Disorder. (2017). *Good practice guidelines for the analysis of child speech.* Royal College of Speech and Language Therapists. [https://www.nbt.nhs.uk/sites/default/files/BSLTRU\\_Goodpractice\\_guidelines\\_Transcription\\_2Ed\\_2017](https://www.nbt.nhs.uk/sites/default/files/BSLTRU_Goodpractice_guidelines_Transcription_2Ed_2017)
- Baxendale, J., Lockton, E., Adams, C., & Gaile, J. (2013). Parent and teacher perceptions of participation and outcomes in an intensive communication intervention for children with pragmatic language impairment. *International Journal of Language and Communication Disorders, 48*(1), 41–53. <https://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2012.00202.x>
- Bedel, G. (2011). *The Child and Adolescent Scale of Participation (CASP) © Administration and scoring guidelines.* Boston University. <http://sites.tufts.edu/garybedell/files/2012/07/CASP-Administration-Scoring-Guidelines-8-19-11.pdf>
- Bedell, G. M., Khetani, M. A., Cousins, M. A., Coster, W. J., & Law, M. C. (2011). Parent perspectives to inform development of measures of children's participation and environment. *YAPMR, 92*(5), 765–773. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.12.029>



- Berben, L., Sereika, S. M., & Engberg, S. (2012). Effect size estimation: Methods and examples. *International Journal of Nursing Studies*, *49*(8), 1039–1047. [Httos://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.01.015](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.01.015)
- Bishop, D. V. M. (2014). Ten questions about terminology for children with unexplained language problems. *International Journal of Communication Disorders*, *49*(4), 381–415. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12101>
- Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T., Adams, C., Archibald, L., Baird, G., Bauer, A., Bellair, J., Boyle, C., Brownlie, E., Carter, G., Clark, B., Clegg, J., Cohen, N., Conti-Ramsden, G., Dockrell, J., Dunn, J., Ebbels, S., ... Whitehouse, A. (2016). CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study. Identifying language impairments in children. *PLoS ONE*, *11*(7), Article e0158753. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158753>
- Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T., Adams, C., Archibald, L., Baird, G., Bauer, A., Bellair, J., Boyle, C., Brownlie, E., Carter, G., Clark, B., Clegg, J., Cohen, N., Conti-Ramsden, G., Dockrell, J., Dunn, J., Ebbels, S., ... Whitehouse, A. (2017). Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *58*(10), 1068–1080. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12721>
- Blanton, H. & Jaccard, J. (2006). Arbitrary metrics in psychology. *The American Psychologist*, *61*(1), 27–41. doi:10.1037/0003-066X.61.1.27
- Boisvert, M., Lang, R., Andrianopoulos, M., & Boscardin, M. (2010). Telepractice in the assessment and treatment of individuals with autism spectrum disorders: A systematic review. *Developmental Neurorehabilitation*, *13* (6), 423–432. <https://doi.org/10.3109/17518423.2010.499889>
- Booth, T., & Ainscow, M. (2002). *Index for Inclusion: Developing learning and participation in schools*. Center for Studies on Inclusive Education. <https://www.eenet.org.uk/resources/docs/Index%20English.pdf>
- Bornman, J., & Louw, B. (2021). A model for cross-cultural translation and adaptation of speech-language pathology assessment measures: Application to the Focus on the Outcomes of Communication Under Six (FOCUS). *International Journal of Speech-Language Pathology*, *23*(4), 382–393. <https://doi.org/10.1080/17549507.2020.1831065>
- Botting, N., & Conti-Ramsden, G. (2000) Social and behavioural difficulties in children with language impairment. *Child Language Teaching and Therapy* *16*(2), 105–120. <https://doi.org/10.1177/026565900001600201>
- Bowen, C. (2004). Measuring what we do. *ACQuiring Knowledge in Speech, Language and Hearing*, *6*(3), 156–157. <https://www.speech-language-therapy.com/pdf/acq/webwords19.pdf>
- Bowen, C. (2015). *Children's speech sound disorders* (2nd ed.). Wiley Blackwell.
- Brady, N. C., Bruce, S., Goldman, A., Erickson, K., Mineo, B., Ogletree, B. T., Paul, D., Ronski, M., Sevcik, R., Siegel, E., Schoonover, J., Snell, M., Sylvester, L., & Wilkinson, K. (2016). Communication services and supports for individuals with severe disabilities: Guidance for assessment and intervention. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, *121*(2), 121–138. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-121.2.121>
- Brinton, B., & Fujiki, M. (2017). The power of stories: Facilitating social communication in children with limited language abilities. *School Psychology International*, *38*(5), 523–540. <https://doi.org/10.1177/0143034317713348>
- Browder, D. M., Wood, L., Thompson, J., & Ribuffo, C. (2014). *Evidence-based practices for students with severe disabilities* (Document No. IC-3). University of Florida, Collaboration for Effective Educator, Development, Accountability, and Reform Center. <http://cedar.education.ufl.edu/tools/innovation-configurations>
- Buckley, B. (2003). *Children's communication skills: From birth to five years*. Routledge.

- Burton, J. M., Washington, K. N., & Samms-Vaughan, M. (2019). Parent report of communication skills of Jamaican children with autism spectrum disorder: A pilot study. *Communication Disorders Quarterly, 41*(1), 54–66. <https://doi.org/10.1177/1525740118760816>
- Byers, B. A., Bellon-Harn, M. L., Manchaiah, V., Allen, M., Saar, K. W., & Rodrigo, H. (2021). A comparison of intervention intensity and service delivery models with school-age children with speech sound disorders in a school setting. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 52*(2), 529–541. [https://doi.org/10.1044/2020\\_LSHSS-20-00057](https://doi.org/10.1044/2020_LSHSS-20-00057)
- Cardoso, A. P. (2018). *Impacto de um programa de intervenção em competências linguísticas numa criança com perturbação específica de linguagem (PEL) em idade escolar* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Coimbra]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/23145>
- Carroll, J. M., & Snowling, M. J. (2004). Language and phonological skills in children at high risk of reading difficulties. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*(3), 631–640. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00252.x>
- Carvalho, M. (2011). *Comunicação social e competência social: Um estudo de crianças portuguesas entre os 4 e os 6 anos com e sem perturbação do desenvolvimento da linguagem* [Tese de Doutoramento, Universidade do Minho]. Repositório da Biblioteca da Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/77323>
- Castro, A., Alves, D. C., & Departamento de Linguagem na Criança da Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala. (2019). Country Vignette: Portugal. In J. Law, C. McKean, C. A. Murphy, & E. Thordardottir (Eds.), *Managing children with developmental language disorder: Theory and practice across Europe and beyond* (pp. 374–386). Routledge.
- Castro, S., & Pinto, A. (2015). Matrix for assessment of activities and participation: Measuring functioning beyond diagnosis in young children with disabilities. *Developmental Neurorehabilitation, 18*(3), 177–189. <https://doi.org/10.3109/17518423.2013.806963>
- Castro-Schilo, L., & Grimm, K. J. (2018). Using residualized change versus difference scores for longitudinal research. *Journal of Social and Personal Relationships, 35*(1), 32–58. <https://doi.org/10.1177/0265407517718387>
- Charman, T., Ricketts, J., Dockrell, J. E., Lindsay, G., & Palikara, O. (2015). Emotional and behavioural problems in children with language impairments and children with autism spectrum disorders. *International Journal of Language & Communication Disorders, 50*(1), 84–93. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12116>
- Chien, C. W., Rodger, S., Copley, J., & McLaren, C. (2014). Measures of participation outcomes related to hand use for 2- to 12-year-old children with disabilities: A systematic review. *Child: Care, Health and Development, 40*(4), 458–471. <https://doi.org/10.1111/cch.12037>
- Chien, C. W., Rodger, S., Copley, J., & Skorka, K. (2014). Comparative content review of children's participation measures using the international classification of functioning, disability and health-children and youth. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 95*(1), 141–152. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.06.027>
- Cirrin, F. M., Schooling, T. L., Nelson, N. W., Diehl, S. F., Flynn, P. F., Staskowski, M., Zoann Torrey, T., & Adamczyk, D. F. (2010). Evidence-based systematic review: Effects of different service delivery models on communication outcomes for elementary school-age children. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 41*(3), 233–264. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2009\)08-0128](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2009)08-0128)
- Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de L'UE. (2019). *Telepractice* (Final report 2019). <https://cplol.eu/documents/reports.html>

- Conti-Ramsden, G., & Botting, N. (2008). Emotional health in adolescents with and without a history of specific language impairment (SLI). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*(5), 516–525. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01858.x>
- Conti-Ramsden, G., & Durkin, K. (2015). What factors influence language impairment? Considering resilience as well as risk. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, *67*(6), 293–299. <https://doi.org/10.1159/000444750>
- Conti-Ramsden, G., Mok, P. L. H., Pickles, A., & Durkin, K. (2013). Adolescents with a history of specific language impairment (SLI): Strengths and difficulties in social, emotional and behavioral functioning. *Research in Developmental Disabilities*, *34*, 4161–4169. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.08.043>
- Core Outcome Measures in Effectiveness Trials Initiative (2022). *Core outcome measures in effectiveness trials*. <https://www.comet-initiative.org/>
- Correia, N., Aguiar, C., & Amaro, F. (2021). Children's participation in early childhood education: A theoretical overview. *Contemporary Issues in Early Childhood*, *0*(0). <https://doi.org/10.1177/1463949120981789>
- Costa, D., & Cruz-Santos, A. (2022). *FOCUS 34 - Portugal: Tradução, adaptação e aplicação em crianças com perturbações da comunicação dos 3 aos 10 anos*. In A. Pereira, E. Soares, H. Reis, Loureiro M., & R. Rodriguez (Eds.), *Livro de atas do congresso luso brasileiro de educação inclusiva* (pp. 79-83). Universidade do Minho. [https://conlubra2022.weebly.com/uploads/1/6/4/6/16461788/atas\\_conlubra\\_vers%C3%A3o\\_final.pdf](https://conlubra2022.weebly.com/uploads/1/6/4/6/16461788/atas_conlubra_vers%C3%A3o_final.pdf)
- Coster, W., & Khetani, M. A. (2008). Measuring participation of children with disabilities: Issues and challenges. *Disability & Rehabilitation*, *30*(8), 639–648. <https://doi.org/10.1080/09638280701400375>
- Coster, W., Bedell, G., Law, M., Khetani, M. A., Teplicky, R., Liljenquist, K., Gleason, K., & Kao, Y. C. (2011). Psychometric evaluation of the Participation and Environment Measure for Children and Youth. *Developmental Medicine and Child Neurology*, *53*(11), 1030–1037. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2011.04094.x>
- Coster, W., Deeney, T., Haltiwanger, J., & Haley, S. (1998). *School Function Assessment record form*. The Psychological Corporation/Therapy Skills Builders. <https://levissauve.ecoleverdun.com/wp-content/uploads/2016/08/SFA.pdf>
- Coufal, K., Parham, D., Jakubowitz, M., Howell, C., & Reyes, J. (2018). Comparing traditional service delivery and telepractice for speech sound production using a functional outcome measure. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *27*, 82–90. [https://doi.org/10.1044/2017\\_AJSLP-16-0070](https://doi.org/10.1044/2017_AJSLP-16-0070)
- Crosby, R. D., Kolotkin, R. L., & Williams, G. R. (2003). Defining clinically meaningful change in health-related quality of life. *Journal of Clinical Epidemiology*, *56*(5), 395–407. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(03\)00044-1](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(03)00044-1)
- Cruz, M., Pejovic, J., Severino, C., Vigarito, M., & Frota, S. (2022). Auditory and visual cues in face-masked infant-directed speech. *Proceedings on Speech Prosody*, 639–643. <https://doi.org/10.21437/speechprosody.2022-130>
- Cruz-Santos, A. (2018). Perturbações da linguagem: Uma revisão do conceito. In L. M. Correia (Org.), *Educação inclusiva e necessidades especiais* (Vol. 2, pp. 93-120). Editora Flora.
- Cunningham, B. J., & Rosenbaum, P. L. (2015). A bioecological framework to evaluate communicative participation outcomes for preschoolers receiving speech-language therapy interventions in Ontario, Canada. *International Journal of Language and Communication Disorders*, *50*(4), 405–415. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12145>
- Cunningham, B. J., Hanna, S. E., Oddson, B., Thomas-Stonell, N., & Rosenbaum, P. (2017). A population-

- based study of communicative participation in preschool children with speech-language impairments. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 59(10), 1049–1055. <https://doi.org/10.1111/dmnc.13515>
- Cunningham, B. J., Hanna, S. E., Rosenbaum, P., Thomas-Stonell, N., & Oddson, B. (2018). Factors contributing to preschoolers' communicative participation outcomes: Findings from a population-based longitudinal cohort study in Ontario, Canada. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27(May), 737–750. [https://doi.org/10.1044/2017\\_AJSLP-17-0079](https://doi.org/10.1044/2017_AJSLP-17-0079)
- Cunningham, B. J., Kwok, E., Earle, C., & Cardy, J. (2019). Exploring participation and impairment-based outcomes for Target Word: A parent-implemented intervention for preschoolers identified as late-to-talk. *Child Language Teaching and Therapy*, 35(2), 145–164. <https://doi.org/10.1177/0265659019846931>
- Cunningham, B. J., Rosenbaum, P., & Hidecker, M. J. C. (2016). Promoting consistent use of the Communication Function Classification System (CFCS). *Disability and Rehabilitation*, 38(2), 195–204. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1027009>
- Cunningham, B. J., Thomas-Stonell, N., & Rosenbaum, P. (2020). Assessing communicative participation in preschool children with the Focus on the Outcomes of Communication Under Six: A scoping review. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 63(1), 47–53. <https://doi.org/10.1111/dmnc.14665>
- Cunningham, B. J., Washington, K. N., Binns, A., Rolfe, K., Robertson, B., & Rosenbaum, P. (2017). Current methods of evaluating speech language outcomes for preschoolers with communication disorders: A scoping review using the ICF-CY. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60(February), 447–465. <https://doi.org/10.1044/2016>
- Daniel, G. R., & McLeod, S. (2017). Children with speech sound disorders at school: Challenges for children, parents and teachers. *Australian Journal of Teacher Education*, 42(2), 81–101. <https://doi.org/10.14221/ajte.2017v42n2.6>
- Daub, O., Skarakis-Doyle, E., Bagatto, M. P., Johnson, A. M., & Cardy, J. O. (2019). A comment on test validation: The importance of the clinical perspective. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 28(1), 204–210. [https://doi.org/10.1044/2018\\_AJSLP-18-0048](https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-18-0048)
- Decreto-Lei n.º 564/1999 do Ministério da Saúde. (1999, 21 de dezembro). Diário da República: I Série, n.º 295. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/564-1999-661768>
- Decreto-Lei n.º 281/2009 do Ministério da Saúde. (2009, 6 de outubro). Diário da República: I Série, n.º 4. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/281-2009-491397>
- Decreto-Lei n.º 3/2008 do Ministério da Educação e Ciência. (2018, 7 de janeiro). Diário da República: I Série, n.º 193. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/3-2008-386871>
- Decreto-Lei n.º 54/2018 do Ministério da Educação e Ciência. (2018, 6 de julho). Diário da República: I Série A, n.º 129. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/54-2018-115652961>
- Decreto-Regulamentar n.º 3/2016 do Ministério da Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2006, 23 de agosto). Diário da República: I Série, n.º 161. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-regulamentar/3-2016-75170442>
- Dempsey, L., & Skarakis-Doyle, E. (2010). Developmental language impairment through the lens of the ICF: An integrated account of children's functioning. *Journal of Communication Disorders*, 43(5), 424–437. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2010.05.004>
- Denman, D., Speyer, R., Munro, N., Pearce, W. M., Chen, Y. W., & Cordier, R. (2017). Psychometric properties of language assessments for children aged 4-12 years: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 8(September). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01515>
- Direção Geral de Educação. (2016). *Programa nacional de promoção do sucesso escolar*. <https://www.dge.mec.pt/programa-nacional-de-promocao-do-sucesso-escolar>

- Direção Geral de Estatísticas da Educação e Ciência. (2022, junho) *Educação inclusiva 2020/2021: Apoio à aprendizagem e à inclusão, escolas da rede pública do Ministério da Educação*. [https://www.dgeec.mec.pt/np4/%7B\\$clientServletPath%7D/?newsId=1363&fileName=EI2021\\_BreveSinteseResultados.pdf](https://www.dgeec.mec.pt/np4/%7B$clientServletPath%7D/?newsId=1363&fileName=EI2021_BreveSinteseResultados.pdf)
- Direção Geral de Saúde. (2020). *COVID-19*. Recuperado em 30 de abril de 2020 de <https://covid19.min-saude.pt/>.
- Dockrell, J. E., Bakapoulou, I., Law, J., Spencer, S., & Lindsay, G. (2012). *Developing a communication supporting classroom observation tool* (Research report DFE-RR247-BCRP8). U.K. Department for Education. <https://doi.org/10.13140/2.1.2409.6006>
- Dockrell, J., Lindsay, G., Roulstone, S., & Law, J. (2014). Supporting children with speech, language and communication needs: An overview of the results of the Better Communication Research Programme. *International Journal of Language and Communication Disorders, 49*(5), 543–557. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12089>
- Dodd, B., Crosbie, S., McIntosh, B., Holm, A., Harvey, C., Liddy, M., Fontyne, K., Pinchin, B., & Rigby, H. (2008). The impact of selecting different contrasts in phonological therapy. *International Journal of Speech-Language Pathology, 10*(5), 334–345. <https://doi.org/10.1080/14417040701732590>
- Dodd, B., Holm, A., Hua, Z., & Crosbie, S. (2003). Phonological development: A normative study of British English-speaking children. *Clinical Linguistics and Phonetics, 17*(8), 617–643. <https://doi.org/10.1080/0269920031000111348>
- Dollaghan, C. (2004a). Evidence-based practice in communication disorders: What do we know, and when do we know it? *Journal of Communication Disorders, 37*(5), 391–400. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2004.04.002>
- Dollaghan, C. (2004b, April 13). Evidence-based practice: Myths and realities. *The ASHA Leader, 9*(7), 4–12. <https://doi.org/10.1044/leader.FTR1.09072004.4>
- Dollaghan, C. (2007) *The handbook for evidence-based practice in communication disorders*. Brookes Publishing.
- Dollaghan, C. A., Campbell, T. F., Paradise, J. L., Feldman, H. M., Janosky, J. E., Pitcairn, D. N., & Kurs-Lasky, M. (1999). Maternal education and measures of early speech and language. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 42*, 1432–1443
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA, 260*(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- Duncan, E. A., & Murray, J. (2012). The barriers and facilitators to routine outcome measurement by allied health professionals in practice: A systematic review. *BMC Health Services Research, 12*, Article 96. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/96>
- Durkin, K., & Conti-Ramsden, G. (2010). Young people with SLI: A review of social and emotional functioning in adolescence. *Child Language Teaching and Therapy, 26*(2), 105–121. <https://doi.org/10.1177/0265659010368750>
- Durlak, J. A. (2015). Studying program implementation is not easy but it is essential. *Prevention Science, 16*(8), 1123–1127. <https://doi.org/10.1007/s11121-015-0606-3>
- Eadie, T. L., Yorkston, K. M., Klasner, E. R., Dudgeon, B. J., Deitz, J. C., Baylor, C. R., Miller, R. M., & Amtmann, D. (2006). Measuring communicative participation: A review of self-report instruments in speech-language pathology. *American Journal of Speech and Language Pathology, 15*(4), 307–320. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2006/030\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2006/030))
- Elwyn, G., Lloyd, A., May, C., Van der Weijden, T., Stiggelbout, A., Edwards, A., Frosch, D. L., Rapley, T., Barr, P., Walsh, T., Grande, S. W., Montori, V., & Epstein, R. (2014). Collaborative deliberation: A model for patient care. *Patient Education and Counseling, 97*(2), 158–164. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.07.027>

- Embretson, S. E. (2006). The continued search for nonarbitrary metrics in psychology. *The American Psychologist*, *61*(1), 50–55. doi:10.1037/0003-066X.61.1.50
- Enderby, P., & Moyses, K. (2018). International Classification of Functioning: An approach to outcome measurement. *Perspectives of ASHA Special Interest Groups*, *3*(17), 99–108. <https://doi.org/10.1044/persp3.SIG17.99>
- Enderby, P., John, A., & Petheram, B. (2015). *Therapy outcome measures for rehabilitation professionals: speech and language therapy, physiotherapy, occupational therapy, rehabilitation nursing & hearing therapists* (3rd ed.). J&R Press. (Original work published 1997, Singular Publishing Group, Inc.)
- Enderby, P., Moyses, K., Bedwell, M., & Gust, P. (2018, March). Getting to the ROOT of measuring outcomes. *RCSLT Bulletin*, 15–16. <https://www.rcslt.org>
- Espe-Sherwindt, M., & Serrano, A. M. (2016). It takes two: The role of family-centered practices in communication intervention. *Revista de Logopedia, Foniatria y Audiología*, *36*(4), 162–169. <https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2016.07.006>
- Espirito Santo, H. M. A., & Daniel, F. (2015). Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos (1): As limitações do  $p < 0,05$  na análise de diferenças de médias de dois grupos. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, *1*(1), 3–16. <https://doi.org/10.7342/ismt.rpics.2015.1.1.14>
- Espirito Santo, H. M. A., & Daniel, F. (2018). Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos (3): Guia para reportar os tamanhos do efeito para análises de regressão e ANOVAs. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, *4*(1), 43–60. <https://doi.org/10.31211/rpics.2018.4.1.72>
- European Union. (2017). *Interinstitutional proclamation endorsing the european pillar of social rights*. <http://data.consilium.europa.eu/docu/documents/ST-13129-2017-INIT/en/pdf>.
- European Union. (2022). *Council recommendation on pathways to school success* (Interinstitutional File: 2022/0206(NLE)). <https://www.consilium.europa.eu/media/60390/st14981-en22.pdf>
- Every Student Succeeds Act, 20 U.S.C. § 6301 (2015). <https://www.congress.gov/bill/114th-congress/senate-bill/1177>
- Fad, K. M., & Kiping, P. (2001). Teaching students with communication disorders. In T. Smith, E. Polloway, J. Patton, & C. Dowdy, *Teaching students with special needs in inclusive settings* (pp. 383–448). Allyn and Bacon.
- Feeney, R., Desha, L., Ziviani, J., & Nicholson, J. M. (2012). Health-related quality-of-life of children with speech and language difficulties: A review of the literature. *International Journal of Speech-Language Pathology*, *14*(1), 59–72. <https://doi.org/10.3109/17549507.2011.604791>
- Ferreira, P. L., Almeida, M., Pisco, M., & Cavalheiro, L. (2006). Qualidade de vida de crianças e adolescentes: Adaptação cultural e validação da versão portuguesa do KINDL®. *Acta Pediatrica Portuguesa* *37*(4), 125–144. [http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/38/20121219200250\\_Acta\\_Ped\\_Vol\\_37\\_N\\_4.pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/38/20121219200250_Acta_Ped_Vol_37_N_4.pdf)
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using SPSS*. Sage.
- Forsythe, R., Murphy, C. A., Tulip, J., & Law, J. (2021). Why clinicians choose their language intervention approach: An international perspective on intervention for children with developmental language disorder. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, *73*(6), 537–551. <https://doi.org/10.1159/000513242>
- Fougeyrollas, P., Noreau, L., Bergeron, H., Cloutier, R., Dion, S. A., & St-Michel, G. (1998). Social consequences of long-term impairments and disabilities: Conceptual approach and assessment of handicap. *International Journal of Rehabilitation Research*, *21*(2), 127–141. <https://doi.org/10.1097/00004356-199806000-00002>
- Fratalli, C. (1998). *Measuring outcomes in speech-language pathology* (1st ed). Thieme.

- Frota, S., Pejovic, J., Cruz, M., Severino, C., & Vigário, M. (2022). Early word segmentation behind the mask. *Frontiers in Psychology*, *13*(May), Article 879123 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.879123>
- Furlong, L. M., Morris, M. E., Serry, T. A., & Erickson, S. (2021). Treating childhood speech sound disorders: Current approaches to management by Australian speech-language pathologists. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, *52*(2), 581–596. [https://doi.org/10.1044/2020\\_LSHSS-20-00092](https://doi.org/10.1044/2020_LSHSS-20-00092)
- Ghaemmaghami, M., Hanley, G. P., & Jessel, J. (2021). Functional communication training: From efficacy to effectiveness. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *54*(1), 122–143. <https://doi.org/10.1002/jaba.762>
- Glória, Y. A. L., Hanauer, L. P., Wiethan, F. M., Nóro, L. A., & Mota, H. B. (2016). O uso das conjunções por crianças com desenvolvimento típico de linguagem. *CoDAS*, *28*(3), 221–225. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20162015107>
- Golper, L. A. C., & Frattali, C. M. (2013). *Outcomes in speech-language pathology* (2nd ed.). Thieme.
- Gomes, M. I. (2022). *Dispositivos eletrónicos, funcionamento familiar e linguagem em crianças de idade pré-escolar: Semântica e morfossintaxe* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro]. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <https://ria.ua.pt/handle/10773/34842>
- Guimarães, J. (2017). *As interações sociais de crianças com perturbação da linguagem e os seus pares com desenvolvimento típico numa situação de jogo livre* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação de Lisboa]. Arquivo Digital do Instituto Politécnico de Lisboa. <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/7869/1/Joana%20Guimaraes%202017.pdf>
- Guralnick, M. J., Connor, R. T., Hammond, M. A., Gottman, J. M., & Kinnish, K. (1996). The peer relations of preschool children with communication disorders. *Child Development*, *67*(2), 471. <https://doi.org/10.2307/1131827>
- Guralnick, M. J., Neville, B., Hammond, M. A., & Connor, R. T. (2007). The friendships of young children with developmental delays: A longitudinal analysis. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *28*(1), 64–79. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2006.10.004>
- Hair, J. F., Black, B., Babin, B., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2014). *Multivariate data analysis* (6th ed.). Harlow: Pearson Prentice Hall.
- Hart, K. I., Fujiki, M., Brinto, B., & Hart, C. H. (2004). The relationship between social behavior and severity of language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *47*(3), 647–662. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2004\)050](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2004)050)
- Hayhow, R., Roulstone, S., White, P., & Lindsay, G. (2012). *Prospective cohort study of speech and language therapy services for young children who stammer in England* (Research report DFE-RR247-BCRP16). U.K. Department for Education. [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/219629/DFE-RR247-BCRP16.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/219629/DFE-RR247-BCRP16.pdf)
- Heah, T., Case, T., McGuire, B., & Law, M. (2007). Successful participation: The lived experience among children with disabilities. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *74*(1), 38–47. <https://doi.org/10.2182/cjot.06.10>
- Hegarty, N., Titterton, J., McLeod, S., & Taggart, L. (2018a). Intervention for children with phonological impairment: Knowledge, practices and intervention intensity in the U.K. *International Journal of Language & Communication Disorders*, *53*(5), 995–1006. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.124166>
- Hegarty, N., Titterton, J., McLeod, S., & Taggart, T. (2018b) *SuSSD: Supporting and understanding speech sound disorders online resource*. Ulster University. <https://www.ulster.ac.uk/research/topic/nursing-and-health/caring-for-people-with-complex-needs/research-themes/neurodevelopmental/ssd/assessment/outcome-measurement>

- Henry, A. (2008). 5 - Assessment of play and leisure in children and adolescents. In L. D. Parham & L. S. Fazio, *Play in occupational therapy for children* (pp. 95–191). Mosby. <https://doi.org/10.1016/B978-0323029544.10005-4>.
- Hidecker, M. J. C. (2010). Communication activity and participation research. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *52*(5), 408–409. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2009.03460.x>
- Hidecker, M. J. C., Cunningham, B. J., Thomas-Stonell, N., Oddson, B., & Rosenbaum, P. (2017). Validity of the Communication Function Classification System for use with preschool children with communication disorders. *Developmental Medicine and Child Neurology*, *59*(5), 526–530. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13373>
- Hidecker, M. J. C., Paneth, N., Rosenbaum, P. L., Kent, R. D., Lillie, J., Eulenberg, J. B., Chester, K., Johnson, B., Michalsen, L., Evatt, M., & Taylor, K. (2011). Developing and validating the Communication Function Classification System for individuals with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, *53*(8), 704–710. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2011.03996.x>
- Hill, M. M., & Hill, A. (2009). *Investigação por questionário* (2.ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Holm, A., Farrier, F., & Dodd, B. (2008). Phonological awareness, reading accuracy and spelling ability of children with inconsistent phonological disorder. *International Journal of Language and Communication Disorders*, *43*(3), 300–322. <https://doi.org/10.1080/13682820701445032>
- Hoogsteen, L., & Woodgate, R. (2010). Can I play? A concept analysis of participation in children with disabilities. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, *30*(4), 325–339. <https://doi.org/10.3109/01942638.2010.481661>.
- Horowitz, L., Jansson, H., Ljungberg, T., & Hedenbro, M. (2006). Interaction before conflict and conflict resolution in pre-school boys with language impairment. *International Journal of Language & Communication Disorders*, *41*(4), 441–466. <https://doi.org/10.1080/13682820500292551>
- Horowitz, L., Westlund, K., & Ljunberg, T. (2008). Post-conflict non-affiliative behavioural strategies and subsequent social interaction in preschool boys with language impairment in comparison to preschool boys with typical language skills. *Behaviour*, *145*(11), 1671–1700. <https://www.jstor.org/stable/40295894>
- Hupp, J. M., Munala, L., Kaffenberger, J. A., & Wessell, M. B. (2011). The interactive effect of parental education on language production. *Current Psychology*, *30*(4), 312–323. <https://doi.org/10.1007/s12144-011-9118-x>
- Imms, C., Adair, B., Keen, D., Ullenhag, A., Rosenbaum, P., & Granlund, M. (2016). “Participation”: A systematic review of language, definitions, and constructs used in intervention research with children with disabilities. *Developmental Medicine and Child Neurology*, *58*(1), 29–38. <https://doi.org/10.1111/dmcn.12932>
- Imms, C., Granlund, M., Wilson, P. H., Steenbergen, B., Rosenbaum, P. L., & Gordon, A. M. (2017). Participation, both a means and an end: A conceptual analysis of processes and outcomes in childhood disability. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *59*(1), 16–25. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13237>
- Individuals with Disabilities Education Improvement Act of 2004, 20 U.S.C. § 1400 *et seq.* (2004). <https://sites.ed.gov/idea/>
- Inspeção Geral da Educação e Ciência. (2019). *Educação especial – Respostas educativas*. [https://www.igec.mec.pt/upload/Relatorios/EE\\_2014\\_2017\\_RELATORIO.pdf](https://www.igec.mec.pt/upload/Relatorios/EE_2014_2017_RELATORIO.pdf)
- Inspeção Geral da Educação e Ciência. (2022). *Ação das equipas multidisciplinares de apoio à educação inclusiva – 2021*. <https://www.igec.mec.pt/upload/Relatorios/AEMAEI2021.pdf>
- International Test Commission. (2017). *The ITC guidelines for translating and adapting tests* (2nd ed). <https://www.InTestCom.org>
- Izaryk, K., Edge, R., & Lechwar, D. (2021). A survey of speech-language pathologists’ approaches to



- assessing social communication disorders in children. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 6(1), 1–17. [https://doi.org/10.1044/2020\\_persp-20-00147](https://doi.org/10.1044/2020_persp-20-00147)
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12–19. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.59.1.12>. PMID: 2002127
- Janik-Blaskova, L., & Gibson, J. L. (2021). Reviewing the link between language abilities and peer relations in children with developmental language disorder: The importance of children’s own perspectives. *Autism and Developmental Language Impairments*, 6, 1–18. <https://doi.org/10.1177/23969415211021515>
- Jensen de López, K. M., Feilberg, J., Baena, S., Lyons, R., Harding, S., Kelić, M., Klatte, I. S., Mantel, T. C., Novogrodsky, R., Ulfssdottir, T. S., Zajdó, K., & Rodriguez-Ortiz, I. R. (2021). “So, I told him to look for friends!” Barriers and protecting factors that may facilitate inclusion for children with language disorder in everyday social settings: Cross-cultural qualitative interviews with parents. *Research in Developmental Disabilities*, 115, Article 103963. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.103963>
- Jester, M., & Johnson, C. J. (2016). Differences in theory of mind and pretend play associations in children with and without specific language impairment. *Infant and Child Development*, 25, 24–42. <https://doi.org/10.1002/icd.1912>
- Joffe, V. (2018, November 17). *Speech and language therapy works!* (Conference presentation). Northern Ireland hub conference, Templepatrick, Northern Ireland. <https://www.rcslt.org/wp-content/uploads/media/docs/hubs/ni-hub-conference/speech-and-language-therapy-works.pdf?la=en&hash=F7008416CB6CFDE158F3E8F9C98DF61D7B51F9EC>
- Justice, L. M., & Fey, M. E. (2004). Evidence-based practice in schools: Integrating craft and theory with science and data. *The ASHA Leader*, 9(17), 30–32. <https://doi.org/10.1044/leader.FTR1.09172004.4>
- Kaipa, R., & Peterson, A. M. (2016). A systematic review of treatment intensity in speech disorders. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 18(6), 507–520. <https://doi.org/10.3109/17549507.2015.1126640>
- Kazdin, A. E. (2006). Arbitrary metrics: Implications for identifying evidence-based treatments. *The American Psychologist*, 61(1), 42–49. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.1.42>
- Keck, C., & Doarn, C. (2014). Telehealth technology applications in speech-language pathology. *Telemedicine Journal and e-Health*, 20(7), 653–659. <https://doi.org/10.1089/tmj.2013.0295>
- Khetani, M. A., Graham, J. E., Davies, P. L., Law, M. C., & Simeonsson, R. J. (2015). Psychometric properties of the Young Children’s Participation and Environment Measure. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(2), 307–316. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.09.031>
- King, G. (2013). Perspectives on measuring participation: Going forward. *Child: Care, Health and Development*, 39(4), 466–469. <https://doi.org/10.1111/cch.12083>
- King, G. A., Law, M., King, S., Hurley, P., Hanna, S., Kertoy, M., & Rosenbaum, P. (2007). Measuring children’s participation in recreation and leisure activities: Construct validation of the CAPE and PAC. *Child: Care, Health and Development*, 33(1), 28–39. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2006.00613.x>
- King, G., Batorowicz, B., Rigby, P., McMain-Klein, M., Thompson, L., & Pinto, M. (2014). Development of a measure to assess youth Self-Reported Experiences of Activity Settings (SEAS). *International Journal of Disability, Development and Education*, 61(1), 44–66. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2014.878542>
- King, G., Law, M., King, S., Hurley, P., Hanna, S., Kertoy, M., Rosenbaum, P., & Young, N. (2004). *Children’s Assessment of Participation and Enjoyment (CAPE) and Preferences for Activities of Children (PAC): Technical Manual*. Harcourt Assessment, Inc.

- King, M., Shields, N., Imms, C., Black, M., & Ardern, C. (2013). Participation of children with intellectual disability compared with typically developing children. *Research in Developmental Disabilities, 34*(5), 1854–1862. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.02.029>
- Kinnane, D. (2021a). *Focusing speech therapy on functional outcomes: A refresher*. Banter Speech & Language. <https://www.banterspeech.com.au/focusing-speech-therapy-on-functional-outcomes-a-refresher/>
- Kinnane, D. (2021b). “*Nothing about us without us*” – *What children with developmental language disorder tell us about their relationships with peers – And what we should do in response*. Banter Speech & Language. <https://www.banterspeech.com.au/nothing-about-us-without-us-what-children-with-developmental-language-disorder-tell-us-about-their-relationships-with-peers-and-what-we-should-do-in-response/>
- Kinnane, D. (2021c). *Not about ‘fixing’: Using the ‘F-Word Framework’ to support children with communication disorders and their families*. Banter Speech & Language. <https://www.banterspeech.com.au/beyond-fixing-using-the-f-word-framework-to-support-children-with-communication-disorders-and-their-families/>
- Kinnane, D. (2021d). *Language therapy works. But can we make it better?* Banter Speech & Language. <https://www.banterspeech.com.au/language-therapy-works-but-can-we-make-it-better/>
- Kinnane, D. (2021e). *Your right to know: Long-term social effects of language disorders*. Banter Speech & Language. <https://www.banterspeech.com.au/your-right-to-know-long-term-social-effects-of-language-disorders/>
- Kleiman, L. I. (2003). *FCP-R: Functional Communication Profile-Revised*. Pro-Ed. <https://www.proedinc.com/Products/34040/fcpr-functional-communication-profilerevised.aspx>
- Kokorelias, K. M., Gignac, M. A. M., Naglie, G., & Cameron, J. I. (2019). Towards a universal model of family centered care: A scoping review. *BMC Health Services Research, 19*(1), 564. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4394-5>
- Kokotek, L. E., Cunningham, B. J., & Washington, K. N. (2022). Construct validity of the Focus on the Outcomes of Communication Under Six (FOCUS) total and profile scores for multilingual preschoolers: Considering functional speech skills. *International Journal of Language and Communication Disorders, 27*(Feb), 1–11. <https://doi.org/10.1080/17549507.2022.2037709>
- Kokotek, L. E., Washington, K. N., Cunningham, B. J., Wright Karem, R., & Fletcher, B. (2021). Focus on the Outcomes of Communication Under Six: Validation of language skills in the Jamaican context. *Communication Disorders Quarterly, 00*(0), 1–11. <https://doi.org/10.1177/152574012111068126>
- Kwok, E. Y. L., Cunningham, B. J., & Oram Cardy, J. (2020). Effectiveness of a parent-implemented language intervention for late-to-talk children: A real-world retrospective clinical chart review. *International Journal of Speech-Language Pathology, 22*(1), 48–58. <https://doi.org/10.1080/17549507.2019.1584643>
- Kwok, E. Y. L., Moodie, S. T. F., Cunningham, B. J., & Oram Cardy, J. E. (2020). Selecting and tailoring implementation interventions: A concept mapping approach. *BMC Health Services Research, 20*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05270-x>
- Kwok, E. Y. L., Rosenbaum, P., Thomas-Stonell, N., & Cunningham, B. J. (2021). Strengths and challenges of the COSMIN tools in outcome measures appraisal: A case example for speech–language therapy. *International Journal of Language and Communication Disorders, 56*(2), 313–329. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12603>
- Kwok, E. Y., Moodie, S. T., Cunningham, B. J., & Oram Cardy, J. (2022). Barriers and facilitators to implementation of a preschool outcome measure: An interview study with speech-language pathologists. *Journal of Communication Disorders, 95*, Article 106166.

- <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2021.106166>
- Kwok, E., Bootsma, J., Cahill, P., & Rosenbaum, P. (2021). A scoping review of qualitative studies on parents' perspectives on speech, language, and communication interventions. *Disability and Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1989061>
- Kwok, E., Cermak, C. A., Hatherly, K., & Cunningham, B. J. (2022). Intervention goals for preschoolers with language difficulties and disorders: A scoping review using the international classification of functioning, disability and health framework. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *31*(3), 1–70. [https://doi.org/10.1044/2021\\_AJSLP-21-00226](https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-21-00226).
- Kwok, E., Feiner, H., Grauzer, J., Kaat, A., & Roberts, M. Y. (2022). Measuring change during intervention using norm-referenced, standardized measures: A comparison of raw scores, standard scores, age equivalents, and growth scale values from the Preschool Language Scales–fifth edition. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *65*(November), 1–12. [https://doi.org/10.1044/2022\\_jslhr-22-00122](https://doi.org/10.1044/2022_jslhr-22-00122)
- Lambert, M. J., & Hawkins, E. J. (2004). Measuring outcome in professional practice: Considerations in selecting and using brief outcome instruments. *Professional Psychology: Research and Practice*, *35*(5), 492–499. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.35.5.492>
- Lancaster, G., Keusch, S., Levin, A., Pring, T., & Martin, S. (2010) Treating children with phonological problems: does an eclectic approach to therapy work? *International Journal of Language and Communication Disorders*, *45*(2), 174–181. <https://doi.org/10.3109/13682820902818888>
- Laureano, R. M. S. (2013). *Testes de hipóteses com o IBM SPSS Statistics (2.ªed.)*. Edições Sílabo.
- Lautamo, T., Laakso, M., Aro, T., Ahoen, T., & Tormakangas, K. (2011). Validity of the play assessment for group settings: An evaluation of differential item functioning between children with specific language impairment and typically developing peers. *Australian Occupational Therapy Journal*, *58*(4), 222–230. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2011.00941.x>.
- Law, J., Boyle, J., Harris, F., Harkness, A., & Nye, C. (2000). 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*, *35*(2), 165–188. <https://doi.org/10.1080/136828200247133>
- Law, J., Dennis, J. A., & Charlton, J. J. V. (2017). Speech and language therapy interventions for children with primary speech and/or language disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012490>
- Law, J., Garrett, Z. & Nye, C. (2005). Speech and language interventions for children with primary speech and language delay or disorder. *Campbell Systematic Reviews*, *5*. <https://doi.org/10.4073/csr.2005.5>
- Law, J., Garrett, Z., & Nye, C. (2003). Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004110>
- Law, J., Garrett, Z., & Nye, C. (2010). Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004110>
- Law, J., Lee, W., Roulstone, S., Wren, Y., Zeng, B., & Lindsay, G. (2012). *“What Works”: Interventions for children and young people with speech, language and communication needs* (Research report DFE-RR247-BCRP10a). U.K. Department for Education. <https://doi.org/10.13140/2.1.1492.0966>
- Law, J., Levickis, P., Rodríguez-Ortiz, I. R., Matic, A., Lyons, R., Messarra, C., Kouba Hreich, E., & Stankova, M. (2019). Working with the parents and families of children with developmental language disorders: An international perspective. *Journal of Communication Disorders*, *82*, Article 105922. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2019.105922>

- Law, J., Rush, R., Schoon, I., & Parsons, S. (2009). Modeling developmental language difficulties from school entry into adulthood: Literacy, mental health, and employment outcomes. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 52(6), 1401–1416. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2009/08-0142\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2009/08-0142))
- Law, J. (2021). *The quest for evidence-based practice in speech and language sciences: The changing nature of the evidence related to interventions for children with developmental language disorders* [Conference presentation]. II Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala, Online.
- Levickis, P. (2017). Measuring communicative participation in population-based samples of children with speech and language difficulties. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 59(10), 993–994. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13537>
- Lima, L., Guerra, M. P., & Lemos, M. S. (2009). Adaptação da escala genérica do Inventário Pediátrico de Qualidade de Vida – Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 – PedsQL, a uma população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/15721/2/84939.pdf>
- Lindsay, G. & Dockrell, J. (2012). Longitudinal patterns of behavioral, emotional, and social difficulties and self-concepts in adolescents with a history of specific language impairment. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 43, 445–460.
- Lloyd-Esenkaya, V., Russell, A. J., & St Clair, M. C. (2020). What Are the Peer Interaction Strengths and Difficulties in Children with Developmental Language Disorder? A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), Article 3140. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093140>
- Longobardi, E., Spataro, P., Frigerio, A., & Rescorla, L. (2016). Language and social competence in typically developing children and late talkers between 18 and 35 months of age. *Early Child Development and Care*, 186(3), 436–452. <https://doi.org/10.1080/03004430.2015.1039529>
- Loureiro, R. (2014). *A eficácia da terapia da fala na promoção do sucesso escolar: Estudo de caso num agrupamento TEIP* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. Repositório da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/77452/2/33554.pdf>
- Lousada, M. (2012). *Alterações fonológicas em crianças com perturbação de linguagem* [Tese de Doutoramento, Universidade de Aveiro]. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. [http://sweet.ua.pt/lmtj/lmtj/Lousada2007\\_2012/Lousada2012.pdf](http://sweet.ua.pt/lmtj/lmtj/Lousada2007_2012/Lousada2012.pdf)
- Lousada, M., Jesus, L. M. T., Capelas, S., Margaça, C., Simões, D., Valente, A., Hall, A., & Joffe, V. L. (2013). Phonological and articulation treatment approaches in Portuguese children with speech and language impairments: A randomized controlled intervention study. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 48(2), 172–187. <https://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2012.00191.x>
- Lousada, M., Jesus, L. M. T., Hall, A., & Joffe, V. (2014). Intelligibility as a clinical outcome measure following intervention with children with phonologically based speech-sound disorders. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 49(5), 584–601. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12095>
- Lousada, M., Sá-Couto, P., Sutre, D., Figueiredo, C., Fazenda, M., Lousada, M. J., & Valente, A. R. (2019). Validity and reliability of the Intelligibility in Context Scale: European Portuguese version. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 33(12), 1125–1138. <https://doi.org/10.1080/02699206.2019.1589579>
- Lousada, M., Valente, A. R., & Mendes, A. (2016). Validation of a paediatric speech and language screening (RALF). *Folia Phoniatrica et Logopaedica* 68(6), 247–251. <https://doi.org/10.1159/000479928>

- Lyford Jones, H. (2010). *Putting children at the centre: A practical guide to children's participation*. Save the Children. <https://resourcecentre.savethechildren.net/node/3583/pdf/3583.pdf>
- Lyons, R., & Roulstone, S. (2018). Well-being and resilience in children with speech and language disorders. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 61*(2), 324–344. [https://doi.org/10.1044/2017\\_JSLHR-L-16-0391](https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-L-16-0391)
- Markham, C., & Dean, T. (2006). Parents' and professionals' perceptions of quality of life in children with speech and language difficulty. *International Journal of Language & Communication Disorders, 41*(2), 189–212. <https://doi.org/10.1080/13682820500221485>
- Markham, C., van Laar, D., Gibbard, D., & Dean, T. (2009). Children with speech, language and communication needs: Their perceptions of their quality of life. *International Journal of Language and Communication Disorders, 44*(5), 748–768. <https://doi.org/10.1080/13682820802359892>
- Marôco, J. (2018). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (7ª ed.). ReportNumber.
- Marques, A. C. (2015). *Desenvolvimento e validação de um programa de intervenção terapêutica nos domínios da semântica e da morfossintaxe* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro]. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/15465/1/tese.pdf>
- McAllister, L., McCormack, J., McLeod, S., & Harrison, L. J. (2011). Expectations and experiences of accessing and participating in services for childhood speech impairment. *International Journal of Speech-Language Pathology, 13*(3), 251–267. <https://doi.org/10.3109/17549507.2011.535565>
- McCabe, P. C. (2005). Social and behavioral correlates of preschoolers with specific language impairment. *Psychology in Schools, 42*(4), 373–387. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/pits.10161>
- McCabe, P. C., & Meller, P. J. (2004). The relationship between language and social competence: How language impairment affects social growth. *Psychology in the Schools, 41*(3), 313–321.
- McCarthy, C.F., McLean, L., Miller, J., Paul-Brown, D., Ronski, M., Rourke, J., & Yoder, D. (1998). *Communication Supports Checklist for programs serving individuals with severe disabilities*. National Joint Committee for Communication Needs of Persons with Severe Disabilities. <https://www.lcsc.org/cms/lib6/MN01001004/Centricity/Domain/21/NJCCCommunicationNeedsPersonsSevere%20Disabilities.pdf>
- McConachie, H., Colver, A. F., Forsyth, R. J., Jarvis, S. N., & Parkinson, K. N. (2006). *Participation of disabled children: How should it be characterized and measured? Disability and Rehabilitation, 28*(18), 1157–1164. <https://doi.org/10.1080/09638280500534507>
- McCormack, J. M., & Verdon, S. E. (2015). Mapping speech pathology services to developmentally vulnerable and at-risk communities using the Australian early development census. *International Journal of Speech-Language Pathology, 17*(3), 273–286. <https://doi.org/10.3109/17549507.2015.1034175>
- McCormack, J., McLeod, S., Harrison, L. J., & McAllister, L. (2010b). The impact of speech impairment in early childhood: Investigating parent's and speech-language pathologists' perspectives using the ICF-CY. *Journal of Communication Disorders, 43*(5), 378–396. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2010.04.009>
- McCormack, J., Harrison, L. J., McLeod, S., & McAllister, L. (2011). A nationally representative study of the association between communication impairment at 4-5 years and children's life activities at 7 – 9 Years. *Journal of Speech-Language-Hearing Research, 54*(October), 1328–1348. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2011/10-0155\)school](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2011/10-0155)school)

- McCormack, J., McAllister, L., McLeod, S., & Harrison, L. (2012). Knowing, having, doing: The battles of childhood speech impairment. *Child Language Teaching and Therapy*, *28*(2), 141–157. <https://doi.org/10.1177/0265659011417313>
- McCormack, J., McLeod, S., & Crowe, K. (2019). What do children with speech sound disorders think about their talking? *Seminars in Speech and Language*, *40*(2), 94–104. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1677760>
- McCormack, J., McLeod, S., McAllister, L., & Harrison, L. J. (2009). A systematic review of the association between childhood speech impairment and participation across the lifespan. *International Journal of Speech-Language Pathology*, *11*(2), 155–170. <https://doi.org/10.1080/17549500802676859>
- McCormack, J., McLeod, S., McAllister, L., & Harrison, L. J. (2010a). My speech problem, your listening problem, and my frustration: The experience of living with childhood speech impairment. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, *41*, 379–392. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2009/08-0129\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2009/08-0129))
- McDuffie, A., Oakes, A., Machalicek, W., Ma, M., Bullard, L., Nelson, S., & Abbeduto, L. (2016). Early language intervention using distance video-teleconferencing: A pilot study of young boys with Fragile X syndrome and their mothers. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *25*(1), 46–66. [https://doi.org/10.1044/2015\\_AJSLP-14-0137](https://doi.org/10.1044/2015_AJSLP-14-0137)
- McGinty, A. S., Breit-Smith, A., Fan, X., Justice, L. M., & Kaderavek, J. N. (2011). Does intensity matter? Preschoolers' print knowledge development within a classroom-based intervention. *Early Childhood Research Quarterly*, *26*(3), 255–267. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2011.02.002>
- McGinty, A. S., Justice, L. M., Zucker, T. A., Gosse, C., & Skibbe, L. E. (2012). Shared-reading dynamics: Mothers' question use and the verbal participation of children with specific language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *55*(4), 1039–1052. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2011/10-0298\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2011/10-0298))
- McGregor, K. K. (2020). Clinical focus: How we fail children with developmental language disorder. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, *51*(4), 981–992. [https://doi.org/10.1044/2020\\_LSHSS-20-00003](https://doi.org/10.1044/2020_LSHSS-20-00003)
- McLeod, S. (2004). *Speech Participation and Activity Assessment of Children (SPAA-C)*. Charles Sturt University. [https://cdn.csu.edu.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/2761571/SPAA-C-Questions-English.pdf](https://cdn.csu.edu.au/__data/assets/pdf_file/0011/2761571/SPAA-C-Questions-English.pdf)
- McLeod, S., & Baker, E. (2014). Speech-language pathologists' practices regarding assessment, analysis, target selection, intervention, and service delivery for children with speech sound disorders. *Clinical Linguistics & Phonetics*, *28*(7-8), 508–531. <https://doi.org/10.3109/02699206.2014.926994>
- McLeod, S., & Baker, E. (2017). *Children's speech: An evidence-based approach to assessment and intervention*. Pearson.
- McLeod, S., & Bleile, K. (2004). The ICF: A framework for setting goals for children with speech impairment. *Child Language Teaching and Therapy*, *20*(3), 199–219. <https://doi.org/10.1191/0265659004ct272oa>
- McLeod, S., & Harrison, L. J. (2009). Epidemiology of speech and language impairment in a nationally representative sample of 4-to-5-years-old children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *52*, 1213–1229. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2009/08-0085\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2009/08-0085))
- McLeod, S., & Threats, T. T. (2008). The ICF-CY and children with communication disabilities. *International Journal of Speech-Language Pathology*, *10*(1-2), 92–109. <https://doi.org/10.1080/17549500701834690>

- McLeod, S., Baker, E., McCormack, J., Wren, Y., Roulstone, S., Crowe, K., Masso, S., & White, P. (2017). Cluster-randomized controlled trial evaluating the effectiveness of computer-assisted intervention delivered by educators for children with speech sound disorders. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *60*(July), 1891–1910. [https://doi.org/10.1044/2017\\_JSLHR-S-16-0385](https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0385)
- McLeod, S., Crowe, K., & Shahaieian, A. (2015). Intelligibility in Context Scale: Normative and validation data for English-speaking preschoolers. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, *46*(3), 266–276. doi:10.1044/2015\_LSHSS-14-0120
- McLeod, S., Crowe, K., McCormack, J., White, P., Wren, Y., Baker, E., Masso, S., & Roulstone, S. (2018). Preschool children's communication, motor and social development: Parents' and educators' concerns. *International Journal of Speech-Language Pathology*, *20*(4), 468–482. <https://doi.org/10.1080/17549507.2017.1309065>
- McLeod, S., Harrison, L. J., & McCormack, J. (2012a). *Intelligibility in Context Scale*. Charles Sturt University. <http://www.csu.edu.au/research/multilingual-speech/ics>
- McLeod, S., Harrison, L. J., & McCormack, J. (2012b). Intelligibility in Context Scale: Validity and reliability of a subjective rating measure. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *55*(2), 648–656. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2011/10-0130\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2011/10-0130))
- McLeod, S. (2018). Communication rights: Fundamental human rights for all. *International Journal of Speech-Language Pathology*, *20*(1), 3–11. <https://doi.org/10.1080/17549507.2018.1428687>
- McLeod, S., Harrison, L. J., & Wang, C. (2019). A longitudinal population study of literacy and numeracy outcomes for children identified with speech, language, and communication needs in early childhood. *Early Childhood Research Quarterly*, *47*, 507–517. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2018.07.004>
- McMaster University. (2022). *Shop CanChild*. Canchild <https://canchild.ca/en/shop?utf8=%E2%9C%93&filters%5Bkeywords%5D=focus&commit=Search>
- Mokkink, L. B., Boers, M., van der Vleuten, C. P. M., Bouter, L. M., Alonso, J., Patrick, D. L., de Vet, H. C. W., & Terwee, C. B. (2020). COSMIN risk of bias tool to assess the quality of studies on reliability or measurement error of outcome measurement instruments: A Delphi study. *BMC Medical Research Methodology*, *20*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12874-020-01179-5>
- Mokkink, L. B., de Vet, H. C. W., Prinsen, C. A. C., Patrick, D. L., Alonso, J., Bouter, L. M., & Terwee, C. B. (2018). COSMIN risk of bias checklist for systematic reviews of patient-reported outcome measures. *Quality of Life Research*, *27*(5), 1171–1179. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1765-4>
- Mokkink, L. B., Prinsen, C. A., Bouter, L. M., De Vet, H. C. W., & Terwee, C. B. (2016). The COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments (COSMIN) and how to select an outcome measurement instrument. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, *20*(2), 105–113. <https://doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0143>
- Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Patrick, D. L., Alonso, J., Stratford, P. W., Knol, D. L., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. W. (2010). The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*, *63*(7), 737–745. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.02.006>
- Molini-Avejonas D., Rondon-Melo, S., Amato, C. & Samelli, A. (2015). A systematic review of the use of telehealth in speech, language and hearing sciences. *Journal of Telemedicine and Telecare*, *21*(7), 3667–376. <https://doi.org/10.1177/1357633x15583215>

- Moyse K, Enderby P, Chadd K, Gadhok, K., Bedwell, M., & Guest, P. (2020) Outcome measurement in speech and language therapy: A digital journey. *BMJ Health Care Inform*, 27(1), Article e100085. <https://doi.org/10.1136/bmjhci-2019-100085>
- Mullen, R. (2004). Evidence for whom? ASHA's National Outcomes Measurement System. *Journal of Communication Disorders*, 37(5), 413–417. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2004.04.004>
- Mullen, R., & Schooling, T. (2010). The National Outcomes Measurement System for pediatric speech-language pathology. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 41(January), 44–60. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2009/08-0051\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2009/08-0051))
- Murray, E., & Luzzini-Seigel, J. (2017). Efficacious treatment of children with childhood apraxia of speech according to the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 2(2). <https://pubs.asha.org/doi/10.1044/persp2.SIG2.61>
- Murray, E., McCabe, P., Heard, R., & Ballard, K. J. (2015). Differential diagnosis of children with suspected childhood apraxia of speech. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 58(1), 43–60. [https://doi.org/10.1044/2014\\_jslhr-s-12-0358](https://doi.org/10.1044/2014_jslhr-s-12-0358)
- Musaji, I., Roth, B., Coufal, K., Parham, D. F., & Self, T. L. (2021). Comparing in-person and telepractice service delivery for spoken language production and comprehension using the National Outcomes Measurement System. *International Journal of Telerehabilitation*, 13(1), 1–13. <https://doi.org/10.5195/ijt.2021.6373>
- Namasivayam, A. K., Pukonen, M., Goshulak, D., Granata, F., Le, D. J., Kroll, R., & van Lieshout, P. (2019). Investigating intervention dose frequency for children with speech sound disorders and motor speech involvement. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 54(4), 673–686. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12472>
- Namasivayam, A. K., Pukonen, M., Goshulak, D., Hards, J., Rudzicz, F., Rietveld, T., Maassen, B., Kroll, R., & van Lieshout, P. (2015). Treatment intensity and childhood apraxia of speech. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 50(4), 529–546. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12154>
- Namasivayam, A., Pukonen, M., Hard, J., Jahnke, R., Kearney, E., Kroll, R., & van Lieshout, P. (2015). Motor speech treatment protocol for developmental motor speech disorders. *Developmental Neurorehabilitation*, 18(5), 296–303. <https://doi.org/10.3109/17518423.2013.832431>
- National Institute for Deafness and Other Communication Disorders. (2016). *Quick statistics about voice, speech, language*. <https://www.nidcd.nih.gov/health/statistics/quick-statistics-voice-speech-language>
- Neely, L., Rispoli, M., Gerow, S., Hong E. R., & Hagan-Burke, S. (2017). Fidelity outcomes for autism-focused interventionists coached via telepractice: A systematic literature review. *Journal of Developmental & Physical Disabilities*, 29(6), 849–874. <https://doi.org/10.1007/s10882-017-9550-4>
- Neto, C. (2020). *Libertem as crianças: A urgência de brincar e ser ativo*. Contraponto Editores.
- Neumann, S., Salm, S., Rietz, C., & Stenneken, P. (2017). The German Focus on the Outcomes of Communication Under Six (FOCUS-G): Reliability and validity of a novel assessment of communicative participation. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60(3), 675–681. [https://doi.org/10.1044/2016\\_JSLHR-L-15-0219](https://doi.org/10.1044/2016_JSLHR-L-15-0219)
- Ng, K. Y. M., To, C. K. S., & McLeod, S. (2014). Validation of the Intelligibility in Context Scale as a screening tool for preschoolers in Hong Kong. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 28(5), 316–328. doi:10.3109/02699206.2013.865789
- No Child Left Behind Act, 20 U.S.C. § 6319 (2001) *et seq.* <https://www2.ed.gov/nclb/landing.jhtml>
- Nordal, K. C. (2012, January). *Outcomes measurement benefits psychology*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/monitor/2012/01/perspectives>
- O'Hare, A. (2017). Communication disorders in preschool children. *Paediatrics and Child Health United*



- Kingdom*, 27(10), 447–453. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2017.06.001>
- OCDE. (2022). *Reviews of national policies for education: Review of inclusive education in Portugal*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/a9c95902-en>.
- Oddson, B., Thomas-Stonell, N., Robertson, B., & Rosenbaum, P. (2019). Validity of a streamlined version of the Focus on the Outcomes of Communication Under Six: Process and outcome. *Child: Care, Health and Development*, 45(4), 600–605. <https://doi.org/10.1111/cch.12669>
- Oddson, B., Washington, K., Robertson, B., Thomas-Stonell, N., & Rosenbaum, P. (2013). Inter-rater reliability of clinicians' ratings of preschool children using the FOCUS©: Focus on the Outcomes of Communication Under Six. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology & Audiology*, 37(2), 170–174. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=20125093353&site=ehost-live>
- Oliveira, C., Lousada, M., & Jesus, L. M. T. (2015). The clinical practice of speech and language therapists with children with phonologically based speech sound disorders. *Child Language Teaching and Therapy*, 31(2), 173–194. <https://doi.org/10.1177/0265659014550420>
- Oliveira-Martins, S., & Sanches-Ferreira, M. (2019). Tradução, adaptação e estudo das propriedades psicométricas do Participation and Environment Measure for Children and Youth (PEM-CY). *Análise Psicológica*, 2(XVIII), 223–234. <https://doi.org/10.14417/ap.143>
- Organização Mundial de Saúde. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. <https://icd.who.int/dev11/l-icf/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f619527855>
- Organização Mundial de Saúde. (2007). *International Classification of Functioning, Disability and Health, Children & Youth Version: ICF-CY*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43737/9789241547321\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43737/9789241547321_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Organização Mundial de Saúde. (2019). *ICD-11: International Classification of Diseases* (11th ed.). <https://icd.who.int/en>
- Pancsofar, N., Vernon-Feagans, L., & Family Life Project. (2010). Fathers' early contributions to children's language development in families from low-income rural communities. *Early Childhood Research Quarterly*, 25(4), 450–463. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2010.02.001>
- Paul, D., & Roth, F. (2011). Guiding principles and clinical applications for speech-language pathology practice in early intervention. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 42(July), 320–331. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2010/09-0079\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2010/09-0079))
- Paul, R., Norbury, C., & Gosse, C. (2018). *Language disorders from infancy through adolescence: Listening, speaking, reading, writing, and communicating* (5th ed.). Elsevier.
- Pennington L., Roelant E., Thompson V., Robson S., Steen N., & Miller, N. (2013). Intensive dysarthria therapy for younger children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology* 55(5), 464–71. <https://doi.org/10.1111/dmcn.12098>
- Pennington, L. (2010). Measuring communication outcomes. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 52(1), 7–8. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2009.03467.x>
- Pereira, A. P., & Serrano, A. M. (2010). Intervenção precoce em Portugal: Evidências e consequências. *Inclusão: Revista da Educação Especial*, 10, 101-120. <https://hdl.handle.net/1822/16154>
- Pereira, A. P., & Serrano, A. M. (2014). Early intervention in Portugal: Study of professionals' perceptions, *Journal of Family Social Work*, 17(3), 263–282 <https://doi.org/10.1080/10522158.2013.865426>
- Pereira, E., Cour, K., Jonsson, H., & Hemmingsson, H. (2010). The participation experience of children with disabilities in Portuguese mainstream schools. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(12), 598–606. <https://doi.org/10.4276/030802210X12918167234244>
- Pereira, T., & Lousada, M. (2022, February 24). Psychometric properties of standardized instruments that are used to measure pragmatic intervention effects in children with developmental language

- disorder: A systematic review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05481-7>
- Pereira, T., Ramalho, A. M., Valente, A. R. S., Couto, P. S., Lousada, M. (2022). The effects of the pragmatic intervention programme in children with autism spectrum disorder and developmental language disorder. *Brain Sciences* 12, Article 1640. <https://doi.org/10.3390/brainsci12121640>
- Perry, A. & Skeat, J. (2013). *AusTOMs for speech pathology* (2nd ed.). La Trobe University.
- Perry, A., Morris, M., Unsworth, C., Duckett, S., Skeat, J., Dodd, K., & Taylor, N. (2004). Therapy outcome measures for allied health practitioners in Australia: The AusTOMs. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(4), 285–291. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzh059>
- Pham, G. T., Pruitt-Lord, S., Snow, C. E., Thi Nguyen, Y. H., Pham, B., Thi Dao, T. B., Thi Tran, N. B., Pham, L. T., Thu Hoang, H., & Dam, Q. D. (2019). Identifying developmental language disorder in Vietnamese children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 62(May), 1452–1467. [https://pubs.asha.org/doi/10.1044/2019\\_JSLHR-L-18-0305](https://pubs.asha.org/doi/10.1044/2019_JSLHR-L-18-0305)
- Piazzalunga, S., Salerni, N., Limarzi, S., Ticozzell, B., & Schindler, A. (2020). Assessment of children's communicative participation: A preliminary study on the validity and reliability of the Italian Focus on the Outcomes of Communication Under Six (FOCUS-I) in preschool age. *Speech, Language and Hearing*, 23(3), 167–179. <https://doi.org/10.1080/2050571X.2020.1738037>
- Pinto, A. I., Grande, C., Aguiar, C., Almeida, I. C., Felgueiras, I., Pimentel, J. S., Serrano, A. M., Carvalho, L., Brandão, M. T., Boavida, T., Santos, P., & Lopes-dos-Santos, P. (2012). Early childhood intervention in Portugal: An overview based on the developmental systems model. *Infants & Young Children* 25(4), 310-322. <https://doi.org/10.1097/IYC.0b013e3182673e2b>
- Pinto, M. J. (2018). *Participação das famílias no apoio prestado pelo Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância* [Tese de Doutoramento, Universidade do Minho]. Repositório da Biblioteca da Universidade do Minho. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/65351>
- Polit, D. F. (2015). Assessing measurement in health: Beyond reliability and validity. *International Journal of Nursing Studies*, 52 (11), 1746–1753. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.07.002>
- Pominville, V., Turcotte, J., Oddson, B., Rosenbaum, P., & Thomas-Stonell, N. (2015). Le FOCUS-F, la traduction d'une mesure évaluant les progrès en communication chez les enfants d'âge préscolaire [F-FOCUS, the translation of a measurement tool to evaluate communication progress in pre-school children]. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 39(4). <https://www.ofa.gov.on.ca/fr/loi.html>
- Powell G., & Lowenthal, D. (2014, September). Outcomes and outcome measures. *RCSLT Bulletin*, 22–24. <https://www.rcslt.org>
- Powell, G., & Lowenthal, D. (2014, September). Outcomes and outcome measures. *RCSLT Bulletin*, 22–24. <https://www.rcslt.org>
- Powell, G., Ward, A., & Lowenthal, D. (2015, January). TOMs: A “best fit” tool. *RCSLT Bulletin*, 21. <https://www.rcslt.org>
- Prelock, P. A., Hutchins, T., & Glascoe, F. P. (2008). Speech-language impairment: How to identify the most common and least diagnosed disability of childhood. *Medscape Journal of Medicine*, 10(6), 136. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2491683/>
- Prinsen, C. A. C., Mokkink, L. B., Bouter, L. M., Alonso, J., Patrick, D. L., De Vet, H. C., & Terwee, C. B. (2018). COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures. *Quality of Life Research*, 27, 1147–1157. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1798-3>
- Puyuelo, M., & Rondal, J. A. (2007). *Manual de desenvolvimento e alterações da linguagem na criança e no adulto*. Artmed.

- Rademakers, J., Delnoij, D., & De Boer, D. (2011). Structure, process or outcome: Which contributes most to patients' overall assessment of healthcare quality? *BMJ Quality and Safety*, *20*(4), 326–331. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.042358>
- Raghavendra, P., Virgo, R., Olsson, C., Connell, T., & Lane, A. E. (2011). Activity participation of children with complex communication needs, physical disabilities and typically developing peers. *Developmental Neurorehabilitation*, *14*(3), 145–155. <https://doi.org/10.3109/17518423.2011.568994>
- Rainey, L., van Nispen, R., van der Zee, C., & van Rens, G. (2014). Measurement properties of questionnaires assessing participation in children and adolescents with a disability: A systematic review. *Quality of Life Research*, *23*(10), 2793–2808. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0743-3>
- Raising Awareness of Developmental Language Disorder. (2021). *Perturbação do desenvolvimento da linguagem: O que deve saber*. [https://radld.org/wp-content/uploads/2019/10/DLD-Fact-Sheet-V2\\_European-Portuguese-version.pdf](https://radld.org/wp-content/uploads/2019/10/DLD-Fact-Sheet-V2_European-Portuguese-version.pdf)
- Ramos, M. F. (2017). *O impacto das perturbações dos sons da fala na vida quotidiana da criança* [Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa]. Arquivo Digital da Universidade Fernando Pessoa. [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/6715/1/DM\\_34056.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/6715/1/DM_34056.pdf)
- Ravens-Sieberer, U. & Bullinger, M. (1998). Assessing health related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: First psychometric and content-analytical results. *Quality of Life Research*, *4*(7).
- Redmond, S. M., & Rice, M. L. (2002). Stability of behavioral ratings of children with SLI. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *45*(1), 190–201. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2002/014\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2002/014))
- Riches, N. G., Tomasello, M. & Conti-Ramsden, G. (2005). Verb learning in children with SLI: Frequency and spacing effects. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *48*(6), 1397–1411. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2005/097\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2005/097))
- Rodrigues, T. (2017). *Promoção de competências de linguagem em crianças com 5-6 anos de idade, sem perturbação* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria]. Repositório Institucional de Informação Científica do Instituto Politécnico de Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/3013>
- Roper, N., & Dunst, C. J. (2003). Communication intervention in natural learning environments: Guidelines for practice. *Infants and Young Children*, *16*(3), 215–226. <http://dx.doi.org/10.1097/00001163-200307000-00004>
- Rosenberg, L., Jarus, T., & Bart, O. (2010) Development and initial validation of the Children Participation Questionnaire (CPQ). *Disability and Rehabilitation*, *32*(20), 1633–1644. <https://doi.org/10.3109/09638281003611086>
- Rosenblum, S., Sachs, D., & Schreuer, N. (2010). Reliability and validity of the Children's Leisure Assessment Scale. *American Journal of Occupational Therapy*, *64*(4), 633–641. <https://doi.org/10.5014/ajot.2010.08173>.
- Roulstone, S. (2015). Exploring the relationship between client perspectives, clinical expertise and research evidence. *International Journal of Speech-Language Pathology*, *17*(3), 211–221. <https://doi.org/10.3109/17549507.2015.1016112>
- Roulstone, S. E., Marshall, J. E., Powell, G. G., Goldbart, J., Wren, Y. E., Coad, J., Daykin, N., Powell, J. E., Lascelles, L., Hollingworth, W., Emond, A., Peters, T. J., Pollock, J. I., Fernandes, C., Moultrie, J., Harding, S. A., Morgan, L., Hambly, H. F., Parker, N. K., & Coad, R. A. (2015). Evidence-based intervention for preschool children with primary speech and language impairments: Child Talk – An exploratory mixed-methods study. *Programme Grants for Applied Research*, *3*(5). <https://doi.org/10.3310/pgfar03050>

- Roulstone, S., & McLeod, S. (2011). *Listening to children and young people with speech, language and communication needs*. J&R Press.
- Roulstone, S., Coad, J., Ayre, A., Hambly, H., & Lindsay, G. (2012). *The preferred outcomes of children with speech, language and communication needs and their parents* (Research report DFE-RR247-BCRP12). U.K. Department for Education. <http://dera.ioe.ac.uk/id/eprint/16329>
- Roulstone, S., Wren Y., Bakapoulou, I., & Lindsay, G. (2013). Interventions for children with speech, language and communication needs: An exploration of current practice. *Child Language Teaching and Therapy*, 28(3), 325–34. <http://dx.doi.org/10.1177/0265659012456385>
- Royal College of Speech & Language Therapists. (2020). *Developmental setting partnership research priority language disorder report*. <https://www.rcslt.org/wp-content/uploads/media/Project/RCSLT/DLD-Report.pdf>
- Royal College of Speech & Language Therapists. (2021). *Outcome measurement*. <https://www.rcslt.org/speech-and-language-therapy/guidance-for-delivering-slt-services/outcome-measurement>
- Royal College of Speech and Language Therapists. (2009). *Resource manual for commissioning and planning services for SLCN: Speech and language impairment*. [http://www.rcslt.org/speech\\_and\\_language\\_therapy/intro/sli](http://www.rcslt.org/speech_and_language_therapy/intro/sli)
- Royal College of Speech and Language Therapists. (2018). *Placing children and young people at the heart of delivering quality speech and language therapy: Guidance on principles, activities and outcomes*. <https://www.rcslt.org/wp-content/uploads/media/Project/RCSLT/placing-children-young-people-at-heart-of-dqs.pdf>
- Royal College of Speech and Language Therapists. (2019). *RCSLT online outcome tool (ROOT)*. <https://www.rcslt-root.org/Welcome>
- Rudolph, J., & Rudolph, S. (2015). Telepractice vs. on-site treatment: Are outcomes equivalent for school-age children? *EBP Briefs*, 10(2), 1–15. <https://www.pearsonassessments.com/content/dam/school/global/clinical/us/assets/ebp-briefs/EBPV10A2.pdf>
- Ruggero, L., McCabe, P., Ballard, K. J., & Munro, N. (2012). Pediatric speech-language pathology service delivery: An exploratory survey of Australian parents. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14(4), 338–350. <http://dx.doi.org/10.3109/17549507.2011.650213>
- Ruscello, D. M., Cartwright, L. R., Haines, K. B., & Shuster, L. I. (1993). The use of different service delivery models for children with phonological disorders. *Journal of Communication Disorders*, 26(3), 193–203. [https://doi.org/10.1016/0021-9924\(93\)90008-x](https://doi.org/10.1016/0021-9924(93)90008-x)
- Rusiewicz, H. L., Maize, K., & Ptakowski, T. (2017). Parental experiences and perceptions related to childhood apraxia of speech: Focus on functional implications. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 20(5), 569–580. <https://doi.org/10.1080/17549507.2017.1359333>
- Santos, A. C. (2002). Problemas de comunicação em alunos com necessidades especiais: Um contributo para a sua compreensão. *Inclusão*, 3, 21–38.
- Schalock, R. L. (2020, March). *The quality of life supports model: Components and applications* (Keynote address). 17th International Conference on Positive Behavior Supports. Miami, Florida, USA. <https://www.apbs.org/conference/files/2020presentations/Keynote-Schalock-text.pdf>
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley V., Buntix, W. H. E., Coulter, M. D., Craig, E. M., Gomez, E. M., Sharon, C., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reeve, A., Shogren, K. A., Snell, M. E., Spreat, S., Tasse, M. J., Thompson, J. R., Verdugo-Alonso, M. A., Wehmeyer, M. L., & Yeager, M. H. (2010) *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of support* (11th ed.). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Schlosser, R. W. (2004). Goal attainment scaling as a clinical measurement technique in communication disorders: A critical review. *Journal of Communication Disorders*, 37(3), 217–239.

- <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2003.09.003>
- Schmitt, M. B., Justice, L. M., & Logan, J. A. R. (2017). Intensity of language treatment: Contribution to children's language outcomes. *International Journal of Language and Communication Disorders, 52*(2), 155–167. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12254>
- Shevell, M., Majnemer, A., Platt, R. W., & Webster, R. (2005). Developmental and functional outcomes in children with global developmental delay or developmental language impairment. *Developmental Medicine & Child Neurology, 47*(10), 678–683. <https://doi.org/10.1017/S0012162205001386>
- Shields, N., King, M., Corbett, M., & Imms, C. (2014). Is participation among children with intellectual disabilities in outside school activities similar to their typically developing peers? A systematic review. *Developmental Neurorehabilitation, 17*(1), 64–71. <https://doi.org/10.3109/17518423.2013.836256>
- Shields, N., Synnot, A., & Kearns, C. (2015). The extent, context and experience of participation in out-of-school activities among children with disability. *Research in Developmental Disabilities, 47*, 165–174. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.09.007>
- Shipley, K. G., & McAfee, J. G. (2021). *Assessment pathology in speech-language pathology: A resource manual* (6th ed.). Plural Publishing.
- Shurr, J., & Bouck, E. C. (2013). Research on curriculum for students with moderate and severe intellectual disability: A systematic review. *Education and Training Autism and Developmental Disabilities, 48*(1), 76–87. <https://www.jstor.org/stable/23879888>
- Siegel, E. B., Maddox, L. L., Ogletree, B. T., & Westling, D. L. (2010). Communication-based services for persons with severe disabilities in schools: A survey of speech-language pathologists. *Journal of Communication Disorders, 43*(2), 148–159. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2009.12.003>
- Silva, C., & Peixoto, V. (2008). Rastreo e prevalência das perturbações da comunicação num agrupamento de escolas. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, 5*, 272–282. <http://hdl.handle.net/10284/969>
- Simeonsson, R. J., Carlson, D., Huntington, G. S., McMillen, J. S., Brent, J. L., & Gail, S. R. (2001). Students with disabilities: A national survey of participation in school activities. *Disability and Rehabilitation, 23*(2), 49–63. <https://doi.org/10.1080/096382801750058134>
- Singer, I., Klatte, I. S., Welbie, M., Cnossen, I. C., & Gerrits, E. (2020). A multidisciplinary delphi consensus study of communicative participation in young children with language disorders. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 63*(6), 1793–1806. [https://doi.org/10.1044/2020\\_JSLHR-19-00326](https://doi.org/10.1044/2020_JSLHR-19-00326)
- Smith-Lock, K., Leitão, S., Lambert, L., Prior, P., Dunn, A., Cronje, J., & Nickels, L. (2013). Daily or weekly? The role of treatment frequency in the effectiveness of grammar treatment for children with specific language impairment. *International Journal of Speech Language Pathology, 15*(3), 255–267. <https://doi.org/10.3109/17549507.2013.777851>
- Snell, M. E., Brady, N., Mclean, L., Ogletree, B. T., Sylvester, L., Paul, D., & Sevcik, R. (2010). Twenty years of communication intervention research with individuals who have severe intellectual and developmental disabilities. *American Journal of Intellectual and Developmental Disabilities, 115*(5), 364–380. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-115-5.364>
- Snodgrass, M., Chung, M., Biller, M., Appel, K., Meadan, H. & Halle, J. (2017). Telepractice in speech–language therapy: The use of online technologies for parent training and coaching. *Communication Disorders Quarterly, 38*(4), 242–254. <http://dx.doi.org/10.1177/1525740116680424>
- Snowling, M. J., Bishop, D. V. M., Stothard, S. E., Chipchase, B., & Kaplan, C. (2006). Psychosocial outcomes at 15 years of children with a preschool history of speech-language impairment.

- Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 47(8), 759–765. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01631.x>
- Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala. (2020a). *Dicionário terminológico de terapia da fala*. Editora Papa Letras.
- Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala. (2020b, dezembro). *Teleprática em terapia da fala*. Editora Papa Letras.
- Souza, A. C., Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. B., (2017). Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(3). <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>
- Speech-Language & Audiology Canada. (2010). *Position statement on outcomes measures*. <https://www.sac-oac.ca/professional-resources/resource-library/sac-position-statement-outcome-measures-2010>
- Speech-Language & Audiology Canada. (2012). *Early identification of speech & language disorders* (Position paper). [http://www.sac-oac.ca/professional-resources/resource-library/early-identification-speech-language-disorders?\\_ga=1.225121811.849982984.1468963630](http://www.sac-oac.ca/professional-resources/resource-library/early-identification-speech-language-disorders?_ga=1.225121811.849982984.1468963630)
- St Clair, M. C., Pickles, A., Durkin, K., & Conti-Ramsden, G. (2011). A longitudinal study of behavioral, emotional and social difficulties in individuals with a history of specific language impairment (SLI). *Journal of Communication Disorders*, 44(2), 186–199. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2010.09.004>
- Stanton-Chapman, T. L. & Brown, T. S. (2015). A strategy to increase the social interactions of 3-year-old children with disabilities in an inclusive classroom. *Topics in Early Childhood Special Education*, 35(1), 4–14. <https://doi.org/10.1177/0271121414554210>
- Stevenson, S. A. M., & van Brakel, W. H. (2013). The cross-cultural equivalence of participation instruments: A systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 35(15), 1256–1268. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.731132>
- Sutherland, R., Trembath, D., & Roberts J. (2018). Telehealth and autism: A systematic search and review of the literature. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 20(3), 324–336. <https://doi.org/10.1080/17549507.2018.1465123>
- Terwee, C. B., Bot, S. D. M., de Boer, M. R., van der Windt, D. A. W. M., Knol, D. L., Dekker, J., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. W. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(1), 34–42. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>
- Terwee, C. B., Mokkink, L. B., Knol, D. L., Ostelo, R. W., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. W. (2012). Rating the methodological quality in systematic reviews of studies on measurement properties: A scoring system for the COSMIN checklist. *Quality of Life Research*, 21(4), 651–657. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9960-1>
- Terwee, C. B., Prinsen, C. A. C., Chiarotto, A., Westerman, M. J., Patrick, D. L., Alonso, J., Bouter, L. M., de Vet, H. C. W., & Mokkink, L. B. (2018). COSMIN methodology for evaluating the content validity of patient-reported outcome measures: A Delphi study. *Quality of Life Research*, 27(5), 1159–1170. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1829-0>
- Theodorou, E., & Pampoulou, E. (2022). Investigating the assessment procedures for children with complex communication needs. *Communication Disorders Quarterly*, 43(2), 105–118. <https://doi.org/10.1177/1525740120960643>
- Thirumanickam, A., Raghavendra, P., & Olsson, C. (2011). Participation and social networks of school-age children with complex communication needs: A descriptive study. *Augmentative and Alternative Communication*, 27(3), 195–204. <https://doi.org/10.3109/07434618.2011.610818>
- Thomas-Stonell, N. L., Oddson, B., Robertson, B., & Rosenbaum, P. L. (2010). Development of the

- FOCUS (Focus on the Outcomes of Communication Under Six), a communication outcome measure for preschool children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 52(1), 47–53. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2009.03410.x>
- Thomas-Stonell, N. L., Oddson, B., Robertson, B., & Rosenbaum, P. L. (2012). *Focus on the Outcomes of Communication Under Six (FOCUS)*. Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital <https://www.canchild.ca>
- Thomas-Stonell, N. L., Oddson, B., Robertson, B., & Rosenbaum, P. L. (2015). *Focus on the Outcomes of Communication Under Six - 34 (FOCUS-34)*. Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital. <https://www.canchild.ca>
- Thomas-Stonell, N. L., Robertson, B., Walker, J., Oddson, B., Washington, K., & Rosenbaum, P. (2015). *FOCUS®: Focus on the Outcomes of Communication Under Six: Manual*. Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital. <https://www.canchild.ca>
- Thomas-Stonell, N., Mcconney-Ellis, S., Oddson, B., Robertson, B., & Rosenbaum, P. (2007). Évaluation de la sensibilité du Pre-Kindergarten NOMS de l'ASHA [An Evaluation of the Responsiveness of the Pre-Kindergarten ASHA NOMS]. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 31(2).
- Thomas-Stonell, N., Oddson, B., Robertson, B., & Rosenbaum, P. (2009). Predicted and observed outcomes in preschool children following speech and language treatment: Parent and clinician perspectives. *Journal of Communication Disorders*, 42(1), 29–42. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2008.08.002>
- Thomas-Stonell, N., Oddson, B., Robertson, B., & Rosenbaum, P. (2013). Validation of the Focus on the Outcomes of Communication Under Six outcome measure. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 55(6), 546–552. <https://doi.org/10.1111/dmcn.12123>
- Thomas-Stonell, N., Robertson, B., Oddson, B., & Rosenbaum, P. (2016). Communicative participation changes in pre-school children receiving augmentative and alternative communication intervention. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 18(1), 32–40. <https://doi.org/10.3109/17549507.2015.1060530>
- Thomas-Stonell, N., Washington, K., Oddson, B., Robertson, B., & Rosenbaum, P. (2013). Measuring communicative participation using the FOCUS: Focus on the Outcomes of Communication Under Six. *Child: Care, Health and Development*, 39(4), 474–480. <https://doi.org/10.1111/cch.12049>
- Thordardottir, E., Topbas, S., & the members of Working Group 3 of COST Action IS1406. (2021). How aware is the public of the existence, characteristics and causes of language impairment in childhood and where have they heard about it? A European survey. *Journal of Communication Disorders*, 89, Article 106057. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2020.106057>
- Timler, G. R., Boone, W. J., & Bergmann, A. A. (2014). Development of the Conversation Participation Rating Scale: Intervention planning implications for two school-age children with autism spectrum disorders. *Topics in Language Disorders*, 34(3), 252–267. <https://doi.org/10.1097/TLD.0000000000000021>
- Tomasello, M. (2005). *Constructing a language: A usage-based theory of language acquisition*. Cambridge University Press.
- Tomblin, J., Records, N., Buckwalter, P., Zhang, X., Smith, E., & O'Brien. (1997). Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 40(6), 1245–1260.
- Tuffrey, C., Bateman, B. J., & Colver, A. C. (2013). The Questionnaire of Young People's Participation (QYPP): A new measure of participation frequency for disabled young people. *Child: Care, Health and Development*, 39(4), 500–511. <https://doi.org/10.1111/cch.12060>

- Umek, L. M., Fekonja, U., Kranjc, S., & Bajc, K. (2008). The effect of children's gender and parental education on toddler language development. *European Early Childhood Education Research Journal*, 16(3), 325–342. doi:10.1080/13502930802292056
- United Nations. (1948). *Universal declaration of human rights*. <http://www.un.org/en/universal-declarationhuman-rights/>
- United Nations. (2004). *International day of disabled persons 2004: Nothing about us, without us*. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/international-day-of-persons-with-disabilities-3-december/international-day-of-disabled-persons-2004-nothing-about-us-without-us.html>
- Van der Linde, B. W., van Netten, J. J., Otten, B. E., Postema, K., Geuze, R. H., & Schoemaker, M. M. (2014). Psychometric properties of the DCDDaily-Q: A new parental questionnaire on children's performance in activities of daily living. *Research in Developmental Disabilities*, 35(7), 1711–1719. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.03.008>
- Van Eerdenbrugh, S., Schraeyen, K., Leysen, H., Mostaert, C., D'haenens, W., & Vandendorpe, D. (2022). Delivery of Speech-Language Therapy and Audiology Services Across the World at the Start of the COVID-19 Pandemic: A Survey. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 7(2), 635–646. [https://doi.org/10.1044/2021\\_persp-21-00134](https://doi.org/10.1044/2021_persp-21-00134)
- Varni, J. W., Seid, M., & Rode, C. A. (1999). The PedsQL: Measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Med Care*, 37(2), 126–139. <https://doi.org/10.1097/00005650-199902000-00003>
- Viana, F. L., Silva, C., Ribeiro, I., & Cadime, I. (2017). Instrumentos de avaliação da linguagem: Uma perspectiva global. In M. J. Freitas & A. L. Santos (Eds.), *Aquisição de língua materna e não materna: Questões gerais e dados do português* (pp. 333–357). Language Science Press. <https://doi.org/10.5281/zenodo.889443>
- Vila-Nova, F., Oliveira, R., & Cordovil, R. (2019). Cross-Cultural validation of Children's Assessment of Participation and Enjoyment Portuguese version. *Frontiers in Pediatrics*, 12(February), 7–33. <https://doi.org/10.3389/fped.2019.00033>
- Wadman, R., Durkin, K., & Conti-Ramsden, G. (2011). Social stress in young people with specific language impairment. *Journal of Adolescence*, 34(3), 421–431. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.06.010>
- Wales, D., Skinner, L., & Hayman, M. (2017). The efficacy of telehealth-delivered speech and language intervention for primary school-age children: A systematic review. *International Journal of Telerehabilitation*, 9(1), 55–70. <https://doi.org/10.5195%2Fijt.2017.6219>
- Ward, R., Leitão, S., & Strauss, G. (2014). An evaluation of the effectiveness of PROMPT therapy in improving speech production accuracy in six children with cerebral palsy. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 16(4), 355–371. <https://doi.org/10.3109/17549507.2013.876662>
- Warren, S. F., Fey, M. E., & Yoder, P. J. (2007). Differential treatment intensity research: A missing link to creating optimally effective communication interventions. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(1), 70–77. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20139>
- Washington, K. N. (2007). Using the ICF within speech-language pathology: Application to developmental language impairment. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 9(3), 242–255. <https://doi.org/10.1080/14417040701261525>
- Washington, K. N. (2020). *Functional communication for children with DLD*. DLD and me. <https://dldandme.org/functional-communication-for-children-with-dld/>
- Washington, K. N., Thomas-Stonell, N., McLeod, S., & Warr-Leeper, G. (2015). Outcomes and predictors in preschoolers with speech-language and/or developmental mobility impairments. *Child Language Teaching and Therapy*, 31(2), 141–157.



- <https://doi.org/10.1177/0265659014539689>
- Washington, K., Thomas-Stonell, N., Oddson, B., Mcleod, S., Warr-Leeper, G., Robertson, B., & Rosenbaum, P. (2013). Construct validity of the FOCUS© (Focus on the Outcomes of Communication Under Six): A communicative participation outcome measure for preschool children. *Child: Care, Health and Development*, 39(4), 481–489. <https://doi.org/10.1111/cch.12043>
- Watts-Pappas, N., McAllister, L., & McLeod, S. (2016) Parental beliefs and experiences regarding involvement in intervention for their child with speech sound disorder. *Child Language Teaching and Therapy* 32(2), 223–39. <https://doi.org/10.1177/0265659015615925>
- Westby, C., & Washington, K. N. (2017). Using the international classification of functioning, disability and health in assessment and intervention of school-aged children with language impairments. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 48(3), 137–152. [https://doi.org/10.1044/2017\\_LSHSS-16-0037](https://doi.org/10.1044/2017_LSHSS-16-0037)
- Westen, D., & Rosenthal, R. (2003). Quantifying construct validity: Two simple measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(3), 608–618. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.3.608>
- Williams, A. L. (2005). Assessment, target selection, and intervention: Dynamic interactions within a systemic perspective. *Topics in Language Disorders*, 25(3), 231–242. <http://dx.doi.org/10.1097/00011363-200507000-00006>
- Williams, A. L. (2012). Intensity in phonological intervention: Is there a prescribed amount? *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14(5), 456–461. <https://doi.org/10.3109/17549507.2012.688866>
- Williams, U., Law, M., Hanna, S., & Gorter, J. W. (2019). Using the Young Children’s Participation and Environment Measure (YC-PEM) to describe young children’s participation and relationship to disability and complexity. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 31(1), 135–148. <https://doi.org/10.1007/s10882-018-9637-6>
- Wren, Y., Harding, S., Goldbart, J., & Roulstone, S. (2018). A systematic review and classification of interventions for speech-sound disorder in preschool children. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 53(3), 446–467. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12371>
- Wren, Y., Miller, L. L., Peters, T. J., Emond, A., & Roulstone, S. (2016). Prevalence and predictors of persistent speech sound disorder at eight years old: Findings from a population cohort study. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 59(4), 647–673. [https://doi.org/10.1044/2015\\_jslhr-s-14-0282](https://doi.org/10.1044/2015_jslhr-s-14-0282)
- Yew, S. G. K., & O’Kearney, R. (2013). Emotional and behavioural outcomes later in childhood and adolescence for children with specific language impairments: Meta-analyses of controlled prospective studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(5), 516–524. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12009>
- Yorkston, K. M., Baylor, C. R., Dietz, J., Dudgeon, B. J., Eadie, T., Miller, R. M., & Amtmann, D. (2008). Developing a scale of communicative participation: A cognitive interviewing study. *Disability and Rehabilitation*, 30(6), 425–433. <https://doi.org/10.1080/09638280701625328>
- Yusoff, M. (2019). ABC of content validation and content validity index calculation. *Education in Medicine Journal*, 11(2), 49–54. <https://doi.org/10.21315/eimj2019.11.2.6>
- Zambrana, I. M., Ystrom, E., & Pons, F. (2012). Impact of gender, maternal education, and birth order on the development of language comprehension: A longitudinal study from 18 to 36 months of age. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 33(2), 146–155. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e31823d4f83>

Anexo A – Questionário de Caracterização Sociodemográfica, Educacional e de Intervenção (Costa & Cruz-Santos, 2019)

**Questionário de Caracterização Sociodemográfica, Educacional e de Intervenção**  
**(Costa & Cruz-Santos, 2019)**

*Caro terapeuta, queira preencher o questionário abaixo, selecionando as respostas que mais se adequam à criança e garantindo que nada fica por responder. Quando se justifique, poderá assinalar mais do que uma resposta por questão.*

1. Nome da criança (coloque as iniciais do primeiro nome e do apelido): \_\_\_\_\_
2. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 3. Género: F\_\_ M\_\_
3. Distrito onde a criança reside: \_\_\_\_\_
4. Concelho onde a criança reside: \_\_\_\_\_
5. Estabelecimento de Ensino: Público \_\_. Privado\_\_ Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS)\_\_
6. Apoio em Terapia da Fala (durante o período do presente estudo):
  - i. Duração da sessão: < 31 minutos\_\_\_\_ Entre 31 e 60 minutos\_\_\_\_ > 60 minutos \_\_\_\_
  - ii. Frequência: Semanal\_\_ Bissemanal\_\_ Quinzenal\_\_ Outra (indique) \_\_\_\_\_
  - iii. Tipo: Individual\_\_ Pares \_\_ Grupo\_\_ Consultoria/ Supervisão Parental/ Professores/ outros técnicos \_\_\_\_
  - iv. Contexto: Clínico\_\_ Escolar: intervenção isolada\_\_ Escolar: sala de aula/ turma/ recreio\_\_  
Casa\_\_ Comunidade \_\_ Outro (especifique) \_\_\_\_\_
  - v. Objetivos de intervenção em: Comunicação\_\_ Linguagem\_\_ Fala\_\_
7. Há quanto tempo usufrui de apoio em terapia da fala (com o atual ou outro terapeuta) \_\_\_\_\_
8. Outro(s) apoio(s) especializado(s) que a criança usufrui: Nenhum\_\_ Psicologia\_\_ Fisioterapia\_\_ Terapia Ocupacional\_\_  
Psicomotricidade\_\_ Outro (indique) \_\_\_\_\_
9. A criança usufrui de medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão? Sim\_\_ Não\_\_  
Se sim, indique quais: Medidas Universais \_\_ Medidas Seletivas \_\_ Medidas Adicionais\_\_
10. Diagnóstico(s) comprovado(s) da criança (indique, caso exista(m)): \_\_\_\_\_
11. Indique a(s) forma(s) de comunicação intencional utilizadas pela criança:
  - i. Fala \_\_\_\_
  - ii. Sons (tais como um “aaaah” para chamar a atenção) \_\_\_\_
  - iii. Olhar referencial, expressões faciais, gesticular e/ou apontar (por exemplo, com uma parte do corpo, ponteiro, laser)
  - iv. Signos manuais \_\_\_\_
  - v. Livro, tabelas e/ou imagens de comunicação \_\_\_\_
  - vi. Dispositivos com saída de voz digitalizada ou sintetizada \_\_\_\_
  - vii. Outros (indique) \_\_\_\_\_
12. Indique o nível CFCS (Sistema de Classificação da Comunicação)<sup>3</sup> adequado à criança:
  - i. Nível 1 (a criança é um emissor e recetor competente com interlocutores habituais e não habituais) \_\_\_\_
  - ii. Nível 2 (a criança é um emissor e recetor competente, mas com ritmo mais lento, com interlocutores habituais e não habituais) \_\_\_\_
  - iii. Nível 3 (a criança é um emissor e recetor competente com interlocutores habituais) \_\_\_\_
  - iv. Nível 4 (a criança é um emissor e/ou recetor inconsistente com interlocutores habituais) \_\_\_\_
  - v. Nível 5 (emissor e recetor raramente competente, mesmo com interlocutores habituais) \_\_\_\_

Contacto do terapeuta (email ou n.º de telemóvel): \_\_\_\_\_ (opcional)

<sup>3</sup> Hidecker, M.J.C., Paneth, N., Rosenbaum, P.L., Kent, R.D., Lillie, J., Eulenberg, J.B., Chester, K., Johnson, B., Michalsen, L., Evatt, M., & Taylor, K. (2011). Developing and validating the Communication Function Classification System (CFCS) for individuals with cerebral palsy, *Developmental Medicine and Child Neurology*. 53(8), 704-710. doi: 10.1111/j.1469-8749.2011. 03996.x, PMC3130799.

Andrada, M., Gouveia R., Tavares, L., Virella, D., & Alvarelhão, J. (2014). *Sistema de Classificação da Comunicação (Communication Function Classification System, CFCS)*. Retirado de [http://cfcs.us/wp-content/uploads/2018/11/CFCS\\_Portuguese\\_European.pdf](http://cfcs.us/wp-content/uploads/2018/11/CFCS_Portuguese_European.pdf), a 8 de novembro de 2019.

## Anexo B – Guião dos Grupos Focais com Profissionais

## Guião Grupo Focal –Profissionais

### Entregue:

Consentimento Informado

Dados de autopreenchimento/ identificação: género, profissão, habilitações académicas, contexto de intervenção, anos de serviço na área, zona geográfica onde exerce funções.

### Instrumento – Nota Explicativa enviada previamente <sup>4</sup>

O FOCUS é um instrumento composto por 34 itens, com tempo de aplicação de máximo 10 minutos e apresenta qualidades psicométricas, como validade, fiabilidade e responsividade, comprovadas para o seu país de origem (Canadá) e para a população a que se destina (pré-escolar).

Fornecer uma imagem rápida do desempenho comunicativo atual da criança e mede principalmente a participação comunicativa em crianças com perturbações de comunicação (linguagem, fala, comunicação), i.e., a comunicação e interação funcional da criança em situações da vida real como em casa, escola e comunidade.

Enquadrado na taxonomia da CIF, a maioria dos itens dizem respeito à categoria de atividade e participação e o preenchimento é feito através de uma escala de *Likert* (1-7). Está dividido em duas partes. Na primeira parte pretende verificar-se a semelhança da criança com a competência apresentada em cada item. Na segunda parte verifica-se a quantidade de ajuda necessária pela criança para realizar cada item.

Relaciona a intervenção no âmbito da Terapia da Fala com a capacidade da criança se comunicar e participar no seu mundo, medindo o efeito da intervenção nas vidas das crianças, através de mudanças clínicas significativas na participação comunicativa.

Pode ser preenchido por pais (preferencial) e/ou profissionais (terapeutas da fala ou docente que acompanhe a criança em vários contextos). O preenchimento deve contemplar o máximo de informação possível sobre a criança, recolhendo a informação necessária junto dos intervenientes. O profissional pode adotar um papel de supervisor no preenchimento. O formulário para pais e profissionais apenas difere na coluna “observado”, somente presente no último.

É um instrumento longitudinal não referenciado à norma em que as mudanças nos scores finais após primeira (antes da terapia) e segunda aplicação (após terapia) permitem analisar os benefícios/ mudanças reais ocorridas pela intervenção terapêutica. Auxilia as decisões de intervenção clínica, quando utilizado em complementaridade com outros testes e observações.

**Apresentações:** Gostaria de agradecer por terem aceitado colaborar neste grupo focal. A vossa participação é fundamental para o estudo que estamos a desenvolver.

**Objetivo:** Este grupo focal tem dois objetivos: 1) conhecer o vosso conceito de participação comunicativa e a vossa perceção de restrições na mesma de acordo com os contextos, interlocutores e atividades 2) conhecer em que medida o instrumento suscita dificuldades a nível da compreensão das instruções, das questões e a nível das respostas, e identificar aspetos que vos pareçam menos adequados e que possam ser melhorados.

**Procedimento:** Na primeira parte, vou pedir-vos que leiam atentamente e respondam a todas as questões do instrumento, pensando numa criança que se enquadre nos seguintes critérios (apresentar critérios de inclusão das crianças). Em caso de dúvidas ou perante qualquer questão que considerem inadequada ou mal formulada, por favor assinalem na margem (ou sublinhem) a questão ou anotem um comentário que julgue pertinente. No final de cada secção iremos conversar, de forma a trocar impressões acerca da forma e conteúdo do que acabaram de ler e preencher, nomeadamente dificuldades que sentiram, sugestões para mudança. Depois, vou apresentar alguns tópicos para discussão acerca do primeiro objetivo, para que possam discutir. ...Não é esperado que se chegue a um consenso! Irei apenas lembrar o propósito descrito para este instrumento.

**Confidencialidade:** As informações obtidas neste grupo não serão divulgadas a pessoas exteriores à equipa de investigação e a identidade dos participantes não será revelada em nenhuma circunstância.

---

<sup>4</sup> Thomas-Stonell, N. L., Oddson, B., Robertson, B., & Rosenbaum, P. L. (2015). *Focus on the Outcomes of Communication Under Six - 34 (FOCUS-34)*. Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital. <https://www.canchild.ca>

Thomas-Stonell, N. L., Robertson, B., Walker, J., Oddson, B., Washington, K., & Rosenbaum, P. (2015). *FOCUS@: Focus on the Outcomes of Communication Under Six: Manual*. Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital. <https://www.canchild.ca>

**Consentimento:** Gostaria de pedir o vosso consentimento para gravar a reunião, para registo do que foi abordado e posterior análise, podendo para o efeito assinar o documento que vos entreguei. Em qualquer momento da entrevista, poderão interromper a vossa participação, se assim o pretenderem.

### **Tópico 1: Instruções FOCUS**

Em que medida foi fácil ou difícil compreender qual o objetivo deste instrumento, isto é, compreender o que se pretende, o que vai ter de responder relativamente à criança?

Que aspetos da participação comunicativa vos parecem ser salientados no instrumento?

### **Tópico 2: Conceções quanto a exemplos, atividades, modificações, dúvidas, ambiguidades**

Pensando nos vossos alunos, em que medida os exemplos apresentados fazem sentido? Acrescentariam exemplos? Há atividades que fazem parte da rotina que não estão contempladas no instrumento e que pensam que seria importante incluir? Que situações vos ocorrem quando leem cada item? Relativamente às questões apresentadas o que pensam que pode ser modificado? Assinalaram alguma questão que vos suscitou dúvidas durante o preenchimento do instrumento? Alguma questão ambígua, muito vaga, com mais do que uma ideia, com um vocabulário difícil, ...

### **Tópico 3: Análise Item por Item – exemplos, atividades, modificações, dúvidas, ambiguidades**

O que consideram que a questão está a perguntar? Em que pensam quando respondem a esta questão? É fácil de perceber? Há palavras que sejam mais difíceis? Fariam modificações nas palavras para o tornar mais claro? Este item é difícil de responder? Porquê? Como é que chegam às respostas?

Nota: Questionar o que significam conceitos em específico (ex. na questão X, o que entendem por adultos que não são próximos, o que entende por participar, o que entende por estar incluído, ...)

### **Tópico 4: escala de respostas**

Acham que a escala de respostas está adequada? É essa a resposta que realmente querem dar ou lembram-se de outros aspetos que também deveriam ser classificados? Há opções de resposta que jamais usariam? Porquê? Que outro tipo de respostas pode fazer mais sentido? Se as opções estivessem redigidas ou ordenadas de outra forma, fazia diferença na resposta?

### **Tópico 5: dificuldades e opiniões gerais**

Podem referir quais as principais dificuldades sentidas no preenchimento do instrumento? Quais os seus pensamentos/ opiniões gerais sobre este instrumento? No geral, mudariam alguma coisa? Alguma coisa que queiram transmitir que considerem importante?

### **Tópico 6: o constructo - participação comunicativa**

Considerando a idade e o ano em que a criança se encontra, em que medida valorizam a participação comunicativa dela? Podem detalhar? Como analisam a participação comunicativa do aluno em casa/ saídas à comunidade? E na escola?

Quais são as atividades/ rotinas, contextos/ ambientes e interlocutores onde sentem que as crianças com perturbações da comunicação têm mais ou menos restrições? Quais os que mais valorizam? Acham que são fornecidas oportunidades para participar? Porquê?

### **Agradecimento pela colaboração**

Já partilharam informação importante e significativa para o estudo. Agradeço a vossa colaboração! Se desejarem colocar algumas questões estou totalmente disponível para responder, e se desejarem mais tarde ter acesso ao conteúdo do estudo, isso será possível, caso me facultem o vosso contacto.

## Anexo C – Análise Qualitativa dos Grupos Focais com Profissionais

## Análise Qualitativa dos Grupos Focais

### Instrumento FOCUS-34 versão traduzida para português europeu

#### Dados de Identificação

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
<p>Formatação “Género” Rever acentuação Substituir “produção” por “expressão”. Acrescentar outras valências nos apoios: educação especial, terapia ocupacional, psicomotricidade. Clarificação de quem pode preencher.</p>	<p>Acrescentar outras valências. Formatação da data para formato europeu. Contemplar diferentes durações para apoios diferentes. Indicação do profissional que preenche – colocar no final. Clarificar quem pode preencher: comportamentos são só de observação, qualquer profissional pode preencher e isso é uma vantagem. Interpretação fica restrita ao TF. 1 pessoa refere que alguns profissionais e pais podem não perceber. Considerar se o diagnóstico terapêutico é relevante (3), uma vez que não é informação essencial, é para focar na participação. Além disso os outros profissionais não sabem qual é o diagnóstico (3). Se for para colocar diagnósticos, tem de haver um glossário, as pessoas não conhecem o DSM V – nos critérios de inclusão da amostra, não no instrumento.</p>	<p>Manual: a validade e a fiabilidade do FOCUS é mantida, seja preenchido em conjunto com os pais, ou seja, com o profissional a realizar supervisão posterior do preenchimento dos pais. Se for preenchido apenas pelo TF (situação a evitar), este deve procurar recolher informação junto dos pais para os itens que não consegue observar em casa e na comunidade. Os pais também podem procurar informação junto da escola. Cabe ao julgamento clínico de cada um, esta decisão. Relevância do diagnóstico terapêutico e questões terminológicas.</p>

#### Instruções

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
<p>“Retrata” substituir por “caracteriza a utilização das competências”. Não resposta – não é de todo como a criança- retirar esta informação porque confunde e é óbvio: quando algo é não aplicável é porque não adquiriu ainda aquele comportamento, daí colocar-se não faz de todo. Há uma hierarquia. E se está a ter TF é porque era suposto já ter a competência. Retirar a frase nas instruções e não colocar não aplicável. Definições – confuso. Crianças que quase vocalizam enquanto brincam, neologismos, ecolalia – coloca-se que não fala? Ou fala? Fala ininteligível ou fala sem intenção também vão considerar fala? Os pais e profissionais vão ter uma perceção diferente. Criar um glossário muito explícito com conceitos como falar, contar algo, pedir, participar, de modo a diminuir o enviesamento de respostas e balizar o que cada conceito quer dizer.</p>	<p>Acrescentar explicação de coluna no questionário “observado”. Diferenciar do observado pela família e observado pelo técnico se o questionário for o mesmo para cada criança. Não existir exceção do falar/ comunicar. Instrumento de medida de resultados – substituir por instrumento de avaliação, de modo a não ser usado de forma errada Não aplicável não deve ser opção. Sugestão de apagar a frase nas instruções.</p>	<p>Manual: talking, tell, speaks, speech, words – comunicação verbal <i>Communicating, conversations, participates, asking</i> – comunicação verbal e não verbal Está sempre implícito intenção.  Instruções: Não resposta – não é de todo como a criança. Retirar esta informação porque confunde e é óbvio: Criação de glossário para definição clara de conceitos: contextos (pessoal ou ambiente), fala, discurso, brincar, disposta para falar, confortável, confiante, compreendida, palavras (são orais?), coisas, usar linguagem, novas ideias, tarefas, ser incluída, participar, envolver, questões, juntar-se a conversas. O glossário pode estar no início, final ou à medida que os conceitos vão aparecendo nos itens.</p>



Referem como melhor opção ir colocando definições e exceções junto de cada item e não no glossário, bastando para tal colocar uma vez. Três elementos sugerem ainda manter o glossário e acrescentar notas nos itens de consulta obrigatória no glossário.		Manual deixa claro que todos os itens, sejam sobre fala ou comunicação não-verbal, se referem <u>sempre a formas intencionais de comunicação</u> , pois é isso que o instrumento pretende medir - comunicação funcional. Esta informação deve estar bem clarificada no instrumento.
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Escala de respostas

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
Usar uma escala de 1 a 7, com descritivo orientador do primeiro e do último. Arranjar outra terminologia na parte 1: “1- não faz de todo, faz às vezes, com dificuldade, sem dificuldade”. Os itens da 1.ª parte são de frequência e requerem outro tipo de qualificadores. O “Às vezes” é muito importante. A nomenclatura “Não é nada como a criança” – não se adequa a todas as frases, precisa ser melhorada. Acrescentar como se faz a cotação do instrumento, dar a possibilidade às pessoas (TFs) de poderem cotar, e depois a investigadora confirma (1). Verificar formatação das grelhas na escala de respostas (aumentar colunas e verificar última linha)	Redução de escala de <i>Likert</i> – quantas mais, diferenças mínimas, menos fiabilidade: Cinco opções – nada, pouco, semelhante, muito, exatamente (todos). Manter como escala de dificuldade. “Não é de todo como a criança”, “não é como a criança” – reformular português. Sugestão: substituir por ausente. Alguma, bastante, muito, exatamente, mesmo - não se distingue – sugestão: colocar % de frequência e de ajuda Não é perceptível para pais.	Manual: o único a cotar e interpretar é o TF  Escala de respostas: numerar de 1 a 7, modificar a terminologia na parte 1 (ex. “1- não faz de todo, faz às vezes, com dificuldade) Facultar ao painel a cotação do instrumento

### Itens

- Eliminar o “consegue” em todos os itens, e deixar só o “faz”. É o que ele faz realmente e não o que consegue, caso contrário as respostas vão resultar enviesadas e não vão refletir a verdadeira participação.
- Possibilidade de desdobrar itens em vários – questionar autores
- Reordenar itens - questionar autores
- Coerência de termos utilizados e não utilizar “falar” para comunicar (item 13)
- Coerência de tempo verbal: eliminar futuro e manter presente – questionar autores

### Item 1 *A criança está confortável quando comunica.*

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
O que significa “confortável” – sentir-se à vontade? Comportamento natural? Conforto é uma dimensão muito importante porque nunca é avaliada. Depende do interlocutor, da situação, pelo que se deve desdobrar o item em vários: <i>A criança está confortável quando comunica com pessoas próximas/ contexto familiar.</i> <i>A criança está confortável quando comunica com pessoas menos próximas/ contexto não familiar.</i> Surge a discussão entre o grupo se ao referir-se diferentes “contextos” está	O que é está confortável? Com o quê? Conforto é mais pelo <i>setting</i> , o ideal seria disponível ou calmo. Outros elementos consideram que estes adjetivos implicam mais competências que estar confortável. Surge a discussão entre o grupo se ao referir-se diferentes “contextos” está incluído diferentes interlocutores. Grupo não chega a consenso e refere que depende do autor seguido, pelo que alguns englobam contexto como espaço físico e pessoas outros não.	Manual: confortável refere-se à intenção comunicativa bidirecional (criança está a tentar comunicar mais) e/ou emoções relacionadas com a comunicação (ex. está menos frustrada, ansiosa). Se a criança não comunicar intencionalmente, a cotação é zero, mesmo que a criança seja sociável. Pretende medir mudanças quando surge comunicação intencional.

incluído diferentes interlocutores. Grupo não chega a consenso e refere que depende do autor seguido, pelo que alguns englobam contexto como espaço físico e pessoas outros não. Como solução, acrescentar no “glossário” o que é “contexto”.		
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

**Item 2** *Falar enquanto brinca.*

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
O que é “fala”? Como referiram nas instruções, o conceito de fala não é claro (ex. ecolalia, fala com intenção, balbucio, repetições, diferentes valores comunicativos que a fala pode ter). O que é “brincar”? Especificar o contexto do brincar (sozinho, paralelo), desdobrando o item: fala sozinha, fala enquanto brinca com outras crianças.	O que “fala”? Para o outro? Qual a intenção? Que funções comunicativas estão implícitas?	Manual: se a criança fizer ecolalia ou balbucio, não é considerado. Só é considerado quando a criança comunica intencionalmente.

**Item 3** *A criança está disposta para falar com outras pessoas.*

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
O que é “falar”? Reforçada novamente a necessidade de coerência de termos falar vs. comunicar e o que implica “falar”. O que é “disposta para falar”? Fazer pedidos? Ou já dialogar? Manter o item e não desdobrar para diferentes tipos de pessoas.	O que é “disposta para falar”? Toma iniciativa? Está recetiva? Em caso de ajuste, atenção ao item 1.	Manual: o falar só é considerado se for com intenção de comunicar. Se a ecolalia for intencional, é considerado.

**Item 4** *A criança é confiante quando comunica com adultos que não conhecem bem a criança.*

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
Português: A criança é confiante quando comunica com adultos que não <b>a conhecem</b> bem (para todos os itens deste tipo). Acrescentar item contrário, pois muitas vezes são esses passos intermédios que permitem verificar se há evolução: <i>A criança é confiante quando comunica com adultos que a conhecem bem.</i> Se se desmontar o item 1, vai ao encontro do item 4. Verificar depois se não há semelhanças, caso confortável e confiante tenham o mesmo significado. Não houve unanimidade pelo grupo nesta questão.	Em vez de ser – estar. Clarificar adjetivo “confiante”.	Sem informação.

**Item 5** *A criança comunica de forma independente.*

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
Unanimidade no conceito de independente - sem ajuda. Supõe que haja uma funcionalidade e contextualização (ex. ecolalia será cotado como zero).	Cair o item e ficam apenas os itens sobre adultos e crianças.	Manual: pretende medir o nível de ajuda. Inclui qualquer forma de comunicação, mesmo que seja assistida. Se o interlocutor precisar de ajuda para entender a criança,

		significa que a criança não está a comunicar de forma independente.
--	--	---------------------------------------------------------------------

**Item 6** *A criança fala muito*

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
O que é “falar”? Tipo de fala? Espontâneo? Provocado? Ecolalia? Sugerem como alternativa: <i>A criança recorre muito a oralidade para se expressar.</i> Ex. uma criança a brincar pode falar bastante (com ou sem linguagem), mas para pedir não se sente confortável e recorre ao apontar.	Falar o quê e para quem?	Sem informação.

**Item 7** *A criança consegue juntar palavras.*

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
Especificar funcionalidade de juntar palavras - junta palavras para quê? Pode saber frases de cor (ecolalia) e não as aplicar ao contexto - muito comum em PEL, dispraxias, etc.	O que é juntar palavras? Palavras frase? Sem elementos de conexão? Colocar exemplo, pode juntar e não ser frase. Exemplos limitam as respostas.	Sem informação.

**Item 8** *A criança comunica de forma independente com outras crianças.*

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
Especificação do item 5 - faz sentido colocar de seguida por uma questão de organização.		Sem informação.

**Item 9** *O discurso da criança é claro.*

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
O discurso ou a fala? Fala remete para articulação. Discurso implica coerência e coesão, mais abrangente. Acrescentar conceito de discurso no glossário e manter coerência dos conceitos. Substituir “claro” por organizado ou lógico.	Coeso e coerente e inteligível? Linguagem ou fala? Claro: ser entendido.	Sem informação.

**Item 10** *A criança é compreendida à primeira vez quando fala com outras crianças.*

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
Pretende-se avaliar a influência do fator da familiaridade, o que faz sentido nestas crianças O que é ser “compreendida”? - forma (articulação) e/ou conteúdo (linguagem) do discurso?	Semelhante com o item anterior.	Sem informação.

**Item 11** *A criança fala com frases completas.*

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
✓	O que é uma frase completa? Redundante com 15 e com o 7. Item de linguagem, por isso não faz sentido incluir intenção, se não avalia duas competências no mesmo item.	Sem informação.

**Item 12** *A criança usa a comunicação para resolver problemas.*

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
✓	Substituir por pedir ajuda (função comunicativa)? Que tipo de problemas? Ex. alguém lhe bate e tem que comunicar o q aconteceu Pode usar gestos, símbolos, termo comunicação está correto.	Sem informação.

**Item 13** *A criança espera a sua vez para falar.*

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
Substituir “falar” por comunicar, pois há crianças que esperam na comunicação e não na fala. Usar “fala” para referir a comunicação enviesa as expetativas dos pais que acabam por priorizar apenas a fala.	✓	Manual: Esta é a única exceção em que falar se refere a formas não-verbais e alternativas de comunicação. Os estudos provaram que os pais percebem melhor desta forma. Não se deve mudar nenhuma palavra deste item, apenas clarificar verbalmente.

**Item 14** *A criança transmite as suas ideias por palavras.*

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
Supõe-se que as palavras são orais.	Item não redundante porque transmitir ideias é mais complexo que pedir.	Sem informação.

**Item 15** *A criança usa a gramática corretamente quando fala.*

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
Colocar junto do item 9.	Redundante com 11. Remete para morfologia apenas? Professor e pais não percebe diferenciação – glossário “gramática”. Discurso mais elaborado, com respeito pelas concordâncias.	Sem informação.

**Item 16** *A criança usa novas palavras.*

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
✓	O que são novas palavras?	Sem informação.

**Item 17** *A criança usa palavras para pedir coisas.*

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
Colocar junto do 14, por ser mais simples e mais funcional. O que são “coisas”? Pedir informação ou pedir objeto?	Que tipo de coisas? Que tipo de pedido? Necessidades imediatas, informações ou objetos?	Manual: os itens referem-se sempre àquilo que a criança faz normalmente. Se for uma criança que pede coisas ocasionalmente, deve colocar-se “um pouco como a minha criança”.

**Item 18** *A criança é entendida à primeira vez que fala com adultos que não a conhecem bem.*

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
“Entendida” – erro de tradução, usar sempre o mesmo termo – “compreendida”. Seguida item 10	✓	Sem informação.

**Item 19** *A criança consegue contar acerca de eventos passados a adultos que não a conhecem bem.*

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
Reformular português: a criança conta acontecimentos passados, experiências vividas. “Reconta” como sugestão, alguns elementos não concordaram por ser um conceito mais técnico. Acrescentar item: <i>A criança consegue contar acerca de eventos passados a adultos que a conhecem bem.</i>	Português – “conta acerca de” substituir por fala/ reconta/ narra acerca; acontecimentos para eventos.	Sem informação.

**Item 20** *A criança usa linguagem para comunicar novas ideias.*

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
Item que gerou muitas dúvidas para todos. O que é usar “linguagem”? Usar fala? Os pais não sabem o que é “linguagem” e alguns profissionais também não. O que são “novas ideias”? Segundo vários autores, se consegue comunicar uma ideia, a linguagem já está implícita. Uma nova ideia pode ser pedir para ir a um sítio, pedir um brinquedo ou pedir para pintar um carro de rosa porque viu um e gostou? Ou uma birra pode estar a comunicar uma nova ideia? Próximo de item 14 (igual, mas não inclui o “novas”)	Fala? Comunica? Frases completas? Só palavras? O que é usar linguagem?	Sem informação.

**Item 21** *A criança consegue comunicar de forma independente com adultos que não a conhecem bem.*

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
Juntar com 5 e 8	✓	Sem informação.

**Item 22** *A criança consegue falar com outra criança sobre o que está a fazer no momento.*

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
Refere-se à capacidade descritiva. Item muito relevante.	✓	Sem informação.

**Item 23** *A criança consegue concentrar-se na tarefa que está a fazer.*

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
Que tipo de tarefa? Autorregulação? Tarefas do seu interesse? Outras tarefas? É importante ir a este pormenor ou não? Considera-se o equilíbrio entre todas as possibilidades?	Que tipo de tarefa? Enquanto fala? Enquanto comunica? O que é que isso interessa em relação à comunicação? Tarefa comunicativa – conversa, interação? Mantem-se concentrada em vez de consegue concentrar-se (4).	Sem informação.

**Parte 2**

**Item 1** *A criança comunica de forma eficaz com adultos próximos.*

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
2 elementos sugeriram juntar com parte 1. Grupo concluiu por unanimidade que não porque a divisão está correta assim, porque se estão a medir qualificadores diferentes (dificuldade vs. quantidade)	O que é eficaz?	Sem informação.

de ajuda), mesmo que o item seja semelhante.		
----------------------------------------------	--	--

**Item 2** *A criança é incluída em jogos/ brincadeiras pelas outras crianças.*

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
<p>Item que gerou muitas dúvidas.</p> <p>O que é ser “incluída”? O processo de inclusão implica avaliar os outros, o grupo. A ajuda que se está a medir é para quem? Para a criança ou para o grupo?</p> <p>Sugestões para a tónica ficar claramente na criança: <i>Numa brincadeira de grupo envolve-se com outras crianças. Em pequeno grupo a criança participa em brincadeiras.</i></p> <p>No glossário definir bem o que é “participar” e “envolver”.</p> <p>Se a questão é ter oportunidades para participar, sai fora do âmbito do que se está a avaliar pois é um fator ambiental, o que o torna um item díspar do resto do instrumento. O técnico não consegue intervir nos fatores ambientais. Além disso seriam outros qualificadores (dificuldade – parte 1).</p> <p>O item é muito relevante porque as perturbações de linguagem são uma grande barreira à interação com os outros, isola-se.</p>	<p>Ajuda que a criança precisa – o que é interpretado. Clarificar o item num glossário.</p> <p>Estarem a incluir a criança, não se está a avaliar se toma a iniciativa para participar em brincadeiras. É quase o mesmo que o 4. Contexto de recreio implícito.</p>	<p>Manual: este item está dependente das outras crianças, pretende refletir a interação entre pares. Pesquisas demonstram que crianças com perturbações de comunicação são mais socialmente excluídas e ignoradas pelos pares. É um indicador muito importante de como a criança interage com os pares.</p>

**Item 3** *A criança tentará levar a cabo uma conversa com adultos que não a conhecem bem.*

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
<p>Não usar o tempo verbal futuro, coerência nos tempos verbais.</p>	<p>Tempo verbal</p> <p>Substituir por tenta iniciar conversas, tenta iniciar, parece insistir.</p>	<p>Sem informação.</p>

**Item 4** *A criança participa em atividades de grupo.*

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
<p>Qual a diferença com o item 2?</p>	<p>Item lato.</p> <p>Participa por iniciativa? Porque foi colocada lá?</p> <p>Tipo de atividades? Atividades escolares em que tem que dar resposta, atividades lúdicas, jogo de futebol, são muito diversificadas. Separar jogos coletivos/ individuais, atividades mesa, escolares, trabalho de grupo.</p>	<p>Sem informação.</p>

**Item 5** *A criança consegue contar histórias com sentido.*

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
<p>✓</p> <p>Não é necessário especificar. Já tem intencionalidade e coerência incluída.</p>	<p>✓</p>	<p>Sem informação.</p>

**Item 6** *A criança consegue responder a questões.*

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
O que são “questões”? Há muitas questões. O grupo não foi unânime (2/2) quanto à especificação ou não do tipo de questões (sim/não, fechadas, abertas, questões <i>wh</i> ).	Depende das questões, leva a cotações injustas – contexto imediato?	Manual: inclui responder com qualquer tipo de comunicação, incluindo CAA e gestos.

**Item 7** *A criança irá pedir coisas a outras crianças.*

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
Mudar tempo verbal. Clarificar “coisas”.	Mudar tempo verbal. Clarificar “coisas”. Substituir por realiza pedidos a outras crianças, brinquedos, necessidade	Sem informação.

**Item 8** *A criança comunica de forma eficaz com outras crianças.*

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
✓	✓	Sem informação.

**Item 9** *A criança comunica de forma eficaz com adultos que não a conhecem bem*

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
✓ Estes dois itens estão bem organizados (8 e 9) porque estão seguidos. Porque não colocar o 1 junto?	✓	Sem informação.

**Item 10** *A criança consegue ser compreendida pelas outras crianças.*

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
✓	Diferença entre o 10 e o 8? Para pais pode ser confuso.	Sem informação.

**Item 11** *A criança junta-se a conversas com os seus pares.*

Grupo 1	Grupo 2	Clarificação do manual FOCUS
O que é “juntar-se”? Inserir-se? Envolver-se? Competência muito importante e complexa.	Iniciativa? É chamada? Semelhante ao item 2, desdobrar o item em dois: substituir por <i>a criança aproxima-se dos seus pares em conversas/ em brincadeiras</i> . Tomar a iniciativa ou participa? São coisas diferentes.	Sem informação.

**Opinião geral sobre o instrumento**

Grupo 1	Grupo 2
Sugestão de fornecer o instrumento original ao painel. Definir o acréscimo de exemplos: Depende do modo de preenchimento. Vineland tem exemplos, o que segundo opinião de alguns elementos, torna restritivo se os pais estiverem sozinhos a preencher. Se o profissional estiver presente dá para direcionar. Por outro lado, outros elementos referem que é interessante os pais preencherem sozinhos e os profissionais supervisionarem posteriormente porque é aí que se vê as reais expectativas e é possível negociar. Muitas vezes, quando há um preenchimento conjunto (ex. Vineland) os resultados são mais enviesados. Além disso, o preenchimento em conjunto é mais difícil de controlar. Modo de preenchimento: pai na presença do TF	Aborda poucas funções comunicativas, muito focado no pedir, não fala do comentar, do recusar, protestar, cumprimentar. Organização de itens por área - linguagem, comunicação social, de acordo com a nomenclatura do DSM-5. Reordenar as questões semelhantes por opostos, fatores de diferenciação. Não colocar exemplos – pais pode ser limitativo. Clarificar o público-alvo a quem se dirige, explicar os critérios DSM V. Juntar todos os itens numa só parte e acrescentar coluna sobre necessidade de ajuda (sim/ não) – alguns não interessa nível de ajuda.

<p>para clarificar nomenclatura, dois questionários são mais interessantes porque dá para comparar perspectiva.</p> <p>Reordenar as questões semelhantes por opostos, fatores de diferenciação.</p> <p>Terminologia a ser melhorada.</p> <p>Mais-valias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Há poucos instrumentos para a comunicação, muito menos validados.</li> <li>- Preenchido por pais e professores.</li> <li>- Permitir ver e aferir expectativas.</li> <li>- Permitir dar estratégias e fazer a ponte para a prática, para a vida.</li> <li>- Instrumento curto e objetivo.</li> <li>- Ferramenta para ajudar na generalização das competências e participação</li> </ul>	<p>Há itens que deviam estar na parte 1 – ex. conta histórias com sentido.</p> <p>Pode não fazer sentido ser preenchido por outros profissionais que não o TF.</p> <p>Criar glossário – tudo é comunicação intencional: no início ou junto de cada item.</p> <p>Sugestão para fatores ambientais – análise dos comportamentos e perfis comunicativos dos interlocutores.</p> <p>Incluir mais itens para os outros, só um?</p> <p>Mudar o nome do instrumento.</p> <p>Não é um instrumento fácil para os pais.</p> <p>Quando o profissional não tem conhecimento deve completar informação com outro profissional. Ter visão de mais que um profissional – prof, TF, pais. Pais enviam devido a expectativas elevadas sobre filhos e dificuldades de aceitação perante o outro. Se o pai fizer avaliação sozinho será mais fácil refletir. Para uma avaliação ser fidedigna, deve ser separada do pai.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Participação comunicativa

Grupo 1	Grupo 2
<p>A participação é sempre muito variável. Depende sobretudo dos pais, dos professores e das pessoas que estão envolvidas nas atividades e não das competências da própria criança.</p> <p>Mais afetado: relação com os pares, mesmo se forem só questões articulatórias - problemas de isolamento.</p> <p>Exigências a nível de desempenho escolar, tudo o que tenha a ver com expressão, transmitir dificuldades, comportamentos que não são adequados que se transformam em atos físicos ou chamadas de atenção, comportamentos inadequados.</p> <p>Contexto escolar potencia as dificuldades de participação, apesar de parecer contraditório.</p> <p>Nas saídas a comunidade é onde é menos verificado, talvez também porque os pais e escola se habituam ao padrão, mudam as rotinas em função da dificuldade, daí nem se aperceberam muitas das vezes das dificuldades. Os pais reduzem contactos e saídas das crianças inconscientemente. Muitas das vezes nem se apercebem das dificuldades porque já estão habituados a fazer por eles e que não se coloquem desafios, antecipam muito e não são expostos às dificuldades. Há uma redução das experiências comunicativas.</p> <p>Contextos familiares como meio facilitador. Há muito meio familiares sem contacto com outras crianças. Crianças tem um grau de imprevisibilidade muito maior, se não forem orientados não são facilitadores.</p> <p>Atividades extras curriculares – às vezes fazem em contexto individual. Desportos coletivos e com regras mais difíceis, não conseguem levar até ao fim. Ex. judo gostam mais, futebol é muito imprevisível.</p> <p>Quando inseridos em grupos faz com que estejam inseridos em maiores experiências (ex. festas de anos). Outros não desenvolvem ligação com os pares, outros acabam por não ser convidados e a ligação vai se perdendo ao longo dos anos. Crianças mais inseguras e/ou agressivas.</p>	<p>Implica contextos e interlocutores. Se houver versões para as diferentes pessoas já se consegue perceber o contexto natural – escolar e casa. Terapêutico (gabinete) não é relevante porque a participação não é espontânea. Os outros contextos comunitários não são relevantes porque estão pouco tempo.</p> <p>Oportunidades comunicativas são mais estruturadas, sistema educativo muito rígido que não potencia a comunicação dos alunos, exceto nos recreios.</p> <p>Fazer recados, ir às compras – acrescentar nos itens como exemplos que não viessem muito a resposta (2). Não especificar muito os itens, deixar só jogos e conversas.</p> <p>Não identificam tarefas mais específicas a nível comunicativo, está implícito no que já está (ex. fazer um recado – ser compreendida a primeira vez com adultos), quando muito dar um exemplo.</p> <p>Contexto de casa mais restritivo à comunicação, na escola o problema é a sala de aula. Limitações notam-se nas atividades de rotina de casa, na escola é menos frequente.</p>



**Anexo D – Guião Semiestruturado da Reflexão Falada com Pais**

## Guião Semiestruturado da Reflexão Falada com Pais

**Apresentação:** Gostaria de agradecer por ter aceitado colaborar nesta entrevista. A sua participação é fundamental para o estudo que estamos a desenvolver.

**Objetivo:** O principal objetivo desta entrevista consiste em conhecer em que medida o questionário lhe suscita dificuldades a nível da compreensão das instruções, das questões e a nível das respostas, e identificar aspetos que lhe pareçam menos adequados e que possam ser melhorados.

**Procedimento:** É fundamental que leia atentamente e responda a todas as questões.

Em caso de dúvidas ou perante qualquer questão que considere inadequada ou mal formulada, por favor assinale na margem (ou sublinhe) a questão ou anote um comentário que julgue pertinente. No final de cada secção irei falar consigo, no sentido de trocar impressões acerca da sua opinião sobre a forma e conteúdo do que acabou de ler e preencher, nomeadamente dificuldades que sentiu, sugestões para mudança.

**Confidencialidade:** As informações obtidas nesta entrevista não serão divulgadas a pessoas exteriores à equipa de investigação e a identidade dos participantes não será revelada em nenhuma circunstância.

**Consentimento:** Gostaria de pedir o seu consentimento para gravar a entrevista, para registo do que foi abordado e posterior análise. Em qualquer momento da entrevista, poderá interromper a gravação se assim o pretender.

### 1. Início – Definição de construtos

Preparei alguns temas que gostaria de abordar consigo e se estiver de acordo podemos iniciar a entrevista. O que entende por participação comunicativa? Considerando a idade e o ano em que o seu filho se encontra, em que medida valoriza a participação comunicativa dele? Pode detalhar? Como analisa a participação comunicativa do seu filho em casa/ saídas à comunidade? E na escola? Quais são as atividades/ rotinas, contextos/ ambientes e interlocutores onde sente que ele tem mais ou menos restrições? Quais os que mais valoriza? Acha que ele tem oportunidade para participar?

### 2. Após leitura das instruções do FOCUS

Em que medida foi fácil ou difícil compreender qual o objetivo deste questionário, isto é, compreender o que se pretende, o que vai ter que responder relativamente ao seu filho?

Que aspetos da participação comunicativa lhe parecem ser salientados no questionário?

Pensa no seu filho em que período? Atualmente?

### 3. Desenvolvimento

#### Após leitura dos itens do FOCUS

O que entendeu por participação comunicativa?

Pensando no seu filho(a), em que medida os exemplos apresentados lhe fazem sentido? Em que medida há atividades que fazem parte da rotina da sua família que não estão contempladas no questionário e que pensa que seria importante incluir? Acrescentaria exemplos? Que situações lhe ocorrem quando lê cada item? Relativamente às questões apresentadas o que pensa que pode ser modificado? Assinalou alguma questão que lhe suscitou dúvidas durante o preenchimento do questionário? Alguma questão ambígua, muito vaga, com mais do que uma ideia, com um vocabulário difícil, ...

#### Especificando: Item por Item

Por palavras suas, o que acha que a questão está a perguntar? Em que pensa quando responde a esta questão? É fácil de perceber? Há palavras que sejam mais difíceis? Faria modificações nas palavras para tornar mais claro? Este item é difícil de responder? Porquê? Com base em que escolhe a resposta? Reparei que hesitou na questão (x). Pode relatar em que estava a pensar? Como é que chegou a esta resposta?

Nota: Questionar o que significam conceitos em específico (ex. na questão X, o que entende por adultos que não são próximos, o que entende por participar, o que entende por estar incluído, ...)

#### Respostas

Acha que a escala de respostas está adequada? É essa a resposta que realmente quer dar ou lembra-se de outros aspetos que também deveriam ser classificados? Há opções de resposta que jamais usaria? Porquê? Que outro tipo de respostas pode fazer mais sentido? Se as opções estivessem redigidas ou ordenadas de outra forma, fazia diferença na sua resposta?

### 4. Final

Pode referir quais as principais dificuldades sentidas no preenchimento do questionário? Quais os seus pensamentos/ opiniões gerais sobre este instrumento? No geral, mudaria alguma coisa? Alguma coisa que queira transmitir que não questionei e que considere importante?

**Agradecimento pela colaboração.**

**Anexo E – Consentimentos Informados e Cartas de Apresentação**

## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO (GRUPO FOCAL)

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações, através do seguinte email: diana.costa.tf@gmail.com. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

No âmbito do Doutoramento em Estudos da Criança do Instituto da Educação da Universidade do Minho, sob a orientação da Professora Doutora Anabela Cruz-Santos, Professora Auxiliar no referido Instituto, encontro-me a desenvolver um trabalho de investigação sobre a avaliação da participação comunicativa em crianças com perturbações de comunicação em idade escolar.

O meu estudo tem como objetivo a construção, adaptação e validação interna de um instrumento de avaliação que permita a identificação dos níveis de participação comunicativa de crianças com Perturbações de Comunicação em idade escolar, no contexto escolar, casa e comunidade (estudo exploratório).

Agradecia a sua colaboração no sentido de participar num grupo focal cujo principal objetivo é recolher a sua perceção sobre a participação comunicativa das crianças com que atua, tendo como referencial o instrumento *Focus on Communication Under Six (FOCUS)*, de Thomas-Stonell et al. (2015), pois como profissional de uma criança com Perturbações da Comunicação detém um conhecimento maior sobre a mesma, podendo avaliá-la em diversas atividades. **A sua colaboração é muito importante!**

O grupo focal terá a duração máxima de 90 minutos, sendo dirigido por mim através da explicitação do modo de funcionamento e do lançamento de alguns tópicos para discussão. Decorrerá em local apropriado, em horário a combinar, de acordo com todos as partes envolvidas. As respostas verbais serão gravadas para posterior análise, sendo destruídas no final da investigação. Os elementos presentes serão os estritamente necessários à investigação. Assegura-se que todas as respostas que fornecer serão confidenciais, não sendo associadas em qualquer momento à sua pessoa ou às crianças e sendo apresentadas de forma sigilosa. Serão apenas utilizadas para o presente estudo.

Este estudo será implementado por fundos próprios do investigador, estando isento de qualquer bolsa de investigação. A participação no mesmo é voluntária, confidencial e ausente de prejuízos assistenciais ou outros, caso não queira participar.

Muito obrigada.

Diana Costa

Doutoranda em Estudos da Criança – Educação Especial

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.*

Nome: ... ..

Assinatura: ... ..

Data: ..... /..... /.....

## CARTA DE APRESENTAÇÃO DO PROJETO (RECOLHA DE DADOS)

*Por favor, leiam com atenção a seguinte informação. Se acharem que algo está incorreto ou que não está claro, não hesitem em solicitar mais informações, através do seguinte email: [diana.costa.tf@gmail.com](mailto:diana.costa.tf@gmail.com). Se concordam com a proposta que vos foi feita, queiram assinar este documento.*

No âmbito do Doutoramento em Estudos da Criança do Instituto da Educação da Universidade do Minho, sob a orientação da Professora Doutora Anabela Cruz-Santos, Professora Auxiliar no referido Instituto, encontro-me a desenvolver um estudo científico nacional sobre a participação comunicativa de crianças com perturbações de comunicação dos 3 aos 10 anos.

O meu estudo tem como objetivo a validação de um instrumento de avaliação que permite analisar e verificar as mudanças na participação comunicativa de crianças com perturbações de comunicação dos 3 aos 10 anos, nos seus demais contextos, após usufruírem de um período de intervenção em terapia da fala.

Agradeço a vossa colaboração no sentido de responderem a uma breve caracterização sócio demográfica e educacional da criança (preenchido pelo terapeuta da fala da criança – 1 página) e ao instrumento *Focus on Communication Under Six (FOCUS@)* (Thomas-Stonell et al., 2015), versão adaptada para Português Europeu (dos 3 aos 10 anos) (preenchido pelo encarregado de educação da criança).

O preenchimento do instrumento *FOCUS@* (constituído por 3 páginas) leva cerca de 5-10 minutos e deverá ser efetuado considerando a situação atual da criança. O encarregado de educação deverá preencher um instrumento em janeiro 2020 e em junho de 2020 (final do ano letivo), possibilitando a obtenção de dados sobre o efeito da intervenção terapêutica.

Caso a intervenção terapêutica termine antes dos seis meses referidos, poderá preencher o instrumento, desde que assegurado o período mínimo de intervalo entre aplicações de 3 meses.

O terapeuta da fala será a pessoa responsável pela entrega e receção do instrumento a cada encarregado de educação. Pode ainda auxiliar o encarregado de educação, assegurando o total preenchimento do FOCUS, auxiliando a compreensão e, se necessário, leitura de cada item antes do preenchimento. Se por algum motivo, o encarregado de educação não possa ou não queira preencher o instrumento, o terapeuta ou outro profissional que melhor conheça a criança pode, excecionalmente, fazê-lo, podendo recolher a informação necessária junto de outras fontes.

Assegura-se que todas as respostas fornecidas serão confidenciais e utilizadas apenas para o presente estudo. **A sua colaboração é muito importante e só é considerada válida com o preenchimento completo da caracterização sócio demográfica e educacional e das duas aplicações do instrumento!** (A pessoa que preenche a 1.ª aplicação e a 2.ª aplicação do instrumento tem de ser obrigatoriamente a mesma).

Este estudo será implementado por fundos próprios da investigadora, estando isento de qualquer bolsa de investigação. A participação no mesmo é voluntária e ausente de prejuízos, caso não queira participar. A confidencialidade das respostas é garantida, tal como estabelecido pelo Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) - UE n.º 2016/794 (<https://www.uminho.pt/PT/uminho/protecao-de-dados/>).

*Diana Costa*, Terapeuta da Fala e Doutoranda em Estudos da Criança – Educação Especial

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

*Declaro que fui devidamente informado e esclarecido sobre os objetivos da investigação e procedimentos envolvidos. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que, de forma voluntária, serão fornecidos, confiando que serão apenas utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.*

*Para o caso de encontrar alguma questão que não tenha sido respondida, autorizo que seja contactado pela investigadora através (n.º telemóvel ou email – do representante legal da criança).*

\_\_\_\_\_ (opcional)  
Assinatura do Encarregado de Educação: ... ..  
Assinatura do Terapeuta da Fala: .....  
Data: ..... / ..... / .....

Anexo F – Caracterização da Intervenção na Pandemia por COVID-19 (Complemento à Caracterização Sociodemográfica, Educacional e de Intervenção; Costa & Cruz-Santos, 2019)

Apoio em Terapia da Fala  
- Estado de Emergência -  
COVID 19

Durante o estado de emergência, indique as alterações ocorridas no apoio usufruído pela criança.

17. Indique a modalidade do apoio TF da criança durante o estado de emergência. \*

Considerar apenas existência de apoio quando os objetivos de intervenção se mantêm face ao período anterior (pré-pandemia). O envio de orientações esporádicas aos representantes legais, sem monitorização e partilha das evoluções, deve ser considerado na opção "sem intervenção".

*Marcar apenas uma oval.*

- Sem intervenção *Avançar para a pergunta 22*
- Tutoria/ coaching parental (de forma dirigida, estruturada e regular)
- Teleterapia
- Presencial *Avançar para a pergunta 24*

Apoio em Terapia da Fala  
- Estado de Emergência -  
COVID 19

Durante o estado de emergência, indique as alterações ocorridas no apoio usufruído pela criança.

18. Frequência do apoio TF em período pandémico \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Igual ao período anterior (pré-pandemia)
- Bissemanal
- Semanal
- Quinzenal
- Outra: \_\_\_\_\_

19. Duração da sessão TF em período pandémico \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Igual ao período anterior (pré-pandemia)
- Inferior a 31 minutos
- Entre 31 minutos a 60 minutos
- Superior a 60 minutos

20. Tipo de apoio TF em período pandémico \*

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- Igual ao período anterior (pré-pandemia)
- Individual
- Pares
- Grupo
- Consultoria/ Supervisão (família/ professores/ outros técnicos)

21. Indique em que altura a criança iniciou esta modalidade de intervenção. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- 2ª quinzena de março
- 1ª quinzena de abril
- 2ª quinzena de abril
- 1ª quinzena de maio
- 2ª quinzena de maio

Levantamento do estado de emergência - COVID 19

Indique as alterações no apoio terapêutico usufruído pela criança aquando o término do estado de emergência.

22. Até ao fim deste estudo (junho 2020), a criança retomou a intervenção presencial? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não *Avançar para a pergunta 24*
- Outra: \_\_\_\_\_

Levantamento do estado de emergência - COVID 19

Indique as alterações no apoio terapêutico usufruído pela criança aquando o término do estado de emergência.

23. Em que altura a criança re-iniciou esta modalidade de intervenção (presencial): \*

*Marcar apenas uma oval.*

- 1ª quinzena de maio
- 2ª quinzena de maio
- 1ª quinzena de junho
- 2ª quinzena de junho



**Anexo G – Aprovação do Conselho de Ética da Universidade do Minho**



Universidade do Minho

Conselho de Ética

### **Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas**

Identificação do documento: CE.CSH 097/2018

Relatores: Emanuel Pedro Viana Barbas de Albuquerque e Marlene Alexandra Veloso Matos

Título do projeto: *Avaliação da Participação Comunicativa em crianças com Perturbações da Comunicação em Idade Escolar*

Equipa de Investigação: Diana Costa, Estudante do Doutoramento em Estudos da Criança, Instituto de Educação da Universidade do Minho e Anabela Cruz-Santos (Orientadora), Instituto de Educação, Universidade do Minho

### **PARECER**

A Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas (CEICSH) analisou o processo relativo ao projeto de investigação acima identificado, intitulado *Avaliação da Participação Comunicativa em crianças com Perturbações da Comunicação em Idade Escolar*.

Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na investigação com humanos, em conformidade com as normas nacionais e internacionais que regulam a investigação em Ciências Sociais e Humanas.

Face ao exposto, a Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas (CEICSH) nada tem a opor à realização do projeto, emitindo o seu parecer favorável, que foi aprovado por unanimidade pelos seus membros.

Braga, 06 de junho de 2019.

O Presidente da CEICSH

Assinado por : **ACÍLIO DA SILVA ESTANQUEIRO**  
**ROCHA**  
Num. de Identificação Civil: B1042754054  
Data: 2019.07.05 14:43:54 Hora de Verão de GMT



**Anexo:** Formulário de identificação e caracterização do projeto

**Anexo H – Aprovação do Gabinete de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (MIME)**

---

**Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0609500001**

---

mime-noreply@gepe.min-edu.pt <mime-noreply@gepe.min-edu.pt>  
Para: diana.costa.tf@gmail.com

17 de julho de 2019 às 10:59

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0609500001, com a designação *Avaliação da Participação Comunicativa em Crianças com Perturbações da Comunicação em Idade Escolar*, registado em 06-12-2018, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo.(a) Senhor(a) Diana Cristina Fernandes Costa  
Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas.  
Com os melhores cumprimentos  
José Vítor Pedroso  
Diretor-Geral  
DGE

Observações:

- a) A realização dos Inquéritos fica sujeita a autorização da Direção do Agrupamentos de Escolas do ensino público a contactar para a realização do estudo. Merece especial atenção o modo, o momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, porque onerosos, sensíveis e de vida privada, devendo fazer-se em estreita articulação com a Direção do Agrupamento.
- b) Informa-se que a DGE não é competente para autorizar a realização de estudos/aplicação de inquéritos ou outros instrumentos em estabelecimentos de ensino privados e a realização de intervenções educativas/desenvolvimento de projetos e atividades/programas de intervenção/formação em meio escolar dadas as competências da Escola/Agrupamento, nos domínios da organização pedagógica, da organização curricular, da gestão estratégica, entre outras. Os órgãos de gestão pedagógica e educativa, (a Direção, o Conselho Pedagógico e o Conselho Geral) melhor decidirão sobre a realização dos inquéritos e suas inerentes ações em contexto de sala de aula.
- c) Deve considerar-se o disposto legal em matéria de garantia de anonimato dos sujeitos, confidencialidade, proteção e segurança dos dados. Considerados os documentos que foram anexados e para efeitos da proteção de dados pessoais a recolher junto dos inquiridos, ou de seus representantes legais, (ie: gravação de entrevistas e bateria de testes de avaliação diagnóstica a alunos) em cumprimento da legislação em vigor resultam obrigações que o responsável se propõe cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os inquiridos e a quem intervenha na recolha e tratamento de dados pessoais. É obrigatório recolher as declarações de consentimento informado e esclarecido a utilizar junto dos inquiridos, salvaguardando as condições de segurança dos dados recolhidos para objeto de tratamento, indicando os objetivos e finalidades para que são recolhidos e posteriormente tratados, a tipologia de dados a recolher, sobre o carácter voluntário da inquirição, exercício do direito de acesso, retificação, atualização e apagamento dos dados pessoais, da existência ou não de comunicações ou interconexões de dados, qual o prazo de conservação dos dados, salvaguardando as condições de segurança dos dados recolhidos para objeto de tratamento. Devem, pois, prever-se medidas adequadas e específicas para a defesa dos direitos fundamentais e dos interesses dos titulares dos dados, pelo que, deste modo, procurar-se-á garantir o tratamento lícito dos mesmos nos termos procedimentais indicados e legislação em vigor. As autorizações devem ficar em poder da Escola/Agrupamento. Não deve haver cruzamento ou associação de dados entre os que são recolhidos pelos instrumentos de inquirição e os constantes das declarações de consentimento informado.

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.