

JADSON JUSTI

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE ESCALA DE
RASTREAMENTO COMPORTAMENTAL DE SAÚDE
FONOAUDIOLÓGICA DE ESTUDANTES:
INSTRUMENTO PARA DOCENTES**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE-MS**

2022

JADSON JUSTI

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE ESCALA DE
RASTREAMENTO COMPORTAMENTAL DE SAÚDE
FONOAUDIOLÓGICA DE ESTUDANTES:
INSTRUMENTO PARA DOCENTES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação –
Mestrado e Doutorado em Psicologia da Universidade
Católica Dom Bosco, como requisito parcial para
obtenção do título de Doutor em Psicologia, área de
concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação
da Professora Dra. Heloisa Bruna Grubits.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE-MS**

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade Católica Dom Bosco
Bibliotecária Mourãmise de Moura Viana - CRB-1 3360

J96c Justi, Jadson
Construção e validação de escala de rastreamento comportamental de saúde fonoaudiológica de estudantes: instrumento para docentes/ Jadson Justi sob a orientação da Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits.-- Campo Grande, MS : 2022. 344 p.: il.

Tese (Doutorado em Psicologia) -Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande-MS, 2022
Bibliografia: p. 234 - 271

1. Avaliação psicológica - Psicometria. 2. Fonoaudiologia escolar. 3. Psicometria - Validação instrumental I.Grubits, Heloisa Bruna. II. Título.

CDD: 616.855023

A tese apresentada por JADSON JUSTI, intitulada “CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE ESCALA DE RASTREAMENTO COMPORTAMENTAL DE SAÚDE FONOAUDIOLÓGICA DE ESTUDANTES: INSTRUMENTO PARA DOCENTES”, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi **APROVADO**.

A presente defesa foi realizada no formato híbrido. Eu **Heloisa Bruna Grubits**, como presidente da banca assinei a folha de aprovação com o consentimento de todos os membros, ainda na presença destes.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Heloisa Bruna Grubits
Prof. Dra. Lucy Nunes Ratier Martins
Prof. Dra. Eveli Freire de Vasconcelos
Prof. Dra. Sonia Grubits
Prof. Dra. Marta Rios Alves Nunes da Costa
Prof. Dr. José Angel Vera Noriega

Campo Grande - MS, 25 de novembro de 2022.

DEDICATÓRIAS

A Deus, causa primária de todas as coisas do universo que me permitiu concluir com êxito o doutorado e, desta forma, realizar o sonho de alcançar excelência acadêmica.

A minha orientadora, que exigiu de mim o esforço necessário para finalização de minha pesquisa.

A minha mãe, que sempre me incentivou ao estudo e a dedicação à pesquisa científica como alicerce para avanços de nossa sociedade e pelo exemplo de determinação na realização dos meus sonhos.

A minha avó, que esteve todo o tempo ao meu lado garantindo o aconchego e carinho que me permitiram avançar na pesquisa de doutoramento.

Ao meu irmão, pelo rotineiro incentivo aos estudos como mecanismo de engrandecimento pessoal e profissional, bem como pela parceria na pesquisa científica.

A minha cunhada, pelo exemplo dedicado à pesquisa acadêmica e à educação superior como sustentáculo de humanização e aprimoramento intelectual, e pela parceria na pesquisa científica.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação – mestrado e doutorado – em Psicologia da UCDB, por quem tenho enorme apreço e respeito pela trajetória acadêmica e notório conhecimento.

AGRADECIMENTOS

A todos que colaboraram direta e indiretamente para a finalização desta tese, produto essencial para o meu crescimento como pesquisador e como ser humano consciente de que a ciência é o caminho para uma sociedade melhor. Muito mais do que uma escrita de agradecimento, espero encontrar melhor momento para manifestar minha gratidão e mostrar-lhes o quanto são especiais em minha vida. Outrossim, a finalização do Doutorado em Psicologia foi um momento de grande aprendizado e de imensa dedicação aos estudos. Durante todos esses anos de doutoramento tive a honra de ser auxiliado por pessoas incríveis que trilharam comigo o sonho de conclusão deste curso. Essas pessoas foram essenciais com inspiração, palavras de carinho, exemplo de dedicação à ciência entre outras tantas formas de influência positiva próprias de seres orientados por uma força divina.

Inicialmente, meu agradecimento se eleva à Deus, que sempre me auxiliou nos mais diversos momentos de minha vida. Um ser dedicado que me manteve firme no propósito de atingir meus objetivos pessoais. Foram vários momentos de grande tensão e que exigiram muita resiliência para superar adversidades. E foram nesses mesmos momentos em que mais senti a presença de Deus me colocando em seus braços e me consolando para seguir em frente sem preocupações. Agradeço sua infinita bondade por estar junto a mim e todos ao meu redor e sobretudo pelas sábias palavras ditas por meio da boca do profeta, “Não temas, porque eu sou contigo; não te assombres, porque eu sou o teu Deus; eu te esforço, e te ajudo, e te sustento com a destra da minha justiça” (Isaías 41:10).

À minha querida Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits, orientadora exemplar, com uma enorme dedicação à pesquisa e à educação de qualidade que se almeja para o crescimento de uma sociedade melhor. Meu agradecimento será eterno pelas inúmeras orientações e por ter me proporcionado momentos de grande aprendizado durante meu doutorado, aliás, durante toda minha vida acadêmica da graduação à pós-graduação *stricto sensu*. Mais do que uma orientadora, uma amiga que por 20 anos vem me auxiliando e proporcionando experiências múltiplas e, logo, amadurecimento científico. Assim como tive uma educação formal e qualificadora vinda de ti, espero repassar os mesmos conhecimentos aos meus futuros orientandos a fim de valorizar seu devotamento e entrega ao ensino do mais alto nível.

A Profa. Dra. Sonia Grubits, profissional com reputação ilibada, exemplo de força e entusiasmo. Alguém que admiro fortemente desde o primeiro momento em que a conheci ainda no curso de mestrado quando foi minha professora e grande inspiradora. Espero em

momento oportuno poder-lhe mostrar minha gratidão e tamanha importância que tem em minha vida acadêmica e profissional. Tenha certeza que tudo que aprendi contigo e imensuráveis exemplos ofertados em sala de aula eu irei levar para toda a vida. Agradeço a sua pessoa pelo aceite em participar de minha banca de doutorado, e me orgulho de ter sido seu aluno durante todo meu percurso educacional *stricto sensu*.

Não poderia deixar de assinalar a minha gratidão aos professores Dra. Lucy Nunes Ratier Martins, da Universidade Católica Dom Bosco, ao Prof. Dr. José Angel Vera Noriega, da Universidade de Sonora, Profa. Dra. Marta Rios Alves Nunes da Costa, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e Profa. Dra. Eveli Freire de Vasconcelos, da Universidade Católica Dom Bosco por me enobrecerem com o aceite em participação da banca examinadora deste estudo a fim de contribuírem para meu aperfeiçoamento. Penso que a participação de todos é mais que um momento de aprendizagem, é momento de celebração pela oportunidade de encontro de intelectuais que se prontificaram a auxiliar a melhoria deste estudo.

À Universidade Católica Dom Bosco, na pessoa do Magnífico Reitor, Pe. José Marinoni, ser humano de caráter íntegro, de ternura e apreço desmedido, que sempre me possibilitou evoluir não apenas como profissional, mas também como pessoa capaz de fazer meu melhor, e me permitiu a conclusão do doutorado em Psicologia com bolsa integral de estudo “UCDB excelência”. Gostaria ainda de externar meu agradecimento a todos os docentes, colaboradores e discentes do Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, ofertando-me palavras de entusiasmo, encorajamento e principalmente acreditando ser possível a construção de um instrumento de medição comportamental capaz de auxiliar na promoção, prevenção e proteção em saúde de crianças e adolescentes.

À Coordenação do curso de Mestrado e Doutorado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (PPG PSI UCDB) na pessoa do Prof. Dr. Márcio Luís Costa, pelo auxílio e presteza na realização desta pesquisa e pela anuência em realizar este estudo no PPG PSI UCDB. Pela dedicação e entusiasmo em que se prontifica no auxílio de todos ao seu entorno, bem como as palavras de incentivo à ciência e apreço ao trabalho.

Aos três juízes (um vinculado à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, outro à Universidade Federal de Santa Maria e outro à Universidade Federal da Paraíba), que aceitaram prontamente a colaborar com este estudo na condição de pareceristas da *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*. O auxílio dos três juízes permitiu avanços na construção da escala em questão para que pudesse ser instrumento

para o bem comum (conjunto de benefícios compartilhados) a toda a comunidade de estudantes.

À minha amada mãe Marilene Justi e avó Cleides Freitas da Silva, exemplos de tolerância, amorosidade, foco, dedicação, honestidade, humildade, persistência, resiliência, zelo, responsabilidade, sensibilidade, paciência, retidão e outras tantas dezenas de qualidades possíveis de serem expressadas e que não cabem aqui serem escritas mediante o tamanho da importância de vocês em minha vida. Vocês duas são a razão da minha caminhada como ser humano com valores e princípios de honestidade e benevolência. Agradeço por todo amor e companheirismo para comigo e por sempre confiarem em meus sonhos. Sonhos estes que compartilhamos conjuntamente e sempre com a certeza de realizá-los por meio do trabalho árduo, perseverança e honestidade.

Ao meu querido irmão, Jamson Justi, e a sua esposa Edrilene Barbosa Lima Justi, dois seres humanos abençoados e que Deus me deu para abrilhantar minha caminhada com seus ensinamentos e exemplos de esperança, proatividade, disciplina e humildade. Aos dois agradeço de coração por estarem ao meu lado durante todo o percurso de doutoramento, etapa em que é exigido demasiadamente a resiliência constante, a dedicação integral, a intelectualidade em seu mais elevado escopo e foco ininterrupto.

A minha grande amiga, Maria Elisa de Oliveira no qual tenho desmedida admiração, carinho, bem-querer e respeito. Por ser um ser humano incrível no qual tive a oportunidade de conhecer ainda no período que cursava o mestrado. Pela excelente relação pessoal que criamos ao longo desses anos e pelo exemplo de profissional que és, competente e dedicada. Nada seria harmonioso o bastante, se não houvesse pessoas como você para compartilhar esse momento de minha vida. Acredito muito na sábia frase de Sêneca “Os verdadeiros amigos são aqueles que nos tornam melhores do que somos”. E, desta forma, agradeço muito a ti por me tornar melhor, minha amiga.

Aos meus colegas do grupo de pesquisa do PPG PSI UCDB por estarem junto a mim nesses últimos anos. A vocês, meu agradecimento por acreditarem na realização do sonho de concluir o doutorado. Agradeço a nobre presença em minha vida, pelos esforços conjuntos a fim de conquistarmos concomitantemente qualidade intelectual para realizarmos ciência capaz de contribuir largamente para o avanço da sociedade. Todo carinho, sobretudo pelo companheirismo e momentos de boas risadas. Sobretudo por agraciar-me com compreensão e incentivo para que nunca desistisse de minhas metas.

Aos participantes docentes e estudantes deste estudo pela oportunidade da realização desta pesquisa em benefício do bem comunitário em saúde de escolares, bem como provento

ao trabalho docente quando o que está em mira é o estímulo à promoção, prevenção e proteção da saúde humana em ambiente escolar, principalmente a fonoaudiológica.

Jamais poderia deixar de externar meus verdadeiros agradecimentos a todos os mencionados, cada um participou com o que pôde e com base em suas habilidades sejam elas sentimentais, técnicas ou mesmo científicas. Sem os auxílios de vocês eu não conquistaria avanços intelectuais neste momento como acadêmico de doutorado. Partindo disso, tenho enorme apreço reconhecimento e ternura por vocês.

A todos, meu apreço, afago e gratidão!

Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas.

Cora Coralina (1889-1985)

RESUMO

Introdução: O instrumento validado cientificamente por este estudo é denominado de *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes* (denominado pelo acrônimo *ESC-FONO*). Sua construção foi orientada pela psicometria e se torna ferramenta com grande potencial para incidir na valoração da saúde humana no que tange ao possível comprometimento em saúde fonoaudiológica de estudantes com idade entre 6 e 18 anos. O instrumento em questão é autoexplicativo e pode ser utilizado por docentes que lecionem do 1º ao 9º no ensino fundamental. A escala apresenta condição de orientar docentes na identificação de comportamentos característicos de comprometimento em saúde fonoaudiológica e, conforme a observação do docente, este poderá realizar encaminhamento ao profissional fonoaudiólogo com base em um instrumento devidamente validado e construído com rigor psicométrico. **Objetivo:** Construir e validar cientificamente uma escala de rastreamento comportamental que seja eficaz, inteligível, objetiva e de fácil compreensão e preenchimento para ser utilizada por docentes do ensino fundamental a fim de identificar possível comprometimento em saúde fonoaudiológica de estudantes. **Método e casuística:** Esta pesquisa apresenta-se como descritiva, transversal e de desenvolvimento metodológico do tipo validação, sendo desenvolvida a partir de abordagem quali-quantitativa. Os locais de produção (coleta) de dados ocorreram em 28 escolas municipais de Campo Grande, MS. Contou-se com a colaboração de três docentes universitários considerados por este estudo como pareceristas (juízes) que avaliaram a escala a fim de auxiliar na sua construção por meio de ponderações. Contou-se também com a participação de docentes (N = 106) e estudantes (N = 106) de períodos escolares entre o 1º e 9º ano do ensino fundamental. Os instrumentos utilizados para a produção (coleta) de dados foram os seguintes: a) *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes* (Instrumento 1); b) *Protocolo para Análise da Validade de Conteúdo (Semântica) da Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes* (Instrumento 2); c) *Questionário de Satisfação Referente à Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes* (Instrumento 3). **Resultados:** para a conquista de validação instrumental utilizaram-se etapas essenciais, a saber: a) estabelecimento da estrutura conceitual, b) definição dos objetivos do instrumento e da população envolvida, c) construção das questões (itens) e das escalas de resposta, d) seleção e organização das questões (itens), e) estruturação do instrumento, f) validade de conteúdo, g) pré-teste (Teste) e h) teste (Reteste). Já para o processo de validade estatística, conquistou-se, Consistência Interna na etapa Teste, o coeficiente Alfa (α) de Cronbach = 0,880 e, na fase Reteste, o valor de (α) = 0,901 para todos os itens (questões) da escala. A confiabilidade (precisão ou fidedignidade) com base na Validade Convergente foi realizada pela Correlação Intraclasse com p -valor < 0,001 no Teste-Reteste para todos os domínios. Já a Validade Discriminante apontou prevalência de 21,7% com Intervalo de Confiança de 95% [13,9% a 29,5%]. No que tange à validade baseada em critérios externos, obteve-se p -valor < 0,05 (em quatro domínios) tanto para a discriminação de presença de comportamentos característicos de saúde fonoaudiológica comprometida referidos pelo responsável do estudante como por outros docentes. No que concerne à avaliação dos docentes sobre a qualidade do instrumento, destaca-se p -valor = 0,0039 (estatisticamente significativa). A pontuação mais elevada (Confiabilidade) configurou-se média = 5,97 e mediana = 6,0. Em relação à pontuação mais baixa (porém excelente) (Praticidade), obteve-se média = 5,84 e mediana = 6,0. **Conclusão:** A *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes* se torna com a finalização deste estudo um instrumento válido cientificamente.

Palavras-chave: validação instrumental; saúde; psicometria; estudantes; fonoaudiologia.

ABSTRACT

Introduction: The instrument scientifically validated by this study is called the *Behavioral Screening Scale for Speech-Language Pathology Health of Students*. Its construction was guided by psychometry and it becomes a tool with great potential to affect the human health valuation regarding possible speech-language disorders in students aged between 6 and 18 years. This is a self-explanatory instrument and can be used by teachers from 1st to 9th grade in elementary school. The scale is able to guide teachers in the identification of characteristic behaviors of possible speech-language disorders and, according to the teacher's observation, he can refer to the speech-language therapist based on a duly validated instrument constructed with psychometric rigor. **Objective:** Develop and scientifically validate a behavioral screening scale that is effective, intelligible, objective and easy to understand and fill out to be used by elementary school teachers to identify possible speech-language disorders in students. **Method and casuistry:** This research present itself as descriptive, transversal and with methodological development of the validation type, being worked out from a qualiquantitative approach. The data collection took place in 28 municipal schools in Campo Grande, Mato Grosso do Sul State. There was collaborating three university professors considered by this study as referees who evaluated the scale to assist in its construction through considerations. There was also the participation of teachers (N = 106) and students (N = 106) from school periods between the 1st and 9th year of elementary school. The instruments used for the data gathering were the following: a) *Behavioral Screening Scale from Speech-language Pathology Health of Students*; b) *Protocol for Analysis of the Validity of Content(semantics) of the Behavioral Screening Scale from speech-language Health of Students*; c) *Satisfaction Questionnaire referring to the Speech-language Health of students Behavioral Screening Scale*. **Results:** To achieve instrumental validation, there were essential steps used: a) Conceptual framework establishment; b) instrument's objectives and involved population definition; c) points raised and answers scale; d) selecting and organization of related points; e) instrument structuration; f) validity of contents; g) pre and post test. For the statistical validity process, Internal Consistency was achieved in the Test stage, the Cronbach's Alpha (α) Coefficient = 0,880 and, in the re-test phase, the value of (α) = 0,901 to all item of scale. The reliability based in the Convergent Validity was realized by Intraclass Correlation with p-value < 0,001 in the pre and post test for all different domains. The Discriminant Validity showed a prevalence of 21,7% with Confidential Interval 95% [13,9% a 29,5%]. Regarding the validity based on external criteria, a p-value < 0.05 was obtained (in four domains) both for the discrimination of the presence of characteristic behaviors of speech-language disorders mentioned by the student's guardian and by other teachers. Regarding the teachers' assessment of the quality of the instrument, p-value = 0.0039 (statistically significant) stands out. The highest score (Reliability) was configured as mean = 5.97 and median = 6.0. Regarding the lowest (but excellent) score (Practicality), mean = 5.84 and median = 6.0 were obtained. **Conclusion:** The Behavioral Screening Scale for Speech-Language Pathology Health of Students becomes, with the completion of this study, a scientifically valid instrument.

Keywords: instrumental validation; health; psychometry; students; phonoaudiology.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	<i>Exposição da literatura que subsidia as áreas (domínios) e questões (itens) da ESC-FONO</i>	47
Figura 2	<i>Características das principais alterações no desenvolvimento da linguagem oral</i>	65
Figura 3	<i>Conceito das dimensões da linguagem</i>	67
Figura 4	<i>Traços atípicos frequentes no que se refere à fonologia da criança e do adolescente</i>	70
Figura 5	<i>Características das principais alterações no desenvolvimento da linguagem escrita</i>	77
Figura 6	<i>Perguntas e respostas que justificam a necessidade de desenvolvimento de uma escala para o uso de docentes do ensino fundamental no que tange à observação comportamental de possíveis alterações fonoaudiológicas de estudantes</i>	104
Figura 7	<i>Regiões urbanas do município de Campo Grande, MS</i>	122
Figura 8	<i>Qualificação dos colaboradores (juízes) do presente estudo</i>	123
Figura 9	<i>Texto orientativo que antecedeu às questões da ESC-FONO durante a produção de dados na etapa I (Teste) e etapa II (Reteste)</i>	128
Figura 10	<i>Critérios adotados para a construção das questões da ESC-FONO.....</i>	132
Figura 11	<i>Exposição dos domínios (áreas), questões (itens), trechos evidenciados e notas explicativas da ESC-FONO</i>	136
Figura 12	<i>Exposição do processo avaliativo da ESC-FONO que os juízes levaram em consideração durante as fases I e II.....</i>	143
Figura 13	<i>Informações constantes no instrumento intitulado Questionário de Satisfação Referente à Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes (Instrumento 3).....</i>	148
Figura 14	<i>Procedimentos gerais que foram executados no percurso da pesquisa, em ordem sequencial</i>	159
Figura 15	<i>Etapas procedimentais adotadas no percurso de construção e validação da ESC-FONO (com descrição objetiva)</i>	161
Figura 16	<i>Exposição dos métodos estatísticos utilizados para avaliação das propriedades psicométricas da ESC-FONO.....</i>	192

Figura 17	<i>Média e máximo do T (Teste) e RT (Reteste) dos cinco domínios da ESC-FONO.....</i>	196
Figura 18	<i>Média e desvio padrão dos cinco domínios da ESC-FONO conforme a resposta (sim/não), para a primeira questão aplicada ao final da etapa II (Reteste).....</i>	200
Figura 19	<i>Média e desvio padrão dos cinco domínios da ESC-FONO conforme a resposta (sim / não), para a segunda questão aplicada ao final da etapa II (Reteste).....</i>	202
Figura 20	<i>Média e desvio padrão dos seis aspectos da avaliação da ESC-FONO, emitida por N = 106 docentes</i>	205
Figura 21	<i>Etapas procedimentais que foram adotadas no percurso de construção e validação da ESC-FONO (com descrição abrangente).....</i>	208

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	<i>Exposição de 28 escolas urbanas campo-grandenses e suas respectivas regiões pertencentes ao perímetro municipal, bem como a quantidade de docentes que participou do estudo</i>	153
Tabela 2	<i>Exposição dos grupos de escolas com suas respectivas faixas de anos escolares.....</i>	155
Tabela 3	<i>Comparativo das modificações realizadas (sequência numérica; questões 'itens'; notas explicativas) na ESC-FONO pré e pós-pareceres dos juízes – área (domínio) de Linguagem</i>	175
Tabela 4	<i>Comparativo das modificações realizadas (sequência numérica; questões 'itens'; notas explicativas) na ESC-FONO pré e pós-pareceres dos juízes – área (domínio) de Voz</i>	179
Tabela 5	<i>Comparativo das modificações realizadas (sequência numérica; questões 'itens'; notas explicativas) na ESC-FONO pré e pós-pareceres dos juízes – área (domínio) de Motricidade orofacial.....</i>	183
Tabela 6	<i>Comparativo das modificações realizadas (sequência numérica; questões 'itens'; notas explicativas) na ESC-FONO pré e pós-pareceres dos juízes – área (domínio) de Disfagia.....</i>	186
Tabela 7	<i>Comparativo das modificações realizadas (sequência numérica; questões 'itens'; notas explicativas) na ESC-FONO pré e pós-pareceres dos juízes – área (domínio) de Audiologia.....</i>	189
Tabela 8	<i>Medidas de tendência central e variação no T (Teste) e RT (Reteste) dos cinco domínios da ESC-FONO, aplicado a N = 106 estudantes</i>	195
Tabela 9	<i>Média e desvio padrão dos cinco domínios da ESC-FONO conforme a resposta (sim/não), para a primeira (1ª) questão aplicada ao final da etapa II (Reteste)</i>	199
Tabela 10	<i>Média e desvio padrão dos cinco domínios da ESC-FONO conforme a resposta (sim/não), para a segunda (2ª) questão aplicada ao final da etapa II (Reteste)</i>	201
Tabela 11	<i>Medidas de tendência central e variação dos seis aspectos da avaliação da ESC-FONO, emitida por N = 106 docentes.....</i>	204

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	28
2.1 SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E PROTEÇÃO.....	29
2.1.1 Considerações sobre Saúde no Ambiente Escolar.....	35
2.2 LITERATURA QUE SUBSIDIA TEORICAMENTE AS QUESTÕES (ITENS) DA <i>ESC-FONO</i> POR DOMÍNIO	45
2.2.1 Área de Audiologia.....	48
2.2.1.1 Considerações sobre a audição	48
2.2.1.2 Considerações sobre processamento auditivo	53
2.2.1.3 Considerações sobre equilíbrio corporal	56
2.2.2 Área de Disfagia	60
2.2.2.1 Considerações sobre deglutição.....	60
2.2.3 Área de Linguagem.....	64
2.2.3.1 Considerações sobre linguagem	64
2.2.3.2 Considerações sobre leitura e escrita.....	73
2.2.3.3 Considerações sobre gagueira.....	78
2.2.3.4 Considerações sobre velocidade de fala	82
2.2.3.5 Considerações sobre afasia	85
2.2.4 Área de Motricidade Orofacial	90
2.2.4.1 Considerações sobre respiração.....	90
2.2.4.2 Considerações sobre fala	95
2.2.5 Área de Voz	99
2.2.5.1 Considerações sobre disfonia	99
2.3 CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA.....	101
3 OBJETIVOS	116
3.1 OBJETIVO GERAL	117
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	117
4 MÉTODO	118
4.1 CARACTERIZAÇÃO/TIPO DE ESTUDO	119

4.2	LOCAL DE PRODUÇÃO (COLETA) DE DADOS.....	121
4.3	COLABORADORES	122
4.4	PARTICIPANTES/AMOSTRA.....	124
4.4.1	Critérios de Inclusão	124
4.4.2	Critérios de Exclusão	125
4.5	RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS	125
4.6	INSTRUMENTOS DA PESQUISA	126
4.6.1	<i>Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes (Instrumento 1)</i>	127
4.6.2	<i>Protocolo para Análise da Validade de Conteúdo (Semântica) da Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes (Instrumento 2)</i>	141
4.6.3	<i>Questionário de Satisfação Referente à Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes (Instrumento 3)</i>	144
4.7	PROCEDIMENTOS GERAIS	149
4.8	PROCEDIMENTOS DE CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DA <i>ESC-FONO</i>	161
4.9	ANÁLISE DE DADOS.....	163
4.10	ASPECTOS ÉTICOS	167
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	169
5.1	DEVOLUTIVA DOS JUÍZES COM BASE NO PROTOCOLO PARA ANÁLISE DA VALIDADE DE CONTEÚDO (SEMÂNTICA) DA <i>ESCALA DE RASTREAMENTO COMPORTAMENTAL DE SAÚDE FONOAUDIOLÓGICA DE ESTUDANTES</i>	170
5.2	PROCESSO DE VALIDADE INSTRUMENTAL.....	190
5.2.1	Método Estatístico Utilizado para a Conquista de Validade do Construto.....	191
5.2.1.1	Consistência interna.....	193
5.2.1.2	Confiabilidade (Teste-Reteste)	193
5.2.1.3	Validade discriminante	197
5.2.1.4	Validade baseada em critérios externos.....	198
5.2.1.5	Avaliação dos docentes sobre a qualidade do instrumento	203
5.3	PROCESSO DE VALIDAÇÃO INSTRUMENTAL	206

5.4 SAÚDE, ESCOLA E <i>ESC-FONO</i>	215
6 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	225
REFERÊNCIAS	233
APÊNDICES	272
ANEXOS	337

1 INTRODUÇÃO

O interesse pelo presente tema surgiu há alguns anos com a realização do Mestrado em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB). As inúmeras discussões em Psicologia da Saúde durante a realização de laboratórios levantaram inquietações diante das ações de promoção, prevenção e proteção de saúde com escolares. Parte-se, aqui, do pressuposto de que um debate em torno da questão que será apresentada ao longo deste estudo é relevante e necessário, especialmente quando o que se tem em mira é uma discussão que abarque a possibilidade de incidir em promoção, prevenção e proteção de saúde fonoaudiológica por meio de ações promovidas por docentes do ensino fundamental.

O tema abordado nesta pesquisa envolve a construção de uma *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes* (Instrumento 1), doravante identificada pelo acrônimo *ESC-FONO*, que poderá ser utilizada por docentes do ensino fundamental a partir de sua validação científica e, desta forma, incidir direta e indiretamente na saúde infantojuvenil. O que torna crível a construção e validação da escala em questão se embasa também – para além de todas as exigências psicométricas seguidas criteriosamente e com rigor – em uma formação acadêmica em várias áreas do conhecimento humano do proponente deste estudo. Apresentar formação em fonoaudiologia e em pedagogia favoreceu conhecimentos específicos da teoria que abrange tais áreas e experiência profissional com a realidade nas dependências do ambiente escolar. Para além da experiência no ambiente escolar e dos conhecimentos específicos das ciências fonoaudiológicas, o idealizador desta pesquisa cursou mestrado em psicologia (com área de concentração em psicologia da saúde) o que subsidiou sapiência (acervo de conhecimento) no que tange à psicomетria que é uma área largamente estudada pela psicologia e que não deixa de auxiliar estudos de medida nas mais variadas ciências que dela necessita, como aporte confiável em teoria com rígidos procedimentos necessários para pesquisas de validação instrumental.

Abre-se parênteses que durante o fluxo textual da presente tese a *ESC-FONO* (Instrumento 1)¹ será referenciada em suas quatro versões, a saber:

- a) *ESC-FONO* – Inicial: versão elaborada antes da avaliação dos juízes;
- b) *ESC-FONO* – Teste: versão elaborada após os pareceres dos juízes e respondida pelos docentes na primeira etapa (Teste) de produção dos dados;

¹Instrumento 1, com todas as suas versões – Inicial, Teste, Reteste, Final –, elaborado pelo proponente desta pesquisa, encontra-se no Apêndice A.

- c) *ESC-FONO* – Reteste: versão elaborada após os pareceres dos juízes e respondida pelos docentes na segunda etapa (Reteste) de produção dos dados;
- d) *ESC-FONO* – Final²: versão validada cientificamente.

Menciona-se que o instrumento observacional *ESC-FONO* – Final pretende fornecer suporte para possíveis encaminhamentos de estudantes (por parte de docentes do ensino fundamental) para conduta adequada a fim de solucionar possível comprometimento em saúde fonoaudiológica que esteja ou não interferindo na aprendizagem, qualidade de vida, relações interpessoais, interação docente-estudante, desenvolvimento global infantojuvenil, entre outras. E os encaminhamentos que serão realizados, caso haja necessidade, corroboram a seguinte afirmação: “com base nos dados comportamentais, certas intervenções... podem ser recomendadas, visto que a monitoração comportamental é diária e consistente” (Cohen et al., 2014, p. 477).

A *ESC-FONO* – Final não é caracterizada como um instrumento de diagnóstico, mas, sim, como escala de rastreamento comportamental. A escala em questão contém 17 questões (itens) didaticamente organizadas e contemplativas de áreas fonoaudiológicas denominadas de domínios, a saber: Audiologia, Disfagia, Linguagem, Motricidade orofacial e Voz. Para todas as questões (itens) existem seis opções de respostas tipo Likert que o docente do ensino fundamental pode assinalar, tais quais: “sempre” [6], “quase sempre” [5], “às vezes” [4], “raramente” [3], “nunca” [2] e “não sei responder” [1]. Desta forma, quanto mais próximo do número 6, maior o grau de frequência do comportamento observado, e quanto mais próximo do número 2, menor a frequência referente à questão da escala. Já o número 1 corresponde à opção de resposta na qual o docente do ensino fundamental tem a possibilidade de se abster de responder, caso julgue pertinente.

Disponibilizar ao docente do ensino fundamental um instrumento orientado pela psicometria e validado cientificamente é pertinente uma vez que a questão central é promover saúde infantojuvenil. No entanto, o procedimento de rastreamento a ser realizado pelo docente do ensino fundamental – como proposto por este estudo – não objetiva diagnosticar distúrbios fonoaudiológicos, mas, sim, levantar características comportamentais sugestivas ou não de realizar encaminhamento à conduta profissional conveniente. Não se configura, pois, a escala como um teste – comumente realizado por profissionais de psicologia e fonoaudiologia –,

²Termo “Final” aplica-se dentro do texto somente para diferenciar das demais versões de validação da *ESC-FONO*.

mas, sim, como um instrumento de medida comportamental amplamente capaz de ser utilizada por docentes. Salienta-se que a função de um docente se atrela na mediação e articulação do conhecimento, bem como do desenvolvimento integral (condição contínua e permanente que se inicia na infância e se estende por toda a vida em vários locais como na própria residência, na escola, entre outros). A proposta de instrumentalizar o docente por meio da *ESC-FONO* – Final pode contribuir satisfatoriamente para o trabalho educativo levando em consideração a saúde de estudantes. Parte-se, aqui, do pensamento que a familiarização – relação do docente com a escala – ocorrerá de forma rápida e efetiva uma vez que o instrumento em questão foi construído com rigor psicométrico (área da psicologia que fornece suporte para elaboração de instrumentos com alto padrão de qualidade condizente à valoração de resultados fidedignos, bem como de quem irá utilizá-lo).

Vale ressaltar que a psicomетria – como área de sustentação para a construção de escala comportamental no presente estudo – é tradicionalmente utilizada mundialmente para desenvolver instrumentos observacionais em várias áreas do conhecimento humano, o que inclui a psicologia, a educação, a fonoaudiologia e outras tantas (Balsamo et al., 2019; Borsboom & Molenaar, 2015; Price, 2017; Wijssen et al., 2022). Outrossim, este estudo representa o esforço de participar do debate e reflexão sobre o que se concebe campos da fonoaudiologia, sendo explorados de forma contributiva socialmente. Contudo, esta pesquisa contribuirá para a reflexão em relação a ações em saúde de forma a ser iniciada nas dependências do ambiente escolar.

Baseado nisso, Costa, Fedosse, et al. (2016, p. 806) sustentam que o “cuidado da vida humana, na atualidade tem buscado a redução da vulnerabilidade às doenças e aos agravos por elas produzidos” e a construção e validação da *ESC-FONO* – Final é pertinente uma vez que não foram encontradas evidências de realização similar no atual cenário científico nacional e internacional, o que perfaz, com a realização deste estudo, condição de originalidade. Contudo, hipotetiza-se a possibilidade de construção e validação de um instrumento de rastreamento comportamental de fácil compreensão que facilite o trabalho do docente do ensino fundamental no rastreamento de saúde fonoaudiológica de estudantes quando o que está em questão é a assistência à saúde.

A partir da proposta de construção e validação de um instrumento de medição comportamental, acredita-se que se possa incidir positivamente no que preconiza o artigo 196, da Constituição Federal do Brasil de 1988, quando menciona sobre saúde: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais [ações] ... que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e

serviços para sua promoção” (*Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988). Contudo, no Brasil, ao longo das últimas décadas

vem se incorporando progressivamente à cultura [condição corriqueira coletiva] e à legislação a concepção de que saúde é direito de todos e dever do Estado. Um passo importante foi dado ao se promulgar a Constituição de 1988, que legitima o direito de todos, sem qualquer discriminação, às ações de saúde, assim como explicita o dever do poder público em prover pleno gozo desse direito. (Secretaria de Educação Fundamental, 1997, p. 252).

Partindo disso, pensa-se que todo suporte social (família, escola, amigos, entre outros) que uma criança ou adolescente receba é bem-vindo quando o que se está em mira é o bem-estar (condição de satisfação com a vida) e a saúde. Logo, entende-se como suporte social a conduta informacional, o companheirismo, ações individuais e coletivas, bem como os múltiplos auxílios com o objetivo de promover saúde (Berkman & Glass, 2000). É válido mencionar que este estudo leva em consideração uma discussão sobre promoção, prevenção e proteção em saúde fonoaudiológica de estudantes que deve ser debatida criteriosamente no atual cenário científico. E a escola, como local detentor de considerável apreço social, pode ser espaço para ações de promoção, prevenção e proteção de saúde fonoaudiológica já que faz parte do Estado brasileiro, e essa condição de Estado lhe fornece responsabilidade de prover medidas convenientes para a saúde de estudantes, assim como bem-estar (condição de satisfação com a vida) social.

Nesse ínterim, percebe-se que o ambiente escolar também pode ser considerado um local de corresponsabilidade e com grande potencialidade no auxílio da qualidade de vida da população de estudantes. A escola apresenta grande impacto (motivacional, educacional, entre outros) na vida de todo estudante, haja vista a relevância de sua influência e capacidade de incidir socialmente na vida de cada pessoa que por ali passa. O respectivo ambiente, mais do que um local de ensino formal, também apresenta responsabilidades múltiplas que abarcam a estimulação de reflexão a boas condutas, socialização, estimulação a exercícios físicos, criticidade, valorização do ser humano, estímulo ao estudo contínuo, empatia, entre outras. É pertinente mencionar que a escola é um local que contempla várias disciplinas curriculares que também incluem conteúdos em saúde, por exemplo, na biologia e na educação física. Partindo dessa lógica, pode-se aferir (assegurar) que a escola também é um espaço de saúde mesmo que atrelada ao objetivo maior que é a educação.

Não se pode deixar de fazer menção que a escola, como instituição educacional, pode ser mecanismo de estratégia de Estado para que haja a contribuição de políticas de saúde

(ações com objetivo de solucionar problemas de saúde) para o bem comum (conjunto de benefícios compartilhados) da população infantojuvenil quando a questão é pensar na sociedade que necessariamente passa pela escola como percurso necessário para o aprimoramento humano. Sociedade essa entendida por este estudo como realidade “que configura e explica o indivíduo, cujo comportamento, diluído em números e tratado estatisticamente, pode expressar a estrutura social” (Queiroz, 2000, p. 31). No entanto, há possibilidade de a escola ser um local promotor de saúde para além de ações como saúde bucal, prevenção de doenças sexuais, orientação sobre dengue e outras arboviroses (doenças causadas por vírus transmitidos principalmente por mosquitos), medidas para se evitar acidentes de trânsito e violência, controle do tabagismo e do uso de outras drogas, esclarecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis, entre outros (Silva, 2019).

É válido mencionar que as ações descritas anteriormente são, por muitas vezes, realizadas dentro da escola. Desta forma, pensa-se que, nesse mesmo local (escola), podem ocorrer permanentemente ações por meio da observação de docentes no que se refere a comportamentos de seus estudantes em relação à saúde fonoaudiológica, uma vez que a consolidação dela (saúde) na escola é essencial para o bem-estar (condição de satisfação com a vida) social como sugerem Silva (2019) e Silva e Bodstein (2016). Menciona-se, como exemplo, a prática observacional docente que é realizada há décadas no Brasil, quando o que está em questão é o comportamento diante de possíveis abusos sexuais que uma criança ou um adolescente possa estar sofrendo. Logo, pensa-se que os comportamentos associados à saúde fonoaudiológica, assim como os relacionados a abusos sexuais, também possam ser observados na rotina do docente, haja vista a sua relevância.

Outra questão que se coloca em pauta é de que parte de ações em saúde não são exclusivas de unidades de saúde (locais públicos de atendimento à saúde da população), mas essas mesmas unidades apresentam-se como rede de atenção para atendimentos e cuidados humanos (melhores condições em saúde). E parte de práticas valorativas à vida pode ser construída conjuntamente com profissionais de educação desde que a meta seja o bem-estar (condição de satisfação com a vida) da sociedade (Silva, 2007). Partindo disso, é possível aferir (assegurar) que

nos espaços coletivos que se produz a condição de saúde da comunidade e, em grande parte, de cada um de seus componentes. Nas relações sociais se afirma a concepção hegemônica de saúde e, portanto, é nesse campo que se pode avançar no entendimento da saúde como valor, na luta pela vida e pela qualidade de vida. (Secretaria de Educação Fundamental, 1997, p. 279).

Contudo, considera-se o termo “comportamento” como “modo de comportar-se” ou mesmo como conjunto de características perante reações e atitudes de uma pessoa (*Comportamento*, 2010). Leva-se ainda em consideração que, de “forma geral, um comportamento é, antes de tudo, uma ação observável” (Godim, 2019, p. 17). E o termo “observação” é entendido como qualquer forma de exame de eventos, comportamentos e fenômenos, bem como qualquer dado individual, escore, valor, entre outros (Bentzen, 2021; Reber, 1985). Dando seguimento, quando se pensa em saúde fonoaudiológica, essa mesma prática de observação comportamental mencionada anteriormente não é usual no dia a dia, e a proposta de favorecer um instrumento norteador a docentes para essa práxis pode ser essencial para a conduta de identificação de comportamentos sugestivos de saúde fonoaudiológica comprometida e, posteriormente, a de encaminhamentos pertinentes a profissionais da área.

Logo, “a observação comportamental emprega o que é chamado de uma escala... do comportamento – folha pré-impressa na qual o observador anota a presença ou a intensidade de comportamentos-alvo” (Cohen et al., 2014, p. 476). Ao se pensar em rastreamento, toma-se como base a detecção de sinais (características) que podem indicar atipia (qualidade daquilo que não está de acordo com um determinado padrão) em saúde humana de forma que forneça subsídio para evitar distúrbios que podem vir a interferir direta ou indiretamente na qualidade de vida das pessoas (Andermann et al., 2008).

Tem-se, ainda, que a observação como suporte de conquista de informações sobre o comportamento humano é uma técnica amplamente utilizada desde meados de 1960, e este estudo adota-o como apoio, haja vista a proposta de construção, validação e aplicação de um instrumento de rastreamento comportamental aplicável por docentes (Acosta et al., 2003; Wijzen et al., 2022). Isso reforça ainda mais a decisão sobre a construção de uma escala ao invés de se padronizarem supostos instrumentos existentes em outras nações, o que procedeu principalmente do fator de realidade local que é valorizado pelo Ministério da Saúde brasileiro no estímulo a novas formas eficazes de se promover saúde global de toda a população, inclusive a escolar. Cabe destacar que para a construção de um instrumento de medida torna-se necessária para o conhecimento da realidade local (Morais, 2004). Tem-se, ainda, que não foram encontrados instrumentos nacionais e internacionais com aparente objetivo, semelhança e abrangência deste estudo. A proposta desta pesquisa também se respalda no direito à atenção à saúde infantojuvenil no que preconiza o artigo 3º, da Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que menciona:

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-

se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade [valor que preza pela existência humana adequada, o que não deixa de levar em consideração a saúde] (*Lei n. 8.069, 1990a*).

O ECA também coloca em pauta a responsabilidade da sociedade de modo geral na proteção da criança e do adolescente de forma integral, haja vista sua vulnerabilidade e o processo de desenvolvimento e reafirma, em seu artigo 7º, que “A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde”; menciona ainda, em seu artigo 54, inciso VII, que “É dever do Estado assegurar à criança e ao adolescente: ...; VII - atendimento no ensino fundamental, através de programas suplementares ... e assistência à saúde.” (*Lei n. 8.069, 1990a*).

Ressalta-se, ainda, que este estudo considera a fase infantojuvenil, o que preconiza o artigo 2º do ECA, em que se define criança como pessoa com até 12 anos de idade incompletos, e adolescente, entre 12 e 18 anos.

A condição legal do artigo 7º do ECA fomenta a saúde humana e, desta forma, a construção e validação científica de um instrumento de assistência à saúde, devidamente orientado pela psicometria, valorizam a saúde infantojuvenil de escolares. A presente proposta de elaborar e validar um instrumento de medição comportamental de saúde fonoaudiológica é pertinente uma vez que no Brasil não se possui instrumento com o mesmo objetivo e nem com a mesma gama de questões (itens) e áreas (domínios) de forma que forneça condição para se realizar encaminhamento de estudantes que possam apresentar algum comportamento perceptível por docentes e que seja indicativo de comprometimento na saúde fonoaudiológica, de forma a incidir na promoção e prevenção da saúde humana. Com base nos resultados a serem alcançados nesta pesquisa, acredita-se que seja capaz de incidir na práxis escolar a possibilidade de valorizar a saúde, uma vez que a validação instrumental que se pleiteia fornecerá confiabilidade suficiente para a utilização de uma escala com objetivo de sugerir condição de saúde fonoaudiológica.

Ainda com base no Estatuto mencionado nos parágrafos anteriores, pode-se aferir (assegurar) que o bem social e a saúde de crianças e adolescentes são deveres do Estado. E esse mesmo Estado é compreendido por este estudo como instituição que se encontra no centro panorâmico político (condição de pensamento coletivo) apresentando-se como organizador do espaço social (local de inter-relações entre os estudantes). E a escola, como Estado, deve proteger seus estudantes. De modo geral, esses direitos envolvem vida, educação, liberdade e saúde. É sabido que contemporaneamente a saúde deve ser considerada

como dinâmica e integrada e, com base nisso, a escala em questão pode se tornar mecanismo para a garantia de integração e dinamismo de forma a corroborar com o que já vem sendo realizado pela escola brasileira por meio de ações que visam à promoção da saúde mental, odontológica e médica, bem como de atividades de prevenção. Destarte, a escola apresenta-se como instituição fundamental para práticas que valorizem a condição de saúde humana.

Assim, a Política de Promoção da Saúde (iniciativa governamental com o objetivo de solucionar problemas de saúde) do Brasil propõe

que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde (Ministério da Saúde, 2010a, p. 11).

Com base nisso, a justificativa para a realização desta pesquisa sustenta-se que a infância e a adolescência são períodos fundamentais no processo de desenvolvimento humano, e a família apresenta papel crucial no cuidado de crianças e adolescentes desde seu nascimento, e devendo observar seu comportamento e interação com o meio, a fim de estabelecer constantemente um olhar preventivo em saúde e também de ação orientada aos cuidados imediatos, caso a saúde venha a ser desgastada. No entanto, nem sempre a família apresenta condição de incidir com um olhar assistencial infantojuvenil de seus membros pelos mais diversos motivos. Dessa forma, as crianças e os adolescentes ficam desassistidos por seus entes e, conseqüentemente, vulneráveis a distúrbios diversos, inclusive os fonoaudiológicos. Tem-se ainda que grande número de crianças e adolescentes

vive em ambientes nocivos para sua saúde, em situações de exclusão social, e está continuamente ameaçada pelas chamadas morbidades sociais, como ... violência, drogas e acidentes. Em ambientes expostos a múltiplos fatores de risco, as crianças e os adolescentes tendem a desenvolver práticas e atitudes de risco para a sua saúde. (Cerqueira, 2007, p. 36).

Tal fato referente à realidade de crianças e adolescentes corrobora o que já vem sendo realizado por docentes do ensino fundamental há décadas no Brasil, por meio de observação comportamental de seus estudantes para fins educativos e sociais humanitários. Contudo, essa observação acontece informalmente e não está formalizada nem respaldada cientificamente de forma a contribuir para quadros em saúde fonoaudiológica. Krug et al. (2015) fortalecem a ideia de se ter mais contribuição científica para o “bom desenvolvimento das ações de saúde no ambiente escolar, em especial fornecendo um maior suporte aos educadores” (p. 8).

E a observação é relevante, uma vez que favorece a possibilidade de registro de padrões comportamentais específicos a fim de sugerir ou não desalinho em saúde (Acosta et al., 2003; Wijisen et al., 2022). Nesse ínterim, “o rastreamento, quando apropriado . . . não constitui modalidade diagnóstica . . . e sim um direito assegurado do cidadão” (Ministério da Saúde, 2010b, p. 18). Direito esse compreendido por este estudo com o pensamento filosófico-jurídico embasado no conceito universal quando apontado como norma de reconhecimento à proteção e à dignidade (valor que preza pela existência humana adequada, o que não deixa de levar em consideração a saúde), incluindo todos os seres humanos, sem exceção (Hausen & Launiala, 2015; Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, 2006).

É válido mencionar também que o rastreamento comportamental como mecanismo de fácil aplicação tem sido utilizado como ferramenta essencial para se atingir o maior número de pessoas possível, para angariar cuidados humanos (melhores condições em saúde) (Ministério da Saúde, 2010b). A presente pesquisa não deixa de incidir no raciocínio que se desenvolve na esfera da prevenção da saúde humana, haja vista que qualquer conduta de encaminhamento de estudantes para avaliação fonoaudiológica poderá resultar em orientação adequada (prevenção e diagnóstico). Entende-se que a emergência de efetivação de um instrumento validado cientificamente no Brasil pode incidir como um suporte facilitador para a saúde de crianças e adolescentes assistidos por docentes, diária ou semanalmente, em sala de aula. Esse mesmo instrumento pode ser utilizado quando convier ao docente, haja vista grande tempo que docentes passam com seus estudantes corriqueiramente. Salienta-se que não haverá sobrecarga de trabalho docente com a utilização da escala em questão, uma vez que a sua utilização por docentes não é obrigatória, porém, conveniente quando lhe couber aplicá-la tendo em vista, que ela se apresenta como eficaz, inteligível, objetiva e de fácil compreensão e preenchimento.

Contudo, partindo do que fora exposto ao longo do corpo textual do presente tópico (introdução), problematiza-se: quando o que está em questão é a assistência à saúde, a construção, validação e aplicação de um instrumento de rastreamento comportamental aplicável por docentes é capaz de incidir na promoção, prevenção e proteção em saúde de estudantes?

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E PROTEÇÃO

A saúde pode ser compreendida como um atributo essencial para a garantia de um bom desenvolvimento “atendendo aos princípios necessários para a evolução do potencial humano” (Andrade, C., 2000a, p. 81). A partir da caracterização conceitual da Organização Mundial de Saúde, a saúde passou a ser indispensável à dignidade (valor que preza pela existência humana adequada, o que não deixa de levar em consideração a saúde) em todas as suas dimensões (Ferreira Neto et al., 2009; Pereira & Oliveira, 2014).

A partir disso, afirma-se que a promoção em saúde é definida como conjunto de ações com atenção integral à pessoa humana. Já a prevenção – como contexto pertencente à promoção – pode ser caracterizada como ação envolta ao processo de evitar a instalação de distúrbios e, se já instalada, de fornecer subsídio para impedir o agravamento da doença. Tem-se que o ato de prevenir distúrbios é inquestionável e relevante como ação de saúde que pleiteia qualidade de vida (Guazzelli & Pereira, 2019; Siqueira-Batista & Gomes, 2006).

Reitera-se que a prevenção é considerada como processo intrínseco à promoção. Apesar dos dois termos (prevenção e promoção) serem utilizados grande parte das vezes de forma conjunta, eles apresentam conceitos distintos, porém, altamente correlacionados (Guazzelli & Pereira, 2019; Mialhe et al., 2019; Rabello, 2010). Já a proteção está fundamentada em ações que pleiteiam o bem-estar individual e coletivo em caráter defensivo, com o objetivo de proteger as pessoas contra doenças ou distúrbios de forma a levar em consideração a redução de vulnerabilidades (riscos) (Forattini, 1992; Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014). É válido mencionar que a proteção corresponde à aplicação de medidas direcionadas a determinado agravamento à saúde de forma que objetive interceptar as causas antes mesmo que atinjam as pessoas (*Lei n. 8.080, 1990b*).

Condizente com os conceitos de promoção, prevenção e proteção mencionados nos parágrafos anteriores, retome-se que “‘Prevenir’ significa atuar antecipadamente, impedir determinados desfechos indesejados, que seriam: o adoecimento [condição de saúde debilitada] . . . a cronicidade de uma doença” (Melo & Figueiredo, 2005, p. 130). A prevenção não pretende erradicar “todas as doenças e, sim, que sejam reduzidas em número e gravidade, através de ações adequadas, evitando suas consequências e aumentando os níveis de saúde pessoal e coletiva” (Andrade, C., 2000a, p. 84).

Vale ressaltar que a primeira proposta de um movimento de promoção de saúde foi oficializada no Canadá, mediante influência da medicina social inglesa – que apresentava modelos institucionalizados de medidas em saúde de acordo com as necessidades locais, por exemplo: cuidado com afecções coletivas, atenção à população de baixa renda, preocupação com a higiene de ambientes hospitalares, prisões e lugares públicos, mais arborização, entre outros –, que tinha rigorosa preocupação com as patologias que vinham crescendo consideravelmente no país. A partir daí, outras nações foram aderindo a essa proposta como uma forma de angariar saúde a toda população (Lalonde, 1974). Historicamente, a prevenção oriunda da saúde pública migrou para a condição clínica das patologias, de forma que a identificação de fatores de risco fosse componente da prevenção como um novo tempo em saúde humana (Mialhe et al., 2019; Starfield et al., 2008).

Entretanto, a literatura científica aponta basicamente quatro subgrupos, quais sejam: a prevenção primária, a secundária, a terciária e a quaternária. Acentua-se que, apesar de haver quatro subgrupos, a quaternária não se aplica para esta pesquisa tendo em vista seu conceito consistindo na condição de risco em maior ou menor grau frente a medicalização excessiva, bem como procedimentos (intervenções em saúde) desnecessários de forma a se evitar condição de iatrogenia (efeitos adversos de tratamento médico) (Jamouille, 2015; Tesser, 2017).). A seguir, conceituam-se os três primeiros subgrupos.

A primária é aquela caracterizada como estado que antecede o surgimento da doença e tem considerável relação com o termo “proteção”, muitas vezes utilizada como sinônimo, uma vez que apresentam o mesmo objetivo. Ou seja, “é a ação tomada para remover causas e fatores de risco de um problema de saúde individual ou populacional antes do desenvolvimento de uma condição clínica” (Ministério da Saúde, 2010b, p. 14). Para Melo e Figueiredo (2005), trata-se do

Conjunto de ações voltadas para a prevenção da ocorrência. Engloba medidas que têm como objetivo atuar sobre o período que antecede a ocorrência da doença, destinadas a evitar o desencadeamento de fatores que podem causá-la. Visa à promoção da saúde por meio do atendimento às necessidades básicas do homem e por meio da prevenção das doenças (p. 130).

Já a secundária pode ser compreendida como um estado em que sinais comportamentais ou morfofuncionais indicam condição inicial de possível atipia (qualidade daquilo que não está de acordo com um determinado padrão). Assim dizendo, “é a ação realizada para detectar um problema de saúde em estágio inicial, ... no indivíduo ou na

população” (Ministério da Saúde, 2010b, p. 14). Segundo Melo e Figueiredo (2005), a prevenção secundária é o

conjunto de medidas voltadas para o período em que a doença já existe, visando impedir sua evolução e suas complicações. As ações ... englobam medidas que têm por objetivo identificar o processo patológico antes mesmo do aparecimento dos sintomas (p. 131).

Para Contini (2001) e Lacerda e Guzzo (2005), a terciária refere-se a distúrbio instalado e, diante disso, a tomada de decisão sempre será a minimização de suas consequências. Assim dizendo, “é a ação implementada para reduzir em um indivíduo ou população os prejuízos funcionais consequentes de um problema agudo ou crônico” (Ministério da Saúde, 2010b, p. 14). De acordo com Melo e Figueiredo (2005), “Nessa etapa a doença já se instalou As ações voltadas para limitação do dano incluem medidas que visam prevenir ou limitar a extensão das sequelas e as complicações causadas por doenças” (p. 132). Outrossim, o “objetivo da aplicação das medidas Preventivas Primárias (dentre elas, a Promoção da Saúde), Secundárias e Terciárias, portanto, na perspectiva da história natural da doença, é evitar as doenças ou seu agravamento” (Westphal, 2006, p. 642).

Contudo, as ações de intervenção preventivas são, em grande parte das vezes, exitosas – se realizadas de forma satisfatória –, uma vez que se centram no ser humano como objetivo de alcance. Para Durlak (1997), as ações preventivas podem ser divididas em dois conjuntos: a) a estratégia em si respaldada no ambiente com o objetivo de minimizar possíveis desajustes ambientais (agentes estressores); e b) as ações centradas nas pessoas por meio de manejo estratégico a fim de se alcançar a promoção da saúde. Logo, independentemente do local em que se propiciará promoção, prevenção e proteção em saúde, há necessidade de boa intenção, preferencialmente coletiva. E, também, favorecimento de subsídio para a integração da pessoa humana a sua comunidade.

Tem-se ainda que se deve “ter o cuidado de não associar prevenção à idéia [*sic*] que se deve evitar qualquer risco. Os riscos são inerentes à vida” (Secretaria de Educação Fundamental, 1997, p. 279). Nesse ínterim, o “risco” é entendido por esse estudo como a possibilidade de algo sair do controle, ou seja, é “uma noção genuinamente moderna, e está implicada na reorientação das relações que os indivíduos e as coletividades estabelecem com os acontecimentos que podem ocorrer no futuro” (Gondim, 2007, p. 87).

Considera-se assim, “que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco ..., visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade”

(Ministério da Saúde, 2010a, p. 12). E, “Nas últimas décadas, tornou-se mais e mais importante cuidar da vida de modo que se reduzisse a vulnerabilidade [fragilidade] ao adoecer” (Ministério da Saúde, 2010a, p. 9). Porém, para Demarzo (2011), é relevante salientar

a diferença entre **prevenção de doenças** e **promoção da saúde**, lembrando que ambas são importantes para a condição de saúde. Enquanto a primeira trabalha no sentido de garantir proteção a doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações, a **promoção da saúde** ... visa incrementar a saúde e o bem-estar [condição de satisfação com a vida] gerais, promovendo mudanças nas condições de vida e de trabalho capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população (p. 18).

É válido mencionar que a promoção da saúde vem sendo discutida desde a 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, em Alma-Ata, em 1978 (*Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários*, 1978/2002). A temática discutida nesse evento foi valorizada ainda mais na 1ª Conferência sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, em 1986 (*Carta de Ottawa*, 1986/2002). Diante das diversas discussões realizadas ao longo dos encontros e devidamente consagradas pela literatura científica, pode-se compreender a promoção da saúde como proposta de ganho coletivo que envolva a sociedade. Tal proposta não somente proporciona benefícios à família e às comunidades, mas oferece, também, a possibilidade de todos colaborarem para que conjuntamente se possam propor políticas públicas (iniciativa governamental com o objetivo de solucionar problemas) para o auxílio da coletividade (Silva, 2019; Silva, Pesaro, et al., 2013).

A “Promoção da Saúde pode contribuir para aprofundar a compreensão sobre a complexidade [dificuldade] de preservar os potenciais de saúde de indivíduos e grupos sociais” (Pereira & Oliveira, 2014, p. 5). E é considerada um dos “temas correntes mais abordados nos diferentes espaços de ... práticas de saúde, como proposta aos desafios ... contemporâneos. Embora tenha ganhado força nos últimos ... anos, a Promoção da Saúde não é um tema novo.” (Pereira & Oliveira, 2014, p. 43).

Assim, tanto a promoção, prevenção e proteção em saúde apresentam enfoque na cidadania (qualidade de ser cidadão com deveres e direitos), uma vez que são ações que promovem motivação ao bem comum (conjunto de benefícios compartilhados por todas as pessoas de determinada comunidade), bem como melhor condição de vida (Siqueira-Batista & Gomes, 2006). Por meio dessas estratégias (promoção, prevenção e proteção) é que se pode conquistar – pela articulação transversal – qualidade de vida e redução de riscos à saúde, bem

como melhorias no modo de viver (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2011). No entanto, promover saúde compõe

estratégias que se movem transversalmente em todas as políticas, programas e ações do setor saúde, numa tentativa de trazer o olhar, a perspectiva da saúde e do desafio do construir a integralidade [condição de garantia de assistência à saúde levando em consideração os níveis de atenção primária, secundária e terciária] em toda a sua complexidade [conjunto de numerosos elementos que funcionam como um todo] e singularidade [particularidade] social e individual (Ministério da Saúde, 2002, p. 14).

A promoção da saúde “como uma das estratégias de produção de saúde ... contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde.” (Ministério da Saúde, 2010a, p. 10). Tem-se ainda que promoção da saúde pode ser conceituada como

uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas [condição corriqueira coletiva] presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade [*sic*] [igualdade de direitos] e incorporem a participação [implicação no entendimento de múltiplas ações de forças sociais para benefícios de uma sociedade] e o controle sociais [*sic*] [participação da sociedade a fim de solucionar os problemas] na gestão das políticas públicas [iniciativa governamental com o objetivo de solucionar problemas de uma coletividade]. (Ministério da Saúde, 2010a, p. 12).

Porém, é sabido que promover saúde se torna caminho eficaz para a minimização de problemas de saúde individuais e coletivas, independentemente de idade. Nos últimos tempos, vem sendo discutida de forma sistemática em nações ricas, no entanto, em nações pobres e emergentes, isso ainda não ocorre como deveria e está distante de se ter favorável saúde populacional uma vez que prevenir (aos olhos dos governantes) se torna custoso ao poder público, que pleiteia em grande parte das vezes ações com imediata resposta. Tais respostas imediatas – muitas vezes efêmeras – nem sempre são pertinentes em longo prazo, o que perfaz ser um pensamento errôneo em saúde individual e coletiva (Andrade, C., 2000a; Ministério da Saúde, 2002; Rabello, 2010).

Para Westphal (2006), no objetivo de se conquistarem melhores condições de saúde a proposta de Promoção de Saúde ... em seus pressupostos conceituais e operativos, supõe, entre outros aspectos, que a população deva participar na definição da política

[ação], no controle social [participação da sociedade na fiscalização de iniciativas governamentais] e na avaliação das ações e serviços dela decorrentes. Contempla, portanto, a participação social [implicação no entendimento de múltiplas ações de forças sociais para benefícios de uma sociedade] e política [garantia de direitos e deveres na participação social de forma que se possa influenciar as decisões de interesse comum] da população tendo em vista o atendimento das necessidades, das demandas e dos interesses das organizações da sociedade civil [entidades não governamentais sem fins lucrativos que contam com a participação da população na organização de ações de interesse da sociedade]. (p. 656).

Por conseguinte, a promoção da saúde tem o objetivo de alavancar estratégias de melhorias da qualidade de vida populacional (Silva, 2019; Silva & Bodstein, 2016). Logo, a ação promotora de saúde pode ser mecanismo exitoso para as políticas públicas (iniciativa governamental com o objetivo de solucionar problemas de uma coletividade) que visem à saúde humana de forma a contribuir com subsídios recursais humanos e materiais, a fim de que possam produzir soluções-chave para problemáticas ambientais, futuras e atuais doenças ou mesmo condições que possam prejudicar a boa qualidade em saúde (Rabello, 2010). Assim, há de se considerar que a “saúde é fator fundamental para o desenvolvimento, cujos efeitos corroboram para uma vida saudável” (Akerman et al., 2006, p. 129). E “a garantia da saúde implica assegurar ... redução dos riscos de adoecer.” (Ministério da Saúde, 2010a, p. 12). Dessa forma,

a promoção da saúde significa uma intervenção ... voltada para a consecução do direito à saúde, mediante ações voltadas para a melhoria das condições de vida, que podem ocorrer nos espaços ... das comunidades [o que inclui as escolas], sendo fundamentadas por aportes multidisciplinares (Pedrosa, 2007, p. 43).

Como um campo de promoção de saúde, a “criação de espaços saudáveis” se torna essencial para a conquista de melhorias na vida do ser humano. E as práticas de saúde são, reconhecidamente, as formas pelas quais a sociedade estrutura e organiza as respostas aos problemas de saúde (Guazzelli & Pereira, 2019; Silva, 2019). Tem-se, ainda, que inúmeras ações em saúde, em suas diversas dimensões, poderiam ser planejadas e aplicadas para a consolidação não somente de prevenção, mas também de promoção em saúde como componente essencial para a humanidade. Promover ações em prol da vida, ou melhor, dos direitos do cidadão, é compartilhar possibilidades para que todos possam viver igualmente e gozando da melhor condição de saúde possível. (Mialhe et al., 2019; Westphal, 2006). Nesse sentido, ressalta-se que a “grande maioria das causas de doenças e

deficiências poderiam ser evitadas por meio de ações preventivas” (Secretaria de Educação Fundamental, 1997, p. 255).

2.1.1 Considerações sobre Saúde no Ambiente Escolar

Toma-se que a educação como um bem sociocultural (condição corriqueira de determinado grupo social) seja essencial para a formação de crianças e adolescentes no que tange a sua cidadania (qualidade de ser cidadão com deveres e direitos) e desenvolvimento global. E, partindo disso, acredita-se que a educação auxiliada pela saúde seja o caminho para alcançar melhores condições sociais e culturais (condição corriqueira coletiva) infantojuvenis. As implicações da saúde na educação são inúmeras e todas positivas quando a prioridade é a promoção, prevenção e proteção em saúde (Durlak, 1997; Martínez, 1996). Dessa forma, a escola é “um espaço institucional privilegiado para a convivência social e o estabelecimento de relações intersubjetivas favoráveis à promoção da saúde e à construção de resposta social aos desafios colocados para a sociedade” (Ministério da Saúde, 2006, p. 15).

Contudo, o envolvimento de toda a comunidade escolar é essencial para atingir os benefícios em saúde de estudantes. Portanto, o docente é o profissional essencial para que haja transformação social (mudanças positivas na sociedade), haja vista sua ampla relação com seus estudantes e suas famílias. Acredita-se que seja por meio do docente que se possa conquistar mais benesses sociais (condições favoráveis à sociedade). E a escola pode ser ambiente para grandes experiências de multiplicação de ações individuais e coletivas que vise à prevenção de estados atípicos (qualidade daquilo que não está de acordo com um determinado padrão) em saúde (Silva, 2019; Traverso-Yépez, 2007).

Historicamente, o Brasil apresenta interesse pela institucionalização de políticas de saúde (iniciativa governamental com o objetivo de solucionar problemas de saúde) em ambiente educacional, como pode ser confirmado no Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007, artigo 1º e o artigo 2º, incisos III a V:

Art. 1º Fica instituído, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, o Programa Saúde na Escola – PSE, com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.

Art. 2º São objetivos do PSE:

III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;

IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania [qualidade de ser cidadão com deveres e direitos] e nos direitos humanos [normas de reconhecimento e proteção à dignidade dos seres humanos, sem exceção];

V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar; (*Decreto n. 6.286, 2007*).

A criação de ambientes favoráveis à saúde é complexa (difícil), pois estes mantêm relações de interdependência entre atores sociais (diversos representantes de uma sociedade que apresentam condições singulares de auxílio). Dessa forma, transcende o espaço físico e contempla o espaço social (local de inter-relações entre os estudantes), por meio das relações humanas (Buss, 2003; Silva, 2019). Nesse sentido, é importante que os docentes cooperem com reflexão em relação a potencialidades e problemáticas existentes em seus locais de convivência, inclusive as escolas (Westphal, 2006). Todavia, a escola tem sido local de relevantes ações em prol da saúde, há décadas no Brasil, e tem sido utilizada como local apropriado para averiguação de fatores de risco às doenças (Ocampos, 2007; Mont'Alverne & Catrib, 2013). A escola brasileira apresentou ao longo do tempo o interesse na promoção, prevenção e proteção da saúde, haja vista se conscientizar da necessidade de ações que pudessem ser mecanismo de auxílio às políticas públicas (iniciativa governamental com o objetivo de solucionar problemas de uma coletividade). Auxílio esse que se respalda na boa saúde da população em geral, o que inclui a dos estudantes (Faria & Carvalho, 2004).

Tem-se que, a partir de 1889, as ações em saúde escolar (principalmente as de higiene) iniciaram-se pela necessidade de controle sanitário, bem como pela precária condição de saúde pública, epidemias e más condições da saúde da sociedade (Silva, Meneghim, et al., 2010).

Menciona-se, ainda, que as ações realizadas dentro do ambiente escolar tinham a finalidade de minimizar a incidência de patologias de estudantes, assim como garantir mais conscientização para o controle de fatores de risco que pudessem acometer familiares de estudantes (Figueiredo et al., 2010). No entanto, somente a partir de 1950, as ações foram direcionadas a problemáticas envoltas à educação por meio da

redemocratização do Brasil e pela Constituição Federal ..., muitas foram as iniciativas e abordagens que pretendiam focalizar o espaço escolar e, em especial, os estudantes, a partir e/ou dentro de uma perspectiva sanitária. Em sua maioria, tais experiências tiveram como centro a transmissão de cuidados de higiene e primeiros

socorros, bem como a garantia de assistência médica e/ou odontológica. Assim, centraram-se na apropriação dos corpos dos estudantes, que, sob o paradigma biológico e quaisquer paradigmas, deveriam ser saudáveis. (Ministério da Saúde, 2009, p. 7).

Em meados da década de 1980, a sociedade e governantes brasileiros consideraram efetivamente a escola um ambiente propício para a promoção de saúde (Silva, Meneghim, et al., 2010). Esse reconhecimento foi valorizado pela criação de Sistema Único de Saúde a partir de 1988 pela Constituição Federal. Logo após esse marco na história brasileira, mais especificamente, a aprovação pelo Congresso Nacional da Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990) defende o direito universal à saúde a toda a população, o que inclui ações que podem ser realizadas dentro do ambiente escolar (*Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988; Lei n. 8.080, 1990b).

Ao longo dos tempos, vários desafios foram impostos à sociedade e ao Estado, a fim de se atingirem mais condições de saúde de estudantes (Silva, Meneghim, et al., 2010). Por ter grande abrangência social e ser uma importante aliada na promoção, prevenção e proteção de saúde envolta ao progresso humano, a escola tem-se consistido em campo de novas propostas que pleiteiam a saúde como direito de todo cidadão a fim de conquistar ambientes saudáveis e consolidar políticas públicas (iniciativa governamental com o objetivo de solucionar problemas de uma coletividade) voltadas à qualidade de vida (Faria & Carvalho, 2004; Polonia & Dessen, 2005). Portanto, a “escola é um espaço privilegiado por congregar, por um período importante, crianças e adolescentes numa etapa crítica de crescimento e desenvolvimento” (Cerqueira, 2007, p. 35). Assim, pode-se considerar o ambiente escolar como

um espaço formal onde se dá o processo educativo [escolarização], mas também é um espaço institucional [local pertencente ao Estado], social [local de inter-relações entre pessoas] e político [local que se faz pensar no coletivo], permeado pela cultura [condição corriqueira coletiva]. A consideração desses aspectos torna-se importante para o suporte e sustentabilidade de programas e estratégias voltados para a promoção [da saúde humana] (Rezende, 2007, p. 85).

Logo, a escola, como instituição amplamente reconhecida educacionalmente, deve garantir um desenvolvimento saudável a seus alunos. Nesse sentido, o objetivo, então, é consolidar-se como um espaço auxiliar de promoção, prevenção e proteção de saúde geral, haja vista sua potencialidade em atingir um grande número de crianças e adolescentes de forma concomitante. Assim, o desafio educacional é favorecer recurso humano capaz de

transformar realidade não saudável (individual e ou coletiva) em saúde constante (Pelicioni & Torres, 1999; Potvin & Jones, 2011). Há de se considerar que, com o início da vida escolar “a criança traz consigo a valoração de comportamentos relativos à saúde oriundos da família Durante a infância e a adolescência, épocas decisivas na construção de condutas, a escola passa a assumir papel destacado por sua potencialidade [em saúde]” (Secretaria de Educação Fundamental, 1997, p. 261).

Dessa forma, a promoção, prevenção e proteção da saúde sob o olhar da educação são caracterizadas pelo conjunto de ações em prol de melhores condições de vida por meio da saúde (Candeias, 1997). Logo, devem-se convencionar os mais variados determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de profissionais da educação e/ou da própria área da saúde, para proporcionar ações planejadas para o auxílio da comunidade educacional (Gagné & Godin, 2019a). Compreendem-se “ações” como intervenções de base comportamental promovida por uma pessoa, um grupo ou mesmo a comunidade para se atingir o bem-estar (condição de satisfação com a vida) coletivo (Green & Kreuter, 1991).

No entanto, em grande parte das vezes que a escola executa ações em saúde, o faz com abordagem reduzida, tendo em vista a ausência de amparo instrumental e técnico que abarque a saúde de forma integral. É válido mencionar que é comum a realização de ações em que profissionais de saúde se dirigem até a escola para palestras e intervenções específicas. Apesar de a visita esporádica de profissionais de saúde no ambiente educacional ser muito bem-vinda, é nítida a deficiência dessa ação isolada (Guimarães & Lima, 2011). Logo, “a escola em seu conjunto precisa adotar uma abordagem preventiva consistente” (Secretaria de Educação Fundamental, 1997, p. 281).

Muitas vezes, a visitação de tais profissionais é comunicada dias antes da data pleiteada, e, dessa forma, os professores não conseguem se organizar para realizarem a correlação necessária com o conteúdo curricular para fazer sentido ao estudante, bem como todos os profissionais do ambiente em questão. Apesar da potencialidade da escola em responder aos anseios em prol da promoção, prevenção e proteção em saúde humana, muitas nações (principalmente as pobres e emergentes) não apresentam subsídio na organização e ferramentas para tal (Costa, Cavalcanti, et al., 2013; Gomes & Horta, 2010; Ippolito-Shepherd, 2003).

Outrossim, para que haja desenvolvimento estratégico em saúde escolar, há necessidade de consolidação entre profissionais de diversas áreas do conhecimento, boa vontade de todos os envolvidos, condição pedagógica atrelada à saúde infantojuvenil e

ferramentas respaldadas cientificamente para o sucesso de ações que primam pelo bem-estar (condição de satisfação com a vida) estudantil. Nesse viés, reafirma-se a escola como um lócus promotor de liberdade (oriundo do conhecimento a ser adquirido), conhecimento (aquisição dos saberes), cidadania (qualidade de ser cidadão com deveres e direitos), assim como de valorização do ser humano em sua totalidade (Cardoso et al., 2008; Gonçalves et al., 2008; Silva & Bodstein, 2016).

A Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, reafirma o sentido do parágrafo anterior e ainda complementa que a saúde deve ser classificada como uma temática transversal de forma a proporcionar ações integradas e com objetivos bem delineados entre a área da educação e saúde humana (*Lei n. 9.394*, 1996). O ambiente educacional respaldado em seu objetivo principal, que é a educação formal associada à promulgação da boa qualidade em saúde, torna-se cada vez mais relevante uma vez que se potencializa a mobilização de projetos de valorização de estudantes (Graciano et al., 2015; Ippolito-Shepherd, 2003; Matos & Carvalhosa, 2001).

Diversas são as formas encontradas para se conquistar a saúde integral de estudantes e profissionais pertencentes ao ambiente educacional, de forma que

A escola tem representado um importante local para o encontro entre saúde e educação abrigando amplas possibilidades de iniciativas tais como: ações de diagnóstico clínico e/ou social estratégias de triagem e/ou encaminhamento aos serviços de saúde especializados ou de atenção básica; atividades de educação em saúde e promoção da saúde. (Casemiro et al., 2014, p. 830).

No entanto, para que possa ser considerada um ambiente promotor de saúde, a escola deve apresentar um enfoque integral em saúde humana, principalmente em relação às crianças e aos adolescentes. Sendo que o ambiente escolar deve ser de relações pacíficas, ações constantes para o bem-estar (condição de satisfação com a vida), promoção em saúde global, harmonia, autonomia de seus frequentadores, promoção de saúde física e mental, bem como aprendizagem formal (Chelala, 1998; Mialhe et al., 2019; Silva, 2019). Em suma, a escola como promotora de saúde e potencial local de ações sociais deve evitar agravos em saúde de forma a fomentar melhor qualidade de vida (Demarzo & Aquilante, 2008).

É relevante a implementação de ações integradas de áreas diferentes que se aproximem do sistema educacional para a conquista de objetivos plurais em comum à valorização da vida (Chelala, 1998; Silva, 2019). Logo, tem-se que o Ministério da Saúde brasileiro ressalta que o período de escolarização é essencial para se pleitear promoção de

saúde que envolva fatores de proteção, prevenção, minimização e extinção de distúrbios (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014).

Sabe-se que a fase infantojuvenil vivenciada por estudantes se apresenta como período de aquisição de hábitos que podem ser estendidos ao longo da vida (Andrade, M., 1995); hábitos esses que podem ser positivos ou negativos para a saúde e, se não detectados precocemente, podem ter resultados lastimáveis para a aprendizagem, saúde e qualidade de vida (Samdal et al., 1998). Da mesma forma, sabe-se que a escola apresenta função pedagógica específica a qual é reconhecida mundialmente como detentora de progresso (avanços coletivos) e transformação social (mudanças positivas na sociedade, que incluem os comportamentos, as relações interpessoais, entre outras). Essa função por si só justifica ações que pleiteiam a boa saúde da comunidade estudantil, uma vez que essa mesma transformação social induz o pleiteio à saúde (Battistich & Hom, 1997; Graciano et al., 2015; Silva, 2019; Silva & Bodstein, 2016).

O período infantojuvenil é composto de um público que demanda por ações que envolvam práticas em saúde e de integração de políticas públicas (iniciativa governamental com o objetivo de solucionar problemas de uma coletividade) que almejem impacto positivo sobre condição educacional e em saúde (Graciano et al., 2015). Assim, os processos educativos apresentam-se fundamentalmente para produzir caminhos para uma vida mais saudável, bem como proporcionar conhecimento capaz de conscientizar boas práticas em saúde, inclusive, a de transmitir informações aos estudantes a fim de serem repassadas à sociedade (Mialhe et al., 2019).

Promover a construção de vidas mais saudáveis em ambientes escolares é essencial para prover um aprendizado eficaz, de forma a garantir mais condições educativas como garantido pela Constituição Federal de 1988 (*Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988). Assim, a escola tem autonomia de promover e organizar campanhas, ações, seminários, colóquios, trabalhos artísticos de forma a mobilizar estudantes e a comunidade em geral para a atenção à saúde atrelada à educação (Graciano et al., 2015).

As ações promovidas pela escola somam força paralela a outros locais específicos para a promoção, prevenção e proteção da saúde humana, o que inclui Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento, ambientes hospitalares, entre outros. No entanto, a atuação das ações em saúde em ambiente escolar não substitui a função dos locais anteriormente mencionados. A escola apresenta suas funções educacionais e pode contribuir para a boa saúde da sociedade (Mialhe et al., 2019; Silva, 2019).

Ao longo da história da educação brasileira, tem-se a elaboração dos Parâmetros Curriculares Nacionais de Educação para a Saúde, que foi um marco para a reflexão conjunta de educação-saúde (Secretaria de Educação Fundamental, 1997). Nas últimas décadas, o Brasil vem paulatinamente agregando à sua cultura (condição corriqueira coletiva) o que está garantido na Constituição Federal de 1988, que é dever do Estado o direito à saúde a todos os brasileiros (*Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988). Outrossim, a promulgação desse direito dá oportunidade de instituições públicas, o que inclui as escolas, promoverem ações que se importem com a promoção, prevenção e proteção da saúde humana além de suas funções pedagógicas.

A prática de ações escolares em prol da saúde já vem sendo realizada há décadas em território brasileiro, e isso somente foi possível com a implementação de cultura (condição corriqueira coletiva) de higiene, projetos de vida saudável, formação continuada de docentes, o que favoreceu a conscientização de práticas em saúde, criação do marco legal e regulatório dos direitos humanos (normas de reconhecimento e proteção à dignidade dos seres humanos, sem exceção) de crianças e adolescentes, denominado de ECA, e a promulgação da Constituição Federal de 1988. Todos os fatores mencionados anteriormente contribuíram direta ou indiretamente para as práticas de saúde em ambiente educacional (Mialhe et al., 2019).

Pensar educação e saúde concomitantemente é essencial quando o que está em questão é o exercício interdisciplinar tão exigido na contemporaneidade (Chelala, 1998). Refletir boas práticas em saúde no cenário educacional é dar suporte ao pragmatismo profissional e humano embasado em uma ótica integradora (Mialhe et al., 2019). Logo, a cultura (condição corriqueira coletiva) de interação educação-saúde promove motivações, experiências singulares, interesses múltiplos e valores e crenças ímpares à coletividade (Graciano et al., 2015; Silva, 2019).

Destarte, a saúde e a educação, situadas como áreas do conhecimento e exercício amplamente reconhecido pela sociedade, têm sido também consideradas a partir de suas particularidades próprias. Tais particularidades referem-se à educação associada à escola, bem como a processos de aprendizagem. E a saúde está relacionada a ações de bem-estar (condição de satisfação com a vida), assim como processos de adoecimento (condição de saúde debilitada) (Graciano et al., 2015; Silva, 2019).

A escola como ambiente integrador de conhecimentos, devidamente respaldada na educação formal, estabelece projetos e campanhas transversais em prol de vidas mais saudáveis (Matos & Carvalhosa, 2001). Portanto, ações em prol do bem-estar (condição de

satisfação com a vida) de estudantes originam-se da cooperação de diversos profissionais, tais como docentes, gestão escolar, trabalhadores da saúde, pesquisadores, entre outros. Todos podem se apresentar como mediadores da relação saúde-educação.

No que se refere a ações escolares perante as questões de saúde humana, certamente estão presentes os dilemas referentes à abrangência de seu papel de atuação associado às fronteiras do que é função da família ou da escola, o que é função do professor ou dos pais, o que é função do Estado e o que é do próprio indivíduo na prevenção e conservação da saúde de base (Lima et al., 2012, p. 199).

E tem-se que “promoção da saúde vem se estabelecendo como um componente importante das políticas públicas [iniciativa governamental com o objetivo de solucionar problemas de uma coletividade]” (Moysés & Rodrigues, 2004, p. 82). Logo, uma escola promotora de práticas em saúde se atém a todo seu público, como docentes, gestores educacionais, cozinheiros, zeladores, pessoal de serviços gerais, dentre outros. Sobretudo, promover saúde é lidar com diversas dimensões disciplinares; é considerar que o estudante pode necessitar de auxílio em saúde. Portanto, pensa-se que, dentro do ambiente escolar, a possibilidade de o docente do ensino fundamental observar comportamentos é essencial para que haja condição de incidir assistencialmente em saúde de estudantes (Mialhe et al., 2019; Silva, 2019; Silva & Bodstein, 2016).

Têm-se que as ações que objetivam saúde de estudantes e profissionais atuantes na escola empenham-se nas orientações em relação à prevenção de doenças, bem como na condição de encaminhamento a profissionais de saúde caso se tenha um suposto distúrbio instalado. Desse modo, situações individuais ocorridas no ambiente educacional são comuns e, por isso, serem motivos para a realização de ações que visem à prevenção de distúrbios da coletividade por meio do conhecimento didaticamente repassado (Mialhe et al., 2019; Silva, 2019).

Estabelecer debates em relação a fatores desfavoráveis à saúde é corriqueiro em escolas que primam pela transversalidade (ações conjuntas com a participação de diversas disciplinas concomitantes) da educação formal, bem como cooperação de seu corpo de profissionais. Esses debates compreendem projetos, palestras e gincanas, de forma a considerar reflexões e conscientização ao risco em saúde e, também, formas de lidar com distúrbios gerais em saúde, inclusive os fonoaudiológicos. E, para que isso ocorra, a escola deve se ater à necessidade de implementação de cultura (condição corriqueira coletiva) de auxílio plural, devidamente respaldada em seu projeto político-pedagógico, assim como apoio de rede governamental (constituída pelo governo) e não governamental (organizações sem

fins lucrativos constituídas autonomamente por iniciativas de solidariedade) em ações institucionais no campo da saúde (Barsano et al., 2014).

A Organização Panamericana de Saúde favorece estímulos às iniciativas para o fortalecimento de países pertencentes à América Latina e ao Caribe no que tange à saúde em ambiente escolar. Acredita que escolas que aderem aos esforços de promoção, prevenção e proteção à saúde apresentam condição de incidirem no bem-estar humano (condição de satisfação com a vida) e, conseqüentemente, na dignidade (valor que preza pela existência humana adequada, o que não deixa de levar em consideração a saúde) e respeito à vida. Logo, tem-se que o ambiente escolar deve se ater às estratégias de promoção à saúde de escolares, o que compreende: a) educação para a saúde com enfoque integral, incluindo desenvolvimento de habilidades para a vida; b) criação e manutenção de ambientes físicos e psicossociais saudáveis; e c) oferta de serviços de saúde, alimentação saudável e vida ativa (Organización Panamericana de la Salud, 1995, 2000).

Uma escola promotora de saúde é aquela que fomenta políticas (ações) em prol do bem-estar (condição de satisfação com a vida) coletivo e individual, bem como a dignidade (valor que preza pela existência humana adequada, o que não deixa de levar em consideração a saúde), oportunidade de crescimento e de bom desenvolvimento infantojuvenil (Ippolito-Shepherd, 2003; Romero & Joia, 2019). Pensa-se, também, que, para fomentar a aprendizagem e a saúde de forma concomitante, pode-se considerar a participação de instituições de saúde e educação, da sociedade e também da família (Silva, 2019; Silva, Pesaro, et al., 2013). Para Moysés e Rodrigues (2004), desenvolver ações de promoção, prevenção e proteção de saúde em espaços sociais (local de inter-relações entre as pessoas) é essencial para favorecer melhores condições de vida e de bem-estar (condição de satisfação com a vida) individual e coletivo.

Por conseguinte, a escola como espaço social (local de inter-relações entre os estudantes) pode favorecer observatório (espaço de observação permanente) de condição de saúde humana. Aliás, seu espaço pode ser aprimorado para melhor suporte à saúde. Suporte esse capaz de favorecer qualidade de vida por meio de ações que envolvam a família e a sociedade (Onis et al., 2007; Silva, 2019; Silva, Pesaro, et al., 2013; Stewart-Brown, 2006). “Em conjunto com a família, escolas são espaços [local de inter-relações entre os estudantes] essenciais para o desenvolvimento individual e social” (Moysés & Rodrigues, 2004, p. 86).

Logo, o ambiente escolar é propício para a implementação de políticas (ações) que gerem saúde a seus frequentadores. Dessa forma, torna-se um local propulsor de benefícios a toda a comunidade, bem como um local de inclusão social. Logo, a escola pode se tornar polo

de práticas sociais que envolvam a qualidade de vida de estudantes e respeito aos direitos constitucionais à saúde e à educação (Mialhe et al., 2019; Silva, 2007, 2019; Silva & Bodstein, 2016). Outrossim, “promoção da saúde representa . . . , uma perspectiva realista para melhoria da saúde de toda a população, cuja base teórica centrada na concepção ampla do processo saúde-doença e seus determinantes, em articulação com o planejamento estratégico” (Moysés & Rodrigues, 2004, p. 82).

Para se atingir a promoção, prevenção e proteção de saúde escolar, há necessidade de apoio do corpo de profissionais que trabalham neste ambiente a fim de que possam agir, sempre que possível, de forma colaborativa para o bem comum (conjunto de benefícios compartilhados) de estudantes. A partir disso, pensa-se que docentes tenham crucial importância no autoaperfeiçoamento de crianças e adolescentes a fim de valorizar e compreender as necessidades dos estudantes (Carvalho et al., 1998; Lima et al., 2012).

Salienta-se em relação à saúde infantojuvenil que

cotidianamente os professores enfrentam problemas diretamente vinculados aos processos de ensino e aprendizagem e tentam encontrar soluções mediante ações que, em geral, são ineficientes a médio prazo. Ainda que com a boa intenção de contribuir, muitos professores, com uma formação profissional que deixou de considerar tal questão, fazem algum tipo de promoção da saúde, sem conhecimento, sem técnica, sem método e, muitas vezes, sem eficiência. (Lima et al., 2012, p. 193).

Diante disso, para que haja a efetivação da escola como um local de referência em promoção de bem-estar (condição de satisfação com a vida) de crianças e adolescentes, bem como de ações efetivas para a saúde humana, estima-se contar com o apoio dos docentes. Estes são essenciais para atividades coletivas a fim de atingir benefícios múltiplos em prol do bem comum (conjunto de benefícios compartilhados). E, são, também, profissionais transformadores de uma sociedade (Chelala, 1998; Silva, 2019; Silva & Bodstein, 2016). E, nesse prisma, salienta-se que a saúde pode ser alcançada “por qualquer escola, por menor que seja” por meio de implementação de ações que respondam às necessidades e aos problemas de estudantes (Mialhe et al., 2019, p. 52).

Outrossim, com base em toda a teoria exposta anteriormente, é relevante destacar que a *ESC-FONO* – Final foi pensada como instrumento a ser utilizado por docentes do ensino fundamental e, logo, elaborada com base em rigorosa literatura referente às cinco áreas que a contemplam. Parte-se da lógica de que somente com ampla leitura e conhecimento da literatura se pode ter subsídio para a construção de escalas. Assim, apresenta-se a seguir a

literatura que contribuiu para a construção das questões (itens) na mesma ordem exposta no construto.

2.2 LITERATURA QUE SUBSIDIA TEORICAMENTE AS QUESTÕES (ITENS) DA *ESC-FONO* POR DOMÍNIO

Apesar de a ciência fonoaudiologia ser constituída por 14 áreas, a saber, audiologia, motricidade orofacial, fluência, linguagem, voz, saúde coletiva, disfagia, fonoaudiologia educacional, gerontologia, fonoaudiologia neurofuncional, neuropsicologia, fonoaudiologia hospitalar, fonoaudiologia do trabalho e perícia fonoaudiológica, o presente capítulo abrange apenas a literatura relacionada a conteúdos em saúde que sustentam a construção da *ESC-FONO* – Final no aspecto de suas questões (itens) devidamente organizadas por áreas (domínio) (conforme o Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa: Resolução n. 320, de 17 de fevereiro de 2006; Resolução n. 383, de 20 de março de 2010; Resolução n. 387, de 18 de setembro de 2010; Resolução n. 453, de 26 de setembro de 2014; Resolução n. 507, de 19 de agosto de 2017; Resolução n. 584, de 22 de outubro de 2020; Resolução n. 604, de 10 de março de 2021) (Conselho Federal de Fonoaudiologia [CFFa], 2006, 2010a, 2010b, 2014, 2017, 2020, 2021).

A *ESC-FONO* – Final apresenta, em seu corpo estrutural, apenas cinco áreas (domínios) – Audiologia, Disfagia, Linguagem, Motricidade orofacial e Voz – com relação direta com a realidade de estudantes do 1º ao 9º ano do ensino fundamental, participantes deste estudo. Menciona-se também que a inserção de apenas essas cinco áreas (domínios) é para que os docentes do ensino fundamental possam identificar comportamentos vinculados às mesmas áreas (domínios) no ambiente escolar. No entanto, o construto em questão, por meio das cinco áreas (domínios), não deixa de levar em consideração – em suas questões (itens) – mesmo que de forma indireta, a confluência existente nas diversas áreas de saúde fonoaudiológica. Ou seja, um distúrbio pertencente a determinada área fonoaudiológica pode influenciar negativamente a funcionalidade de outras regiões do organismo concernente a outras áreas para além das cinco abarcadas na *ESC-FONO* – Final. Assim, justifica-se a construção do presente capítulo de modo a descrever a estrutura que compõe o instrumento.

Nessa perspectiva, apresenta-se mais adiante considerações teóricas em saúde que fazem menção a quadros típicos (qualidade daquilo que está de acordo com um determinado padrão) e atípicos (qualidade daquilo que não está de acordo com um determinado padrão)

das cinco áreas (domínios) fonoaudiológicas abarcadas na *ESC-FONO* – Final que podem ou não estar associadas ao comportamento de estudantes – área de audiologia (domínio): (questão/item 1) sobre dificuldade para compreender o que lhe é dito; (questão/item 2) no que concerne à tontura; área de disfagia (domínio): (questão/item 3) apresenta engasgos ao se alimentar ou tomar líquido; área de linguagem (domínio): (questão/item 4) no que se refere à velocidade de fala (aumentada ou diminuída); (questão/item 5) no tocante a vocabulário pobre e rotineiro; (questão/item 6) no que concerne a dificuldade de memorizar; (questão/item 7) com relação a episódios de alterações na fala; (questão/item 8) sobre dificuldade de compreender a escrita; (questão/item 9) no que se refere a trocas e/ou omissões de letras na escrita; (questão/item 10) relativo à dificuldade na coordenação motora das mãos durante a escrita; área de motricidade orofacial (domínio): (questão/item 11) em relação à dificuldade de respirar; (questão/item 12) no que tange ao hábito de roer unhas; (questão/item 13) quanto a ranger ou friccionar os dentes; (questão/item 14) no que se refere aos lábios se manterem entreabertos quando não se está falando; área de voz (domínio): (questão/item 15) em referência à voz muito grave ou aguda; (questão/item 16) no tocante à intensidade da fala; (questão/item 17) no que se refere à presença de voz ruidosa por mais de quinze dias – a ser identificado pelo docente em sala de aula.

Contudo, tem-se que o domínio (área) “audiologia” com suas questões (itens) 1 e 2 são subsidiadas teoricamente pelas seguintes subseções, a) considerações sobre audição; b) considerações sobre processamento auditivo; c) considerações sobre equilíbrio corporal. Já para o domínio (área) “disfagia” com sua questão única (itens) 3 é respaldada teoricamente pela subseção “considerações sobre deglutição”. No que tange ao domínio (área) “linguagem” atrelada às questões (itens) de 4 a 10, são subsidiadas teoricamente pelas subseções: a) considerações sobre linguagem, b) considerações sobre leitura e escrita, c) considerações sobre gagueira, d) considerações sobre velocidade de fala e e) considerações sobre afasia. Para o domínio (área) “motricidade orofacial” vinculado às questões (itens) de 11 a 14 tem-se respaldo teórico nas subseções: a) considerações sobre respiração e b) considerações sobre fala. Por fim, para o domínio (área) “voz”, que elenca as questões (itens) de 15 a 17, tem-se a subseção teórica “considerações sobre disfonia”.

Partindo do que fora exposto nos parágrafos anteriores, construiu-se a Figura 1 para melhor exposição didática referente à literatura que subsidia esta pesquisa – devidamente exposta ao longo nesse capítulo – de forma que faça relação com as áreas (domínio) fonoaudiológicas, bem como as questões (itens) contemplativas na *ESC-FONO* – Final.

Figura 1

Exposição da literatura que subsidia as áreas (domínios) e questões (itens) da ESC-FONO

Área (domínio)	Questão (item)	Literatura que subsidia as áreas fonoaudiológicas
Audiologia	1. Sobre dificuldade para compreender o que lhe é dito. 2. No que concerne à tontura.	– Considerações sobre audição. – Considerações sobre processamento auditivo. – Considerações sobre equilíbrio corporal.
Disfagia	3. Apresenta engasgos ao se alimentar ou tomar líquido.	– Considerações sobre deglutição.
Linguagem	4. No que se refere à velocidade de fala (aumentada ou diminuída). 5. No tocante a vocabulário pobre e rotineiro. 6. No que concerne à dificuldade de memorizar. 7. Com relação a episódios de alterações na fala. 8. Sobre dificuldade de compreender a escrita. 9. No que se refere a trocas e/ou omissões de letras na escrita. 10. Relativo à dificuldade na coordenação motora das mãos durante a escrita.	– Considerações sobre linguagem. – Considerações sobre leitura e escrita. – Considerações sobre gagueira. – Considerações sobre velocidade de fala. – Considerações sobre afasia.
Motricidade orofacial	11. Em relação à dificuldade de respirar. 12. No que tange ao hábito de roer unhas. 13. Quanto a ranger ou friccionar os dentes. 14. No que se refere aos lábios se manterem entreabertos quando não se está falando.	– Considerações sobre respiração. – Considerações sobre fala.
Voz	15. Em referência à voz muito grave ou aguda. 16. No tocante à intensidade da fala. 17. No que se refere à presença de voz ruidosa por mais de quinze dias.	– Considerações sobre disfonia.

Menciona-se, ainda, que não se quer esgotar com as subseções teóricas adiante todas as condições típicas (qualidade daquilo que está de acordo com um determinado padrão) e atípicas (qualidade daquilo que não está de acordo com um determinado padrão) em saúde, existentes na literatura científica (nem todo seu conteúdo), mesmo porque são centenas de possibilidades a serem relacionadas com o comportamento de crianças e adolescentes. Para tanto, toda a teoria descrita nas respectivas subseções são pertinentes e essenciais para

subsidiar discussões sugestivas de quadros atípicos (qualidade daquilo que não está de acordo com um determinado padrão) mediante comportamento que, porventura, estudantes possam apresentar e que docentes do ensino fundamental detectem e registrem na *ESC-FONO* – Final o resultado do rastreio e posteriormente realizem o encaminhamento por escrito e repassem aos pais do estudante de forma a orientá-los a procurarem um fonoaudiólogo para que o estudante possa ser devidamente avaliado.

2.2.1 Área de Audiologia

De acordo com artigo 4º, 1. Audiologia, 1.1, da Resolução CFFa n. 320/2006:

1.1 - Audiologia é o campo ... voltado para promoção, prevenção, diagnóstico e reabilitação da função auditiva e vestibular, incluindo estudo e pesquisa. O objetivo principal da Audiologia é garantir a comunicação e a qualidade de vida do indivíduo por meio da otimização de suas habilidades auditivas. (CFFa, 2006).

2.2.1.1 Considerações sobre a audição

A audição é um dos cinco sentidos humanos e apresenta papel fundamental para o desenvolvimento da fala de crianças já em seus primeiros meses de vida (Azevedo, 2016; Bruner, 2013). Esse sentido é essencial para a aferência (entrada) de estímulos provindos do ambiente. E sua integridade é crucial para uma melhor qualidade de vida, condições de melhor aprendizado, interação social, entre outros (Bhatnagar, 2004; Durante et al., 2016; Mysak, 1998). Tem-se ainda que o referido sentido se apresenta como único dentre os cinco (visão, tato, olfato, paladar e audição) que não se desliga em nenhum momento da vida. Esse fato faz considerar que a audição é essencial para a proteção do organismo por meio da captação de sons ambientais suspeitos de ameaça social, de forma que facilita a defesa quando na percepção de estímulos sonoros (Frota, 2016). Logo, o “mecanismo da audição ... costuma ser descrito como constando de três divisões: orelha externa, média e interna. Essa divisão baseia-se amplamente nas relações anatômicas entre as diferentes estruturas do sistema auditivo ..., [todas as três divisões compõem o sistema auditivo periférico].” (Zemlin, 2000, p. 454).

Contudo, a orelha é um órgão bastante sensível à captação de estímulos de ondas sonoras e, além

de ter grande capacidade de discriminação . . . , a orelha também pode sair-se bem na detecção de diferentes níveis de intensidade sonora. Dentro da faixa total de intensidade à qual a orelha pode responder com segurança, um ouvinte pode detectar mais de 250 diferentes níveis de intensidade, os quais, naturalmente, são percebidos como mudanças de volume/intensidade. O número de diferenças perceptíveis dentro da faixa dinâmica de audição chega a quase um quarto de milhão Entretanto, o poder de discriminação dos mecanismos auditivos não se limita aos sinais sonoros puros Na verdade, somos capazes de eliminar todos os tipos de sons de um ambiente e concentrar-nos em uma conversa do outro lado da sala (Zemlin, 2000, p. 454).

Tem-se ainda que, após o percurso do estímulo sonoro pela orelha externa, média e interna, há um novo trajeto por meio de nervos auditivos, agora convertidos em impulso elétrico (Durante et al., 2016). E o “sistema auditivo central é uma perfeita máquina capaz de processar simultaneamente diferentes sinais acústicos com o objetivo de decodificar uma mensagem linguística” (Frota, 2016, p. 848). Todo esse complexo central compõe uma série de estruturas como vias auditivas aferentes (entrada de impulso a um centro nervoso), núcleos cocleares, complexo olivar superior, colículo inferior, corpo geniculado medial e córtex auditivo. Do mesmo modo, toda e qualquer alteração anatômica e/ou funcional do sistema periférico ou central pode trazer prejuízos na decodificação da mensagem sonora ou mesmo na expressividade do que realmente se quer transmitir como resposta a estímulos ambientais. É relevante mencionar que, para além da percepção sonora, existe a possibilidade de alterações consideráveis no processamento auditivo quando as alterações são no âmbito central (Pereira, 2013).

Há de se considerar que o sentido correspondente à audição humana é essencial para a aquisição da linguagem falada. Serve como base para a comunicação verbal [fala], a forma mais comum de interação social. A deficiência auditiva restringe a comunicação efetiva. O processo da audição começa quando as ondas sonoras tocam a membrana timpânica. A conseqüente [*sic*] vibração da membrana timpânica converte as ondas de pressão em energia mecânica, causando a movimentação dos ossículos do ouvido médio, para trás e para frente. Depois, essa energia mecânica é transformada em forma hidráulica de energia, no líquido coclear do ouvido interno. As ondas hidráulicas padronizadas, no ouvido interno, estimulam as células ciliadas sensoriais

da cóclea, que geram impulsos nervosos. Esses impulsos são transmitidos pelas fibras no VIII nervo craniano para os núcleos cocleares, no tronco encefálico, que projetam esses impulsos nervosos para múltiplos pontos sinápticos, no tronco encefálico e no tálamo. Os sinais combinados de ambos os ouvidos são analisados para a localização do som, no tronco encefálico, de acordo com sua intensidade e frequência [*sic*]. Os impulsos auditivos, ... seguem até o córtex auditivo primário, na superfície superior do lobo temporal, no giro de Heschl, responsável pela percepção. Os impulsos auditivos percebidos seguem, depois, para a área de Wernick (área de associação da linguagem) no hemisfério esquerdo, onde os sinais auditivos são analisados e interpretados em mensagens significativas linguagens-específicas, e ocorre a compreensão da linguagem falada. (Bhatnagar, 2004, p. 185).

Cabe mencionar que qualquer alteração no fluxo normativo auditivo mencionado no parágrafo anterior terá consequência na audição. E, com isso, é relevante descrever que, na classificação das perdas auditivas, estas podem ser consideradas em sua topografia, que inclui as condutivas, neurossensoriais, mistas, funcionais e centrais. Todas essas perdas auditivas são passíveis de acometimento em qualquer idade (Lopes Filho, 2013). No entanto, as deficiências auditivas podem ser divididas em dois tipos basicamente: de condução e neurossensorial. As patologias que acometem a porção externa e média da orelha geralmente resultam em perdas auditivas condutivas, haja vista que o percurso sonoro fica comprometido. Já as lesões que acometem a recepção sensorial do órgão de Corti ou também as fibras do nervo auditivo acarretam consequentemente perda auditiva neurossensorial. Tem-se também a perda auditiva mista, que é o acometimento que ocorre simultaneamente com duas características: condutiva e neurossensorial. Outra classificação relevante é a surdez neural, causada por acometimento retrococlear. Por fim, a surdez central que está associada a lesões no tronco encefálico (Bhatnagar, 2004).

Em relação ao comprometimento central, pode-se afirmar que quanto mais periféricamente for localizado a alteração responsável pela deficiência auditiva, mais evidente serão os sinais e sintomas As alterações encontradas no córtex cerebral (ou melhor, entre os núcleos auditivos no tronco e córtex) são muito difíceis de ser localizadas anatomicamente; pode-se identificar se estão no hemisfério direito ou esquerdo. Dentre suas causas podem destacar as encefalites, meningites, intoxicações alcoólicas, neurolues, acidentes vasculares cerebrais, graves traumas cranioencefálicos, ou mesmo doenças congênitas ou hereditárias (Lopes Filho, 2013, p. 13).

Existe ainda a classificação denominada de funcional, que é compreendida como pseudo-hipoacusia e, nesse

tipo de disfunção auditiva ..., não se apresentam lesões orgânicas no aparelho auditivo, seja periférico ou central. A dificuldade de entender a audição pode ser de fundo emocional ou psíquico, podendo sobrepor-se a alguma lesão auditiva prévia, apresentando pioras bruscas no quadro clínico (Lopes Filho, 2013, p. 4).

De qualquer forma, independentemente da classificação da perda auditiva, existe uma série de exames disponíveis para o diagnóstico preciso ou mesmo pistas para um diagnóstico em médio e longo prazo (se o quadro for complexo). Os “testes comumente usados incluem a avaliação por diapasão, timpanometria, audiometria de tons puros e audiometria de potenciais evocados auditivos do tronco encefálico”, entre outros (Bhatnagar, 2004, p. 196).

Outrossim, de forma mais detalhada referente à classificação das perdas auditivas, pode-se caracterizar mais especificamente a de ordem condutiva como um processo de impedimento sonoro que não alcança a porção interna da orelha, onde se encontra um órgão denominado cóclea. As lesões podem ocorrer na orelha externa mais especificamente no meato acústico, na orelha média, onde está localizada a membrana timpânica, os três menores ossículos do corpo humano (martelo, bigorna e estribo), nas janelas redonda ou oval e também na tuba auditiva (responsável pela equalização das pressões externa e interna da cavidade da porção média da orelha e pela drenagem de possíveis líquidos acumulados). A presente perda auditiva apresenta a característica de comprometimento principalmente nos sons graves e não acometem os sons agudos.

Logo, tem-se que, em perda auditiva condutiva, os efeitos são menos graves, geralmente, resultando em perda parcial da audição. A otite média serosa, a infecção não contagiosa do ouvido médio, é a causa mais comum de perda auditiva de condução em crianças. O acúmulo de líquido no ouvido médio, secundário à disfunção da tuba auditiva, na otite média serosa, causa deficiência auditiva variável e flutuante. Se não for tratada, pode causar problemas, a longo prazo, no desenvolvimento da fala e linguagem em crianças. Como o processo de acúmulo de líquido seroso é lento, a perda auditiva não é facilmente detectada por pais e parentes. O cerume impactado também pode causar perda auditiva, no ouvido médio. Nos adultos, a causa mais comum de perda auditiva por doença no ouvido médio é a otosclerose, distúrbio autossômico dominante, no qual o crescimento patológico do osso próximo a janela oval impede o movimento do estribo (Bhatnagar, 2004, p. 195).

No que tange à perda auditiva neurossensorial, também conhecida como sensorioneural, geralmente está associada a patologias do nervo auditivo e/ou núcleos celulares. Alterações nas células ciliadas sensoriais e suas fibras podem resultar alterações variantes de leve a completa da audição humana. Contudo, “ocorrem quando a lesão/doença acomete as estruturas da orelha interna (cóclea, nervo auditivo) e são em geral, irreversíveis e permanentes. Podem ser unilaterais, bilaterais, simétricas, assimétricas, flutuantes, progressivas ou súbitas” (Momensohn-Santos, 2013, p. 204).

Ainda se tem que a exposição a ruídos contínuos ou intermitentes de alta intensidade por longos períodos pode acarretar perda neurossensorial. Existem ainda outras doenças como as degenerativas, que são altamente prejudiciais à integridade auditiva. Portanto, em perda auditiva sensorioneural,

o aparelho de transmissão do som encontra-se normal, mas há uma alteração na qualidade do som. O termo “sensorioneural” é ... empregado para substituir “surdez de percepção”. Engloba as lesões sensoriais (orelha interna ou órgão de Corti) e neurais (lesões desde o nervo coclear até os núcleos auditivos no tronco). Nas deficiências auditivas do tipo sensorioneurais, há uma melhor conservação da audição mais acentuada em agudos. Não há, na realidade, uma curva típica, podendo a perda ser mais grave (como ocorre na doença de Ménière e na hidropisia endolinfática), ou podendo mesmo ser uma curva com perdas acentuadas nas frequências em torno de 1 kHz As deficiências auditivas sensorioneurais podem também apresentar perdas de audição localizadas, como nos traumas acústicos ou nas deficiências auditivas induzidas pelo ruído (Lopes Filho, 2013, pp. 3–4).

No que diz respeito à perda auditiva mista, tem-se que ela pode apresentar características tanto da classificação condutiva como da sensorioneural. Apesar das características das duas, dependendo do grau de comprometimento da lesão sensorial ou mesmo da predominância fatorial condutiva, “pode-se dizer que a audição por via aérea é pior que a óssea (porém essa última já apresenta algum comprometimento) e que o índice de reconhecimento de fala está pouco comprometido” (Lopes Filho, 2013, p. 4). Outrossim, pode-se afirmar também que, na classificação mista, os acometidos “exibem menor sensibilidade a estímulo conduzidos pelo ar e pelo osso” (Bhatnagar, 2004, p. 195). A condição classificatória mista pode ser iniciada como condutiva, por exemplo, as otites e quadro de otosclerose e, a partir daí, evoluir para sensorioneural. Geralmente, a evolução é de condutiva para sensorioneural e, ao contrário, é cenário raro (Lopes Filho, 2013).

Independente disso, para quaisquer das classificações de perdas auditivas descritas anteriormente, a pessoa acometida terá prejuízos na limitação de atividades, que incluem a redução considerável de compreensão da comunicação verbal (fala), principalmente em locais com condição acústica ruidosa adversa, reverberação ou mesmo quando a velocidade de fala alheia é demasiada. Tem-se ainda um prejuízo grandioso na incompreensão comunicacional quando a face do falante não pode ser visualizada. Outras características desvantajosas da perda auditiva – em grande parte das vezes – é a dificuldade de compreender sons como os da televisão, telefone, alarmes de casa e carro, campainha de porta, canto de pássaros, entre outros. Todo o prejuízo de perda auditiva terá consequências nas atividades de vida diária da pessoa, com considerável diminuição da qualidade de vida (Almeida, 2011, 2016).

É válido mencionar, também, que a perda de audição durante a infância e adolescência pode incidir negativamente no processo de aprendizagem uma vez que essa fase é contemplativa de consideráveis conteúdos formativos escolares. Desta forma, esses mesmos conteúdos requerem sentidos em sua plena acuidade para que a aferência (entrada) de estímulos possa contribuir efetivamente para o sucesso educacional e de vida diária, uma vez que a audição é um dos cinco sentidos humanos com a capacidade fisiológica de receber estímulos do meio cem por cento do tempo. Em criança e adolescentes, a perda auditiva é considerada uma incapacidade silenciosa que se não averiguada (avaliada) de forma precoce pode resultar em consequência negativas para a linguagem, a fala, as emoções, os relacionamentos interpessoais, a aprendizagem escolar, entre outras (Bhatnagar, 2004; Rotta, 2016).

2.2.1.2 Considerações sobre processamento auditivo

O processamento auditivo corresponde à habilidade de interpretar uma série de padrões sonoros, tais como: a) detecção do som (percepção de sons diversos provenientes do ambiente), b) discriminação (capacidade de identificar estímulos sonoros diferentes), c) localização (competência para localizar a fonte sonora), d) reconhecimento (faculdade de reconhecer a fonte sonora como a voz materna entre outros), e) compreensão (corresponde à interpretação da informação captada pelo órgão auditivo), f) atenção (capacidade de se atentar para determinado som de forma a ignorar outros estímulos) e g) memória (competência para armazenar informações sonoras). Entretanto, é relevante descrever que alteração de processamento auditivo pode ou não estar atrelada à deficiência auditiva (Azevedo & Pereira, 1997; Gordo, 2000). Desse modo, pode-se conceituar processamento auditivo como uma

série de processos envolvidos na detecção de sons e na reação a eles (análise e interpretação). Processamento aditivo ... é o termo utilizado para se referir à série de processos que envolvem predominantemente as estruturas do sistema nervoso central: ... vias auditivas e córtex. O processamento de sons recebidos por meio da audição envolve diferentes comportamentos auditivos Esses comportamentos possibilitam uma das condições favoráveis para a aquisição e o desenvolvimento da linguagem, embora também sejam aprimorados, dependendo da acústica dos sinais da fala da língua materna do indivíduo (Pereira, 2013, p. 179).

As inúmeras alterações do processamento auditivo independentemente da idade das pessoas acometidas têm sido debatidas por inúmeros pesquisadores que concordam com a terminologia “desordem de processamento auditivo”. Essa desordem ocorre quando há comportamento atípico (qualidade daquilo que não está de acordo com um determinado padrão) na audição no que se refere a comprometimento em habilidade de analisar e/ou interpretar sons (Kandel et al., 1995; Musiek et al., 1993; Philips, 1995). Muitos comportamentos auditivos são descritos a fim de caracterizar a referida desordem, tais como: dificuldade de discriminar eventos acústicos em relação à amplitude, tempo, identificar sons específicos, bem como fazer associação com a fonte de sua produção. Convém mencionar que os comportamentos atípicos (qualidade daquilo que não está de acordo com um determinado padrão) descritos podem ter origem no sistema auditivo periférico, que compreende a orelha externa, orelha média e orelha interna e nervo vestibulococlear (VIII par craniano) e sistema auditivo central, onde se centram o tronco cerebral, vias subcorticais, córtex auditivo e corpo caloso. E não se exime a possibilidade de haver envolvimento de áreas não auditivas centrais com possíveis alterações processuais auditivas (Pereira, 2013).

Convém ressaltar que pessoas com desordem de processamento auditivo apresentam corriqueiramente experiências de não conseguir compreender na íntegra aquilo que lhes é falado. Tal experiência é comum principalmente quando a pessoa acometida está em ambiente desfavorável, por exemplo, aqueles com várias fontes sonoras, ou seja, locais com vários sons simultâneos independentemente da intensidade sonora. A partir desse acontecimento, as solicitações são constantes para que se repita a informação que lhe é direcionada (Machado & Pereira, 1997). Estes ou outros comportamentos são corriqueiros na pessoa acometida e podem levar a alto grau de ansiedade, isolamento social e até mesmo depressão já que a comunicação é essencial como promulgadora de entrosamento entre pessoas conhecidas ou não. Partindo disso, é válido mencionar que o constrangimento de haver ausência de comunicabilidade por desordem de processamento auditivo não é aceito em grande parte das

vezes pela sociedade, que acaba se esquivando de uma comunicação falha ou mesmo dificultosa.

Igualmente, é indicativo de presença de desordem de processamento auditivo quando pessoas

cujas histórias de vida sugerem uma dificuldade de ouvir ou compreender considerando uma situação de grupo de colegas ou de lugar barulhento ou reverberante. Além disso, dificuldades em localizar sons, ou seja, identificar o local de origem de um som, dificuldades de memória, distração são sinais sugestivos de prejuízo das habilidades auditivas

processamento auditivo ... caracteriza uma dificuldade que envolve prejuízo de habilidades auditivas, isto é, o que o indivíduo faz com os eventos sonoros que lhes são transmitidos. Esta desordem do processamento auditivo ... deve ser considerada um Distúrbio da audição (Pereira, 1997, pp. 51–52).

Para tanto, as etiologias da referida desordem podem ser neurológicas, sensoriais e, nesta última – mesmo que sejam transitórias – a exemplo das otites médias, podem resultar em comprometimento do processamento auditivo. Outros fatores que podem estar associados à etiologia (origem) é a condição de vulnerabilidade social, inúmeras infecções virais e bacterianas, distúrbios emocionais, entre outras. Crianças com recorrentes inflamações na orelha média apresentam comprometimento na captação sonora ambiental, e isso restringe estímulos de fala e eventos sonoros essenciais para um desenvolvimento adequado da linguagem e comunicação verbal (fala). Quando a restrição auditiva por otites acomete bilateralmente (dos dois lados, direito e esquerdo) a consequência é ainda pior para o entendimento da fala alheia e, por inconsistência sonora, interfere no processo de memória auditiva. Assim, pode-se aferir (assegurar) que qualquer distúrbio na audição que abranja deficiências auditivas ou desordem do processamento auditivo resulta em curto e médio prazo em alterações na aprendizagem (Carvalho, R., 1997; Gordo, 2000).

Ainda se referindo à etiologia da desordem do processamento auditivo, têm-se três possibilidades amplamente aceitas pela literatura especializada, tais quais:

[desordem do processamento auditivo] do desenvolvimento, presente na população infantil com sensibilidade normal (ausência de perda auditiva), e não são identificados fatores de risco para sua ocorrência. Este tipo pode persistir até a fase adulta.

[desordem do processamento auditivo] adquirido, ocorre quando são identificadas intercorrências, em qualquer período de vida do sujeito, que podem

desencadear o distúrbio, como, por exemplo, traumas do sistema nervoso central, processos infecciosos.

[desordem do processamento auditivo] secundário, são casos em que a presença da . . . [desordem do processamento auditivo] ocorre concomitante ou como resultado do comprometimento, temporário ou não, do sistema auditivo periférico, como, por exemplo, a perda auditiva condutiva flutuante, decorrente da afecção da orelha média. (Zanchetta, 2016, p. 942).

É válido descrever “que as perdas auditivas, o espectro da neuropatia auditiva e a . . . [desordem do processamento auditivo] podem acometer sujeitos em qualquer faixa etária e acarretam prejuízos na percepção dos sinais acústicos, inclusive a fala” (Zanchetta, 2016, p. 941).

Partindo disso, existem comportamentos que evidenciam características da pessoa com alteração no processamento auditivo, como: a) distração (falta de concentração em relação aos acontecimentos ao redor); b) hiperatividade; c) tendência ao isolamento (ação de ficar separado dos demais); d) respostas assistemáticas (eventualmente) quando chamado; e) alterações articulatórias na fala; f) dificuldade de compreender a fala alheia em ambiente com várias fontes sonoras; g) necessidade de repetição do que lhe foi dito várias vezes para a compreensão; h) dificuldade para memorizar informações verbais. Contudo, ainda existem outras características relevantes que envolvem diretamente o desempenho educacional, assim como: a) troca de letras na escrita; b) comprometimento gramatical e ortográfico; c) dificuldade na compreensão da leitura (Gielow, 1997; Gordo, 2000).

2.2.1.3 Considerações sobre equilíbrio corporal

O equilíbrio corporal é essencial para a qualidade de vida de qualquer pessoa e seu amadurecimento depende de vários fatores que incluem os orgânicos e fisiológicos do sistema vestibular (Deissler et al., 2017). O seu conceito “está associado à idéia [*sic*] de corpo em postura estável, na qual a manutenção da postura é garantida pela interação sensório-motora” (Mann et al., 2009, p. 713). Além disso, é definido como uma condição física padrão que se estabelece por estabilidade do corpo estando em movimento ou não. E sua manutenção depende necessariamente de três sistemas que se auxiliam, a saber: a) visual; b) vestibular; e c) proprioceptivo. É comum encontrar pessoas com queixa de tontura que apresentam alterações nos sistemas mencionados. Partindo disso, a tontura é conceituada como uma

sintomatologia subjetiva com características diversas. Seu surgimento é proveniente de estado fisiopatológico e comumente está atrelada a patologias do sistema vestibular periférico e/ou central. A tontura apresenta-se como a terceira maior queixa que leva pessoas aos consultórios (Zeigelboim & Taguchi, 2013).

O sistema vestibular contempla principalmente o órgão denominado labirinto que se encontra na orelha interna bilateralmente (Baloh, 2005; Swartz & Longwell, 2005; Zemlin, 2000). Apresenta a função de detectar movimento e posição em que a cabeça está situada no espaço. No que se refere a fatores orgânicos tem-se a formação biológica de todos os órgãos vinculados às funções essenciais do equilíbrio humano. Já os fatores fisiológicos estão associados ao equilíbrio propriamente dito, ou seja, dinâmico e estático. “O equilíbrio dinâmico (cinético) regula a manutenção das posições do corpo e da cabeça, durante os movimentos de rotação e angular, que envolvem a aceleração e a desaceleração” e o “estático regula movimentos em linha reta da cabeça, no espaço, e, também regula as posições da cabeça e do corpo, durante o repouso” (Bhatnagar, 2004, p. 203). Para que ocorra a estabilidade do equilíbrio, “os sistemas sensoriais agem de forma a conduzir informações . . . , relacionadas ao posicionamento do corpo . . . , cabendo ao sistema nervoso central organizar estas informações e controlar a postura corporal tanto estática quanto dinâmica” (Mann et al., 2009, p. 713).

Além disso, o sistema em questão

monitoriza reflexos motores de correlação; coordena os movimentos dos olhos, da cabeça e do corpo; e controla a fixação do olhar, durante os movimentos do corpo e da cabeça. Isso ocorre subconscientemente, por integração da informação recebida dos receptores nos ductos semicirculares O sistema vestibular está intimamente associado aos sistemas visual e proprioceptivo. Integra, constantemente, a informação visual aferente [entrada de impulso a um centro nervoso] e os indícios proprioceptivos de todo o corpo, que contribuem para a execução de atividades complexas [conjunto de numerosos elementos que funcionam como um todo], hábeis e coordenadas, como dançar, andar de *skate* e fazer acrobacias (Bhatnagar, 2004, p. 199).

Alguns autores diferenciam as terminologias tontura e vertigem e as consideram como terminologias interligadas semanticamente. A tontura como uma condição abrangente e de origem fisiopatológica diversa e a vertigem como um quadro necessariamente vinculado à condição labiríntica. Grande parte das pessoas que apresentam quadros de vertigem (termo vastamente usado pelo meio científico) chegam com a queixa de estarem com tontura (termo

usual entre as pessoas) (Fortini, 2003). Contudo, é válido mencionar que alteração no equilíbrio corporal pode ocorrer em qualquer idade (infância, fase adulta e idosa) e pode ser indicativo de presença de patologias diversas que geralmente estão associadas à sintomatologia vertiginosa. A presença de alteração no sistema vestibular promove sensação vertiginosa em que a pessoa corre o risco de queda e se torna momentaneamente incapaz uma vez que não consegue executar nenhuma atividade. A sensação de vertigem pode ocorrer de duas formas: a) subjetiva, a pessoa tem a sensação de que seu corpo está rodando e tudo a sua volta está estático; e b) objetiva, cuja sensação é de que tudo que está em volta está rodando e seu corpo está estático no espaço (Labuguen, 2006).

De uma forma geral, os estudiosos do presente tema (equilíbrio corporal) consideram quatro tipos de tontura existentes, a saber: a) sensações cefálicas variadas; b) síncope; c) vertigem; e d) desequilíbrio. Com referência às sensações cefálicas, a pessoa tem a impressão de estar com a cabeça vazia e esta mesma sensação pode ter origem em quadros esquizofrênicos, hipoglicemia, ansiedade, entre outros. Em relação à síncope tem-se a condição de rápida recuperação mediante a sensação de perda de consciência parcial ou elevado estresse momentâneo acompanhado de queda de pressão. É comum as pessoas relatarem fraqueza, sensação de desmaio, sudorese e palidez. Já a vertigem é oriunda de disfunção do sistema vestibular com a presença de tontura objetiva ou subjetiva. Geralmente, a vertigem vem acompanhada de náusea (sensação de enjojo), tinnitus (zumbido) e hipoacusia (sensação de diminuição da audição). Por fim, tem-se o desequilíbrio que se apresenta durante a marcha, ou seja, durante o andar (movimento). O desequilíbrio desaparece com a cessação (parada) do movimento (andar) como na condição de sentar-se e deitar-se (Fortini, 2003; Mukherjee et al., 2003).

Fazendo referência mais especificamente à vertigem, pode-se descrevê-la como um distúrbio geralmente causado por comprometimento da orelha e do sistema nervoso central que estão relacionados diretamente com a manutenção do equilíbrio, tais quais: a) orelha interna; b) tronco cerebral e cerebelo; e c) feixes nervosos que conectam a orelha interna com o cerebelo, bem como o tronco cerebral. Contudo, a orelha interna, por meio do órgão labirinto, favorece informações necessárias ao nervo vestibulococlear. Todas as informações são processadas no tronco cerebral que adapta a postura e posteriormente o cerebelo executa a função de coordenar o equilíbrio. Qualquer comprometimento nessas estruturas, seja de ordem orgânica ou funcional, pode resultar em quadros vertiginosos (Bhatnagar, 2004; Hall, 2011). Desta forma, a vertigem (condição de sensação rotatória) “é a ilusão do movimento específico de uma doença do aparelho vestibular Características como intensidade,

frequência e duração das vertigens também oferecem informações importantes para diferenciar as tonturas.” (Nishino, 2013, p. 213).

Episódios de tontura podem chegar a 15% em crianças em idade escolar. Doravante, a incidência pode ocorrer em maior frequência, haja vista que crianças apresentam maior dificuldade em relatar sintomas característicos de quadros vertiginosos. As queixas para além da sintomatologia comum à vertigem são dor de cabeça e na barriga. Nesse prisma, é relevante descrever que pais e docentes tenham atenção redobrada em relação à possível presença constante de desequilíbrio corporal. Esse mesmo desequilíbrio pode ter reflexo direto na qualidade de vida de crianças e adolescentes que estejam em fase escolar uma vez que a presença constante de quadro vertiginoso pode interferir na aprendizagem, socialização, atividade física, entre outros. Nesse sentido, pais e educadores devem se atentar também para sintomas como ânsia de vômito, quedas frequentes, dor de cabeça, baixa concentração, medo de altura ou de andar sem se apoiar em algo e frequente impacto físico em paredes ou objetos. Quanto mais precoce for identificada presença de condição desencadeadora de vertigem em crianças e adolescentes menos prejuízos terão que envolvam desenvolvimento global, rendimento educacional, comportamento psicológico, desenvolvimento da comunicação oral e escrita (Jahn, Langhagen & Heinen, 2015; Meirelles, 2015; Russell & Abu-Arafeh, 1999).

É válido mencionar que a vertigem pode ter resultados satisfatórios com tratamento terapêutico fonoaudiológico quando sua origem está atrelada à disfunção labiríntica. E, associada a outros tratamentos – que inclui o medicamentoso –, a terapêutica conjunta (reabilitação vestibular e medicamentosa) se torna mais propensa a resultados significativos independentemente da idade da pessoa que apresenta tontura em maior ou menor grau. Dependendo da origem da vertigem, o profissional de saúde irá orientar a melhor conduta para o caso e se o tratamento for por meio de reabilitação vestibular o profissional fonoaudiólogo iniciará procedimentos convenientes. A reabilitação em questão é mediada por uma série de atividades realizadas em ambiente clínico ou hospitalar e envolve plasticidade neurológica e atividades cerebrais a fim de minimizar ou extinguir a sensação de desequilíbrio. Assim, são realizadas manobras de cabeça e pescoço, bem como movimentos físicos específicos na condição estática (corpo parado) e dinâmica (corpo em movimento) (Jahn, Langhagen, Schroeder, et al., 2011; Salvinelli et al., 2003; Sulway & Whitney, 2019).

2.2.2 Área de Disfagia

De acordo com artigo 3º, 1. Disfagia, 1.1, da Resolução CFFa n. 383/2010:

1.1 - ... disfagia [é campo voltado para os distúrbios] de deglutição, com sinais e sintomas específicos caracterizada por alterações em qualquer fase ou entre as fases da dinâmica de deglutição, de origem congênita ou adquirida, podendo gerar prejuízo pulmonar, nutricional e social. (CFFa, 2010a).

2.2.2.1 Considerações sobre deglutição

O ato de deglutir (engolir) constitui função de grande relevância para a vida humana e envolve um processo que se inicia na cavidade oral em direção ao estômago. No entanto, esse processo está presente desde a fase intrauterina e se desenvolve ao longo do crescimento e desenvolvimento global, principalmente aqueles vinculados às funções estomatognáticas (Busch et al., 2013). Conceitua-se também a deglutição como “uma ação motora automática, na qual estão envolvidos músculos da respiração e do trato gastrointestinal. O objetivo da deglutição é o transporte do bolo alimentar e também da limpeza do trato respiratório” (Marchesan, 1998b, p. 52).

É relevante mencionar também que a função da deglutição é promover condições para a nutrição do organismo. Deglutir também está relacionado a momentos de prazer, haja vista que o fato de poder engolir determinados alimentos ou líquidos se associam ao gosto agradável que lhes é proporcionado. Encontra-se “presente em situações sociais e familiares, sinalizando uma forma de aconchego, amabilidade, satisfação e cuidado” (Busch et al., 2013, p. 603).

Por certo, disfagia pode ser conceituada como qualquer alteração da função de deglutição. Ou seja, trata-se de qualquer dificuldade, inabilidade ou incompetência apresentada ... que ... impeça de ingerir e transportar adequadamente o bolo alimentar e/ou a produção salivar da cavidade oral até o estômago. A ocorrência da disfagia pode ser multifatorial e costuma apresentar como principais etiologias alterações mecânicas, doenças neurogênicas ..., interações medicamentosas ou efeitos colaterais e fármacos, origem iatrogênica e até distúrbios psicogênicos (Gonçalves et al., 2016, p. 51).

Logo, a redução ou mesmo a perda da capacidade de deglutir é considerada disfagia e consequentemente haverá comprometimento na nutrição e hidratação corporal podendo levar à morte tendo em vista a ausência de integridade das vias aéreas superiores (Perry & Love, 2001). Têm-se ainda outras consequências que estão associadas a casos disfágicos, como o alto grau de estresse, a depressão em seus vários sintomas, a ansiedade e o isolamento social (Finiels et al., 2001). Todo o percurso do alimento, desde sua estada na cavidade oral até chegar ao estômago, depende de coordenada movimentação do aparelho fonador, bem como de todo o sistema estomatognático. A dinâmica muscular, espacial, neurológica, de tônus e peristáltica esofágica são essenciais para a boa condução do bolo alimentar ou líquido ingerido (Bhatnagar, 2004).

É válido descrever também que a deglutição é gerenciada pelo sistema nervoso central e apresenta

duas fases: **voluntária** e **involuntária**. A fase voluntária consiste em mastigar um bolo e movê-lo para a cavidade faríngea. A fase involuntária é a passagem do bolo pela faringe e pelo esôfago. A fase voluntária inclui o ato da mastigação e o movimento do bolo na cavidade oral. Termina quando o movimento da língua para cima e para trás força o bolo contra o palato. Quando o bolo é pressionado contra o palato para entrar na faringe, começa a fase involuntária, por meio das projeções sensoriais do palato posterior para o centro da deglutição reticular na parte inferior da ponte e na parte superior do bulbo. O centro reticular da deglutição direciona as projeções para o centro respiratório adjacente e para os núcleos dos nervos trigêmeos, facial, glossofaríngeo, vago e hipoglosso ... que asseguram o controle respiratório apropriado, enquanto o bolo atravessa a faringe. As principais ações reflexas incluem o movimento do palato para cima, a fim de fechar a nasofaringe, o movimento da epiglote, para trás e para baixo, a fim de fechar a glote, a elevação da laringe, para fechar as vias aéreas e o aumento da abertura esofágica, para permitir a entrada do bolo. Quando o bolo ultrapassa a fase faríngea, o centro respiratório reticular regula a reabertura da via de passagem respiratória (Bhatnagar, 2004, p. 317, grifo do autor).

Contudo a literatura divide o ato deglutório em três fases: oral, faríngea e esofágica. A fase oral corresponde à preparação do alimento no que tange a suas qualidades, como volume, consistência, umidificação e densidade. Todas essas qualidades mencionadas estão relacionadas com o posicionamento do bolo alimentar a fim de que esteja preparado para a ejeção à fase seguinte. Descreve-se, ainda, que a língua, os lábios e as paredes da cavidade

oral auxiliam grandemente no processo de ejeção do alimento ou líquido à faringe por meio de pressão propulsora (Madureira & Silva, 2013). Ainda se referindo a essa mesma fase, considera-se “momento em que preparamos o alimento mordendo-o e mastigando-o para que o mesmo possa ser transformado em um bolo homogêneo, facilitando a deglutição” (Marchesan, 1998b, p. 51). Outrossim, três “nervos encefálicos possibilitam o controle eferente da fase oral da deglutição: VII, XII e V. Na efetivação do controle sensorial, entram em ação o V, VII e IX pares cranianos” (Madureira & Silva, 2013, p. 587). Do mesmo modo, a fase oral que corresponde à mastigação é

uma importante função do sistema estomatognático e pode ser definida como um conjunto de mecanismos que realizam a pega, a trituração e a moagem dos alimentos, reduzindo-os a pequenos fragmentos que voltam a se envolver entre si pela ação misturadora da saliva, possibilitando maior contato e exposição das partículas alimentares com as enzimas salivares e, assim, dá-se o início do processo digestivo com a formação do bolo alimentar. Esse trabalho é de grande importância, visto que a eficiência da ação de uma enzima depende da sua área de atuação sobre o alimento. ... a boca deve ser considerada na totalidade, ... envolvida ... com outros sistemas, seja o neurológico, o endocrinológico entre outros (Carvalho, G., 2003, p. 33).

A fase seguinte corresponde à faríngea, que é considerada involuntária e deve apresentar condição de sustentar controle da ejeção provinda da oral, a fim de que possa controlar o percurso a ser caminhado para que o bolo alimentar não seja direcionado à laringe, causando, dessa forma, engasgo. Tem-se ainda que, nessa fase, também é importante o controle do alimento ou líquido para que não haja escape para a cavidade nasal. Dessa forma, com a “rinofaringe e a cavidade bucal seladas e a orofaringe com alta pressão, o bolo migra para a laringofaringe, promovendo a ampliação provocada especialmente pela elevação e anteriorização do hioide e da laringe”, assim que se afastam da estrutura cervical diminui a resistência e resulta em maior facilidade da passagem do alimento ou líquido (Madureira & Silva, 2013, p. 587).

Reafirmando a fase mencionada, tem-se que o palato mole se fecha, evitando a passagem do bolo para a nasofaringe. A parede posterior da faringe espremendo o bolo contra o dorso da língua. O alimento não poderá subir, uma vez que o palato mole está fechado, nem retornar para a boca, uma vez que o dorso da língua está impedindo a passagem para a cavidade oral. Portanto, o alimento terá que descer. Ocorre o fechamento da glote, realizado pela epiglote, e

também o fechamento das pregas vocais. Todas essas ações são necessárias para que não haja passagem do bolo para a via aérea. Neste instante haverá a elevação da laringe facilitando este fechamento que será concomitante à abertura do músculo cricofaríngeo para que o alimento possa entrar no esôfago. Esta passagem do bolo, da faringe para o esôfago, dá início à última fase a esofágica (Marchesan, 1998b, pp. 51–52).

Sobre a última fase, a esofagogástrica também chamada de esofágica, pode-se afirmar que ocorre involuntariamente. Nessa fase, o bolo alimentar percorre o órgão denominado esôfago e constitui-se caminho essencial para a chegada de alimento e líquido até a cavidade estomacal. Têm-se que a velocidade média que o alimento percorre no respectivo órgão desde a saída da faringe até a entrada do estômago seja entre 3 a 5 cm/seg. por meio da peristalse do sistema gástrico (Madureira & Silva, 2013). Dessa forma, a fase esofágica “envolve contrações musculares que fazem a propulsão do bolo através do esfíncter esofágico superior até o estômago” (Marchesan, 1998b, p. 52). Porém, distúrbios na deglutição podem ocorrer em qualquer das três fases de forma isolada ou não e devem ser avaliadas o mais rápido possível para que se possa oferecer melhor qualidade de vida a quem é acometido por ela (Portas & Guedes, 2016).

De forma a reiterar, bem como complementar os parágrafos anteriores, tem-se que a deglutição é mecanismo complicado, principalmente, porque a faringe serve tanto à respiração como à deglutição. A faringe se converte por apenas alguns segundos, em trato de propulsão alimentar. É particularmente importante que a respiração não seja comprometida pela deglutição. Em termos gerais, a deglutição pode ser dividida em (1) um estágio voluntário, que inicia o processo de deglutição; (2) um estágio faríngeo, que é involuntário, correspondente à passagem do alimento pela faringe até o esôfago; e (3) um estágio esofágico, outra fase involuntária que transporta o alimento da faringe ao estômago. (Silverthorn, 2017, p. 805).

Ademais, a alimentação por via oral deve ser eficiente desde a boca até o estômago. Esse processo alimentar deve ocorrer sem interrupções de qualquer natureza para que ocorra um crescimento e desenvolvimento adequado da criança e do adolescente, etapas em que ainda o sistema nervoso central está maturando, bem como todas as estruturas de cabeça, pescoço e correlatas (Bühler & Almeida, 2016; Cola & Gatto, 2016). Por conseguinte, existem sinais e sintomas relacionados a quadros de disfagia, como: a) engasgos com saliva e alimentos; b) deglutição demorada ou lentificada; c) deglutição por várias vezes do mesmo alimento; d) retorno ou regurgitação do alimento para a boca; e) permanência de resíduos

alimentares na boca após a deglutição; f) salivação excessiva após a refeição; g) pigarro ou tosse após a refeição; h) rouquidão ou tosse após a refeição; i) infecções respiratórias de repetição; j) cansaço após alimentar-se; k) garganta arranhando ao engolir; l) dificuldade de homogeneizar o bolo alimentar (Gonçalves et al., 2016).

A qualidade de vida é condição comprometida em qualquer pessoa sendo criança, adolescente ou adulta que tenha algum distúrbio no ato de engolir alimentos ou líquidos. A ausência de normalidade no fluxo alimentar (deglutição) interfere na boa relação da pessoa acometida com o meio em que vive, haja vista sintomas associados à disfagia, a saber: alterações sensoriais, vergonha de se alimentar na presença de outras pessoas, pouco contato social, perda de peso pelo fato de se alimentar com constante medo de se engasgar entre outros. Desta forma, a qualidade de vida é comprometida não somente pela disfagia em si, mas por uma série de fatores associados à disfagia que resultam em sofrimento (Leitão et al., 2013; Neville, 2016).

2.2.3 Área de Linguagem

De acordo com o artigo 4º, 3. Linguagem, 3.1, da Resolução CFFa n. 320/2006:

3.1 - Linguagem é o campo ... voltado para o estudo, pesquisa, promoção, prevenção, avaliação, diagnóstico e tratamento de transtornos a ela relacionados, a fim de garantir e otimizar o uso das habilidades de linguagem do indivíduo, objetivando a comunicação e garantindo bem estar e inclusão social. (CFFa, 2006).

2.2.3.1 Considerações sobre linguagem

A comunicação sempre foi relevante para a sociedade e compõe-se como essencial entre pessoas no que se refere à possibilidade de se expressar (Pedroso & Rotta, 2016). A linguagem vai para além da fala e, nas últimas décadas, tem-se constituído como instrumento comunicacional envolto à saúde, bem como o bem-estar (condição de satisfação) comportamental, físico, social e psíquico (Bhatnagar, 2004). Os distúrbios na linguagem causam inúmeras complicações sociais para crianças, adolescentes e adultos, o que inclui complicações na aprendizagem, na vida laborativa, na comunicação e conseqüentemente nas relações interpessoais. Esses distúrbios geralmente vêm acompanhados de alterações na fala. Apesar de se relacionarem diretamente, são distintos do ponto de vista fonoaudiológico

(Pedroso & Rotta, 2016; Perissinoto & Ávila, 2016). E, para diferenciar tais termos (fala e linguagem) tem-se que a

fala é o canal que viabiliza a expressão da linguagem e corresponde à realização motora da linguagem. Em outras palavras, a linguagem significa trocar informações (receber e transmitir) de forma efetiva, enquanto que a fala refere-se basicamente à maneira de articular os sons na palavra (incluindo a produção vocal e a fluência). (Prates & Martins, 2011, p. 55).

Na Figura 2 são apresentadas as características dos principais distúrbios de linguagem em crianças e adolescentes.

Figura 2

Características das principais alterações no desenvolvimento da linguagem oral

Fase da vida	Características
Crianças e adolescente	<ul style="list-style-type: none"> – Sem causa aparente. – Pode-se observar claramente comprometimento no desenvolvimento da linguagem. – A alteração pode ser na expressão (comunicação) e/ou recepção (compreensão) da linguagem. – Caracteriza-se por vocabulário pobre, dificuldade na combinação de palavras para formar frases, uso inadequado da linguagem, sintaxe pouco estruturada, alterações gramaticais, fala ininteligível, dificuldade com conceitos abstratos e figurativos. – Histórico familiar para distúrbios no desenvolvimento da linguagem oral e/ou escrita.
<p>Obs.: Excluem-se perda auditiva, impedimentos no desenvolvimento cognitivo e no desenvolvimento motor da fala, distúrbios socioemocionais e sintomatologia neurológica manifestada.</p>	

Nota: Adaptado de “Distúrbios da fala e da linguagem na infância [Speech and language disorders in childhood]” por L. P. C. S. Prates e V. O. Martins, 2011, *Revista Médica de Minas Gerais*, 21(4, Suppl 1), p. 58 (<http://rmmg.org/exportar-pdf/808/v21n4s1a08.pdf>).

Logo, quando se refere à linguagem, atrela-se a ela componentes como pragmática (uso), semântica (conteúdo) e aspectos formais (forma), tais quais: sintaxe (organização das palavras na frase), morfologia (formação e classificação das palavras) e fonologia (sons da língua) que serão explicitados ao longo do texto (Law et al., 2000). E, a partir daí, pode-se conceituar linguagem em contexto amplo “como uma capacidade do ser humano de se inter-relacionar de forma inteligente e compreensível. Essa função nos permite compreender os comandos que nos são transmitidos” (Duro, 2003, p. 18). Tem-se, ainda, que o

desenvolvimento da linguagem “varia entre os indivíduos, pois ocorre a inter-relação de características . . . próprias de cada um. Influi e é influenciado por fatores físicos, motores, cognitivos, afetivos e socioambientais particulares daquele sujeito” (Mourão, 2016, pp. 73–74). As alterações de linguagem acometem qualquer idade e por diversos fatores que podem estar associados entre si. Atrela-se também a possibilidade da etiologia (origem) ser de fundo orgânico e/ou funcional. Esses fatores podem estar correlacionados com alterações na audição, em processos fonatórios como a respiração (tipo, ritmo, tempo e apneia), motricidade orofacial (estruturas de cabeça e pescoço) e voz (timbre, tom e intensidade) (Bishop, 2002; Lowe, 1996).

Dessa forma, Acosta et al. (2003) conceituam linguagem como uma das funções do ser humano que apresenta uma evolução das mais complexas [conjunto de numerosos elementos que funcionam como um todo] em sua aquisição e desenvolvimento, devido à interação de enorme número de variáveis, tais como maturidade neuropsicológica, afetividade, desenvolvimento cognitivo, correta maturação dos órgãos periféricos da linguagem ou os contextos nos quais a criança está inserida, entre outras (p. 31).

É válido descrever também que as alterações na linguagem necessariamente precisam acometer suas dimensões. Essas dimensões fazem parte de um conjunto de componentes que formam a linguagem do ser humano, tais quais: 1) “forma” (representado pela produção do sistema fonológico e pela morfologia e sintaxe compreendidos como a análise de como a produção da palavra é formada por unidades menores, bem como a estruturação de frases e seus componentes); 2) “conteúdo” (estabelecido pela semântica e sua função envolta ao significado do léxico e a quantidade de palavras que uma criança ou adulto utiliza e entende. A semântica é um componente essencial no que tange às relações significativas da unidade lexical por meio da similaridade, oposição, reciprocidade e inclusão. Outra condição atrelada à semântica é a linguagem figurativa própria da construção perceptiva da comunicação); 3) “uso” (relativo à pragmática no que se refere às funções comunicativas, o que envolve compromisso conversacional, habilidades comunicativas, fluência entre outras) (Acosta et al., 2003; Befi-Lopes, 2003; Issler, 1996). Para melhor compreensão construiu-se a Figura 3 com conceitos em relação às três dimensões da linguagem.

Figura 3

Conceito das dimensões da linguagem

Dimensões da linguagem	Descrição
Sintaxe	<p>– Das três dimensões existentes, a sintaxe é a que representa a “forma” da linguagem na qual pode ser descrita como aquela que se atrela as regras para o discurso (fala) ou escrita. Ocorre em uma padronização gramatical para a formulação de frases, ou seja, ordenamento de palavras para a construção de sentenças. Uma criança ou adolescente que não atenda uma ordem lógica de frases ou mesmo palavras, é indicativo de alteração na presente dimensão. Contudo, a sintaxe relaciona-se à estruturação de códigos (componentes comunicacionais) que objetiva melhor compreensão da mensagem tanto na condição de recepção (entender a mensagem da fala alheia) como de emissão (verbalização). A organização da comunicação oral deve ocorrer tanto na fala como na escrita, uma vez que elas são formas de transmitir mensagens. Para grande parte das pessoas, ordenar o conteúdo da expressividade (fala ou escrita) é uma função fácil no momento de transmitir uma ideia, informação, sentimento, entre outras. Contudo, quando isso não ocorre com facilidade, há indicação de comprometimento da presente dimensão.</p>
Semântica	<p>– Já a semântica é representada pelo “conteúdo” da linguagem que é conceituada como dimensão que se ocupa do significado atribuído à comunicação receptiva (aquela em que a pessoa escuta, lê ou percebe socialmente por meio de outras formas comunicativas) e expressiva (aquela em que a pessoa necessita formular conteúdo para se expressar corretamente). Outrossim, a semântica está relacionada ao significado que se atrela a códigos essenciais (construídos socialmente) que subsidiam a transmissão do conhecimento do homem para o meio e vice-versa. O principal objetivo é o de dar sentido às palavras (faladas e escritas) e aos acontecimentos sociais (sentido de algo ou alguma coisa).</p>
Pragmática	<p>– A pragmática é configurada como sendo o “uso” da linguagem de forma que apresenta aspectos como “funções comunicativas e habilidades conversacionais”. Nessa dimensão, as funções comunicativas refletem a intenção da expressividade durante a verbalização (fala) e envolve a motivação, bem como objetivos para uma comunicação oral eficiente. Logo, as habilidades conversacionais referem-se à aptidão da pessoa em participar de uma sequência interativa de fala (há momentos de fala e momentos de escuta), no qual objetiva intercâmbio comunicativo. É válido mencionar que essa dimensão é observável em quaisquer contextos de verbalização (fala), e o ato de expressividade de fala exige muitas habilidades sociais da mesma condição exigida para fala e escuta. A pessoa reconhecer que é a sua própria vez de falar é uma capacidade com habilidades pragmáticas (ação).</p>

Nota: Adaptado de “Avaliação da linguagem: teoria e prática do processo de avaliação do comportamento linguístico infantil” por V. M. Acosta, A. Moreno, V. Ramos, A. Quintano e O. Espino, 2003, Ed. Santos, p. 21, “Alterações do desenvolvimento da linguagem” por D. M. Befi-Lopes, 2003, In S. C. O. Limongi (Ed.). *Fonoaudiologia. Informação para formação. Linguagem: desenvolvimento normal, alterações e distúrbios*, Guanabara Koogan, *passim*, “A expressão oral como conteúdo programático em língua portuguesa instrumental no terceiro grau: uma sugestão pedagógica [Oral expression as a syllabus in instrumental Portuguese language in the third grade: A pedagogical suggestion]” por W. W. Bernardes, 1995, *CHRONOS: Revista da Universidade de Caxias Sul*, 28(1), *passim*, “Estratégias na aquisição

da sintaxe fonológica” por A. M. Peters, 1997, In P. Fletcher e B. MacWhinner (Eds.), *Compêndio da linguagem da criança*, Artes Médicas, p. 379, “Distúrbio específico de linguagem - aspectos clínicos e educacionais” por S. R. V. Hage e V. M. A. Rodrigues, 2016, In I. Q. Marchesan, H. J. Silva e M. C. Tomé (Orgs.), *Tratado das especialidades em fonoaudiologia*. Guanabara Koogan, pp. 620–621, “Articulação e linguagem: avaliação e diagnóstico fonoaudiológico” por L. S. Issler, 1996, 3rd ed., Lovise, pp. 177–178, “Prevalence and natural history of primary speech and language delay: Findings from a systematic review of the literature” por J. Law, J. Boyle, F. Harris, A. Harkness e C. Nye, 2000, *International Journal of Language & Communication Disorders*, 35(2), *passim*, e “Desenvolvimento fonológico” por L. Menn e C. Stoel-Gammon, 1997, In P. Fletcher e B. MacWhinner (Eds.), *Compêndio da linguagem da criança*, Artes Médicas, pp. 287–288.

Partindo do que fora exposto anteriormente, pode-se afirmar que há possibilidade de ruptura na integração (interrupção de algo interdependente) das dimensões da linguagem de crianças e adolescentes que compreende necessariamente a forma, o conteúdo e o uso. Na abordagem da linguagem “na infância e na adolescência, reconhece-se a força interativa dos diferentes fatores que contribuem para que seus desenvolvimentos ocorram de maneira típica ou apresentem disfunções” (Perissinoto & Ávila, 2016, p. 609). Para tanto, em grande parte dos distúrbios na linguagem, tem-se que

está associada a uma grande variedade de etiologias, incluindo traumas pré e pós-natal, síndromes genéticas, distúrbios metabólicos, processos de doença e privação ambiental. Estas etiologias resultam em deficiências no desempenho sensorial, cognitivo e motor associadas à deficiência auditiva, retardo mental, distúrbio emocional e lesão cerebral que afetam o desenvolvimento normal da linguagem de forma adversa (Miller & Klee, 1997, p. 448).

Levando em consideração as dimensões da linguagem mencionadas anteriormente, tem-se em condição mais detalhada que a forma (representada pela fonologia) envolve alterações nos sons da fala ainda na infância, podendo estender-se durante toda a vida (Lowe, 1996; Mota & Wiethan, 2016). Na teoria estruturalista (aquela que considera a língua como um conjunto estruturado de elementos linguísticos que apresentam elementos interdependentes e com ordenação e dinamismo próprios), o sistema fonêmico apresenta dois momentos distintos: o primeiro corresponde à produção efêmera que condiz com sons variados e flutuantes e, o segundo período caracteriza-se pela diminuição dos sons (Saussure, 1945). No entanto, a sua produção (sistema fonêmico) segue uma ordem inata de aquisição, proposta por Jakobson (1974), em que primeiramente há contraste entre consoantes e vogais: /p/ - /a/; segundo, o contraste é entre consoante nasal e oral: /m/ - /p/; e, terceiro, grave-agudo-labial-alveolar: /p/ - /t/. Nessa teoria, crianças contrastam (diferenciam) os sons oclusais e os

nasais antes mesmo dos envoltos aos sons fricativos, africados e líquidos. Apesar das considerações fonológicas anteriores “existem [crianças] ... que fracassam na aprendizagem dos esquemas ou padrões de sons de sua língua materna por volta dos cinco ou seis anos de idade, apesar de terem habilidades motoras e cognitivas normais” (Acosta et al., 2003, p. 65).

Dessa forma, pode-se mencionar que

as alterações na fonologia representam grande parte dos distúrbios da comunicação humana ... , Trata-se de uma alteração relacionada ao desenvolvimento de linguagem e fala. Destaca-se que, ... no CID-10, o distúrbio é denominado respectivamente transtorno fonológico e transtorno específico da articulação da fala, sob o número F80.0. O distúrbio fonológico ... é definido como uma dificuldade de fala caracterizada pelo uso inadequado dos sons de acordo com a idade e com variações regionais, que podem envolver erros na produção, percepção e organização dos sons. Tais alterações nos sons da fala podem interferir no rendimento escolar, no desempenho profissional e na comunicação social (Wertzner & Pagan-Neves, 2016, p. 593).

Contudo, esclarece Leonard (1997), “as deficiências na fonologia têm sérias implicações para o desempenho positivo no futuro. Os estudos ... de crianças com deficiência fonológica revelam uma melhoria significativa com a idade” (p. 469). Assim, mesmo durante a fase da adolescência e também na adulta, essas pessoas apresentam baixo desempenho no que se refere à fala, ortografia e leitura. Logo, é relevante descrever a existência de traços atípicos (qualidade daquilo que não está de acordo com um determinado padrão) mais frequentes observados por crianças sobre alterações no sistema fonológico, como descrito na Figura 4.

Figura 4

Traços atípicos frequentes no que se refere à fonologia da criança e do adolescente

Traços atípicos	Descrição
1. Série restrita dos sons da fala	<ul style="list-style-type: none"> – A característica vinculada a esse traço é uma série limitada de vogais. Há produção unicamente de sons oclusivos, nasais e semiconsoantes. – Ocorre um atraso na aquisição dos sons (fonemas da língua).
2. Palavra limitada e forma silábica	<ul style="list-style-type: none"> – Há limitações silábicas de grupos consonantais e também de consoantes finais.
3. Persistência de padrões de erro	<ul style="list-style-type: none"> – Produção atípica (qualidade daquilo que não está de acordo com um determinado padrão) dos sons da fala, omissões, substituições ou adições. Em crianças e adolescentes com alterações fonológicas, esse padrão de atipia persiste em longo prazo.
4. Desproporção cronológica	<ul style="list-style-type: none"> – Nessa característica, apresenta avanços fonológicos em alguns aspectos e atraso significativo em outros.
5. Tipos de erros incomuns	<ul style="list-style-type: none"> – Há detecção de alterações persistentes com alterações fonológicas e essas mesmas alterações ocorrem raramente ou somente em breves períodos.
6. Variabilidade extensiva, mas ausência de progresso	<ul style="list-style-type: none"> – Esse traço é característico de não avançar fonologicamente no aspecto de variabilidade cronológica. – A variabilidade é consequência da reorganização do sistema fonológico de forma que os erros produzidos na sonorização sejam substituídos por acertos. – Histórico familiar.

Nota: Adaptado de “Distúrbios da fala e da linguagem na infância [Speech and language disorders in childhood]” por L. P. C. S. Prates e V. O. Martins, 2011, *Revista Médica de Minas Gerais*, 21(4, Suppl 1), p. 58 (<http://rmmg.org/exportar-pdf/808/v21n4s1a08.pdf>) e “Theories of phonological development and their implications for phonological disorders” por C. Stoel-Gammon, 1991, In M. S. Yavas (Ed.), *Phonological disorders in children*, pp. 16-17.

Ainda sobre a forma da linguagem, especificamente à morfologia e à sintaxe, tem-se que ao longo dos tempos as duas foram estudadas separadamente. Mas, conforme os avanços literários, elas estão sendo cada vez mais percorridas conjuntamente denominadas de morfossintaxe (morfologia + sintaxe). Contudo, o “estudo morfossintático de uma língua, ou seja, o conhecimento da organização formal do seu sistema lingüístico [*sic*], constitui um dos fundamentos da lingüística: [*sic*] o que tradicionalmente se denomina gramática” (Acosta et al., 2003, p. 71).

As inúmeras etapas lingüísticas pelas quais toda criança passa são essenciais para seu desenvolvimento de fala e linguagem. Para tanto, existe uma concordância na literatura no

que se refere à afirmativa de padrões de aquisição linguística para cada período da vida infantil. Esses padrões levam em consideração os seguintes fatores: a) gramática; b) surgimento de diferentes tipos de estruturas; c) importância atribuída aos aspectos formais e funcionais da língua (Acosta et al., 2003; Issler, 1996).

Dando seguimento, a literatura científica acredita que, aos cinco anos, a criança deva ter adquirido aquisição fonêmica completa e com domínio do sistema básico gramatical de uma língua. Passada essa idade, há outras conquistas mais importantes do ponto de vista cronológico denominadas de multifuncionais, tais quais: a) aumento na produção dos pronomes possessivos; b) uso de advérbios e proposições; c) utilização correta de verbos irregulares; d) utilização adequada de tempos verbais; e) ênfase dada em determinados trechos de sentenças, quando convier (Crystal, 1981; Rondal, 1982). É conveniente mencionar também que, com o aumento gradual “do discurso infantil, sua produção pode ser descrita em termos de uma gramática simplificada que, com o amadurecimento da criança, vai tornando-se, progressivamente, mais complexa [conjunto de numerosos elementos que funcionam como um todo]” (Mogford & Bishopp, 2002, p. 9).

Quanto ao conteúdo, especificamente à semântica, tem-se que ela seja uma dimensão da linguagem, assim como as outras, interdependentes. Representa o significado da linguagem, ou seja, das palavras e suas combinações. Suas alterações vinculam-se necessariamente a partir de dois processos básicos: compreensão (vocabulário compreensivo) e produção (vocabulário expressivo). Do ponto de vista das produções verbais, entende-se semântica mediante elementos, como se referir a animais, objetos, acontecimentos, pessoas, bem como sua relação com conceitos, sentimentos, ideias, sensações, entre outras. É significativo mencionar que distúrbios que afetem a compreensão das palavras terão reflexo na dimensão semântica (Law et al., 2000; Mogford & Bishopp, 2002). A partir disso, pode-se descrever que o conteúdo dimensional está relacionado também ao

conhecimento de conceitos e relação de significado pelo uso de orações que expressam comparações, semelhanças, causa-efeito, exclusão, inclusão Nesses casos, o grau de desenvolvimento semântico é determinado por meio da consistência, sob o ponto de vista do significado, das combinações das palavras Pode acontecer de utilizar . . . grande quantidade de palavras diferentes e realizar combinações morfossintáticas corretas, mas carentes de sentido ou significado. (Acosta et al., 2003, pp. 91–92).

Observa-se que existem basicamente dois tipos de significados quando vinculados à semântica, ao lexical e semântico-gramatical. No que se refere ao lexical, tem-se aceção às palavras com a intenção de classificar eventos, características, animais, formas, utensílios,

pássaros, cores, entre outras. Além disso, em adultos, os traços de variabilidade típicos (qualidade daquilo que está de acordo com um determinado padrão) são bem maiores do que em relação a crianças. Haja vista que, quando se trata de pessoas na fase da infância, há de se considerar que “pode acontecer que considerem uma galinha ou pinguim como pássaros, porque estes possuem penas e asas ou bico” (Acosta et al., 2003, p. 92). Já em relação ao significado semântico-gramatical, destacam-se as conjunções, os advérbios ou pronomes, bem como as metáforas, os provérbios (ditados), entre outros.

Há ainda a dimensão pragmática que corresponde ao uso da linguagem (Law et al., 2000). E, para que haja comunicabilidade eficiente, “a criança precisa saber muito mais do que a fonologia, a gramática e a semântica A pragmática cobre ... um vasto domínio que pode ser definido como a correta” utilização da língua – em vários contextos – em que está inserida (Mogford & Bishopp, 2002, p. 14). A referida dimensão atrela-se necessariamente a “contextos sociais, ou seja, trata do conjunto de regras que explicam ou regulam o uso intencional da linguagem, considerando que se trata de um sistema social compartilhado e com normas para correta utilização” (Acosta et al., 2003, p. 33). Menciona-se, ainda, que as categorias relacionadas com a referida dimensão são basicamente duas: 1) habilidades comunicativas (funções comunicativas) e 2) fluência no discurso (conversa). As funções comunicativas apresentam-se como condição abstrata, mas expõem considerável intencionalidade comunicacional do falante. Ainda existem as funções da pragmática que estão relacionadas à ação de obter informação, à metalinguística e até mesmo à regulação de ações.

Assim, as habilidades comunicativas são consideradas como conjunto de estratégias verbais e não verbais mediante as quais as pessoas realizam determinados objetivos comunicativos concretos. Exemplos: “fazer e rejeitar oferecimentos corteses”, “explicar e entender piadas” As habilidades comunicativas são conceitos muito menos abstratos que as funções, podendo ser considerados subconjuntos destas. Por exemplo, a função “obter informações” está relacionada com as seguintes habilidades comunicativas: “perguntar endereços”, “pedir opinião para alguém”, “perguntar a alguém sobre seus sentimentos Ao contrário das funções, não há caracterização fechada de habilidades comunicativas (Acosta et al., 2003, p. 38).

Já a conversa como uma das categorias da pragmática é conceituada como resultado do intercâmbio entre duas ou mais pessoas devidamente inseridas no contexto social. Durante a execução conversacional, as pessoas elaboram mentalmente mensagens

linguísticas com o objetivo e sentido a fim de intercâmbio efetivo entre as partes (Belinchón et al., 1992; Law et al., 2000; Perissinoto & Ávila, 2016). É válido mencionar que existem três aspectos relacionados com a conversação, os quais compreendem: 1) a organização formal; 2) desenvolvimento da capacidade de manter o significado; e 3) capacidade da criança, do adolescente ou do adulto em adaptar-se às situações, às pessoas e aos papéis. A organização formal refere-se à convenção temporal existente entre as partes, quando um fala, outro escuta. Já o desenvolvimento da capacidade de manter o significado está atrelado à manutenção do tema que se está discutindo para que haja coerência comunicacional. Por fim, a capacidade de adaptação em que a habilidade da pessoa deve estar “relacionada ao caráter social (não egocêntrico) ... e com sua habilidade para transmitir informações sobre referentes precisos (não ambíguos)” (Acosta et al., 2003, p. 39).

2.2.3.2 Considerações sobre leitura e escrita

O ato de ler e escrever é essencial para a socialização e apresenta-se como mecanismo fundamental para se verificar o nível de aprendizagem de uma pessoa no que concerne à linguagem escrita. Assim, escrever não se limita à realização de letras, palavras e frases com significados sociais, mas à condição de comunicabilidade que leva a pessoa para além da formalidade pedagógica (Oliveira & Braga, 2011). Apesar da não limitação propriamente dita da escrita à formalidade da aprendizagem escolar, a linguagem escrita é crucial como indicador de atipias (qualidade daquilo que não está de acordo com um determinado padrão) que podem levar a complicações sociais ao longo de toda a vida caso não sejam sanadas. Alterações na escrita e conseqüentemente na leitura são indicativos de distúrbios na aprendizagem de uma pessoa (Navas & Santos, 2016; Zorzi, 2003). Outrossim, a aprendizagem pode ser conceituada como “processo pelo qual o comportamento é modificado pela experiência, o que implica a aquisição de uma resposta inteiramente diferente da anterior” (Basbaum & Jakubovicz, 2012, p. 9).

Contudo, a aprendizagem “integra o psíquico, o cognitivo e o social, sendo um processo neuropsicocognitivo” (Tavares & Guimaraes, 2016, p. 272). E, não deixa de ter relação estreita com a escrita e a leitura, uma vez que, sem estas, fica notavelmente difícil mensurar ou mesmo sugerir distúrbio da aprendizagem (Oliveira & Braga, 2011). Logo, a aquisição da escrita vem ao encontro das capacidades múltiplas que são exigidas da criança ainda em processo de alfabetização, bem como da fase infantojuvenil que exige mais

habilidades por meio da conquista de contextos de leitura de mundo, para se expressarem adequadamente dentro do que se espera socialmente. É válido mencionar que tanto os distúrbios de leitura como os de escrita encontram-se, na maioria das vezes, baseados em alterações na fala e se constituem pelas alterações de compreensão da linguagem escrita por meio de palavras, frases e textos, ou também, pelos desajustes do momento de interpretar significados de contextos escritos (Cagliari, 1990; Cunha, 1991). Dessa forma, a

escrita é uma forma de mediação linguística, criada de acordo com as necessidades de uma sociedade que tem demandas culturais [condição corriqueira coletiva] determinadas. Além disso, a aquisição da leitura e da escrita requer um ensino formal, mesmo para crianças inteligentes e saudáveis, que desde cedo demonstram suas concepções a respeito do código gráfico. . . . O alfabeto tem o poder de representar a língua, independentemente da complexidade [conjunto de numerosos elementos que funcionam como um todo] de sua estrutura fonológica, já que, uma vez dominado o código alfabético, os leitores podem ler e escrever quaisquer palavras desconhecidas (Navas & Santos, 2016, p. 577).

As alterações no processo de aquisição e/ou no desenvolvimento da escrita podem ser encontradas em pessoas que apresentam atípicas (qualidade daquilo que não está de acordo com um determinado padrão) tanto no processamento fonológico, quanto no de compreensão da linguagem oral e escrita. Ou seja, as alterações em questão podem ter influências negativas múltiplas que atrapalham o desenvolvimento da aprendizagem infantojuvenil podendo levar a outras complicações diversas para a vida toda se não avaliadas e devidamente sanadas por profissionais competentes para tal (D'Azevedo, 1986; Franca et al., 2004). No entanto, a escrita é fator essencial para a inserção das pessoas na sociedade e apresenta ampla relação com a leitura, haja vista serem funções educacionais adquiridas em um período relativamente iguais (Weiss, 2008). Dessa forma, por meio da leitura, ocorre a melhora no vocabulário, acesso a informações gerais, estímulo a novos conhecimentos, pensamento crítico diante de acontecimentos sociais, entre outros. Nesse sentido, é válido descrever que a

leitura exerce um papel fundamental na sociedade. Além de contribuir para o desempenho acadêmico e favorecer o ingresso no mercado de trabalho, ela é um importante instrumento de inclusão social. Possibilitar o acesso de todos à leitura é um grande desafio. Este é ainda maior com indivíduos que têm dificuldades de leitura muito importantes e, conseqüentemente, a qualidade de vida abalada por elas. Mesmo se tratando de uma habilidade que pode se apresentar gradativamente mais fácil ou mais difícil para cada um. Há aquelas pessoas cujas dificuldades são desproporcionais

não apenas com relação ao seu grupo, mas, sobretudo, se comparadas ao desempenho global e potencial demonstrado em outras áreas. (Mousinho, 2016, p. 583).

A prática da leitura está associada necessariamente à função de compreender, identificar possíveis informações implícitas no corpo textual, estimular o pensamento criticista, entre outras. Dessa forma, tanto a leitura como a escrita – processos interdependentes – são ativos e de interação constante em uma sociedade comunicativa (Basbaum & Jakubovicz, 2012). É conveniente descrever também que existem sistemas funcionais vinculados à linguagem escrita que são o “sensorial, o motor, o da linguagem, a memória e a atenção. Eles paulatinamente passam a trabalhar juntos de modo cooperativo para desempenhar uma nova função – ler e escrever” (Navas & Santos, 2016, p. 579). E este trabalho conjunto deve estar necessariamente em plena integridade para que ocorra notável contribuição às funções que lhe cabem. Essas mesmas funções são próprias de serem utilizadas durante a vida toda, no entanto, é no período da infância e da adolescência que necessariamente precisam estar em sua máxima potência uma vez que é nessa fase que a maturação neurológica se estabelece (Teberosky & Colomer, 2003).

Partindo-se disso, pode-se aferir (assegurar) que as pessoas pertencentes a uma sociedade já nascem

com uma programação hereditária que nos permite adquirir a língua do meio em que vivemos num período significativamente curto de tempo, o mesmo não ocorre em relação à linguagem escrita. A aprendizagem da língua escrita não é uma herança biológica, mas sim cultural [condição corriqueira coletiva]. Existem sociedades que escrevem e outras que não escrevem, embora todas tenham a língua oral. Isso quer dizer que a língua escrita é uma criação social, relativamente recente se pensarmos em termos da evolução humana. Diferentemente da transmissão hereditária, que é o caso da linguagem oral, a escrita é um produto da cultura [condição corriqueira coletiva] que só se transmite pelo ensino, ou seja, em geral por meio de uma intervenção social planejada para tal fim. . . . Dessa maneira, podemos compreender por que crianças que foram capazes de adquirir linguagem oral e que a dominam de forma eficiente, podem não vir a aprender a escrever. Essa aprendizagem não depende, simplesmente, de habilidades individuais (Zorzi, 2003, pp. 10–11).

Além disso, o processo de aprendizagem da escrita em sua primeira etapa compreende relações entre letras e sons, e depende fortemente da consciência fonológica uma vez que, sem compreender a sonoridade em sua integral frequência, é notavelmente compreensível possíveis distúrbios de leitura e escrita, bem como o de fala. Dessa forma, quatro níveis são

apontados como processos que auxiliam na aquisição fonológica como ferramenta essencial para o desenvolvimento adequado da leitura e escrita: 1) sensibilidade à rima (capacidade de detecção de estruturas sonoras com a mesma semelhança em palavras distintas); 2) conhecimento silábico (habilidade de segmentar uma palavra em partes em partes menores em nível de sílaba); 3) conhecimento intrassilábico (compreende uma etapa entre o nível silábico e o segmental, de forma que corresponde à capacidade de subdividir elementos menores que uma sílaba e maiores de que um fonema); e 4) conhecimento segmental (competência discriminatória de uma palavra de tal forma que haja a consciência de que o léxico é uma sequência de unidades sonoras) (Rueda, 1993; Zorzi, 2003).

Contudo, a escrita compreende fases essenciais e sequencializadas durante seu processo de aquisição, tais como: 1) fase pré-silábica (não há análise dos componentes sonoros das palavras nem conhecimento silábico em uma perspectiva de consciência fonológica; não há conhecimento silábico); 2) fase silábica (a palavra falada começa a ser decomposta em unidades silábicas; há maior atenção às características sonoras ambientais); 3) fase silábico-alfabética (fase em que há consciência de que a palavra apresenta elementos menores e que as sílabas são compostas de unidades menores ainda); 4) fase alfabética (nesta fase a maior característica é a escrita mais precisa; uma mesma letra pode representar vários sons; um mesmo som pode ser escrito de várias formas distintas; há compreensão de que a forma de como se fala pode ser diferente da escrita). Outrossim, todas as fases apresentadas devem necessariamente ter satisfatório aproveitamento para que não ocorra possíveis alterações na escrita e leitura ao longo da jornada educacional e possivelmente ao longo de toda a vida (Zorzi, 2003). Para tanto, apresentam-se na Figura 5 as principais características no desenvolvimento da linguagem escrita em crianças e adolescentes.

Figura 5

Características das principais alterações no desenvolvimento da linguagem escrita

Fase da vida	Características
Crianças e adolescente	<ul style="list-style-type: none"> – Pode estar relacionada à alteração no desenvolvimento da linguagem ou ao transtorno fonológico. – Pode representar atraso no desenvolvimento ou distúrbio. – Caracteriza-se por alteração na escrita de palavras, dificuldades na elaboração e compreensão da escrita. – Alteração neurofisiológica. – Observam-se falhas no processamento fonológico (memória operacional, consciência fonológica e acesso rápido às representações no léxico). – Pode estar associada à alteração no processamento visual e auditivo e ao transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. – Inclui dislexia, disgrafia, disortografia e distúrbios de leitura e escrita. – Histórico familiar para alteração no desenvolvimento da linguagem oral e/ou escrita.

Nota: Adaptado de “Distúrbios da fala e da linguagem na infância [Speech and language disorders in childhood]” por L. P. C. S. Prates e V. O. Martins, 2011, *Revista Médica de Minas Gerais*, 21(4, Suppl 1), p. 58 (<http://rmmg.org/exportar-pdf/808/v21n4s1a08.pdf>).

Partindo disso, podem-se descrever dezenas de possibilidades de alterações na escrita que comumente a criança apresenta durante o processo de aquisição da linguagem escrita ou no próprio percurso educacional do adolescente. No entanto, dependendo da fraca evolução dessas mesmas fases, isso é indicativo de alterações específicas de aprendizagem ou mesmo distúrbio de aprendizagem que corresponde a um diagnóstico e necessita de acompanhamento de diversos profissionais para que se sanem ou minimizem possíveis etiologias (origem) que estejam influenciando a aprendizagem infantojuvenil. As alterações, em questão, são: omissões de letras, apoio na oralidade, junção-separação de palavras, inversões, acréscimos de letras, generalização, confusão “am” *versus* “ão”, confusão entre letras parecidas, entre outras (Teberosky & Colomer, 2003; Zorzi, 2003).

Logo, se referindo às características do sistema de escrita, tem-se que o aprendizado da escrita implica a compreensão mais aprofundada de um conjunto de propriedades estruturais e funcionais da linguagem. Além de a escrita envolver um conhecimento mais abstrato e conceitual do que é linguagem, ela implica dominar também aquelas características que são próprias do sistema de representação gráfica, como, por exemplo, a questão da pontuação, as regras ortográficas, assim como os estilos típicos (qualidade daquilo que está de acordo com um determinado padrão) de se constituírem narrativas escritas, em oposição aos estilos próprios da oralidade.

Adquirir o domínio da escrita não significa, simplesmente, apreender uma forma de comunicar-se a distância, transformando fala em grafia, mas sim ter acesso a uma maneira nova de estruturar o pensamento, via elementos linguísticos (Zorzi, 2003, p. 111).

No entanto, ter dificuldades no processo de aquisição da escrita ou mesmo alterações pontuais nela não significa necessariamente que a pessoa tenha distúrbios de aprendizagem ou distúrbio específico de linguagem escrita. Mas a presença de alterações na escrita de forma atípica (qualidade daquilo que não está de acordo com um determinado padrão) é indicativa para o risco dos distúrbios descritos anteriormente, o que merece atenção redobrada, haja vista as consequências que isso possa causar em médio e longo prazo (Weiss, 2008). Quando se refere a distúrbios de aprendizagem, o seu conceito se embasa na presença de alterações em diversos aspectos do desenvolvimento da criança e do adolescente; é também um conceito vinculado às dificuldades no processo de aquisição e uso da comunicação verbal (fala), habilidades auditivas, competência matemática e principalmente na escrita e leitura. Reitera-se que nem toda pessoa que tenha consideráveis atipias (qualidade daquilo que não está de acordo com um determinado padrão) na escrita e leitura tenha obrigatoriamente distúrbio de aprendizagem (Guimarães et al., 2003; Rotta, 2016).

Mas a presença de complicações no processo de aquisição da escrita, bem como da leitura, leva a uma maior atenção podendo ser sugestiva de distúrbio, dependendo do quadro observado, assim como da frequência (Zorzi, 2003). As alterações na aprendizagem podem ter etiologia (origem) de vários fatores e estar associadas a outras dificuldades concomitantemente, como: deficiências sensoriais e neurológicas, transtornos emocionais, fatores sociais negativos, entre outras (Ohlweiler, 2016a; Kaefer, 2016). Dessa forma, a identificação de possíveis alterações de forma mais precoce possível é bem-vinda quando o que está em questão é o desenvolvimento humano (Jardini, 2003). Já o distúrbio específico de linguagem escrita se refere a problemas que “começam a surgir a partir da alfabetização, podendo manifestar-se tanto em termos de alterações de leitura como na escrita, sendo muito comuns as dificuldades no plano da ortografia” (Zorzi, 2003, p. 109).

2.2.3.3 Considerações sobre gagueira

A gagueira é considerada um distúrbio da comunicação humana que envolve interrupções no fluxo da fala que pode ou não interromper a comunicação entre pessoas

(Fraser, 2008; Pedroso & Rotta, 2016; Schiefer & Arcuri, 2016). “Há um esforço motor visível durante a fonação. Há tensão nos músculos articulatórios” (Jakubovicz, 1997, p. 9). No entanto, independentemente de haver ou não entendimento da fala, sua emissão é comprometida e pode dificultar as relações humanas. A repetição de palavras ou sílabas, ou mesmo de prolongamentos sonoros, é característica marcante em pessoas gagas e geralmente acometem crianças podendo permanecer durante toda a vida, de forma a prejudicar não somente a fala em si, mas as relações interpessoais (Andrade, C., 2016). Contudo, é válido mencionar que não existem pessoas com fluência em sua total plenitude, mas aquelas diagnosticadas com gagueira apresentam necessariamente comprometimento atípico (qualidade daquilo que não está de acordo com um determinado padrão) na emissão verbal (fala), o que vai para além de uma simples apreensão de fala (Fraser, 2008; Lasalle & Wolk, 2011). O distúrbio de fala em questão “é uma desordem da expressão verbal, onde o ritmo da fala está perturbado sem que haja uma normalidade nos órgãos fonadores. Está sempre ligada a presença de um interlocutor, a dificuldades psicológicas e a conflitos internos” (Souza, 2000, p. 39).

A gagueira, também conhecida como tartamudez (termo menos usual), é conceituada pela Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde como sendo repetições ou prolongamentos frequentes de sons, de sílabas ou de palavras, ou por hesitações ou pausas frequentes que perturbam a fluência verbal [fala]. Só se considera como transtorno caso a intensidade de perturbação incapacite de modo marcante a fluidez da fala. (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1996).

E tal distúrbio de fala é classificada pelo código F95.6. Contudo, no referido “transtorno, o fluxo de fala está comprometido . . . pelas alterações de velocidade e de ritmo” (Schiefer & Arcuri, 2016, p. 646). Sua condição de impedimento do fluxo verbal não deixa de levar em consideração a possibilidade de haver – de forma associada – comprometimento na linguagem, de centros de controle da emoção e memória, alterações de processamento auditivo, entre outros (Andrade, C., 2000b). Diante do já mencionado, pode-se classificar o que ocorre em uma disfluência:

Repetição: a repetição pode acontecer uma, duas ou cinco vezes (quantidade) e pode ser de sílabas, de palavras ou de frases (qualidade)

Pausa: é o intervalo colocado de forma inapropriada no decorrer do discurso

Prolongamento: é o alongamento vocálico ou silábico que tenha duração inapropriada; isto é, todo o som que é prolongado além do permitido pelas leis da fonética.

Interjeição: é a inserção de sons, de palavras ou de frases curtas. A interjeição pode ser de sons como /ah/, /hum/, /eh/ . . . , de palavras como: /bem/, /né/, /tá/, /aí/ . . . ou de frases como: /deixa ver/, /como é/, /entendeu/, /tipo assim/, As interjeições são sons que enchem a pausa, pois constituem um intervalo temporal no fluxo do discurso. A interjeição pode ser colocada de forma apropriada ou não e pode ter uma frequência aceitável ou não. A inserção exagerada de interjeições passa ao ouvinte a impressão de que pode estar havendo uma certa dificuldade em seguir adiante com o discurso o que é logo associada ao termo gagueira.

Bloqueio: é a interrupção brusca de uma palavra que vem acompanhada de algum esforço vocal ou mesmo corporal. O bloqueio só é considerado como tal quando ocorre no meio ou no início da palavra e não quando ele acontece entre uma palavra e outra, já que, nesse caso, ele pode acontecer por ter havido um “engasgo ocasional”. (Basbaum & Jakobovicz, 2012, pp. 15–16, grifo do autor).

Ainda no aspecto do conceito de gagueira, pode-se caracterizá-la como uma interrupção do ritmo da fala de forma mais ou menos abrupta dependendo de seu grau (Oliveira e Bohnen, 2017). Essa condição de distúrbio ocorre de forma involuntária e geralmente vem acompanhada de fatores emocionais, o que dificulta sua condição de atenuação quando a pessoa acometida se submete a tratamento conveniente (Andrade, C., 2016). Tem-se ainda que o referido distúrbio vai ganhando algumas características que podem acompanhá-lo já a partir da segunda infância (aproximadamente dos 3 aos 6 anos de idade), de forma cada vez mais evidente até que se chegue à fase adulta (após os 18 anos de idade), tais quais: a) utilização exagerada de sinônimos de palavras que a pessoa sabe que irá gaguejar, o que acaba tornando a fala empobrecida em termos de variação durante uma conversação; b) alteração na condição sintática da linguagem de forma usual (com falhas), especificamente, na condição de verbalizar frases não acabadas; c) comportamento de evasão em situações em que necessita falar; e d) medo de ser estigmatizado por seu distúrbio de fala. De qualquer forma, nem sempre essas características são evidentes nem ocorrem na mesma intensidade e frequência (Sangorrín-García, 1997). Logo, é relevante descrever que em

uma conversação envolvendo falantes gagos e fluentes, é comum que a gagueira gere desconforto entre interlocutores. Para os fluentes, elícita um estereótipo especialmente negativo quanto à personalidade do indivíduo gago (um sintoma de uma personalidade problemática, desajustada tensa etc.) e também um “não saber comportar-se naquela situação”. Para as pessoas com gagueira, boa parte das situações de comunicação é extremamente frustrante, porque as rupturas involuntárias do fluxo de fala impedem

ou reduzem seu potencial expressivo, ocasionando vergonha, tensão, ansiedade e autoconsciência de exclusão (Andrade, C., 2016, p. 657).

A gagueira pode se manifestar de várias formas e em graus diferentes em homens e mulheres, geralmente acometendo com maior severidade pessoas do sexo masculino (Justi & Duarte, 2016). Tem-se, ainda, que podem ocorrer episódios com maior ou menor severidade dependendo de determinadas ocasiões e, em outros casos, pode haver interrupções de fala constantes durante a comunicação oral (Oliveira e Bohnen, 2017). Quanto maior o grau de dificuldade na fala, maior tendência para as manifestações corporais e orofaciais associadas ao distúrbio em questão. Esses movimentos são compensatórios à fala comprometida e servem com apoio instantâneo para o auxílio da pessoa gaga. No entanto, esses mesmos movimentos podem ocorrer em maior ou menor espasticidade dependendo do grau do distúrbio. Os comportamentos corporais associados à emissão de fala comprometida (gagueira) geralmente são mais consolidados na adolescência e na fase adulta quando já possuem maiores mecanismos para lidar com o distúrbio, é o que difere a gagueira em crianças, adolescentes e adultos (Andrade, C., 2016).

A gagueira na infância tem característica de remissão em muitos casos, haja vista a condição de amadurecimento neurológico de forma a estabilizar padrões motores, temporais e linguísticos tanto de fala como de linguagem (Andrade, C., 2016). Na maior parte das vezes, “quando aparecem os primeiros sinais de gagueira numa criança, ela se manifesta de maneira repetitiva. À medida que ... vai crescendo e tendo consciência de suas repetições, ela tende a aumentar o número destas repetições” (Souza, 2000, p. 40). Logo, para que haja correto padrão de fala, há necessidade de componentes funcionais e de linguagem íntegros e suficientemente harmônicos entre si, o que inclui um fluxo aéreo (respiração) coordenado e aspecto fonológico completo (Bauman-Waengler, 1996). Já na adolescência e na fase adulta, essa condição passa a ser crônica e dificilmente a remissão espontânea ocorre. Existe uma diferença entre a gagueira na adolescência e na fase adulta. Essa diferença é mínima, e tem-se que, na adolescência, a partir de 12 anos, o padrão de fala pode ser variável conforme mudanças emocionais e sociais. Nessa fase, há fortemente reações negativas como estresse, frustração, conflito psicossocial, ansiedade, medo e isolamento social pela condição de instabilidade emocional (Craig & Tran, 2006).

Já em adultos e idosos, o distúrbio de fala gagueira tende a reduzir sutilmente pela condição de declínio motor e neurológico, bem como estabilidade social e emocional (Andrade, C., 2016). Outrossim, os comportamentos que serão apresentados são na maioria das vezes perceptíveis pelas pessoas que convivem com pessoas gagas. Contudo, em crianças,

pode ocorrer em menor intensidade, mas já se iniciam os comportamentos corpóreos e faciais característicos. Logo, há movimentos sutis que podem passar despercebidos no momento da fala alterada (prolongamento, pausa ou repetição).

Os comportamentos em questão podem ser: 1) bater mãos e pés; 2) projetar ou retraindo a cabeça; 3) pular; 4) girar; 5) contrair os músculos torácicos, ombros, região cervical ou pernas; 6) friccionar os dedos dos pés ou mãos; 7) apertar as mãos; 8) cruzar as pernas e os braços; 9) dar um passo para frente, lado ou atrás; 10) passar a mão constantemente na cabeça, entre outros (Fraser, 2008; Jakubovicz, 1997; Souza, 2000).

Em relação aos comportamentos orofaciais, tem-se: 1) apertar ou piscar exageradamente as pálpebras dos olhos; 2) fazer careta; 3) esticar a musculatura das bochechas; 4) franzir a testa, região entre os olhos (glabella) ou região do queixo (mento); 5) tremor nos lábios; 6) arregalar as narinas, entre outros (Guitar, 2006). Apesar dos comportamentos apresentados, tem-se que – na presença de distúrbio de fala, mais especificamente a gagueira – toda a musculatura corporal seja tensa, uma vez que há um grande esforço para que ocorra a fala. Contudo, na condição de fala (independentemente se atípica ou não), isso

costuma ser um processo sensório-motor que envolve forças ativas entre o sistema muscular e o trato vocal. A habilidade para exercer o comando muscular em sequência é primordial para se falar fluentemente

[E, na gagueira (estado patológico),] ... pode-se observar que o comando motor está alterado. A pessoa que gagueja não passa de uma posição articulatória a outra com facilidade. Ela fica repetindo, prolongando ou bloqueando o som, não fazendo a passagem natural nas estruturas articulatórias (Basbaum & Jakubovicz, 2012, p. 33).

2.2.3.4 Considerações sobre velocidade de fala

A comunicação oral é a linguagem mais utilizada para a interação entre as pessoas. Essa interação depende de fatores biológicos, orgânicos, funcionais e sociais. Para além destes, existe uma condição que pode ou não estar atrelada a eles, que é a velocidade de fala. É comum encontrar pessoas que apresentam fala muito rápida ou muito devagar que pode ou não influenciar no entendimento de quem esteja escutando. Independentemente de haver ou não distúrbio que influencie a fala, é notório que a velocidade exacerbada sempre tenderá a

maior prejuízo para a boa comunicabilidade entre as pessoas (Behlau & Pontes, 1995). Logo, a velocidade de fala é uma medida de grande valoração dentro das ciências da comunicação humana que avaliam a fluência de fala. Para que se possa caracterizar uma pessoa como disfluente existem algumas características, tais quais: presença de disruptura (quebra de continuidade) e velocidade exagerada ou diminuída demasiadamente que influencie no entendimento de quem esteja escutando (Andrade, C., 2004; Andrade et al., 2003; Dehqan et al., 2008).

É relevante mencionar que a comunicação oral se atrela necessariamente ao ritmo e personalidade de cada pessoa. Essas peculiaridades relacionam-se também a aspectos individuais e ambientais que podem ter considerável influência na fala humana. Tem-se ainda que a velocidade de fala se diferencia entre crianças quando comparadas a adolescentes e adultos por causa da maturação neuroanatomofuncional (Martins & Andrade, 2008). No entanto, independentemente da idade, pode-se caracterizar comprometimento na fluência de fala por meio de avaliação fonoaudiológica. A literatura relacionada à linguagem humana descreve a fala com velocidade aumentada como taquilalia ou taquifemia, que são distúrbios multidimensionais vinculados à fluência e articulação, descritas, também, com os caracteres F98.6 na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (OMS, 1996).

A taquilalia, apesar de apresentar grande parte das mesmas características da taquifemia, apresenta algumas em especial que a distinguem, por exemplo: a) não há presença de outras alterações associadas à linguagem sintática como a dificuldade macroestrutural do discurso e b) presença de consciência de fala com velocidade aumentada. Para tanto, optou-se em apenas apresentar o conceito de taquifemia já que suas características são similares com exceção das alíneas anteriores. O conceito literário científico de taquifemia é descrito como um distúrbio da fluência que apresenta sua principal característica na velocidade aumentada da fala. Esse distúrbio, apesar de sua semelhança com a gagueira, apresenta especificidades que a diferenciam, como a ausência de disfluências gagas (Alm, 2011; Souza, Paschoalino, et al., 2013). Partindo disso, a taquifemia pode ser

classificada como um distúrbio da fluência, apresenta disfluências excessivas na fala, além da taxa de elocução aumentada e/ou irregular. Outra característica frequentemente presente é a inteligibilidade reduzida, que possivelmente ocorre por causa da coarticulação exagerada ou da articulação imprecisa, bem como ao aumento na taxa de elocução. (Oliveira, 2016, p. 658).

É pertinente mencionar que a pessoa taquifêmica pode apresentar certo controle sobre sua fala no momento de avaliação fonoaudiológica, sendo esse um desafio durante o processo

avaliativo. A elocução (condição de enunciar o pensamento por meio da fala), ainda que comprometida em pessoas taquifêmicas, apresenta mais espontaneidade quando em situações comunicacionais comuns do dia a dia. Outra característica do distúrbio de fala em questão é que a mensagem pronunciada é muito mais rápida do que se pode lidar. A pessoa com taquifemia pode executar suas mensagens mais rápidas do que elas são capazes de lidar mesmo que porventura a velocidade em si seja tão aquém de valores considerados típicos (qualidade daquilo que está de acordo com um determinado padrão). Nesse ínterim, a pragmática como dimensão da linguagem humana fica comprometida de forma que pode haver confusão de pensamentos, dificuldades para manter conversação (dificuldade de encontrar palavras) e até ausência de consciência da condição de fala (Alm, 2011; Bakker & Myers, 2011; Oliveira et al. 2013). Contudo, a

taquifemia é um distúrbio complexo [difícil], com um amplo espectro de manifestações. Entre as diversas manifestações, as características da fala (fluência, taxa de elocução e sua regularidade, prosódia, inteligibilidade, precisão articulatória) e da linguagem (organização e controle do discurso) devem ser analisadas. Vale ressaltar que, as manifestações da taquifemia são mais prováveis de serem percebidas durante a fala mais espontânea, informal, menos estruturada, mais complexa [difícil] linguisticamente, que envolve mais emoção e mais extensa. (Oliveira, 2016, p. 659).

Para além das características descritas anteriormente, estudiosos ainda mencionam possível relação entre distúrbios de processamento auditivo (central) e taquifemia. Mas não necessariamente em todos os taquifêmicos possa haver presença dos distúrbios de processamento auditivo. A possível relação em questão é motivo de mais investigações e merece atenção especial da academia universitária uma vez que é por meio de pesquisas que se podem traçar caminhos para a minimização ou extinção da taquifemia. Outrossim, resultados de estudos “sugerem uma possível relação entre taquifemia e alteração do processamento auditivo (central). No entanto, essa relação pode ocorrer em alguns taquifêmicos e não necessariamente em todos.” (Oliveira, 2016, p. 659).

Ainda se tratando de características comuns na observação e/ou constatação diária de possíveis pessoas taquifêmicas, têm-se: a) histórico pessoal e/ou familiar de desenvolvimento atípico (qualidade daquilo que não está de acordo com um determinado padrão) da linguagem e da fala; b) dificuldades no processo de aprendizagem escolar; c) comentários de pessoas próximas em relação a sua fala, articulação e nível de entendimento baixo (de quem esteja escutando); d) situações sociais que favorecem ou não a melhora da comunicação oral; e) ausência de consciência da dificuldade de comunicação. É válido descrever que existem casos

de taquifemia e gagueira conjuntos e é muito mais evidente socialmente, haja vista, a complexidade [dificuldade] apresentada na comunicação oral. Porém, esses dois distúrbios da comunicação humana associados – taquifemia e gagueira – não são tão comuns quando comparados a diagnóstico único em conduta fonoaudiológica (Santana & Oliveira, 2014; Souza, Paschoalino, et al., 2013).

De forma geral, a inteligibilidade comunicacional (fala) em casos de taquifemia pode afetar a articulação (movimentos orofaciais para a produção oral), disfluências não gegas (características diferentes da gagueira), elocução (grau com a qual a velocidade do falante é percebida como sendo irregular) e prosódia (variações do *pitch* – “som agudo ou grave” – e *loudness* - “som forte ou fraco” ou padrões de entonação) (Bakker & Myers, 2011; Oliveira et al. 2013). Logo, a taquifemia “costuma ser marcada por uma articulação inadequada dos sons, especialmente das palavras polissílabas. As principais dificuldades são caracterizadas por omissão de sons ou de sílabas, neutralização da vogal e distorção dos fonemas” (Oliveira, 2016, p. 660). Uma característica comum em pessoas taquifêmicas é a desorganização da linguagem no que tange à coerência lógica de pensamentos (Bakker & Myers, 2011). A tendência à pressa é expressão habitual do distúrbio da fala em questão e, associado a uma série de características mencionadas anteriormente, a fala “pode se tornar frustrante, tanto para a pessoa com taquifemia quanto para o parceiro do diálogo” (Oliveira, 2016, p. 660). Contudo, identificar as características descritas ao longo desse tópico é comum no dia a dia na presença de uma pessoa possivelmente taquifêmica, mas uma avaliação detalhada por profissional competente se torna essencial para um diagnóstico preciso. Portanto, apenas com diagnóstico adequado, realizado por profissional fonoaudiólogo, se poderá traçar conduta pertinente para sanar o quadro atípico (qualidade daquilo que não está de acordo com um determinado padrão) em questão e, conseqüentemente, promover melhores condições sociais que envolvem educação, qualidade de vida, comunicação eficiente, entre outras.

2.2.3.5 Considerações sobre afasia

A afasia é um quadro de comprometimento das dimensões da linguagem e não condiz com a ausência de fala propriamente dita (Habib et al., 2001). A origem da terminologia é resultado de observações de quando se mapearam inicialmente quadros desse tipo. No entanto, a literatura contemporânea é unânime em descrevê-las como capaz de influenciar negativamente os componentes da linguagem também denominados de dimensões: 1) “forma” (fonologia, morfologia e sintaxe); 2) “conteúdo” (semântica); 3) “uso” (pragmática). Logo, a

“afasia é uma patologia que acomete a linguagem devido a um dano cerebral e que acarreta alterações de âmbito social, pessoal e profissional nas pessoas que a possuem” (Silva & Cintra, 2010, p. 442). É válido descrever que processos afásicos são oriundos de condições secundárias às patologias encefálicas (Alexander & Benson, 1998). A afasia dificulta diretamente a comunicação e por esta estar comprometida envolve diretamente funções como gnosias (capacidades do cérebro para reconhecer, por meio dos sentidos, informações adquiridas anteriormente), memória e afeto.

Quando na criança não se podem associar sempre quadros afásicos e o conceito em questão exige “que o indivíduo já tenha adquirido a função, que será comprometida em caso de lesão. Sem dúvida, em uma criança que já tenha adquirido condições de formar frases, o que, em média, corresponde aos dois anos de idade”, pode-se falar em afasia (Pedroso & Rotta, 2016, p. 123). Partindo disso, é notório que essa definição “exclui problemas de linguagem embriológicos ou congênitos (disfasia), distúrbios motores da fala ou de articulação (disartria, disфонia e apraxia pura de fala) e comprometimento dos processos de raciocínio (demência e esquizofrenia)” (Bhatnagar, 2004, p. 345).

Contudo, a afasia

pode e geralmente é acompanhada por alterações de outros processos cognitivos e sinais neurológicos, como a hemiplegia (paralisia de um dos lados do corpo), a apraxia (distúrbio da gestualidade), a agnosia (distúrbio do reconhecimento), anosognosia (relacionada à falta de consciência do problema por parte do sujeito cérebro-lesado), dificuldade de deglutição (dificuldade para engolir a saliva e alimentos) Não se trata de afasia a alteração de linguagem que se manifesta nas psicopatologias (como a esquizofrenia ou o autismo), nas deficiências mentais e auditivas ou nas demências, ou mesmo nas amnesias (Morato et al., 2002, p. 16).

Além disso, a afasia pode ser entendida como um distúrbio adquirido oriundo de lesão de áreas cerebrais da linguagem, tendo como possíveis efeitos défices tanto na linguagem oral, como na escrita (Frota et al., 2011; Mansur & Machado, 2016). Menciona-se ainda a condição patológica de afasia – alteração que se enquadra como um distúrbio da comunicação humana – altera necessariamente algumas funções, tais quais: 1) condição expressiva por meio da fala; 2) dificuldade na compreensão da fala alheia; 3) comprometimento na compreensão da escrita, ou seja, dificuldade no processo de leitura; 4) capacidade de se expressar por meio da escrita. A condição de afasia é composta de tipos diferentes devidamente classificados pela literatura científica, tais como: 1) afasia de Broca; 2) afasia de Wernicke; 3) afasia global; 4) afasia de condução; 5) afasia anômica; 6) afasia transcortical.

Entretanto, é conveniente mencionar que geralmente o referido distúrbio é resultado de lesões em maior ou menor grau em áreas cerebrais. A partir disso, há acometimento tonotópico do hemisfério esquerdo, especificamente na região temporal e frontal onde se apresentam regiões primárias vinculadas às funções de linguagem (Morato et al., 2002; Murdoch, 2012; Tissot, 1998).

Tem-se, ainda, que, não somente

a fala, como também a leitura pode ficar prejudicada em comparação a seu conhecimento e uso antes da afasia: por exemplo, o afásico pode ler, entender e não conseguir dizer o que leu; pode ser que consiga ler somente determinadas palavras; pode não entender o que leu ou entender o sentido geral do texto e não os sentidos implícitos nas entrelinhas; pode dar a detalhes sem importância uma relevância maior do que têm no texto e não apreender o que é relevante para sua compreensão. O afásico pode também apresentar dificuldades para escrever; fazendo-o de forma incompleta ou alterada em relação ao padrão que apresentava anteriormente à afasia. Vale ressaltar que isso se constitui como um problema de linguagem, e não como uma dificuldade meramente motora, como uma dificuldade de segurar a caneta (Morato et al., 2002, p. 17).

Ainda sobre os vários tipos de classificações afásicas mais aceitas pela literatura científica, tem-se, uma delas, a de Broca, que é caracterizada pela fala não fluente e com presença de interrupções frequentes (Zemlin, 2000). A nomeação também é comprometida nesse tipo de afasia, e a pessoa apresenta constantemente compreensão auditiva normal (Bishop, 2002; Habib et al., 2001). As “pessoas com afasia de Broca tendem a apresentar dificuldade de compreender a sintaxe complexa [conjunto de numerosos elementos que funcionam como um todo]. Exatamente da mesma forma que têm dificuldade em elaborar a sintaxe” (Bhatnagar, 2004, p. 345). Em geral, o ato de ler é muito comprometido em comparação à capacidade de compreender auditivamente mensagens alheias. Toma-se, ainda, que a escrita comprometida muitas vezes vem acompanhada de hemiparesia (paralisia da perna ou do braço direito), dificultando assim o ato de escrever com a mão esquerda (mão não dominante). As pessoas “com afasia de Broca não apenas têm letra feia, mas também soletram errado; muitos não conseguem escrever nem mesmo palavras ou frases curtas” (Bhatnagar, 2004, p. 345). Esse mesmo tipo de afasia

está no grupo das não-fluentes e comporta variantes. Na verdade, é fluente, tem acentuada redução na produção. Suas frases são reduzidas em extensão e complexidade [conjunto de numerosos elementos que funcionam como um todo]

gramatical, sendo agramatismo a marca característica. Essa redução inclui desde estereotípias, segmentos sem significado emitidos repetidamente, até frases curtas, contendo o essencial da mensagem. A produção é marcada por hesitação e latência; a articulação da fala é difícil, com “quebras” na linha melódica. . . . A compreensão pode estar funcionalmente adequada, principalmente em situações de conversação em que a redundância e apoio em aspectos contextuais podem suprir déficits, porém raramente é perfeita. . . . A produção da linguagem espontânea é possível, embora restrita a aspectos essenciais (Mansur, 2003, pp. 126–127).

Outra classificação de afasia é a de Wernicke, que apresenta característica de fluência na fala, de forma que a pessoa acometida por ela tenha velocidade aparentemente típica em comparação a alguém não afásico. Já em relação à compreensão da linguagem apresenta considerável alteração, de forma a não reconhecer palavras durante uma conversação (Bishop, 2002). Ou seja, há tentativa de conversação, porém não há entendimento da pessoa afásica. Geralmente, lesões na área de Wernicke causam comprometimento na recepção auditiva. Essa mesma área é responsável pelo processamento dos sons verbais de forma que, quanto mais se percebem os sons, mais fácil fica a memorização de seus significados comunicacionais (Habib et al., 2001). “A compreensão auditiva, geralmente fica tão comprometida que . . . não pode responder a perguntas simples, do tipo sim ou não A escrita também é anormal” (Bhatnagar, 2004, p. 346). É válido mencionar também que, na referida classificação, o afásico pode ter a presença de quadros associados, por exemplo, alterações no campo da visão, bem como apraxias corporais (dificuldade de realizar movimentos com o corpo).

Toma-se ainda a afasia global, que é descrita pela literatura como aquela que apresenta alterações generalizadas na linguagem. As pessoas acometidas dessa condição patológica apresentam característica de responder mais corriqueiramente um “não” em comparação ao “sim” (afeta as dimensões da linguagem e não condiz com a ausência de fala propriamente dita (Habib et al., 2001). Essa condição de resposta é estereotipada e faz parte de um conjunto de emissões que podem recorrentemente ser emitidas verbalmente. Outrossim, a “coexistência de apraxia de membros e bucofacial é regra; hemiplegia direita, perdas sensoriais e impedimento de campo visual” são corriqueiros (Mansur, 2003, p. 131). Nessa classificação, a verbalização está tão comprometida quanto a recepção de informações, de forma que qualquer tentativa de troca linguística é largamente dificultosa. Assim, os “estereótipos verbais . . . são anosagnósicos e, contrariamente ao que se pode observar em outras formas, não têm nenhum valor para a comunicação” (Tissot, 1998, p. 11). Partindo do já exposto, pode-se descrever que a

afasia global pode ser considerada como a soma dos déficits das afasias de Broca e de Wernicke Todos os elementos da linguagem-fala, nomeação de objetos, compreensão, repetição, leitura e escrita são, gravemente, comprometidos. As síndromes de comprometimentos menos grave, mas igualmente generalizados da linguagem são denominadas afasias mistas. As lesões associadas à afasia global envolvem grande parte do território da artéria cerebral média esquerda dos lobos frontal, temporal e parietal. Grandes lesões da substância branca subcortical e dos gânglios da base resultam em síndrome semelhante (Bhatnagar, 2004, p. 346).

Já a afasia de condução é descrita como a que ocorre em menor frequência em relação às outras. “A afasia Wernicke pode evoluir para a afasia de condução com melhora na compreensão, embora a capacidade de armazenamento auditivo seja reduzida” (Mansur, 2003, p. 130). Os acometidos com o referido distúrbio apresentam a característica de repetição, discurso comumente fluente e com erros parafásicos (substituição de palavras por outras ou por vocábulos inexistentes na língua), a escrita e a leitura apresentam-se alterada de forma que conseguem ler em voz alta. Apesar de os erros parafásicos fonêmicos serem constantes, há consciência desses mesmos erros, e a pessoa se esforça para corrigi-los durante a comunicação. Deve-se mencionar também que a nomeação é variável, no entanto, a compreensão auditiva geralmente é normal. Logo, na afasia de condução, o acometido compreende “bem, mas não consegue repetir o que foi dito. Ler em voz alta pode mostrar déficits semelhantes à repetição, assim como fazer um ditado” (Bhatnagar, 2004, p. 346).

Tem-se ainda a afasia anômica também conhecida como amnésica ou amnésica, que compreende uma das classificações disponíveis na literatura científica. Ela é descrita como sendo aquela que apresenta a característica principal de não haver a nomeação de objetos por parte de seus acometidos. A pessoa “fala fluentemente, com algumas pausas e circunlóquios, para encontrar palavras. A repetição, a compreensão auditiva, a leitura e a escrita estão preservadas” (Bhatnagar, 2004, p. 347). De todo o grupo de afasias existentes, a menos problemática é a anômica, que é fluente e com repetição e compreensão geralmente em boa condição. Os episódios parafásicos são raros e, se houver comprometimento para além de anomia, isso é fruto de lesões cerebrais em maior extensão para além do lobo frontal esquerdo (Habib et al., 2001).

A afasia anômica também é observada em condições sem lesões claramente localizadas, como em estados de confusão e distúrbios causadores de demência De acordo com algumas fontes, as lesões do lobo frontal esquerdo afetam as nomeações das ações (verbos) (Bhatnagar, 2004, p. 347).

Por último, tem-se a afasia transcortical que é subdividida em três, tais quais: 1) afasia motora transcortical; 2) afasia sensorial transcortical; e 3) afasia transcortical mista. Na afasia motora transcortical, as principais particularidades na compreensão e repetição são a condição de integridade. No que se refere à nomeação de objetos e escrita, a condição é comprometida. No que se refere à leitura, esta pode estar preservada. Na fala, é notável a não fluidez. Já na afasia sensorial transcortical, as principais características em relação à fala – apesar de fluente – são: a ecolalia (repetição de sílabas, palavras ou frases já ouvidas); a nomeação de objetos, compreensão, leitura e escrita é comprometida e a repetição, que é caracterizada como intacta. Por fim, os aspectos observados na afasia transcortical mista – também conhecida como síndrome do isolamento da área da fala – apresenta fala não fluente, nomeação de objetos, compreensão, leitura e escrita comprometidos e repetição intacta (Bhatnagar, 2004; Morato et al., 2002).

2.2.4 Área de Motricidade Orofacial

De acordo com artigo 4º, 2. Motricidade orofacial, 2.1, da Resolução CFFa n. 320/2006: “2.1 - Motricidade Orofacial é o campo ... voltado para o estudo, pesquisa, prevenção, avaliação, diagnóstico, desenvolvimento, habilitação, aperfeiçoamento e reabilitação dos aspectos estruturais e funcionais das regiões orofacial e cervical.” (CFFa, 2006).

2.2.4.1 Considerações sobre respiração

A respiração é função vital do ser humano e deve ocorrer primordialmente pelas narinas. Sua função é inspirar oxigênio (puxar o ar de fora para dentro), a fim de fornecer energia ao organismo para que chegue até à corrente sanguínea em quantidade suficiente para manutenção do organismo (Carvalho, G., 2003; Degan & Guimarães, 2016). Existe ainda outra função que corresponde à expiração que é o processo inverso da inspiração, nessa função, há retirada do excesso de dióxido de carbono proveniente das reações celulares. Todo o complexo (conjunto de numerosas estruturas que funcionam como um todo) respiratório é composto de um conjunto muscular e da caixa torácica (Hall, 2011; Silverthorn, 2017). No entanto, as vias respiratórias são compostas de cavidade nasal e oral, faringe, laringe, traqueia e brônquios. Todas as estruturas mencionadas compõem um tubo contínuo para que haja a

passagem do ar. É válido descrever que a cavidade oral e nasal, faringe e laringe fazem parte de um complexo (conjunto de numerosas estruturas que funcionam como um todo) intitulado trato vocal. Todo esse complexo apresenta a função de umedecer, filtrar e aquecer o ar antes que ele atinja as vias aéreas inferiores (região abaixo das pregas vocais) (Zemlin, 2000).

No entanto, “a respiração nasal é uma das mais variadas condições essenciais” para uma boa qualidade de vida (Jotz, 2012, p. 5). Ressalta-se que, apesar de a respiração nasal ser a mais pertinente funcionalmente, a respiração mista (nasal e oral concomitantemente) é essencial quando em casos de excesso de esforço físico, quando o organismo necessita de maior fluxo e rapidez na entrada de oxigenação. Fora esse caso (esforço físico em demasia) e exceções específicas (canto e outros), deve-se voltar a condição de fluxo aéreo primordialmente pelas narinas. Uma respiração adequada tende a fornecer mais condição de qualidade de vida independentemente da idade. Outra condição atípica (qualidade daquilo que não está de acordo com um determinado padrão) comum durante a respiração é a escuta de ruídos, que pode ter origem na condição orgânica como a presença de secreção, pólipos nasal (formações carnosas da membrana mucosa da cavidade nasal), rinite, desvio de septo, entre outras. Todas essas condições podem resultar em respiração oral. Tem-se ainda outras condições que proporcionam uma respiração ruidosa, tais quais, distúrbios neurológicos, tensão excessiva de estruturas fonoarticulatórias, bronquite, entre outras (Degan & Guimarães, 2016; Pinho, 1998).

Contudo, existem inúmeras alterações que podem comprometer o processo respiratório, a exemplo da dispneia, que

é a sensação subjetiva de desconforto ao respirar . . . , falta de ar, semelhante à fadiga após exercícios. A informação sobre dispnéia [*sic*] [provinda da pessoa] é falha. Também é falha a detecção dos mecanismos envolvidos, só podendo contar-se por analogia com outras sensações que talvez sejam a base da reação emocional à dispnéia [*sic*].

Tosse voluntária ou involuntária é um processo respiratório, e o reflexo da tosse é um mecanismo protetor que visa a expulsar rapidamente das vias aéreas poeira, muco, fumaça ou qualquer agente irritante. Não é habitual, pois não faz parte do processo ventilatório e é normal se não acontecer rotineira e repetidamente. Após a fase respiratória, quando o ar penetra nos pulmões por uma profunda e rápida inspiração, vem a fase compressiva, quando desenvolve alta pressão intratorácica e intrapulmonar. Na última fase, a expulsiva, há a abertura da glote com grande variação

da pressão interna e ocorre a explosão do ar que leva consigo o material que deve ser eliminado.

Espirro, cianose e hipoxemia também são relatados como perturbações da livre respiração é a respiração bucal.

Respiração bucal é um conjunto de sintomas que se estabelecem quando o padrão da respiração nasal é substituído por um padrão de suplência bucal ou misto. Este quadro altera muito toda a organização corporal e é causador de diversos distúrbios (Carvalho, G., 2003, pp. 54-55).

Apesar das inúmeras alterações possíveis na respiração de crianças, jovens e adultos, tem-se uma que se apresenta em destaque por sua condição comum no cotidiano, que é a respiração oral que “pode repercutir em diversas dimensões da vida . . . , trazendo alterações em várias áreas da saúde” (Costa, Valentim, et al., 2015, p. 873).

Existem basicamente três tipos de classificação: funcionais, orgânicas e impotentes funcionais. Na respiração oral funcional, o que ocorre é uma condição postural viciosa. Ainda que todos os obstáculos mecânicos e/ou patológicos tenham sido removidos para que houvesse uma respiração adequada, muitas vezes as pessoas mantêm a boca aberta. Já a respiração oral orgânica (também chamada de genuína) há necessariamente obstáculo orgânico que impede o fluxo aéreo pelas narinas, por exemplo, postura e tamanho inadequado da língua, mal desenvolvimento craniofacial, hipertrofia (aumento do tamanho) de tonsilas, retrognatismo (condição orgânica de mal desenvolvimento da mandíbula), entre outros. Por fim, os impotentes funcionais que correspondem a pessoas com quadro neurológico grave ou também psiquiátricos (Carvalho, G., 2003).

Para Marchesan (1998a), existem queixas e alterações encontradas com maior frequência no respirador oral a que se deve ter atenção especial, uma vez que são características atípicas (qualidade daquilo que não está de acordo com um determinado padrão) relacionadas com alteração na respiração. No que se refere a alterações nos órgãos fonoarticulatórios, têm-se: 1) lábios rachados e secos com cor alterada; 2) propriocepção (percepção de gosto) oral comprometida; 3) anteriorização (projetar para frente) da língua ou elevação de seu dorso (parte posterior) para regular o fluxo de ar; 4) lábio superior retraído (de fora para dentro) ou curto e inferior evertido (de dentro para fora) ou interposto (no meio) entre os dentes; 5) gengivas hipertrofiadas (aumento do tamanho) com cor alterada e frequentes sangramentos; 6) hipotrofia (diminuição do tamanho), hipotonia (diminuição do tônus) e hipofunção (diminuição da função) dos músculos elevadores da mandíbula; 7) tônus comprometido com hipofunção dos lábios e bochechas; 8) tônus com prejuízo da musculatura

supra-hioídea (conjunto de músculos da região ântero-lateral do pescoço e que se inserem e estão acima do osso hioídeo).

Ainda para a mesma autora, as características no que se refere a alterações das funções orais são: 1) mastigação ineficaz com consequências digestivas e engasgos pela incoordenação da respiração e mastigação; 2) fala imprecisa com pouca articulação e quantidade de saliva excessiva, bem como presença de ceceo anterior (condição em que o ar emitido durante a fala é direcionado para os dentes da frente) ou lateral (condição em que a ponta da língua faz pressão sobre os dentes incisivos centrais superiores ou região alveolar da validade oral e conseqüentemente o ar emitido durante a fala é dividido formando um escape lateral pela boca); 3) voz com hipo ou hipernasalidade ou rouquidão; e 4) deglutição atípica com presença de ruído, projeção anterior da língua, contração demasiada do músculo orbicular dos lábios e movimentos estereotipados de cabeça. Ainda existem características relacionadas com alterações craniofaciais e dentárias, que podem estar relacionadas com a respiração comprometida, assim como: 1) menor espaço na cavidade nasal; 2) protrusão (deslocamento para a frente) dos dentes incisivos superiores; 3) hipodesenvolvimento da maxila; 4) desvio de septo nasal; 5) narinas estreitas; 6) palato ogival (forma de abóbada) (Degan & Guimarães, 2016; Marchesan, 1998a).

Outra alteração de relevância são as características corporais que podem estar associadas à má respiração: 1) musculatura abdominal flácida e distendida (inchada); 2) ombros projetados para frente de forma a comprimir a caixa torácica; 3) face assimétrica (desigual), visível principalmente no bucinador (região no meio da bochecha); 4) palidez constante; 5) posicionamento de cabeça alterada em relação ao pescoço de forma a trazer comprometimento à coluna; 6) presença de olheiras; 7) deformidades torácicas. Outras alterações também podem ser encontradas para além das que já foram mencionadas, assim como: 1) maior incidência de cáries; 2) atenção e concentração comprometidas de forma a gerar prejuízos educacionais; 3) alteração no sono; 4) ronco; 5) baba noturna; 6) falta de apetite; 7) ansiedade; 8) impaciência; 9) engasgos; 10) sede constante; 11) menor rendimento físico; 12) desânimo; 13) incoordenação corporal global (Degan & Guimarães, 2016; Marchesan, 1998a).

Para além das características de queixas, alterações nas funções orais e aspectos corporais apresentadas anteriormente, têm-se ainda as comportamentais comuns do respirador oral que, por

mais equilibrado que seja o indivíduo, paciência nos respiradores bucais é impossível, o que torna difícil seu relacionamento social, familiar e afetivo Além das

questões biológicas, físicas e orgânicas, as questões psicológicas, pedagógicas e sociais sempre se envolvem no processo de aprendizagem e do relacionamento do paciente que respira mal. Na escola diferentes níveis de conhecimento da linguagem evoluem à medida que ... [a pessoa] respira melhor e níveis menos elevados de oxigenação dificultarão o aprendizado Como o respirador bucal geralmente tem dificuldade na audição, ouve mal, fala errado, passa para a escrita seu falar. Apresenta interpretação de textos prejudicada, pouco fluente. Ansioso, tem dificuldade de transformar em palavras tudo o que vive e adquire por experiência. Dificilmente consegue verbalizar suas dificuldades e desconfortos. Percebe-se logo as limitações ... na área do desenvolvimento, seja em oralidade ou em escrita. (Carvalho, G., 2003, p. 101).

É válido mencionar a existência de patologias corriqueiras associadas ao respirador oral, como: 1) alergias (rinite alérgica e não alérgica); 2) hipertrofia das amígdalas faríngeas (adenoides); 3) hiperplasia (aumento no número de células de uma determinada região corporal de forma a ocasionar um aumento do volume ou uma neoplasia benigna) das amígdalas palatinas; (4) afecções do sistema auditivo (otite média aguda, otite média crônica); 5) patologias nasossinusiais (região da cavidade nasal e seios paranasais); e 6) síndrome da apneia obstrutiva do sono. Nessa última, em crianças, ocorre com frequência *sinolóquio* (ato de verbalizar de forma inteligível ou não e, ao acordar, não se recorda de nada); *pesadelo* (sonhos sombrios acompanhados de ansiedade); *terror noturno* (ato de sentar na cama gritando de forma apavorada ou gemendo ou chorando, às vezes com sudorese e sempre com queixa de não conseguir respirar ao acordar); *enurese* (micção durante o sono); *sonolência diurna* (excesso de sono durante o dia); *bruxismo* (ato de apertar os dentes uns aos outros). Já em adultos no que tange à apneia obstrutiva do sono, a frequência de roncos é intensa de forma a se repetir muitas vezes em ciclos (Carvalho, G., 2003; Degan & Guimarães, 2016).

Outra questão que deve ser levada em consideração em relação ao respirador oral é sua postura corporal errônea influenciada diretamente pela condição de uma respiração incorreta, bem como de sua postura orofacial comprometida (Degan & Guimarães, 2016). Logo, uma “postura correta é aquela que exerce o mínimo de estresse sobre cada articulação”, o que não acontece com o respirador oral (Carvalho, G., 2003, p. 145). Em se tratando de comprometimento respiratório, tem-se relação direta com o sistema estomatognático que compreende uma série de estruturas de cabeça, pescoço e parte do tórax relacionadas com o controle muscular, de ossos e ligamentos correlatos à mastigação e à deglutição. Qualquer desordem orgânico-funcional no referido sistema resulta obrigatoriamente em desequilíbrio

corporal uma vez que a complexidade (conjunto de numerosas estruturas que funcionam como um todo) de ligações estruturais é inerente do corpo humano, o que inclui a coluna, estrutura altamente influenciada com sobrecarga. Além da coluna, têm-se também possíveis deformidades torácicas e de pés, tornozelos e joelhos (Carvalho, G., 2003; Weckx & Avelino, 2006).

No entanto, uma das mais visíveis e certamente notórias alterações corporais é a protrusão de ombros (rotação para frente), característica do respirador oral. Contudo, quando há alteração na “postura da cabeça, o respirador bucal se desorganiza, desequilibra e sofre, além da postura desconfortável, muitas dores” (Carvalho, G., 2003, p. 156). São diversas as modificações inerentes, como a rotação posterior do crânio. Essa rotação ocorre como uma adaptação da cabeça para que a respiração ocorra de forma menos dificultosa, o que não passa de uma simples sensação enganosa. Com a entrada de ar sendo realizada com postura da cabeça atípica (qualidade daquilo que não está de acordo com um determinado padrão), conseqüentemente, há aumento de cifose torácica com rotação anterior de ombros e aperto da região torácica, o que não facilita o fluxo respiratório (Weckx & Avelino, 2006). Outrossim, com a cabeça anteriorizada (projetada para a frente) em comparação ao corpo, os braços, quadris e pernas ficam comprometidos com sobrecarga estrutural. A postura de cabeça leva a compensações corpóreas adaptativas em todo o organismo, tais quais: 1) protrusão (deslocamento para a frente) de ombros; 2) hiperlordose (curvatura excessiva da coluna vertebral para dentro do corpo) lombar; 3) hipercifose (aumento do grau da curvatura da coluna na região torácica, perpassando a impressão de uma “corcunda”) dorsal; 4) hiperextensão (extensão para além de sua capacidade normal) dos joelhos; 5) região abdominal proeminente com sua musculatura flácida e distendida (Basso et al., 2009; Crispiniano & Bommarito, 2007).

2.2.4.2 Considerações sobre fala

Quando se refere a alterações de fala, atrela-se “ao uso convencional de palavras faladas ... tendo por objetivo a comunicação interpessoal” (Zorzi, 1998, p. 59). Para que haja comunicação eficiente, pressupõem-se “alguns requisitos básicos para os interlocutores: um funcionamento físico adequado do cérebro, dos pulmões, da laringe, do ouvido, dentre outros órgãos, responsáveis pela produção e audição (percepção) dos sons da fala” (Seara et al., 2011, p. 11).

E os processos mentais que envolvem a fala são orientados por dois estágios: 1) a elaboração dos pensamentos a serem expressos por meio da fala; e 2) o controle motor responsável pelo ato da comunicação oral. No entanto, pode-se vincular a fala à fisiologia e anatomia fonoarticulatória de órgãos e estruturas como essenciais para que haja mais probabilidade de eficiência comunicacional (Silverthorn, 2017).

Outrossim, a fala

possui um componente de destreza e, como qualquer atividade que exige uma destreza, a prática aumenta o controle e a precisão com que o movimento é realizado. Assim, quanto maior a frequência ... os movimentos que moldam o trato vocal para produção de determinados sons, mais automáticos se tornam estes movimentos e, por fim, torna-se mais fácil executá-los na produção da fala com significado (Menn & Stoel-Gammon, 1997, p. 280).

Entretanto, a fala representa ferramenta essencial para comunicar sentimentos agradáveis ou não e repassar ideias. A comunicação eficiente é desejo de todas as pessoas, mas podem ocorrer distúrbios na fala que acarretam transtornos imensos, principalmente na dimensão emocional e social (Marchesan, 2013; Mysak, 1998). Apesar de a fala ser uma função adaptada do organismo – provinda do sistema respiratório e digestório concomitantemente –, ela se tornou, ao longo de milhares de anos, um mecanismo fundamental para todo ser humano que se preze socialmente. A fala detém alguns mecanismos para seu íntegro funcionamento, como: a) neolingüística (programação e processamento da fala); b) aerodinamismo (movimentação da corrente de ar para a produção dos sons da fala); c) condição fonatória (movimento das pregas vocais); d) estruturas articulatórias (articulação de estruturas de cabeça e pescoço); e) acústica (radiação aérea e produção de fontes e filtros); f) condição auditiva (receptividade e decodificação de sons por meio do órgão responsável pela audição) (Camargo et al., 2008; Zemlin, 2000). Apesar disso, a

fala pode ser alterada por diferentes razões. Dentre elas, as mais frequentes são alterações estruturais, como as musculares ou ósseas, assim como as próprias funções orofaciais, como a respiração e a mastigação Sabendo que a língua, os lábios, os dentes, o palato, as bochechas, assim como a forma de respirar, interferem fortemente na produção da fala Na fala, um som é criado como resultado da inter-relação entre a respiração e os movimentos articulatórios realizados pelas estruturas móveis e imóveis que compõem a cavidade oral, dentre outras. A língua é um dos elementos móveis mais importantes do sistema da articulação Um grande número de

movimentos da língua é necessário para que os sons sejam produzidos de forma correta. Se a mobilidade está prejudicada, os sons podem ficar pouco ou muito distorcidos, dependendo da dificuldade da língua para se movimentar (Chaves & Bagetti, 2016, pp. 471–472).

Para além das alterações descritas anteriormente, ainda existe a possibilidade de alterações da fala serem de ordem neurológica (Pedroso & Rotta, 2016). Os “distúrbios motores da fala consistem em articulação anormal da fala, na ausência de qualquer distúrbio da linguagem” (Bhatnagar, 2004, p. 345). No entanto, independentemente de a etiologia (origem) ser de ordem neurológica ou funcional, a fala representa papel fundamental na vida social humana (exceto para pessoas surdas não oralizadas) e nem sempre é entendida como componente distinto do que seja voz e linguagem. Para tanto, durante “um discurso, causar impacto positivo no ouvinte implica muitas fases, desde as mais gerais às mais específicas, passando pelo conhecimento das regras da língua, até chegar às minúcias da fala como, por exemplo, a produção correta de cada som” (Marchesan, 2013, p. 471).

Logo, pode-se descrever também a fala como aquela que é produzida “pela contração dos músculos de seu mecanismo, que incluem os músculos dos lábios, maxilares, língua, palato, faringe, bem como dos músculos da respiração, por sua vez ... controladas por impulsos nervosos” (Murdoch, 1997, p. 1).

Contudo, paralelamente à fala, tem-se a linguagem que também depende de processos neurológicos como qualquer função humana (Pedroso & Rotta, 2016). Menciona-se isso pelo fato de que, apesar de a fala e linguagem serem utilizadas muitas vezes como sinônimos, socialmente elas apresentam conceitos diferenciados do ponto de vista fonoaudiológico. Logo, “É consenso que a fala tem como principal objetivo o aporte de significado, mas, para isso, deve se constituir em uma atividade sistematicamente organizada” (Seara et al., 2011, p. 12). Essa organização pode não ocorrer adequadamente ao longo do desenvolvimento infantojuvenil. Para isso, é essencial que se compreendam componentes articulatórios, neurais, entre outros, relacionados à produção da fala. A fala é o resultado do conjunto de sons produzidos pelo sistema fonatório. E todos os órgãos relacionados à fala não apresentam como função principal a comunicação oral. A função primária dessas estruturas é basicamente a fisiológica, tais quais: a respiração, a deglutição, a mastigação, a percepção de gostos, os mecanismos de defesa (reflexos), entre outros (Bhatnagar, 2004; Zemlin, 2000).

Todavia, é conveniente mencionar que o processo de fala é função adaptada no organismo humano. O que ocorre é a utilização do sistema respiratório e digestivo para o uso funcional da comunicação oral. Logo, esta “adaptação foi realizada pelo ser humano e

transformou seu sistema de comunicação, inicialmente gestual, para fonoarticulatório” (Pinho, 1998, p. 35). Para tanto, se os atos de fala e voz são condições adaptativas, é coerente pensar que estas podem eventualmente estar mal-adaptadas de forma a gerar sobrecarga orgânica. Partindo disso, pode-se destacar que o sistema fonoarticulatório divide-se anatomicamente em regiões supraglótica (que se situa acima da glote) e subglótica (que se situa abaixo da glote). Essa divisão acontece a partir da região glótica que corresponde ao espaço existente entre as pregas vocais (feixes musculares horizontalizados responsáveis pela emissão sonora) localizada na laringe. Assim,

Abaixo da glote, encontram-se a **traqueia**, dois **pulmões** e o **diafragma**, responsáveis pelo suprimento da fonte de energia que gera os sons da fala. O diafragma constitui-se em uma estrutura em forma de abóbada que separa a cavidade torácica da abdominal. Acima do diafragma, estão dois pulmões que acompanham os movimentos da caixa torácica. Quando ela se expande, os pulmões fazem o mesmo, enchendo-se de ar – a inspiração. No movimento contrário, de saída de ar – a expiração – o ar pulmonar nunca é totalmente expelido. Sua capacidade pulmonar em silêncio ou repouso varia de 40 a 60%. A traqueia é um tubo de estrutura fibrocartilaginosa que vai da cavidade torácica à laringe.

Acima da glote, localizam-se as cavidades faríngea, oral e nasal. A **cavidade faríngea** é constituída da faringe, que é dividida em três porções: nasofaringe, orofaringe, laringofaringe. Essa cavidade pode ter seu tamanho modificado a partir do levantamento ou abaixamento da laringe. A cavidade oral é composta pela boca, na qual estão localizados a **língua**, o **palato duro e mole** (ou véu palatino), a **úvula**, os **alvéolos**, os **dentes** e os **lábios**. Na **cavidade nasal**, encontram-se as **narinas**. (Seara et al., 2011, pp. 17–18, grifo do autor).

No entanto, as estruturas relacionadas com a produção da fala podem ser divididas didaticamente em ativos e passivos (Seara et al., 2011). No que se refere aos ativos (articuladores), tem-se que estes são aqueles que se movimentam para a produção de diversos sons da fala. E são constituídos pela língua (principal articulador da fala situado na cavidade oral e responsável pela percepção do paladar durante o ato mastigatório), palato mole (responsável pelos movimentos de fechamento e abertura da comunicação entre a cavidade nasal e orofaringe), pregas vocais, mandíbula (componente ósseo da fase localizado na parte inferior do crânio) e lábios inferiores. Já as estruturas passivas correspondem à arcada dentária superior (conjunto de dentes localizados no arco ósseo dentário superior), vestibulo superior (região correspondente entre lábios e bochechas e internamente pelos dentes e

processos alveolares recobertos pela mucosa), palato duro (região constituída por processos palatinos das maxilas e dos ossos palatinos), bochechas e faringe por meio de suas três porções (oro, naso e laringe) (Newman Dorland, 2005; Hall, 2011; Norton, 2007; Silverthorn, 2017; Zemlin, 2000).

2.2.5 Área de Voz

De acordo com artigo 4º, 4. Voz, 4.1, da Resolução CFFa n. 320/2006:

4.1 - Voz é o campo ... voltado para o estudo e a pesquisa da voz, a promoção da saúde vocal, a avaliação e o aperfeiçoamento da voz; assim como a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das alterações vocais, quer sejam na modalidade de voz falada como voz cantada. (CFFa, 2006).

2.2.5.1 Considerações sobre disfonia

Para que se possa descrever sobre a disfonia, é relevante tomar o conceito de voz como pressuposto essencial uma vez que a disfonia está relacionada a alterações vocais. Contudo, a voz é descrita como produto do funcionamento harmônico do conjunto de estruturas fonatórias, sem que haja necessidade de esforço exagerado e com qualidade audível (Tabith, 1989). A voz pode ser considerada um instrumento comunicacional capaz de agir sobre outras pessoas por meio da fala (conjunto de sons articulados com sentido comunicativo (Behlau et al., 2016; Mysak, 1998). Logo, é uma expiração sonorizada (Le Huche & Allali, 1999). De acordo com Estienne (2004), a “voz é um instrumento que funciona através de um gesto que tem intenção de comunicar desdobrando-se em direção de um ou mais ouvintes, através de um espaço e um tempo” (p. 3). É válido mencionar também que esta

definição enfatiza que a voz é o produto de um órgão: a laringe, mas sugere ao mesmo tempo, que é sempre preciso lembrar que a laringe faz parte de um ser humano com sua dimensão física, sua vivência pessoal, intelectual, emocional, familiar, social, cultural [condição corriqueira coletiva] profissional, linguística. Definir a voz como instrumento de comunicação postula que ela depende de três canais: Emissão, Transmissão e Recepção. Esses três canais devem ser considerados ..., pois eles podem ser a origem de uma perturbação. A voz – fronteira entre o interno e externo – é porta-voz em operação contínua entre sua fonte emissora e seu canal condutor que a

leva em direção a seu destino. O destino, como um espelho, a reenvia a seu ponto de partida para que ela se desdobre mais uma vez. (Estienne, 2004, p. 3).

Partindo dos conceitos anteriores, pode-se conceituar a disfonia como uma dificuldade vocal que ocorre em condições naturais. Ela apresenta três formas etiológicas (origens), que podem ser: 1) orgânica primária; 2) orgânica secundária; e 3) funcional. Cada uma delas apresenta características particulares e todas as pessoas independentemente da idade podem ser acometidas. A disfonia orgânica primária é aquela que ocorre independentemente do uso inadequado da voz. Seu estabelecimento pode ocorrer por consequência topográfica laríngea por meio de condição inflamatória, traumática, cicatricial e de inervação, malformações, entre outras. Pode ocorrer também consequentemente por cavidades anexas por meio de fissuras palatinas, labiopalatinas e obstrução nasal, entre outras. É válido mencionar que também pode ocorrer por comprometimento do sistema nervoso central e por condições patológicas de que envolvam o complexo (conjunto de numerosas estruturas que funcionam como um todo) tóraco-respiratório. A gripe é uma condição que, em grande parte das vezes, acomete o trato laríngeo e outras estruturas de cabeça e pescoço e justifica o aparecimento de quadro disfônico orgânico primário.

Já a disfonia orgânica secundária é caracterizada como uma transição entre a funcional e a orgânica primária. Essa condição de transitoriedade é inerente à manifestação orgânica de nódulos (lesões inflamatórias fonotraumáticas), pólipos (lesão benigna nas pregas vocais) e edemas (inchaço) na região laríngea, mais especificamente nas pregas vocais. Logo, mediante essa condição, produz-se agravamento vocal. A terceira e última forma etiológica (origem) da disfonia é conceituada como funcional, que apresenta a característica principal de ser oriunda do mal uso da voz de um aparelho fonador intacto anatômica e fisiologicamente. Esse mal uso é frequentemente inerente a abuso vocal que pode resultar em rouquidão, sopro e aspereza (Koufman & Blalock, 1991). Esses três resultados também podem ser consequência das outras etiologias (orgânica primária e secundária); no entanto é mais comum estar associada à disfonia funcional pela frequência de casos comumente diagnosticados. A rouquidão é a característica mais comum identificada auditivamente em quadros disfônicos e pode ser conceituada como ruído durante a fonação. Corresponde também a irregularidades na vibração das pregas vocais durante o fluxo aéreo eferente (transporte de ar dentro para fora) pulmonar.

Em relação à aspereza, descreve-se esta como sendo o processo de redução vibracional da onda produzida na mucosa das pregas vocais de forma que se produz pouca melodiosidade. A diminuição da melodia vocal é resultado da maior rigidez da musculatura laríngea. No

aspecto da soproidade, esta é descrita como sendo um ruído de fundo perceptível na voz de quem fala. Outrossim, é relevante destacar que a disфонia funcional pode evoluir para orgânica secundária, com presença de nódulos vocais (lesões inflamatórias fonotraumáticas), caso não haja tratamento conveniente (Navas & Dias, 1998). Apesar das três formas etiológicas mencionadas anteriormente, há outras formas de classificá-las, comumente disponíveis na literatura, tais quais: disfonias funcionais com subdivisão (primária e secundária) e outros tipos de disfonias como as organofuncionais (por lesões na laringe); orgânicas congênitas (por anomalias do suporte cartilágneo e tecidos moles; anomalias vasculares congênitas; alterações congênitas extralaríngeas; alterações sindrômicas); e disfonias orgânicas endocrinológicas (por processo de regulação hormonal fisiológica e distúrbios hormonais) (Behlau et al., 2016; Behlau & Pontes, 2001; Bergamini et al., 1995).

Existem ainda as disfonias orgânicas psiquiátricas (relacionadas com o humor; uso de substâncias alcoólicas; transtornos da ansiedade; esquizofrenia; demência; transtornos alimentares); disfonias orgânicas neurológicas (de origem periférica ou central); disfonias orgânicas por refluxo gastroesofágico (não apresenta uma manifestação própria, mas sim uma série de alterações vocais e laríngeas); disfonias orgânicas por câncer de cabeça e pescoço (relacionadas com formação tumoral na cavidade oral e faringe). No entanto, a voz disfônica é basicamente perceptível por sons desagradáveis nas mais diversas frequências (Behlau et al., 2016; Behlau & Ziemer, 1989; Liotti et al., 2003). Outrossim, “as disfonias podem surgir de forma súbita ou gradual, com caráter transitório ou permanente, dependendo do tipo de lesão e/ou distúrbio funcional que afete as estruturas envolvidas na emissão vocal” (Anelli-Bastos et al., 2013, p. 635). Tanto a condição de voz rouca, a sopro e a áspera são quadros indicativos de distúrbios fonoaudiológicos que podem apresentar-se conjuntamente ou não por meio das disfonias.

Para tanto, toda literatura apresentada no tópico anterior referente à área de voz, bem como os outros tópicos que o antecederam, a saber: audiologia, disfagia, linguagem e motricidade orofacial, subsidiou teoricamente a construção das questões (itens) da *ESCFONO* – Final, etapa essa fundamental no processo de validação científica de construtos orientados pela psicometria.

2.3 CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Antes de iniciar o processo de construção de um novo instrumento de medição, há necessidade de se verificar o quão necessário este se faz. Após a conclusão de que realmente é

necessário dar início à elaboração do construto, é recomendado que o pesquisador se atenha ao possível alcance e às limitações do que será construído (Bollen, 2002; Dogan et al., 2018; Pasquali, 2010b; Sijtsma, 2011). Tem-se, ainda, que a realidade da população a que se destina deve ser levada em consideração uma vez que existem particularidades próprias de determinados públicos. Dessa forma, uma escala como instrumento de medição deve necessariamente apresentar uma linguagem clara, conteúdo conveniente, o que inclui itens (questões) apropriados para a faixa etária do público estabelecido (Cohen et al., 2014; Dogan et al., 2018).

Uma das desvantagens de se construir uma escala para ampla utilização é o rigoroso e complexo (difícil) processo de elaboração e validação. No entanto, essa desvantagem não pode ser considerada como algo impossível de se realizar, mesmo porque esse tipo de procedimento acadêmico é largamente valorizado pelo meio científico (quando bem-sucedido), haja vista os inúmeros benefícios que se pode alcançar por meio de instrumentos validados (Price, 2017; Raymundo, 2009). Logo, o processo de construção de um instrumento é extenso e necessariamente depende de inúmeros passos para certificar sua qualidade. Por isso, o pesquisador necessita estar a par dos procedimentos e métodos a serem empregados (Cohen et al., 2014).

Iniciar um processo de construção de uma escala de medida implica necessariamente acolher uma série de procedimentos sistemáticos. Tal acolhida procedimental é válida uma vez que a questão implicadora é assegurar rigor científico e ético durante todo o percurso (American Educational Research Association [AERA], American Psychological Association [APA], & National Council on Measurement in Education [NCME], 1999; Hambleton, 2005). O caminho percorrido pelo pesquisador que garanta definição adequada instrumental, definições conceituais, plano de trabalho conciso e análise conveniente garante maior valoração para uma conquista exitosa (Pasquali, 2010b).

Como parte do processo de construção de uma escala, tem-se a rigorosa revisão de literatura, definição operacional, elaboração de itens (questões), julgamento de juízes, aplicação do construto na população a que se destina e utilização de testes matemáticos sobre os dados produzidos (coletados). Para tanto, enfatiza-se que todo o processo de rigor científico é mundialmente aceito e vital para uma condição exitosa, e está relacionado diretamente com a validade do construto que, se bem-conduzida, cancelará tal condição (Dogan et al., 2018; Pasquali, 1998). Após o ideário de construção de um instrumento com um objetivo definido, tem-se como uma das etapas a elaboração de itens (questões), bem como ajustes necessários para valoração semântica. Os ajustes ocorrem em todo o processo de

pesquisa, desde a sua concepção até as etapas finais a fim de torná-los apropriados para ampla utilização (Cohen et al., 2014; Price, 2017).

É pertinente mencionar que a elaboração de itens (questões) escalares (após a finalização do estudo e validação do instrumento) pode ser fonte de inspiração para novos construtos com objetivos parecidos, uma vez que seu desenvolvimento se realize com rigorosidade e controle científico. Contudo, as opções de respostas a serem preenchidas em uma escala devem se ater necessariamente a todas as opções possíveis de realidade. Tal condição oportuniza ao respondente se manifestar de forma assertiva. Os itens devem conter: a) apenas uma questão por vez; b) compreensibilidade; c) condição de investigar o comportamento; d) uma porção específica da variável; e) questões que devem ser iniciadas de maneira diferente em cada item; f) validade aparente; e g) agrupamento de toda a magnitude da variável (Cohen et al., 2014; Urbina, 2007).

Em suma, a quantidade de itens de um instrumento irá variar de acordo com sua complexidade (conjunto de numerosos elementos que funcionam como um todo) em relação à teoria abordada e ao público a que se destina. Após a criação das questões (itens) é necessário (como condição de controle científico) o julgamento de juízes de tal forma que seja em um número de dois para ter comparações sobre o construto. De uma forma geral, são selecionados três juízes para a condição de parecerista, uma vez que, se houver contradições, se poderá desempatar por ser uma quantidade ímpar. Recomenda-se ainda ser desnecessária uma quantidade maior que três juízes, já que pode não ser qualificadora e dificultar o processo de melhoria (Pacico, 2015).

Ainda, dentro do processo de construção, bem como de qualificação de uma escala, os juízes avaliarão se os itens (questões) são claros em sua linguagem, necessários dentro do contexto a que se aplicam, se apresentam aparente validade e se condizem com o público a que se destina. Essa etapa julgadora costuma ser rigorosa, uma vez que os pareceristas são *experts* no tema abordado no instrumento. A experiência dos avaliadores dá credibilidade para um julgamento que se deve ter total aceitação por parte do pesquisador, que deverá realizar todas as modificações, os incrementos e as supressões necessárias conforme o parecer final (Pasquali, 1998).

A criação de questões (itens) de uma escala pode decorrer da experiência empírica pessoal do pesquisador, de ocorrências sociais, bem como de condições científicas que promovam oportunidades de respostas ainda não definidas efetivamente (Price, 2017). Logo, um “fenômeno social ou um padrão de comportamento emergente poderiam servir como um

estímulo para o desenvolvimento” de novos instrumentos capazes de medir comportamentos (Cohen et al., 2014, p. 241).

Assim, o desenvolvimento de uma escala pode servir como mecanismo estimulador para ampla pesquisa em prol de avanços em saúde. Vale ressaltar também que um instrumento escalar possui a condição de medir algo e, partindo disso, detém a capacidade de atribuir valores a questões (itens) pré-estabelecidas desde que asseguradas validade e confiabilidade da medida (AERA, APA, & NCME, 1999; Bartram et al., 2018; Braga & Cruz, 2006; Gagné & Godin, 2019a).

No entanto, Aiken (1996, 1997), Cohen et al. (2014) e Price (2017) orientam ser necessário responder a algumas questões que justificam a necessidade de se desenvolver um novo instrumento orientado pela psicometria com o propósito de angariar benefícios ao meio acadêmico e à sociedade. Essas mesmas questões que serão expostas a seguir permitem uma organização preliminar de quem esteja idealizando o construto. É válido mencionar que as indagações necessitam ser respondidas como aporte organizacional e como processo de lisura antes mesmo da construção e validação do instrumento (Cohen et al., 2014; Price, 2017).

Houve, assim, a elaboração da Figura 6 com perguntas apropriadamente respondidas que fundamentam a necessidade de construção da *ESC-FONO* – Final.

Figura 6

Perguntas e respostas que justificam a necessidade de desenvolvimento de uma escala para o uso de docentes do ensino fundamental no que tange à observação comportamental de possíveis alterações fonoaudiológicas de estudantes

Pergunta	Resposta
1. É necessária a construção do instrumento?	É necessária sua construção, haja vista a necessidade de uma discussão científica que contemple a utilização de escala de observação comportamental fonoaudiológica que possa ser um instrumento auxiliar do docente na prática de promoção e prevenção, bem como estímulo à proteção da saúde de estudantes.
2. Há outros instrumentos que medem a mesma variável?	Enfatiza-se que não foram encontrados na literatura (nacional e internacional) consultada instrumentos validados cientificamente ou não que medissem as mesmas variáveis propostas neste estudo.
3. Quais as vantagens apresentadas por esse novo instrumento?	As vantagens são: a) fácil utilização (preenchimento); b) linguagem clara e objetiva; c) instrumentalizar docentes na prática de ações em saúde fonoaudiológica escolar; d) favorecer oportunidade de encaminhamentos de estudantes para avaliação fonoaudiológica (quando for o caso);

Pergunta	Resposta
	<p>e) focar (se atentar) em padrões comportamentais específicos sugestivos de atipias (qualidade daquilo que não está de acordo com um determinado padrão) fonoaudiológicas;</p> <p>f) estimular a cultura (condição corriqueira coletiva) de promoção, prevenção e proteção de saúde nas escolas;</p> <p>g) ser aplicável (por meio de observação) a todos os estudantes em qualquer faixa etária entre 6 e 18 anos com comportamento neurológico ou não.</p>
4. O que esse instrumento visa a medir?	O instrumento visa a identificar comportamentos característicos de alterações fonoaudiológicas de estudantes por meio de escala numérica tipo Likert.
5. Qual o seu objetivo?	O objetivo é construir e validar cientificamente uma escala de rastreamento comportamental que seja eficaz, inteligível, objetiva e de fácil compreensão e preenchimento para a utilização de docentes a fim de identificar possível comprometimento em saúde fonoaudiológica de estudantes.
6. Quem o utilizará?	O respectivo instrumento será utilizado pelos docentes do ensino fundamental que lecionem do 1º ao 9º ano.
7. Que qualificações são exigidas da pessoa que vai aplicá-lo?	A qualificação exigida é de que seja docente do ensino fundamental.
8. Quem vai respondê-lo?	Será respondido por docentes do ensino fundamental com base na observação comportamental de seus estudantes.
9. Como ela será administrada?	A escala poderá ser administrada (utilizada) a qualquer momento pelo docente do ensino fundamental que fará observação comportamental de estudantes no que tange ao possível comprometimento em saúde fonoaudiológica. Se o resultado for indicativo de alterações, o docente terá subsídio (amparo em instrumento validado cientificamente) para o encaminhamento à conduta profissional adequada.
10. Como será atribuído sentido às respostas?	O sentido das respostas se dará por meio métrico, ou seja, por meio do preenchimento das categorias de respostas da escala.

Nota: Adaptado de “*Rating scales and checklists: Evaluating behavior, personality, and attitudes*” por L. R. Aiken, 1996, Wiley, *passim*, “*Questionnaires and inventories: Surveying opinions and assessing personality*” por L. R. Aiken, 1997, Wiley, *passim*, “*Testagem e avaliação psicológica: introdução a testes e medidas*” por R. J. Cohen, M. E. Swerdlick e E. D. Sturman, 2014, 8th ed., AMGH, p. 242, e “*Psychometric methods: theory into practice*” por L. R. Price, 2017, The Guilford Press, *passim*.

Como demonstrado, todas as questões foram devidamente respondidas seguindo as orientações da literatura de Aiken (1996, 1997), Cohen et al. (2014) e Price (2017).

Outrossim, uma escala como instrumento de medida deve necessariamente ser fundamentada em teoria psicométrica para que garanta características que justifiquem sua confiabilidade e aplicabilidade como ferramenta capaz de produzir dados com objetivo específico próprio de sua natureza como produto científico (AERA, APA, & NCME, 1999; Kimberling & Winterstein, 2008; Laurencelle, 1998). Pensa-se ainda que todo instrumento devidamente validado apresenta indispensavelmente dimensões teóricas, que o fortalecem enquanto detentor de conteúdo capaz de determinar resultado por meio de aferição numérica. Essa aferição é obrigatoriamente associada a conceitos subjetivos que não a torna menos precisa (Cohen et al., 2014; Pasquali, 2010b; Scholtes et al., 2011).

Partindo disso, a construção de uma escala de medida constitui um processo que leva em consideração evidências por meio de escores ou mesmo condição numérica capaz de quantificar determinado construto. No entanto, a elaboração em si não se respalda apenas em condição numérica, mas sim considerável processo investigatório (Brown, 2021; Raymundo, 2009; Reppold et al., 2014). A elaboração do construto é propriedade psicométrica que apresenta finalidade de elucidar questões de pesquisa individual ou coletiva por parte de pesquisadores. Nota-se ainda a necessidade de se ater ao que se pretende medir uma vez que essa condição trará possibilidade de se atingir uma medição satisfatória (Echevarría-Guanilo et al., 2017; Pasquali, 1998).

A natureza numérica de possibilidades de respostas a serem preenchidas em uma escala atrela-se à projeção e calibração do construto uma vez que se pleiteia ofertar respaldo à medida. Partindo disso, o modelo escalar de instrumento é compreendido pela psicometria como sendo uma ferramenta que mede algo. Esse “algo” inclui também – para além de outras possibilidades – o comportamento humano (Brown, 2021; Cohen et al., 2014; Price, 2017). A condição de uma escala ser construída com base psicométrica como sustentação teórica é essencial para sua validade como instrumento a ser amplamente aplicado. É relevante mencionar que, ao pensar em uma escala, se devem atrelar componentes processuais essenciais para sua validação para ampla utilização (Echevarría-Guanilo et al., 2017; Reppold et al., 2014).

Nesse sentido, a psicometria contribui com diretrizes essenciais – caminho a ser percorrido pelo pesquisador que pleiteia um instrumento com ampla qualidade – para a conquista do(s) objetivo(s) pretendido(s) principalmente a construção e validação de escalas, questionários, inventários e protocolos gerais de observação e registro (Balsamo et al., 2019; Bollen, 2002; Borsboom & Molenaar, 2015; Brown, 2021; Sijtsma, 2011). Pode-se, pois, aferir (assegurar) que a condição de suporte psicométrico apresenta alguns propósitos

primordiais, como a busca de evidências de validade e confiabilidade (precisão ou fidedignidade) instrumental (Alchieri & Cruz, 2003; Bartram et al., 2018; Gagné & Godin, 2019a; Pasquali, 2010b; Reppold et al., 2014). É válido mencionar que os parâmetros

dos testes vem referenciado sob uma série elevada e heterogênea de nomes. ... eles procuram expressar o que ... de fato representam para o teste. Estes nomes são, principalmente, precisão, fidedignidade e confiabilidade. Outros nomes ... resultam mais diretamente do tipo de técnica utilizada na coleta empírica da informação ou da técnica estatística utilizada para análise dos dados empíricos coletados. Entre esses nomes podemos relacionar os seguintes: estabilidade, constância, equivalência, consistência interna. (Pasquali, 2013, p. 192).

Dando seguimento, é essencial mencionar – para além dos propósitos já descritos – que a psicometria apresenta também o objetivo de padronizar procedimentos de medidas comportamentais de grupos ou populações específicas de forma a estabelecer faixa etária, sexo, ocupação, agravos em saúde, comportamentos específicos, entre outros. Todas as variações anteriores convergem entre si – desde que devidamente reconhecidas por meio de validade – para um resultado satisfatório. Além disso, existem diversas formas de se conquistar validação, ficando a critério do pesquisador deste que esteja respaldado na psicometria (Pasquali, 1998, 2013; Price, 2017).

Ressalta-se que a terminologia “escala” é utilizada como ferramenta capaz de medir determinado(s) comportamento(s) por meio de suas categorias numéricas do tipo Likert, que são fáceis de se construir (Santos, 2005). E escalas do tipo Likert “costumam ser bastante confiáveis, o que pode explicar sua ampla popularidade” (Cohen et al., 2014, p. 247). Essa condição de ampla aceitabilidade atrelada ao construto escalar o torna legítimo no que tange a seu objetivo de medição. E, geralmente, não produz ambiguidade capaz de confundir o respondente. Ainda atrelado ao termo “escala”, é válido mencionar que medir um atributo é conveniente por intermédio de ordenação numérica, algo comumente aceito dentre pesquisadores psicométricos. De qualquer forma, uma escala exerce condição sequencial numérica crescente ou decrescente por meio de suas questões (itens) a fim de se conquistar um grau quantitativo (Brown, 2021; Gagné & Godin, 2019a; Pasquali, 2010a).

Uma escala pode ser categorizada de diversas formas, o que inclui várias possibilidades de organizar seu conteúdo e condição de respostas, desde que orientadas pela psicometria. No que se refere ao nível de mensuração (possibilidade de preencher uma resposta em específico), o construto pode ser organizado nominal, ordinal, cardinal e intercaladamente, e

ainda entre outras (Price, 2017). Abre-se um parêntese para caracterizar o que seja mensuração, “processo empírico, que se utiliza de instrumentos para efetuar uma verificação rigorosa e objetiva de algo observável dentro de uma categoria de um modelo deste elemento observável” (Ferris, 2004, p. 107, tradução nossa). Dando seguimento, “Não há um melhor tipo de escala. Os desenvolvedores escalonam ... da maneira que acreditam ser idealmente adequada a sua concepção da mensuração” do teor do que se esteja medindo (Cohen et al., 2014, p. 245). Partindo disso, diversos

fatores podem influenciar a decisão de oferecer um número mais ou menos elevado de opções de respostas: a capacidade dos respondentes de discriminar de maneira significativa entre diferentes opções de resposta, o desejo de favorecer a variabilidade de scores, a pertinência de oferecer ou não uma opção de resposta que permita ao participante expressar sua incerteza ou sua ausência de opinião, o modo de administração que exige um maior ou menor esforço de memorização das opções de respostas apresentadas Não existe, portanto, um número de opções de resposta que seja ótimo para todos os contextos de pesquisa. Pode-se, ainda assim, sugerir oferecer um número ... maior (por exemplo, seis ou sete) no caso de populações mais escolarizadas. (Gagné & Godin, 2019a, p. 262).

De forma geral as questões (itens) escalares representam a condição de determinado comportamento que, conseqüentemente, se emparelham à realidade vivenciada, seja na condição física ou mesmo mental. Logo, a condição se estabelece na magnitude de um atributo notavelmente explícito na categoria numérica, que concede a capacidade do respondente ter a percepção mais objetiva possível no momento da aplicação da escala. Contudo, quanto mais opções de respostas, maior será o isomorfismo (relação entre um atributo característico e a realidade) entre o número e a realidade empírica comportamental observada (Pasquali, 2010b; Price, 2017).

Outrossim, o uso de escalas tem se difundido desde o século XX e vem ganhando espaço em várias áreas do saber. Nesse prisma, a psicometria como área psicológica tem se estabelecido (com base em seu fundamento teórico) unânime na orientação desde a construção à validação de instrumento escalar. As medidas escalares construídas e validadas cientificamente são capazes de produzir amplo conhecimento comportamental para todas as áreas do saber humano, o que inclui educação e saúde. Contemporaneamente, a utilização de instrumentos escalares vem ganhando grande credibilidade em todas as nações, haja vista possibilitar a conquista de objetivos específicos por meio instrumental. Tal credibilidade não é

somente consequência de avanços técnico-metodológicos na construção e validação de escalas, mas também de ascensão da psicometria como área amplamente estudada como alicerce científico (Pasquali, 2010a; Polit, 2015; Price, 2017).

Acredita-se que, somente com amplo conhecimento respaldado em mecanismos científicos, se acharão soluções para inúmeras problemáticas sociais com base na identificação de possíveis comportamentos medidos por instrumentos válidos (Gagné & Godin, 2019a; Pasquali, 2010a). E tem-se que a “utilização de instrumento de medidas [após a devida validação científica] requer, por parte do pesquisador, o conhecimento e domínio dos referenciais para avaliação das propriedades de medidas em saúde”; e esse conhecimento e domínio também são conquistados por um histórico de êxito na construção e no preparo para larga utilização na ciência (Echevarría-Guanilo et al., 2017, p. 11).

É válido caracterizar validade e validação como processos essenciais já que se relacionam diretamente ao construto. Validade é descrita como a qualidade das inferências e considerações de pesquisa com base em evidências estatísticas conduzidas por meio numérico. E, logicamente, essa evidência deve necessariamente corroborar os resultados numéricos da aplicabilidade da escala, algo que vem sendo taxativo por pesquisadores de várias nações. Já a validação é considerada processo de indício de que a validade está adequada e é confiável cientificamente em base numérica e de considerável discussão. Levam-se também em consideração diversos aspectos distintos que necessitam ser averiguados para que a validação tenha sido alcançada (Brown, 2021; Chan, 2014; Gagné & Godin, 2019a). Contudo, não há uma única forma de se conquistar validação de um instrumento já que evidências podem ser alcançadas e devidamente respaldadas conforme a metodologia percorrida e objetivos do construto (Price, 2017).

Conceituar validade atrela-se necessariamente a um parâmetro fundamental e essencialmente corroborativo à pesquisa científica. Tal necessidade de concepção é relevante uma vez que se torna didática ao construto. A validade é, pois, um atributo vinculado ao grau que se espera medir e imperiosamente está atrelada a condição intrínseca à escala. Assim, apresenta o objetivo de investigar condições humanas ou da natureza por meio de sua competência psicométrica. Na investigação científica, assume competência vinculada à resultados numéricos, bem como a qualidade da produção de dados (Anastasi & Urbina; 2000; Blacker & Endicott, 2002; Dogan et al., 2018; Ollaik & Ziller, 2012; Pasquali, 2010a; Reppold et al., 2014).

Toma-se que a validade é caracterizada como uma etapa a ser cumprida durante o processo de validação de um construto comportamental e ser associada à condição de análise

estatística para o cumprimento de sua função (Gagné & Godin, 2019a; Anastasi & Urbina; 2000). Pode-se aferir (assegurar) que uma pesquisa é válida – com respaldo psicométrico – quando suas evidências contribuem fundamentalmente às conclusões (Pasquali, 1998; Sampieri et al., 2013; Price, 2017). Inquirir evidências de validade em construtos escalares é considerar a produção de dados como variável a que se objetiva medir. E, com base nisso, é que se pode inferir validade desde que a medida tenha sido sustentada em sua rigorosa construção e aplicação estatística conveniente (Brown, 2021; Dogan et al., 2018; Urbina, 2007).

A validação é parte essencial e compõe etapas rigorosas dentro do processo que lhe cabe como legitimadora. Logo, a ausência de pesquisas que se respaldam em uma metodologia que englobe o processo de validação de construtos impede o reconhecimento científico de forma a não se credibilizarem os dados produzidos (coletados) (Pasquali, 2010a). É relevante mencionar que qualquer estratégia isolada não alcança a qualidade necessária para se considerar uma escala válida e devidamente apropriada para ampla utilização (Laurencelle, 1998; McDowell & Newell, 1996; Sarrazin, 2003). Logo, a validação é uma etapa psicométrica essencial para todo instrumento que preze qualidade e confiabilidade de forma a ser elaborado minuciosamente, aplicado em público apropriado e, gradativamente, ajustado conforme as exigências de *experts* na área temática e modificado (se necessário) conforme a necessidade apontada pelos respondentes (Gagné & Godin, 2019a; Keszei et al., 2010; Lee, 2021).

Entretanto, às etapas a serem percorridas correspondem propriedades essenciais para a qualificação do construto e ampla utilização do público correspondente. Têm-se ainda que os instrumentos embasados na psicometria são amplamente aceitos desde que sigam rigorosidades metódicas durante o processo de construção e validação, a fim de tornar a escala confiável e adequada ao público-alvo (Alexandre & Coluci, 2011; AERA, APA, & NCME, 1999; Blacker & Endicott, 2002; Borsboom & Molenaar, 2015; Reppold et al., 2014).

Menciona-se, ainda, que as exigências de construção e validação de uma escala estão atreladas diretamente ao seu uso no que se refere a sua legitimidade e ao que se pretende medir (Hyrkäs et al., 2003). Faz-se analogia com uma balança de peso corporal e, sabe-se, que é legítima ao que se propõe executar já que determina a quantidade de peso. Partindo disso, é relevante descrever que a literatura conceitua validade como sendo o grau de precisão ou fidedignidade que um instrumento se propõe a medir (Anastasi & Urbina; 2000). Dessa forma, pode-se aferir (assegurar) que um construto é válido quando suas questões (itens) configuram certa assertividade em relação ao que objetivam (Pacico, 2015).

Relevante também é mencionar que o processo de validação se inicia com a elaboração do construto em sua rigorosa sistematização, que engloba conteúdo, linguagem clara, aplicabilidade e interpretação dos resultados (Clark-Carter, 1997; Price, 2017; Raymundo, 2009). Existem diversas formas de validação, o que dependerá da finalidade do instrumento e do caminho percorrido. Acrescenta-se que, na interpretação do construto durante o processo em que se dará credibilidade (ainda durante a pesquisa), também se exigem cálculos estatísticos próprios da condição estrutural e de mensuração escalar (Brown, 2021; Dogan et al., 2018; Pasquali, 1998). Vale ressaltar que as propriedades de medidas mais utilizadas durante o processo de construção de escalas é a validade e a confiabilidade do instrumento (Lee, 2021; Polit, 2015). Dessa forma, a validade constitui propriedade qualificadora que permite afirmar que determinada ferramenta é amplamente capaz de medir o que se objetiva (Blacker & Endicott, 2002; Gagné & Godin, 2019a; Kimberling & Winterstein, 2008; Morais, 2004; Reppold et al., 2014).

Outrossim, a confiabilidade “é um atributo psicométrico presente num bom instrumento de medida” e também se caracteriza como um aspecto da validade e apresenta até que ponto uma escala produz resultados consistentes (Cunha et al., 2016, p. 98). A validade constitui relevante propriedade instrumental de valorização para uma aplicabilidade individual ou coletiva do instrumento a que se pleiteia aceitabilidade social (Kimberling & Winterstein, 2008; Morais, 2004). A validade em questão pode ser conquistada por meio de subsídios, tais quais: a) validade de face (percepção do que está sendo medido); e b) validade de conteúdo (analisado por meio de juízes capazes de julgar o conteúdo em si) (Vieira & Hossne, 2015). Existem ainda outros subsídios capazes de propiciar validação, no entanto, eles não são aplicáveis para o desenho do presente estudo.

Ainda mencionando sobre a confiabilidade como propriedade instrumental, tem-se que o caminho para se conquistá-la deve ocorrer por meio matemático, no qual a objetividade favorece notável representação (Lee, 2021; Laurencelle, 1998; Sarrazin, 2003). Logo, a confiabilidade de uma escala é atributo psicométrico que obrigatoriamente necessita estar atrelada ao construto a que se pleiteia validade. A ausência da propriedade em questão leva à desvalorização do instrumento construído (Bartram et al., 2018; Gagné & Godin, 2019a; Pilatti et al., 2010). Contudo, pode-se afirmar que atingir a precisão instrumental é uma conquista relativamente fácil, desde que o construto seja respaldado eficazmente na psicometria como área capaz de fornecer subsídio teórico-metodológico (Blacker & Endicott, 2002; Primi, 2012; Sartes & Souza-Formigoni, 2013).

Compreende-se que a terminologia confiabilidade pode também ser utilizada como sinônimo de precisão ou fidedignidade. Esses mesmos termos são vastamente empregados pela literatura mundial (Hambleton, 1993; Pasquali, 2010a; Pilatti et al., 2010). Além disso, a psicometria, como área vastamente reconhecida por inúmeras ciências, desenvolveu diversos modelos estatísticos com o intuito de mensuração de índices de confiabilidade, de forma a garantir sua própria precisão como diretriz norteadora para construtos científicos (Bollen, 2002; Campo-Arias & Oviedo, 2008; Kimberling & Winterstein, 2008; Markus, 2008; Sijtsma, 2011). Destarte, a escolha do mais apropriado teste estatístico a ser empregado em um estudo que leve em consideração a fidedignidade de uma escala deve, obrigatoriamente, se ater ao método empregado na pesquisa, bem como ao(s) objetivo(s) traçado(s) (Pilatti et al., 2010). Portanto, fidedignidade (sinônimo de confiabilidade e precisão) de um

teste diz respeito à característica que ele deve possuir, a saber, a de medir sem erros Medir sem erros significa que o mesmo teste, medindo os mesmos sujeitos em ocasiões diferentes, ou testes equivalentes, medindo os mesmos sujeitos na mesma ocasião, produzem resultados idênticos. (Pasquali, 2013, p. 192).

Tem-se, ainda, que a fidedignidade é amplamente aceita como um parâmetro psicométrico vinculado à consistência e precisão de escalas. A sua ausência é o indicativo de imprecisão e inconsistência de modo desqualificador do construto, ocasionando, dessa forma, o não reconhecimento ao instrumento a que se pleiteia validação (Laurencelle, 1998; Lee, 2021; Sarrazin, 2003). Assim, a satisfatória fidedignidade – ou também conhecida como confiabilidade – é parâmetro essencial de indicação de qualidade de resultados sugestivos de consistência instrumental. Diante disso, torna-se soberana diante da possibilidade de haver pequenos erros de medida, o que não deve ser levado em consideração mediante a excelência existente (Gagné & Godin, 2019a; Hambleton, 2005). Por certo, a consistência interna é um dos métodos amplamente utilizados para refletir a confiabilidade instrumental. E, para se confirmar tal parâmetro, em geral, é utilizado o coeficiente alfa (α). Pois a confiabilidade interna indica que a escala será avaliada por meio dos resultados alcançados por ele mesmo, considerando seus fins (Reppold et al., 2014; Schlindwein-Zanini & Cruz, 2018). Logo pode-se considerar a consistência interna como fator essencial, já que está relacionada com a homogeneidade das medidas (Scholtes et al., 2011; Terwee et al., 2007).

É válido mencionar que a conquista da confiabilidade em si não é o suficiente para se atingir validação de uma escala, haja vista o complexo (difícil) de etapas que se exige de um instrumento com notória científicidade (Campo-Arias & Oviedo, 2008; Cook & Beckman,

2006; Laurencelle, 1998; Primi, 2012; Reppold et al., 2014). No entanto, a academia científica considera a confiabilidade como uma das características de maior peso em um construto, bem como a mais complexa (difícil) de ser avaliada durante o processo de validação escalar. Além disso, quando a confiabilidade de um instrumento é baixa, este se torna impreciso, limitado e altamente questionável. Em contrapartida, um instrumento com validade satisfatória é necessariamente confiável (Blacker & Endicott, 2002; Collares et al., 2012; Lee, 2021; Martins, 2006). Ainda mencionando sobre a confiabilidade, um método que é muito utilizado e amplamente aceito pela comunidade científica mundial é o Teste-Reteste que é obtido

pela correlação de pares de escores da mesma pessoa em duas administrações diferentes do mesmo teste. A medida de “teste-reteste” é adequada quando se avalia a confiabilidade de um teste que se propõe a medir alguma coisa que esteja relativamente estável ao longo do tempo. ... Se existir a suposição de que a característica a medir oscila ao longo do tempo, então haveria pouco sentido em avaliar a confiabilidade do teste usando esse método. (Cohen et al., 2014, p. 150).

Reitera-se que, se uma escala não for confiável, torna-se improvável que seja válida. Todavia, um bom instrumento deve ser tanto fidedigno (sinônimo de confiável na psicometria) quanto válido (Price, 2017). Por conseguinte, a confiabilidade Teste-Reteste “se constitui como o método ... para avaliação da consistência dos escores ao longo do tempo. Ela basicamente consiste em uma correlação dos escores dos mesmos testados avaliados em momentos distintos” (Zanon & Hauck Filho, 2015, p. 89). Partindo do conceito de método Teste-Reteste, acreditou-se que sua utilização – para fins de pleiteio de confiabilidade – fosse pertinente para o presente estudo uma vez que se tornou próprio para se atingir o objetivo de validar a *ESC-FONO* – Final. Apesar de haver outros métodos para fins de confiabilidade de construtos o Teste-Reteste é o mais intuitivo e “produz um coeficiente que permite avaliar o nível de flutuação e estabilidade de escores” (Zanon & Hauck Filho, 2015, p. 90).

Convém destacar que o “método teste-reteste basicamente avalia a estabilidade dos escores do teste ao longo do tempo. O cálculo da correlação entre as aplicações produz um coeficiente que permite avaliar o nível de flutuação e estabilidade dos escores” (Zanon & Hauck Filho, 2015, p. 90). E, desta forma, a confiabilidade “é feita mediante a correlação entre escores de duas situações produzidos pelo mesmo teste” (Pasquali, 2010b, p. 194). Logo, o teste se torna confiável quando “os escores de um sujeito se mantêm idênticos em ocasiões diferentes; por exemplo, os escores obtidos num tempo 1 e num tempo 2 para os mesmos sujeitos” (Pasquali, 2010b, p. 194). Mas, independentemente do processo de

investigação escolhido pelo pesquisador (sendo Teste-Reteste ou outro que convenha para a pesquisa),

é consenso na literatura que a verificação dos parâmetros psicométricos de validade e confiabilidade é um empreendimento relevante para o controle científico rigoroso da qualidade técnicas dos instrumentos construídos. Assim, um instrumento de medida válido e confiável (testes, questionários, escalas, inventários, protocolos de registro) deve apresentar boas condições psicométricas, tais como evidências satisfatórias de validade e confiabilidade ... e produzir inferências sobre as variações do fenômeno investigado e suas implicações no contexto investigado (características amostrais) e possibilidade efetiva de padronização (Schlindwein-Zanini & Cruz, 2018, pp. 65–66).

Dando seguimento, para Aaronson et al. (2002), a validação é algo essencial quando o que está em questão é a valorização do instrumento como um todo. E, para angariar confiança, o melhor caminho é de livre escolha dos pesquisadores, desde que apliquem subsídios convenientes para o construto. Para Souza, Alexandre et al. (2017, p. 657), a “confiabilidade e a validade não são propriedades fixas e, portanto, variam de acordo com as circunstâncias, população, tipo e finalidade do estudo”. E, partindo disso, o presente estudo se situa na condição de também se respaldar nas duas propriedades anteriormente descritas, haja vista sua conjuntura científica.

Em relação à validação de face,³ condiz a medição de quem está aplicando o instrumento a fim de aferir (assegurar) entendimento e aceitação do conteúdo por parte de quem irá utilizar o construto, bem como das opções a serem preenchidas. Esse processo de validação é pertinente uma vez que, sem considerável aceitabilidade de quem irá aplicar o instrumento – no caso deste estudo são os docentes do ensino fundamental –, não se conquista considerável anuência (aprovação) (Chwalow, 1995; Polit et al., 2004).

No caso da validação de conteúdo, devidamente orientada pela psicometria, constitui etapa também denominada de avaliação semântica e estabelece-se como verificação das questões (itens), no que compete ao entendimento do conteúdo exposto no construto. Tal verificação compete ao público que utilizará o construto elaborado, para averiguar a inteligibilidade de suas questões (itens). Partindo disso, cada questão (item) construída não

³ No presente estudo, aplicado por meio do *Questionário de Satisfação Referente à Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes* – Apêndice C.

deve se tornar um empecilho durante a leitura do instrumento, bem como ao preenchimento das respostas. Tem-se que, após as sugestões aferidas por parte dos respondentes, seu idealizador deve acatá-las no intuito de realizar as modificações necessárias (Pasquali, 2010b; Price, 2017).

A condição de acatar as sugestões provenientes do público a que se destina é relevante uma vez que são eles mesmos que utilizarão o construto na prática cotidiana. Tal feito é também pertinente para se conquistarem questões (itens) menos primitivas de tal forma que promova, por meio de linguagem clara, o sentido que realmente se pretende externar. Contudo, a não aceitabilidade de novos instrumentos construídos (por parte do público a que se destina o uso), mesmo que respaldados em base psicométrica e com boa intenção coletiva, configura a não validação do instrumento (Pasquali, 2010a). Outrossim, todas as etapas sobre a construção e validação da *ESC-FONO* – Final são descritas no tópico “método”.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Construir e validar cientificamente uma escala de rastreamento comportamental que seja eficaz, inteligível, objetiva e de fácil compreensão e preenchimento para ser utilizada por docentes do ensino fundamental a fim de identificar possível comprometimento em saúde fonoaudiológica de estudantes.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Construir questões (itens) da *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes* levando em consideração cinco domínios: Audiologia, Disfagia, Linguagem, Motricidade orofacial e Voz.

Evidenciar a validade do conteúdo da *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*.

Testar a validade da *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*.

Mensurar a satisfação de docentes em relação à *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes* no que tange à clareza e ao detalhamento das questões, facilidade no uso, importância do instrumento, praticidade, probabilidade de indicar o uso da escala e confiabilidade.

Discutir saúde no ambiente educacional levando em consideração a *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes* – Final.

4 MÉTODO

A construção do percurso metodológico adotada nesta pesquisa se embasou em autores e instituições com vasta experiência doutrinária e/ou prática em construção e validação de instrumentos, tais como Amaral et al. (2019), AERA, APA e NCME (1999), Bartram et al. (2018), Cohen et al. (2014), Coluci et al. (2015), Cucolo e Perroca (2015), Dogan et al. (2018), Erzen et al. (2021), Haviaras et al. (2018), Marinho et al. (2016), Pasquali (2010a, 2010b, 2013), Pinto et al. (2015), Rainho et al. (2015), Zanon e Hauck Filho (2015), entre outros. O embasamento nesses autores mencionados deu-se pela credibilidade e notória *expertise* em processos de validação científica em vários campos do saber humano que se convergem para o bem comum (conjunto de benefícios compartilhados), por meio instrumental voltado para a sociedade.

4.1 CARACTERIZAÇÃO/TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa apresenta-se como descritiva, transversal e de desenvolvimento metodológico do tipo validação, sendo desenvolvida a partir de abordagem mista também denominada de qualiquantitativa. Contudo, o método descritivo configura-se próprio para este estudo partindo da lógica do detalhamento teórico-conceitual que se faz na condição de construção de um instrumento de medida comportamental. Para Marconi e Lakatos (2003), Pasquali (2013) e Price (2017), essa medida é própria do detalhamento descritivo semântico que uma escala exige para sua estruturação. O valor semântico empregado na construção de uma escala vem ao encontro da explicação delineada, explicitação de seu conteúdo e capacidade de predição.

Outrossim, a pesquisa descritiva é “utilizada para aumentar o conhecimento sobre as características e magnitude de um problema, obtendo dessa maneira uma visão mais completa.” (Chehuen Neto & Lima, 2012, p. 103). Menciona-se também que a utilização do método transversal neste estudo é própria, pela condição de rápida produção de informações por parte de docentes em relação ao rastreamento de possíveis alterações fonoaudiológicas de estudantes realizado dentro do ambiente escolar. A transversalidade de um estudo é caracterizada por sua realização em um curto período de tempo, ou seja, realizada em um momento específico (Fontelles et al., 2009).

Já o desenvolvimento metodológico do tipo validação é respaldado em etapas amplamente aceitas pela comunidade científica mundial e devidamente adotadas neste estudo, tais como: a) estabelecimento da estrutura conceitual; b) definição dos objetivos do instrumento e da população envolvida; c) construção das questões (itens) e das categorias de

respostas; d) seleção e organização das questões (itens); e) estruturação do instrumento; f) validade de conteúdo; g) pré-teste; h) teste (AERA, APA, & NCME, 1999; Coluci et al., 2015; Grant & Davis, 1997; Günther, 2003; Haynes et al., 1995; Keszei et al., 2010; McGilton, 2003; Pasquali, 1998, 2013; Pittman & Bakas, 2010; Streiner & Norman, 2008; Reppold et al., 2014).

É relevante mencionar que a fase denominada de pré-teste e Teste para os autores elencados anteriormente equivalem as fases Teste e Reteste no presente estudo. A equivalência de nomenclaturas vem ao encontro com o método denominado Teste-Reteste – que foi conceituado anteriormente – utilizado como percurso metodológico nesta pesquisa. Os termos Teste e Reteste são amplamente utilizados pela literatura psicométrica quando em referência a pesquisas que comparam produção de dados com a mesma população e variáveis comportamentais de dois momentos diferentes.

Em relação à abordagem qualiquantitativa, torna-se essencial para a condução desta pesquisa, tendo em vista a característica de incidir em uma discussão teórica criteriosa para a construção de uma escala de rastreamento em saúde fonoaudiológica, bem como favorecer categorias de respostas numéricas próprias para a mensuração e validação do referido instrumento. De acordo com Brannen (2005), Collins et al. (2006), Greene (2007) e Sampieri et al. (2013), a abordagem qualiquantitativa, também conhecida como mista, investiga ou associa tanto a forma qualitativa como a quantitativa em um único estudo. Creswell (2007) ainda acrescenta que abarca também a utilização das duas abordagens de forma concomitante, de modo que o valor de um estudo seja maior do que a condição qualitativa ou quantitativa isolada.

Nota-se que a abordagem adotada (qualiquantitativa) não deixa de levar em consideração as questões (itens) da escala de forma que englobe características tanto qualitativas (discussão criteriosa) quanto quantitativas (mensuração). Nesse sentido, Sampieri et al. (2013) descrevem razões para o uso do método misto: a) maior validade (descobertas visando a maior validade interna e externa do estudo); b) compensação (neutraliza os pontos fracos de algum dos métodos e fortalece os pontos fortes de cada um); c) multiplicidade (responde a diferentes perguntas de pesquisa em quantidade maior e com mais profundidade); d) explicação (maior capacidade de explicação mediante a produção e análise dos dados); e) credibilidade (reforça a credibilidade geral dos resultados e procedimentos); f) contextualização (proporciona um contexto mais completo, profundo e com ampla validade).

Para Trevisol Neto (2017), “o que determina o tipo de abordagem na pesquisa é a complexidade (conjunto de numerosos elementos que funcionam como um todo) do problema

a ser investigado, assim como a relação existente entre os objetivos traçados e os resultados desejados”. Justifica-se, assim, o conjunto de métodos e abordagem utilizados concomitantemente neste estudo em vista de que seu proponente acreditou ser o mais pertinente para a conquista dos objetivos propostos, haja vista a configuração abstrata e/ou procedimental que os respectivos métodos apresentam quando o que está em questão é a construção e validação científica da *ESC-FONO* – Final. É válido mencionar que esse estudo em relação à natureza se enquadra como uma pesquisa aplicada, haja vista sua configuração que vem ao encontro da afirmação que gera “conhecimentos para aplicação prática” (Silveira & Córdova, 2009, p. 35).

A construção e validação de uma escala é, pois, complexa (difícil) e apresenta a necessidade de atribuição numérica concomitantemente atrelada a conceitos literários que respaldem o instrumento a fim de potencializar sua funcionalidade (Devellis, 2012). Ainda se referindo à abordagem mista, toma-se que o componente qualitativo e quantitativo utilizados conjuntamente coopera para um desenho valorativo para os objetivos propostos para o presente estudo (Driessnack et al., 2007). Ademais, o uso da abordagem mista promove possibilidades de *insights* e perspectivas com o intuito de refinamento do construto (Hair et al., 2009). Refinamento este capaz de desenvolver uma escala comportamental como ferramenta científica potencial para ampla utilização e bem social (Contandriopoulos et al., 1999).

Em pesquisas de validação de construto, é tradicionalmente utilizada a abordagem qualitativa (promove compreensão com maior profundidade) e a quantitativa (oferece uma perspectiva sistematizada numericamente) concomitantemente, uma vez que a subjetividade e a objetividade particulares de cada um dos componentes fazem-se complementares por suas propriedades se voltarem para a legitimidade (Coluci et al., 2015; Costa, 2011; Evans, 2010). E, se ainda tiver base psicométrica como suporte de construção, bem como delineamento da escala, o estudo tende a conquistar satisfatória precisão, credibilidade e validade científica (Blacker & Endicott, 2002; Gagné & Godin, 2019a; Pasquali, 2010b, 2013).

4.2 LOCAL DE PRODUÇÃO (COLETA) DE DADOS

Os locais de produção de dados deste estudo foram 28 escolas da rede pública municipal de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. A seleção de escolas ocorreu por sorteio onde o pesquisador tinha em mãos tiras de papel com o nome de todas as escolas urbanas do

respectivo município. Foram sorteadas quatro escolas por região a fim de valorizar maior abrangência territorial. Geograficamente, o município é composto de sete regiões urbanas, a saber: Anhanduizinho, Bandeira, Centro, Imbirussu, Lagoa, Prosa e Segredo (Lei Complementar Municipal n. 186, de 12 de dezembro de 2011) (*Lei Complementar Municipal n. 186*, 2011). Por uma questão didática, apresenta-se a seguir o mapa de Campo Grande devidamente dividido por suas regiões (Figura 7).

Figura 7

Regiões urbanas do município de Campo Grande, MS



Nota: Adaptado de “*Estudos de densidade urbana, verticalidade e sustentabilidade em Campo Grande: projeto de extensão – relatório final*” por Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2016, UFMS, p. 94 (<https://observatorio.ufms.br/wp-content/uploads/2017/densidade.pdf>).

4.3 COLABORADORES

Este estudo contou com três colaboradores (juízes) que são docentes com formação em fonoaudiologia vinculados a programas de pós-graduação *stricto sensu* (vinculados ao curso de mestrado e doutorado concomitantemente) em ciências fonoaudiológicas ou áreas afins no Brasil de forma a contribuir com ponderações (críticas construtivas em seu conteúdo, organização e apresentação) valorativas à *ESC-FONO – Inicial*. Tais profissionais são considerados por este estudo como pareceristas, especificamente, os juízes capazes de avaliar

a referida escala para auxiliar na construção de um instrumento eficaz, inteligível, objetivo e de fácil compreensão e preenchimento para a utilização de docentes do ensino fundamental. A contribuição de juízes no julgamento de um construto, especialmente de uma escala, é essencial como processo que pleiteie notável êxito (Pasquali, 2010b).

Menciona-se que, no Brasil, existem atualmente 12 programas de pós-graduação *stricto sensu* distribuídos em três regiões brasileiras (Nordeste, Sudeste e Sul), vinculados às ciências fonoaudiológicas, ofertando unicamente o curso de mestrado ou mestrado e doutorado concomitantemente. Contudo, foram selecionados apenas colaboradores que tivessem vínculo a programas *stricto sensu* de mestrado e doutorado e que ministrassem aulas e orientassem pesquisas em ambos os cursos em questão. Foram convidados três docentes selecionados por meio de consulta às páginas de Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* brasileiros, sendo um de cada região (Nordeste, Sudeste e Sul). Justifica-se a composição com três colaboradores em Pacico (2015): “Em geral são utilizados três juízes, pois permite desempate. Um número mais elevado que esse pode tornar o procedimento mais difícil, sem melhorar necessariamente, a qualidade do procedimento” (p. 64). Logo, aprecia-se que o que faz a diferença é a qualificação dos juízes, e não a quantidade.

Os juízes selecionados para este estudo foram denominados de A, B e C para garantir o anonimato deles. Contudo, para melhor visualização da qualificação dos juízes construiu-se a Figura 8.

Figura 8

Qualificação dos colaboradores (juízes) do presente estudo

Juiz	Qualificação
A	<ul style="list-style-type: none"> – Experiência de mais de 18 anos no ensino superior em fonoaudiologia. – Vínculo com dois programas de pós-graduação <i>stricto sensu</i> – na região Nordeste brasileira. – Ampla experiência em orientação acadêmica em nível de mestrado e doutorado. – 785 produções entre artigos completos publicados em periódicos, textos em jornais de notícias/revistas, capítulos de livros, trabalhos em anais de congressos científicos (trabalhos completos, resumos expandidos e resumos), apresentações de trabalhos, entre outras produções.
B	<ul style="list-style-type: none"> – Experiência de mais de 15 anos no ensino superior público. – Docente permanente em um programa de pós-graduação <i>stricto sensu</i> – mestrado e doutorado – em ciências fonoaudiológicas na região Sul brasileira. – 890 produções entre artigos completos publicados em periódicos, textos em jornais de notícias/revistas, capítulos de livros, trabalhos em anais de congressos científicos (trabalhos completos, resumos expandidos e resumos), apresentações de trabalhos, entre outras produções.

Juiz	Qualificação
C	<ul style="list-style-type: none"> – Experiência de mais de 20 anos lecionando e orientando em nível de graduação ao doutorado. – Ampla experiência com pesquisas interdisciplinares entre áreas da fonoaudiologia. – 1.055 produções entre artigos completos publicados em periódicos, textos em jornais de notícias/revistas, capítulos de livros, trabalhos em anais de congressos científicos (trabalhos completos, resumos expandidos e resumos), apresentações de trabalhos, entre outras produções.

Partindo das qualificações expostas dos três colaboradores A, B e C, pode-se inferir ampla condição intelectual para a participação como juízes na presente pesquisa que objetivou a construção e validação científica da *ESC-FONO* – Final. O tempo laborativo dentro da academia universitária juntamente com a vasta produção científica denota competência e, conseqüentemente, credibilidade a fim de serem participantes ativos no processo de validação de instrumento destinado a rastrear de forma rápida, simples e fidedigna estudantes no que tange a saúde fonoaudiológica.

4.4 PARTICIPANTES/AMOSTRA

O presente estudo contou com a participação de docentes do ensino fundamental e estudantes voluntários de escolas públicas municipais das sete regiões de Campo Grande, MS. Participaram 106 docentes e 106 estudantes dos períodos matutino e vespertino entre o 1º e 9º ano do ensino fundamental. O contato com os docentes ocorreu no intervalo ou após o término das aulas na sala dos professores; todos que estavam presentes foram convidados a participar do estudo. Já os estudantes foram selecionados pelos próprios docentes participantes da pesquisa e a escolha do estudante ficou a critério do próprio docente, haja vista oportunizar que qualquer estudante pudesse ser selecionado. Vale mencionar que apesar do docente ter tido autonomia de selecionar seus estudantes – com ou não suspeição de possível comprometimento em saúde fonoaudiológica – realizou-se a seleção levando em consideração critérios de inclusão e exclusão adotados por este estudo.

4.4.1 Critérios de Inclusão

Docentes independentemente de idade, sexo e tempo de atuação profissional na docência escolar, vinculados à rede pública municipal de ensino de Campo Grande, MS.

Crianças e/ou adolescentes na faixa etária entre 6 e 18 anos vinculados à rede pública municipal de ensino de Campo Grande, MS, que estivessem cursando do 1º ao 9º ano do ensino fundamental com ou não suspeição de comprometimento em saúde fonoaudiológica.

4.4.2 Critérios de Exclusão

Possíveis participantes docentes e estudantes que não se enquadrassem nos critérios de inclusão.

Igualmente, participantes docentes que não assinaram o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (destinado ao participante docente)* (Modelo 1, Apêndice D).

Da mesma forma, os possíveis participantes estudantes que não assinaram o *Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (destinado ao participante estudante)* (Modelo 2, Apêndice D).

Foram excluídos os possíveis participantes estudantes menores de idade que não foram autorizados pelo responsável legal por meio do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (destinado ao responsável legal do estudante)* (Modelo 3, Apêndice D).

4.5 RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

No que concerne aos recursos humanos, esta pesquisa foi conduzida por seu proponente a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UCDB, que foi devidamente aprovada por parecer consubstanciado – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 50965121.5.0000.5162. Houve também, a colaboração de três juízes que realizaram ponderações (críticas construtivas em seu conteúdo, organização e apresentação) valorativas à *ESC-FONO – Inicial*, como descrito no tópico “colaboradores” desta pesquisa.

Em relação aos recursos materiais destinados aos docentes do ensino fundamental, foram necessários dois instrumentos (elaborados pelo proponente deste estudo) – *ESC-FONO* (Instrumento 1), versões *ESC-FONO – Teste* e *ESC-FONO – Reteste*, e o *Questionário de Satisfação Referente à Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes* (Instrumento 3), – que foram impressos em quantidade necessária para serem entregues aos participantes docentes após o aceite em participar do estudo por meio do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (destinado ao participante docente)*.

Também foi utilizado um espaço silencioso, com mesa e cadeiras concedidas pela direção das 28 escolas, para que o pesquisador pudesse após o contato e convite (para participação no estudo), na sala dos professores, realizar mais explicações sobre a pesquisa.

Sobre os recursos materiais destinados aos colaboradores (docentes universitários), utilizou-se apenas um instrumento (elaborado pelo proponente desta pesquisa) – *Protocolo para Análise da Validade de Conteúdo (Semântica) da Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*, – que foi enviado eletronicamente àqueles após o aceite em participar como juízes do presente estudo.

4.6 INSTRUMENTOS DA PESQUISA

Os três instrumentos utilizados para a produção (coleta) de dados foram os seguintes:

- 1) Instrumento 1 – *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*. Para a presente tese a *ESC-FONO* será referenciada em suas quatro versões, a saber:
 - 1.a) *ESC-FONO* – Inicial: versão elaborada antes da avaliação dos juízes;
 - 1.b) *ESC-FONO* – Teste: versão elaborada após os pareceres dos juízes e respondida pelos docentes na primeira etapa (Teste) de produção dos dados;
 - 1.c) *ESC-FONO* – Reteste: versão elaborada após os pareceres dos juízes e respondida pelos docentes na segunda etapa (Reteste) de produção dos dados;
 - 1.d) *ESC-FONO* – Final: versão validada cientificamente.⁴
- 2) Instrumento 2 – *Protocolo para Análise da Validade de Conteúdo (Semântica) da Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*.⁵
- 3) Instrumento 3 – *Questionário de Satisfação Referente à Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*.⁶

⁴ Instrumento 1, com todas as suas versões – Inicial, Teste, Reteste, Final –, elaborado pelo proponente desta pesquisa, encontra-se no Apêndice A.

⁵ Instrumento 2, elaborado pelo proponente desta pesquisa, encontra-se no Apêndice B.

⁶ Instrumento 3, elaborado pelo proponente desta pesquisa, encontra-se no Apêndice C.

4.6.1 *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes (Instrumento 1)*

O Instrumento 1 – versões *ESC-FONO* – Teste e *ESC-FONO* – Reteste – foi elaborado para a utilização de docentes da rede pública de ensino de Campo Grande, MS, e consta de 17 questões didaticamente organizadas e contemplativas de áreas fonoaudiológicas. No entanto, após sua validação científica (objetivo deste estudo) pretende-se ofertar aos docentes que lecionem do 1º ao 9º ano do ensino fundamental um instrumento de rastreamento comportamental de saúde fonoaudiológica de crianças e/ou adolescentes na faixa etária entre 6 e 18 anos de idade.

No entanto, o presente instrumento não se enquadra como um teste fonoaudiológico, haja vista que o termo “teste” está atrelado necessariamente à conduta do fonoaudiólogo. Partindo da lógica que a *ESC-FONO* – Final não objetiva o diagnóstico de distúrbios – que é próprio da conduta clínica do profissional anteriormente mencionado – e foi construída como uma “escala de medida comportamental” a ser utilizada por docente do ensino fundamental, tem-se que ela proporciona a possibilidade de rastreio em saúde a fim de levantar características comportamentais sugestivas ou não de encaminhamento à conduta profissional. Reitera-se que a escala em questão não é um “teste”, mas, sim, um “instrumento de rastreamento”. Caso haja a sugestão de encaminhamento a fonoaudiólogo após aplicação da escala (já na condição de ampla utilização após sua validação) pelo docente, ele terá respaldo em um instrumento validado cientificamente e não apenas no senso comum somado à ausência de construto auxiliar à saúde de estudantes.

Nas versões *ESC-FONO* – Teste e *ESC-FONO* – Reteste foi construído um cabeçalho que consta de dados básicos, como: a) nome, sexo e idade do estudante; b) nome do docente; c) turma que o estudante se encontra matriculado; d) nome escola; e e) data de preenchimento da *ESC-FONO* pelo docente. Tais informações foram relevantes para o referido instrumento a fim de favorecer melhor organização do docente e também do pesquisador deste estudo como forma de controle dos dados produzidos (coletados). Essa organização durante o processo de validação instrumental foi essencial para a valorização de dados básicos que deve conter em todo instrumento que se preze, uma vez que sem eles a identificação fica comprometida e, logo, a pesquisa em si também é prejudicada. Já esses mesmos dados apresentados no cabeçalho com a devida validação científica da *ESC-FONO* – Final se tornam relevantes para a organização exclusiva do docente que irá realizar as observações comportamentais

fonaaudiológicas dos assuntos contidos nas questões (itens) – ao longo da escala – referentes a seu estudante.

Em seguida, no corpo das versões *ESC-FONO – Teste* e *ESC-FONO – Reteste* apresenta-se um texto introdutório que orienta os participantes (docentes) em relação ao preenchimento da escala tanto na etapa I (Teste) como na II (Reteste) que é apresentado na Figura 9. Menciona-se ainda que ambos os textos, apesar de serem parecidos, apresentam corpo textual com informações específicas para cada etapa.

Figura 9

Texto orientativo que antecedeu às questões da ESC-FONO durante a produção de dados na etapa I (Teste) e etapa II (Reteste)

Texto orientativo	
Etapa I (Teste)	Etapa II (Reteste)
<p>Olá, participante,</p> <p>Esta escala foi elaborada com o intuito de disponibilizar ao docente um instrumento capaz de medir de forma rápida, simples e fidedigna seus estudantes no que tange à possível condição de saúde fonaaudiológica. Peço que – nesta primeira etapa da pesquisa – responda a todas as questões (itens) a seguir com base na percepção que tem sobre seu estudante. O preenchimento desta escala independe de tempo de convivência com seu estudante no ambiente educacional, basta apenas que tenha a convicção do grau de frequência por meio das categorias de respostas referente a cada questão (item). Menciono, ainda, que este instrumento é autoexplicativo e deve ser marcado um “x” no número abaixo da questão que melhor representa a sua percepção perante os assuntos abordados. Abaixo de cada questão, apresenta-se uma nota explicativa caso haja necessidade de melhor compreensão referente ao tema abordado. A numeração equivalente às opções de respostas são decrescentes e variam de 6 a 1, sendo que, quanto mais próximo do número 6, maior será o grau de frequência, e quanto mais próximo do número 2, menor a frequência referente à questão da escala. Já o número 1 é a opção de resposta na qual você tem a possibilidade de se abster de responder.</p>	<p>Olá, participante,</p> <p>Este momento corresponde à segunda etapa da pesquisa em que você responderá a todas as questões (itens) a seguir com base na percepção que tem sobre seu estudante. Menciono ainda que as dezessete questões são as mesmas que foram respondidas na primeira etapa há algum tempo atrás. No entanto, nesta segunda etapa acrescentaram-se duas questões ao final da escala no qual também deverão ser respondidas. Elas não fazem parte da escala em si, mas, valorizam e complementam a respectiva pesquisa. Contudo, esta escala foi elaborada com o intuito de disponibilizar ao docente um instrumento capaz de medir de forma rápida, simples e fidedigna seus estudantes no que tange à possível condição de saúde fonaaudiológica. O preenchimento desta escala independe de tempo de convivência com seu estudante no ambiente educacional, basta apenas que tenha a convicção do grau de frequência por meio das categorias de respostas referentes a cada questão (item). É válido mencionar que este instrumento é autoexplicativo e deve ser marcado um “x” no número abaixo da questão que melhor representa a sua percepção perante os assuntos abordados. Abaixo de cada questão, apresenta-se uma nota explicativa caso haja necessidade de melhor compreensão referente ao tema abordado. A numeração equivalente às opções de respostas são decrescentes e variam de 6 a 1, sendo que, quanto mais próximo do número 6, maior será o grau de frequência, e quanto mais próximo do número 2, menor a frequência referente à questão da escala. Já o número 1 é a opção de resposta na qual você tem a possibilidade de se abster de responder.</p>

Todas as informações contidas em ambos os textos mencionados foram explicadas detalhadamente aos participantes e reforçadas por escrito – tanto na etapa I como na etapa II – assim que receberam o instrumento para sua utilização com seu estudante. Dando seguimento no que se refere à escala propriamente dita, o termo em questão (escala) é utilizado de múltiplas formas na literatura científica, no entanto, neste estudo, é empregado para designar um contínuo de números que representam categorias de respostas, assim como fomentado por Cohen et al. (2014), Hauck Filho e Zanon (2015) e Pasquali (2010b, 2013). A *ESC-FONO* – versões *ESC-FONO* – Teste e *ESC-FONO* – Reteste – foi elaborada com o intuito de favorecer ao docente um instrumento capaz de medir seus estudantes de forma rápida, simples e fidedigna no que se refere à possível condição de saúde fonoaudiológica. Todas as questões foram construídas para que o docente pudesse assinalar com um “x” no número abaixo da categoria de resposta que melhor represente a sua percepção diante dos assuntos abordados. Esses números variam de 6 a 1, sendo: “sempre” [6] – aquilo que ocorre na totalidade do tempo –; “quase sempre” [5] – pode ser caracterizado como aquilo que acontece em quase sua totalidade do tempo, ou seja, ocorre com menos frequência do que “sempre” –; “às vezes” [4] – tem-se que ocorra com menos frequência que “quase sempre” –; “raramente” [3] – define-se que ocorra com menos frequência que “às vezes” –; “nunca” [2] – entende-se como algo que não tenha ocorrido em nenhuma circunstância –; e “não sei responder” [1] – a ausência de resposta ou mesmo a abstenção em responder. Logo, quanto mais próximo do número 6, maior o grau de frequência, e quanto mais próximo do número 2, menor a frequência referente à questão da escala. Já o número 1 correspondeu à opção de resposta na qual o docente teve a possibilidade de se abster de responder, caso julgasse pertinente.

Ressalta-se, ainda, que os referidos números anteriormente mencionados foram expostos entre colchetes “[]” para favorecer melhor discriminação no momento de assinalar a resposta, haja vista a quantia numérica de possibilidades, a saber: [6], [5], [4], [3], [2] e [1]. Os números foram apresentados na escala de forma decrescente de 6 a 1 (da esquerda para a direita). Contudo, apenas os números de 6 a 2 é que estiveram relacionados à frequência comportamental observada pelo docente, considerando-se o número 1 ser equivalente a não saber responder. Logo, quanto maior o número que foi assinalado, maior sugestibilidade de haver alterações na saúde fonoaudiológica, com exceção do número 2, que representa “nunca” (sem evidências comportamentais), e o 1 equivalente a “não sei responder”. Com exceção dos números 2 e 1, qualquer resposta marcada entre 6 e 3 é sugestiva de encaminhamento para avaliação fonoaudiológica. Tal sugestibilidade é respaldada na lógica de que a frequência de comportamento característico de alteração na saúde fonoaudiológica sendo corriqueira, em

maior ou menor grau, deve ser investigada. Ressalta-se que todas as questões (itens) estão vinculadas a uma das cinco áreas (domínios) dispostas – versões *ESC-FONO* – Teste e *ESC-FONO* – Reteste – e são mensuradas somente com relação às categorias de repostas das 17 questões (itens).

Para melhor compreensão se há ou não indicação para a realização de encaminhamento escrito a ser realizado pelo docente construiu-se esta orientação sobre indicação de encaminhamento de estudantes para conduta fonoaudiológica com base nas respostas assinaladas pelo docente por meio da *ESC-FONO*:

- a) Há indicação – respostas numéricas 6, 5, 4 ou 3, assinaladas ao menos em uma das categorias de repostas vinculadas às 17 questões (itens);
- b) Não há indicação – resposta numérica 2, assinalada em todas as 17 questões (itens);
- c) Não foi possível identificar – resposta numérica 1.

Com base nos resultados numéricos a serem assinalados pelo docente na *ESC-FONO* – Final é que ele poderá tomar a decisão de realizar ou não o encaminhamento. É pertinente destacar que durante a produção de dados do presente estudo não se realizaram encaminhamentos à conduta fonoaudiológica, haja vista que a *ESC-FONO* – versões *ESC-FONO* – Teste e *ESC-FONO* – Reteste – ainda estava em processo de validação. Dando seguimento, no que tange a resultados a serem assinalados no corpo da escala, reforça-se que ter um corte numérico – 6, 5, 4 ou 3 para indicação e 2 ou 1 para não indicação – é essencial para nortear a conduta do docente que utilizará a referida escala para realizar observações comportamentais de saúde fonoaudiológica de estudantes entre 6 e 18 anos. Contudo, é válido mencionar que a *ESC-FONO* – versões *ESC-FONO* – Teste e *ESC-FONO* – Reteste – não utilizou o *score* de pontuação (somatória numérica) de repostas por meio de questões (itens) isoladas ou mesmo pelo conjunto de questões (itens) por domínio, porque a proposta da escala em questão não ocorre por soma de pontos. Mas utilizou a posição numérica por meio de escala tipo Likert para sugerir ou não encaminhamento necessário como exposto.

A necessidade de inserção de condição métrica na escala, devidamente representada pela numeração de 6 a 1, está associada à proposta de marcar o número ao lado da questão como sugere Rensis Likert (1903-1981), que propôs, em 1932, um método de coleta de dados, denominado Escala Likert, que favorece ao participante a possibilidade de responder ao presente instrumento de acordo com a resposta que julgar apropriada, também denominada de “categorias” (Likert, 1932). Este estudo propõe produção de dados com escala de classificação do tipo Likert, haja vista as seis opções de repostas (categorias) construídas

especificamente para esta pesquisa e por apresentar semelhança com a escala Likert originária. A proposta de seis opções de respostas de múltipla escolha é sugerida em estudo realizado por Green e Rao (1970), que mencionam que a quantidade de seis categorias de respostas apresenta mais fidedignidade, haja vista ser múltiplo de dois. Segundo Coelho e Esteves (2007), uma quantidade maior de respostas, assim como proposta na presente escala, favorece enriquecimento de análise de dados e o cálculo de covariância entre variáveis, se for o caso. Desde a proposta de utilização de escalas do tipo Likert, a Psicologia, a Educação e também a outras áreas do conhecimento vêm se ocupando desse método como aporte confiável para produção de dados com seres humanos (Gagné & Godin, 2019a; Dalmoro & Vieira, 2013; Pasquali, 2013). Dessa forma, a escala do tipo Likert pode ser conceituada como escala de mensuração constituída de um enunciado mais ou menos favorável em relação a um objeto de estudo, seguido de opções de resposta. Pode tratar-se de opções de respostas que expressam diferentes graus de concordância, satisfação ... Os respondentes são convidados a escolher a opção de resposta que melhor expresse sua opinião quanto ao enunciado apresentado (Gagné & Godin, 2019b, p. 307).

Ressalta-se, ainda, que as vantagens de escolher o formato de múltipla escolha numérica de respostas referentes às questões (itens) do construto permitem “amostrar uma grande quantidade de conteúdo em um tempo relativamente curto” e, possibilitam “interpretação precisa e pouco ‘blefe’” (Cohen et al., 2014, p. 256). É válido mencionar também que uma questão que seja de múltipla escolha não necessariamente seja do tipo Likert, mas uma questão que seja do tipo Likert é necessariamente de múltipla escolha. Reitera-se que a escala construída e apresentada neste estudo se caracteriza como tipo Likert, uma vez que foi embasada na Escala Likert proposta inicialmente na década de 1930, assim como mencionado anteriormente.

Dando seguimento, o referido instrumento é autoexplicativo e contém, em seu corpo textual, as seguintes questões (itens) devidamente agrupadas por domínios (áreas). Desta forma, expõem-se: domínio 1 (Audiologia), questão 1 - sobre dificuldade para compreender o que lhe é dito; questão 2 - no que concerne à tontura; domínio 2 (Disfagia), questão 3 - apresenta engasgos ao se alimentar ou tomar líquido; domínio 3 (Linguagem), questão 4 - no que se refere a velocidade de fala (aumentada ou diminuída); questão 5 - no tocante a vocabulário pobre e rotineiro; questão 6 - no que concerne à dificuldade de memorizar; questão 7 - com relação a episódios de alterações na fala; questão 8 - sobre dificuldade de compreender a escrita; questão 9 - no que se refere a trocas e/ou omissões de letras na escrita; questão 10 - relativo à dificuldade na coordenação motora das mãos durante a escrita;

domínio 4 (Motricidade orofacial), questão 11 - em relação à dificuldade para respirar; questão 12 - no que tange ao hábito de roer unhas; questão 13 - quanto a ranger ou friccionar os dentes; questão 14 - no que se refere aos lábios se manterem entreabertos quando não se está falando; domínio 5 (Voz), questão 15 - em referência à voz muito grave ou aguda; questão 16 - no tocante à intensidade da fala (alta ou baixa demais); questão 17 - no que se refere à presença de voz ruidosa por mais de quinze dias.

A construção dos domínios (áreas) e questões (itens) expostas no parágrafo anterior seguiu critérios orientados por Gagné e Godin (2019a), Cohen et al. (2014), Pasquali (2013) e Urbina (2007) para a valoração do respectivo instrumento devidamente embasado na psicometria. Menciona-se, ainda, que todo o procedimento de construção devidamente orientado pelos critérios que serão expostos a seguir visam a “buscar que os respondentes interpretem de maneira apropriada os itens, mas também que ... respondam com precisão. Aos esforços de clarificação dos itens, acrescentam-se, então, aqueles que encorajarão os respondentes a dizer a verdade” (Gagné & Godin, 2019a, p. 268).

Ressalta-se que, para cada critério devidamente exposto na Figura 10, apresenta-se na célula ao lado (na mesma linha), conteúdo explicativo sobre o atendimento ao respectivo critério durante a construção da escala.

Figura 10

Critérios adotados para a construção das questões da ESC-FONO

Critérios	Atendimento aos critérios
1. O construto deve ter apenas uma questão por vez.	Constou de apenas uma questão por vez, de forma a favorecer ao docente a oportunidade de responder ao item adequadamente. Ou seja, expor uma questão isoladamente não só favorece maior concentração, mas sim maior probabilidade de resposta assertiva com base em sua percepção do comportamento do estudante. Optou-se por incluir uma única ideia por pergunta. “itens que contêm mais de uma questão dificultam a utilização da chave de respostas, já que existe apenas uma por item, possibilitando” que o docente responda apenas uma questão por vez (Pacico, 2015, p. 61).
2. O item deve ser compreensível (claro).	As questões da escala foram elaboradas levando em consideração o público-alvo de docentes que preencherão o respectivo instrumento. As questões são autoexplicativas e de fácil compreensão por terem sido elaboradas com uma linguagem simples e objetiva. Tem-se, ainda, que as questões foram devidamente elaboradas de forma mais curta possível “que geralmente se revelam menos complexas [difíceis] de se analisar e compreender do que as frases mais longas” (Gagné & Godin, 2019b, p. 267). Ainda assim, se construiu uma nota explicativa abaixo de cada questão para auxiliar o docente caso haja necessidade no momento de preenchimento das categorias de respostas.

Critérios	Atendimento aos critérios
3. Deve-se investigar o comportamento.	A escala em questão agrupou 17 questões devidamente divididas em cinco domínios (áreas), a saber: Audiologia, Disfagia, Linguagem, Motricidade orofacial e Voz. Todas as questões indagam o docente sobre possíveis comportamentos existentes em estudantes. Esses mesmos comportamentos podem ser facilmente observados por meio do convívio em ambiente escolar.
4. Tem de contemplar uma porção específica da variável.	Todas as questões construídas levam em consideração particularidades de assuntos que são exclusivos para cada item. Logo, apresentam considerável distinção entre os itens de forma a garantir representatividade única e a possibilidade de tornar o construto mais dinâmico ao docente.
5. As questões devem ser iniciadas de maneira diferente em cada item.	As questões elaboradas se iniciam de formas diferentes a fim de prender a atenção e aumentar as chances de que o docente responda corretamente.
6. Tenha validade aparente.	A escala apresenta características peculiares para fomentar maior credibilidade a saber, cabeçalho solicitando nome do estudante, sexo e idade; nome do docente; turma; escola; data de preenchimento da escala; texto inicial orientativo ao docente; sequência numérica entre colchetes devidamente representativos de categorias de respostas; instrumento autoexplicativo; todas as questões apresentam trechos e/ou palavras isoladas em destaque por meio da função “negrito”; nota explicativa abaixo de cada questão; a escala apresenta-se dentro de bordas superior, inferior, esquerda e direita. Todas as características anteriores foram pensadas para a validade aparente do construto, fator essencial para credibilidade imediata do docente.
7. Englobe toda a magnitude da variável.	Para todas as questões foram apresentadas seis categorias de respostas que abarcam possibilidade de serem preenchidas com um “x” no número correspondente a cada uma delas. As seis categorias são representadas pela seguinte sequência: “sempre”, “quase sempre”, “às vezes”, “raramente”, “nunca” e “não sei responder”. Logo, as opções anteriores englobam toda a magnitude da variável.

Nota: Critérios adaptado de C. Gagné e G. Godin, 2019a, In G. Godin (Org.), *Os comportamentos na área da saúde: compreender para melhor intervir*, Ed. Unicamp, p. 262, “*Testagem e avaliação psicológica: introdução a testes e medidas*” por R. J. Cohen, M. E. Swerdlick e E. D. Sturman, 2014, 8th ed., AMGH, p. 251, e “*Fundamentos da testagem psicológica*” por S. Urbina, 2007, Artmed, p. 265.

Embora as questões da *ESC-FONO* – versões *ESC-FONO* – Teste e *ESC-FONO* – Reteste – fossem autoexplicativas e de fácil compreensão por terem sido elaboradas com uma linguagem simples e objetiva, construiu-se uma nota explicativa abaixo de cada questão para auxiliar o docente, caso haja necessidade de se respaldar em teoria conceitual referente ao assunto abordado em cada questão. As referidas notas explicativas foram construídas com base na *expertise* de seu proponente, embasado em sua trajetória acadêmica e profissional, de forma a valorizar conteúdos que abarcassem fielmente os conceitos abordados e que fossem

objetivos a ponto de tornar-se o instrumento o mais prático possível. Menciona-se que a exposição das notas explicativas não só valoriza a didática da escala, como também norteia mais detalhamento de concepções dos assuntos abordados, de forma a proporcionar conhecimento de valores de que lhe são dotados.

Para a questão (item) 1, que se refere à “dificuldade para compreender o que lhe é dito”, a nota explicativa é: “entende-se como ‘dificuldade para compreender o que lhe é dito’ a pessoa que aparentemente ao escutar outra não consegue assimilar o assunto ou, não dá atenção a fala alheia”. Já para a questão (item) 2, que faz referência a “tontura”, toma-se como nota explicativa: “compreende-se como ‘tontura’ a sensação de desequilíbrio corporal e, geralmente, tudo parece estar girando. Em episódios de tontura a pessoa apresenta risco de queda”. Para a questão (item) 3, que está atrelada ao “engasgo”, tem-se como nota explicativa: “compreende-se como ‘engasgo’ a condição de alimento ou líquido ficar preso na garganta ou abaixo dela, bloqueando a respiração. Geralmente o engasgo apresenta sintomas como tosse e a pessoa não consegue falar”. Já para a questão (item) 4, que se refere à “velocidade de fala”, toma-se como nota explicativa: “entende-se por ‘velocidade aumentada ou diminuída de fala’ a expressividade por meio de palavras com rapidez ou lentidão exageradas que pode ou não influenciar na compreensão da fala por quem esteja escutando”. Para a questão (item) 5, sobre “vocabulário pobre e rotineiro”, tem-se como nota explicativa: “compreende-se como ‘vocabulário pobre e rotineiro’ a utilização das mesmas palavras repetidamente durante conversas. Desta forma, a pessoa não se utiliza de novas palavras para enriquecer sua fala”.

Já para a questão (item) 6, que se refere à “dificuldade de memorizar”, toma-se como nota explicativa: “entende-se como ‘dificuldade de memorizar’ a ação de não se lembrar com certa frequência de acontecimentos do dia a dia, histórias contadas entre outras”. Para a questão (item) 7, que é sobre “alterações na fala”, tem-se como nota explicativa “compreende-se como ‘alterações na fala’ qualquer condição corporal que influencie a nitidez da fala e que possa ou não dificultar o entendimento de quem esteja escutando. Têm-se como exemplos: gagueira, distorção de sons, fala incompreensível, entre outras”. Já para a questão (item) 8, que está atrelada à “compreensão da escrita”, toma-se como nota explicativa: “entende-se como ‘dificuldade de compreender escrita’ a ação de se ler um texto impresso e não conseguir contar os fatos e ideias do que foi lido, logo após seu término. Atribui-se a essa dificuldade não somente o texto impresso em si, mas, também, enunciados e informes gerais (quadros informativos, entre outros)”. Para a questão (item) 9, que menciona sobre “trocas e/ou omissões de letras”, tem-se como nota explicativa: “compreende-se como ‘troca de letras’ a

substituição de uma letra ou sílaba erroneamente por outras durante a escrita. Já a ‘omissão de letras’ é a escrita faltando letras ou sílabas”. Já para a questão (item) 10, que se refere à “dificuldade na coordenação motora das mãos”, toma-se como nota explicativa: “entende-se como ‘dificuldade na coordenação motora das mãos durante a escrita’ qualquer condição física que possa influenciar negativamente na coordenação dos movimentos das mãos e dos braços de forma que influencie uma escrita desfavorável. Na condição de dificuldade na escrita uma das maiores características é o garrancho (caligrafia que dificulta o entendimento de forma total ou parcial de quem está lendo)”.

Para a questão (item) 11, que se vincula à “dificuldade para respirar”, tem-se como nota explicativa: “entende-se como ‘dificuldade para respirar’ a condição em que uma pessoa apresente algumas características, tais quais: respiração ofegante, muito rápida ou devagar demais, não respirar pelo nariz e sim pela boca a maioria do tempo”. Já para a questão (item) 12, que se refere ao hábito de “roer unhas”, toma-se como nota explicativa: “compreende-se como ‘hábito de roer unhas’ o vício de levar rotineiramente as mãos até a boca a fim de morder as extremidades das mãos”. Para a questão (item) 13, que condiz sobre “ranger ou friccionar os dentes”, tem-se como nota explicativa: “entende-se como ‘ranger os dentes’ o hábito de esfregar os dentes uns nos outros. Já a ‘fricção’ é o vício de apertar os dentes uns nos outros”. Já para a questão (item) 14, que está atrelada aos “lábios se manterem entreabertos”, toma-se como nota explicativa: “entende-se como ‘lábios entreabertos’ a condição de manter os lábios superior e inferior não encostados um no outro no momento em que não há comunicação por meio da fala”.

Para a questão (item) 15, que está vinculada à “voz muito grave ou aguda”, tem-se como nota explicativa: “compreende-se como ‘voz grave’ aquela que se apresenta de forma grossa e geralmente mais baixa e a ‘voz aguda’ como aquela que se revela como fina e geralmente mais alta, quando se compara a criança ou o adolescente com seus pares de mesma idade e sexo”. Já para a questão (item) 16, que condiz sobre “intensidade da fala”, toma-se como nota explicativa: “entende-se como ‘intensidade da fala’ alterada aquela que se apresenta com volume muito alto ou muito baixo”. Para a questão (item) 17, que se refere à “voz ruidosa”, tem-se como nota explicativa: “compreende-se como ‘voz ruidosa’ a voz que, durante a fala, se apresenta com qualidade pobre/ruim, diferente de outras crianças ou adolescentes de mesma idade e sexo no momento de emissão de sons e palavras, dificultando a boa comunicação. Obs.: caso o docente decida encaminhar o estudante para avaliação fonoaudiológica levando em consideração a presente questão, solicita-se que o faça apenas se a voz ruidosa for muito perceptível comparativamente aos demais estudantes”.

Todas as questões (itens) da presente escala apresentam trechos e/ou palavras isoladas em destaque que foram propositalmente escritas em “caixa alta” (letras maiúsculas). A exposição de parte de cada questão (item) de forma realçada foi proposital, para favorecer uma leitura mais rápida e dinâmica ao docente que irá preencher tal instrumento. Levou-se em consideração no processo de escolha dos trechos e/ou palavras isoladas que iriam ser evidenciadas, o grau de importância perante o assunto discutido. Têm-se os seguintes trechos ou palavras em destaque nas questões (itens): 1) “dificuldade para compreender o que lhe é dito”; 2) “tontura”; 3) “engasgos”; 4) “velocidade de fala”; 5) “vocabulário pobre e rotineiro”; 6) “dificuldade de memorizar”; 7) “alterações na fala”; 8) “compreender a escrita”; 9) “trocas e/ou omissões de letras”; 10) “dificuldade na coordenação motora das mãos”; 11) “dificuldade para respirar”; 12) “roer unhas”; 13) “ranger ou friccionar os dentes”; 14) “lábios se manterem entreabertos”; 15) “voz muito grave ou aguda”; 16) “intensidade da fala”; 17) “voz ruidosa”. Contudo, por uma questão didática construiu-se na Figura 11, como expositor dos domínios (áreas), questões (itens), trechos evidenciados, bem como notas explicativas, todas contidas na *ESC-FONO* – versões *ESC-FONO* – Teste e *ESC-FONO* – Reteste.

Figura 11

Exposição dos domínios (áreas), questões (itens), trechos evidenciados e notas explicativas da ESC-FONO

Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes (ESC-FONO)			
Domínio (área)	Questão (Item)		
	Descrição	Trecho ou palavra em evidência	Nota explicativa atrelada
Audiologia	1. Sobre dificuldade para compreender o que lhe é dito.	Dificuldade para compreender o que lhe é dito	– Entende-se como “dificuldade para compreender o que lhe é dito” a pessoa que aparentemente ao escutar outra não consegue assimilar o assunto ou não dá atenção à fala alheia.
	2. No que concerne à tontura.	Tontura	– Compreende-se como “tontura” a sensação de desequilíbrio corporal e, geralmente, tudo parece estar girando. Em episódios de tontura a pessoa apresenta risco de queda.

Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes (ESC-FONO)			
Domínio (área)	Questão (Item)		
	Descrição	Trecho ou palavra em evidência	Nota explicativa atrelada
Disfagia	3. Apresenta engasgos ao se alimentar ou tomar líquido.	Engasgos	– Compreende-se como “engasgo” a condição de alimento ou líquido ficar preso na garganta ou abaixo dela, bloqueando a respiração. Geralmente o engasgo apresenta sintomas como tosse e a pessoa não consegue falar.
Linguagem	4. No que se refere à velocidade de fala (aumentada ou diminuída).	Velocidade de fala	– Entende-se por “velocidade aumentada ou diminuída de fala” a expressividade por meio de palavras com rapidez ou lentidão exageradas que podem ou não influenciar na compreensão da fala por quem esteja escutando.
	5. No tocante a vocabulário pobre e rotineiro.	Vocabulário pobre e rotineiro	– Compreende-se como “vocabulário pobre e rotineiro” a utilização das mesmas palavras repetidamente durante as conversas. Desta forma, a pessoa não utiliza novas palavras para enriquecer sua fala.
	6. No que concerne à dificuldade de memorizar.	Dificuldade de memorizar	– Entende-se como “dificuldade de memorizar” a ação de não se lembrar com certa frequência de acontecimentos do dia a dia, histórias contadas, entre outras.
	7. Com relação a episódios de alterações na fala.	Alterações na fala	– Compreende-se como “alterações na fala” qualquer condição corporal que influencie a nitidez da fala e que possa ou não dificultar o entendimento de quem esteja escutando. Têm-se como exemplos: gagueira, distorção de sons, fala incompreensível, entre outras.
	8. Sobre a dificuldade de compreender a escrita.	Compreender a escrita	– Entende-se como “dificuldade de compreender a escrita” a ação de se ler um texto impresso e não conseguir contar os fatos e ideias do que foi lido, logo após seu término. Atribui-se a essa dificuldade não somente o texto impresso em si, mas, também, enunciados e informes gerais (quadros informativos entre outros).

Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes (ESC-FONO)			
Domínio (área)	Questão (Item)		
	Descrição	Trecho ou palavra em evidência	Nota explicativa atrelada
	9. No que se refere a trocas e/ou omissões de letras na escrita.	Trocas e/ou omissões de letras	– Compreende-se como “troca de letras” a substituição de uma letra ou sílaba erroneamente por outras durante a escrita. Já a “omissão de letras” é a escrita faltando letras ou sílabas.
	10. Relativo à dificuldade na coordenação motora das mãos durante a escrita.	Dificuldade na coordenação motora das mãos	– Entende-se como “dificuldade na coordenação motora das mãos durante a escrita” qualquer condição física que possa influenciar negativamente na coordenação dos movimentos das mãos e dos braços de forma que influencie uma escrita desfavorável. Na condição de dificuldade na escrita uma das maiores características é o garrancho (caligrafia que dificulta o entendimento de forma total ou parcial de quem está lendo).
Motricidade orofacial	11. Em relação à dificuldade para respirar.	Dificuldade para respirar	– Entende-se como “dificuldade para respirar” a condição em que uma pessoa apresente algumas características, tais quais: respiração ofegante, muito rápida ou devagar demais, não respirar pelo nariz e sim pela boca a maioria do tempo.
	12. No que tange ao hábito de roer unhas.	Roer unhas	– Compreende-se como “hábito de roer unhas” o vício de levar rotineiramente as mãos até a boca a fim de morder as extremidades das mãos.
	13. Quanto a ranger ou friccionar os dentes.	Ranger ou friccionar os dentes	– Entende-se como “ranger os dentes” o hábito de esfregar os dentes uns nos outros. Já a “fricção” é o vício de apertar os dentes uns nos outros.
	14. No que se refere aos lábios se manterem entreabertos quando não se está falando.	Lábios se manterem entreabertos	– Entende-se como “lábios entreabertos” a condição de manter os lábios superior e inferior não encostados um no outro no momento em que não há comunicação por meio da fala.

Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes (ESC-FONO)			
Domínio (área)	Questão (Item)		
	Descrição	Trecho ou palavra em evidência	Nota explicativa atrelada
Voz	15. Em referência à voz muito grave ou aguda.	Voz muito grave ou aguda	– Compreende-se como “voz grave” aquela que se apresenta de forma grossa e geralmente mais baixa e a “voz aguda” como aquela que se revela como fina e geralmente mais alta, quando se compara a criança com seus pares de mesma idade e sexo.
	16. No tocante à intensidade da fala (alta ou baixa demais).	Intensidade da fala	– Entende-se como “intensidade da fala” alterada aquela que se apresente com volume muito alto ou muito baixo.
	17. No que se refere à presença de voz ruidosa por mais de quinze dias.	Voz ruidosa	– Compreende-se como “voz ruidosa” a voz que, durante a fala, se apresenta com qualidade pobre/ruim, diferente das outras crianças de mesma idade e sexo no momento de emissão de sons e palavras, dificultando a boa comunicação. Obs.: Caso o professor decida encaminhar o estudante para avaliação fonoaudiológica levando em consideração a presente questão, solicita-se que o faça apenas se a voz ruidosa for muito perceptível comparativamente aos demais estudantes.

A quantidade de questões (itens) atribuídas para cada domínio foi pensada a partir da abrangência de conteúdos que abarcam as áreas fonoaudiológicas, em consonância com o que está atrelada a possibilidade de rastreamento por parte de docentes em sua prática laborativa dentro do ambiente escolar. Todas as questões (itens) contidas na presente escala foram estruturadas e agrupadas conforme aproximação de conteúdo. Não se privilegiou nenhuma área específica em detrimento de outras. No entanto buscou-se construir as questões (itens) levando em consideração, de forma direta e/ou indireta, todas as áreas reconhecidas por meio das Resolução CFFa n. 320/2006, Resolução CFFa n. 383/2010, Resolução CFFa n. 453/2014 e Resolução CFFa n. 467, de 24 de abril de 2015 (CFFa, 2006, 2010a, 2014, 2016).

Embora a ciência fonoaudiologia seja dotada de 11 áreas (audiologia; motricidade orofacial; linguagem; voz; saúde coletiva; disfagia; fonoaudiologia educacional; gerontologia; fonoaudiologia neurofuncional; neuropsicologia; fonoaudiologia do trabalho), as questões elaboradas (itens), apesar de se aproximarem mais de uma ou outra área de conhecimento, se complementam quando o que está em questão é a saúde integral. Notadamente, nenhuma questão construída deixa de levar em consideração, mesmo que de forma indireta, as outras áreas para além das que se enquadram especificamente nas questões (itens) da *ESC-FONO* – versões *ESC-FONO* – Teste e *ESC-FONO* – Reteste.

Ressalta-se que a aplicação do presente instrumento por docentes do ensino fundamental independe do grau de desenvolvimento físico ou mesmo fisiológico de estudantes que estejam cursando entre o 1º e 9º ano do ensino fundamental (geralmente crianças e adolescentes com faixa média de idade entre 6 e 14 anos, se não houver reprovações). Haja vista que todas as 17 questões (itens) da presente escala são indagativas (verificável por meio de observação) de possíveis quadros atípicos (qualidade daquilo que não está de acordo com um determinado padrão) de saúde fonoaudiológica em suas diversas áreas. Assim, a escala em questão pode ser aplicada, após sua validação, a partir do início da vida escolar (ensino fundamental) em uma faixa etária entre 6 e 18 anos de idade. Ressalta-se que, como mencionado anteriormente, apesar da faixa etária do público de estudantes matriculados do 1º ao 9º ser geralmente entre 6 e 14 anos (1º ano equivalente a 6 anos de idade, 2º ano equivalente a 7 anos de idade e, assim, sucessivamente), esta pesquisa leva em consideração até a idade de 18 anos, tendo em vista a possibilidade de haver reprovações de estudantes que porventura possam ter ocorrido no percurso educacional do ensino fundamental.

É válido destacar que tanto as versões *ESC-FONO* – Teste e *ESC-FONO* – Reteste aplicada na etapa I como na etapa II são idênticas com exceção do texto introdutório e o acréscimo de duas questões ao final da *ESC-FONO* – Reteste aplicada na etapa II. As duas questões em pauta foram: a) O responsável legal do estudante já teceu algum comentário com você que possa haver relação direta ou indireta com comportamento sugestivo de comprometimento na saúde fonoaudiológica? e b) Outro docente (colega de trabalho) já teceu comentário sobre a possibilidade de haver comprometimento na saúde fonoaudiológica do estudante que você selecionou para a observação por meio da *ESC-FONO*? Contudo, elas não fazem parte da escala em sua versão final, elas foram inseridas apenas como suporte contributivo à mensuração de variáveis comportamentais de saúde fonoaudiológica de estudantes referente às 17 questões pertencentes ao instrumento em questão.

Outrossim, a versão final da *ESC-FONO* – Final, após sua devida validação científica, é composta sequencialmente de: 1) título e acrônimo da escala; 2) cabeçalho; 3) texto introdutório com orientação destinada ao docente no que tange ao seu preenchimento; 4) 17 questões (itens) agrupadas por cinco domínios (áreas); 5) quadro indicativo de encaminhamento; 6) encaminhamento com campos a serem preenchidos pelo docente (caso haja indicação de encaminhamento à conduta fonoaudiológica). No entanto, a versão final do construto em questão é mais bem detalhada em subseção no capítulo “Resultados e Discussão”.

4.6.2 *Protocolo para Análise da Validade de Conteúdo (Semântica) da Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes (Instrumento 2)*

Esse instrumento foi elaborado pelo proponente desta pesquisa a fim de que pudesse ser mecanismo para o preenchimento do parecer avaliativo dos juízes no que tange à *ESC-FONO* – Inicial. Menciona-se que o *Protocolo para Análise da Validade de Conteúdo (Semântica) da Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes (Instrumento 2)*, apesar de ser um documento único, foi subdividido buscando abranger e identificar os cinco domínios (áreas): Domínio 1 – área da audiolgia (questões 1–2); Domínio 2 – área da disfagia (questão 3); Domínio 3 – área da linguagem (questões 4–10); Domínio 4 – área de motricidade orofacial (questão 11–14); Domínio 5 – área de voz (questões 15–17).

Os domínios apresentados levam em consideração todas as áreas fonoaudiológicas (mesmo algumas sendo de forma indireta), haja vista a necessidade de aplicabilidade das respectivas áreas para a realidade educacional. Descreve-se ainda que o Instrumento 2 de forma separada por área fonoaudiológica (domínio), busca melhor visualização do leitor, haja vista ser um instrumento extenso com corpo textual dentro de bordas laterais (esquerda e direita), superior e inferior. No entanto, esse mesmo instrumento, quando encaminhado ao juiz, ocorreu em um único material para agilizar o processo avaliativo.

A construção desse instrumento foi embasada em Coluci et al. (2015) que instruem a construção de instrumento a fim de nortear a avaliação de juízes em pesquisas com o intuito de validação científica. Os autores supracitados mencionam a necessidade de duas fases a serem consideradas durante o processo de avaliação, a saber: 1) avaliação dos domínios e 2)

avaliação das questões (itens). No que tange à avaliação dos domínios adotados para este estudo (Audiologia, Disfagia, Linguagem, Motricidade orofacial e Voz), os juízes averiguaram se são representativos e se estão apropriados aos futuros respondentes (docentes do ensino fundamental). Referente à avaliação das questões (itens), os juízes avaliaram se elas estão atreladas a um dos domínios do instrumento.

Avaliou-se também a nota explicativa (ainda na fase I) abaixo de cada questão (se foi construída com uma linguagem simples e objetiva). Todas as avaliações anteriormente descritas na fase I denominam-se de “abrangência”. Logo, o juiz pode sugerir a inclusão ou exclusão de questões e opinar se elas realmente pertencem ao domínio correspondente, bem como sugerir modificações na nota explicativa, caso houvesse necessidade. Ainda na fase I, apresentaram-se duas opções de respostas objetivas “concordo ou não concordo”. Caso o avaliador respondesse “concordo”, não haveria necessidade de tecer comentários. Mas, se a resposta fosse “não concordo”, o juiz teria que recomendar as alterações necessárias conforme sua *expertise*.

Dando seguimento, na fase II, a avaliação de cada questão foi separada, considerando os conceitos de “clareza” e “pertinência/representatividade”. Entende-se como “clareza” a avaliação da redação das questões, ou seja, verificação se foram redigidas de forma que o conceito estivesse compreensível aos futuros respondentes (docentes do ensino fundamental) e se expressa adequadamente o que se espera medir. Já a “pertinência/representatividade” é a avaliação se as questões realmente refletem os conceitos envolvidos, se são relevantes e se são adequadas para atingir o objetivo proposto de favorecer ao docente do ensino fundamental um instrumento capaz de rastrear, de forma rápida, simples e fidedigna, seus estudantes no que concerne à possível condição de saúde fonoaudiológica. Menciona-se também que, para todos os domínios, descritos anteriormente, houve a avaliação das duas fases (I e II) pelos juízes. Por uma questão didática construiu-se a Figura 12 para exposição do processo avaliativo que os juízes levaram em consideração durante as duas fases contidas no *Protocolo para Análise da Validade de Conteúdo (Semântica) da Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*.

Figura 12

Exposição do processo avaliativo da ESC-FONO que os juízes levaram em consideração durante as fases I e II

Fase	Conceito que se levou em consideração durante a avaliação	Opções de respostas	– O que avaliar?
Fase I – avaliação do conjunto de questões ('itens')	– Abrangência	– Concordo – Não concordo	<ul style="list-style-type: none"> – Estrutura das questões (itens) e se seu conteúdo está correto. – Se cada questão foi adequadamente coberta pelo domínio correspondente. – Se o conteúdo contido nas questões (itens) é representativo e se está apropriado aos futuros respondentes. – Avaliar a nota explicativa abaixo de cada questão (item) e se foi construída com uma linguagem simples, objetiva e eficaz, devidamente pensada aos futuros respondentes. – Sugerir a inclusão ou exclusão de questões (itens).
Fase II – avaliação de cada questão ('item') individualmente	– Clareza – Pertinência/representatividade	– Concordo – Não concordo	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliar a redação das questões (itens), ou seja, verificar se elas foram redigidas de forma que o conceito esteja compreensível aos futuros respondentes (docentes do ensino fundamental) e se expressa adequadamente o que se espera medir. – Notar se as questões (itens) realmente refletem os conceitos envolvidos, se são relevantes e se são adequadas para atingir o objetivo proposto de favorecer ao docente do ensino fundamental um instrumento capaz de rastrear de forma rápida, simples e fidedigna seus estudantes no que tange a possíveis alterações fonoaudiológicas.

É válido mencionar que no início do *Protocolo para Análise da Validade de Conteúdo (Semântica) da Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes* contém um texto introdutório de orientação que os juízes se respaldaram antes da avaliação da *ESC-FONO* – Inicial. Contudo, a Figura 12 expôs didaticamente o processo

avaliativo que englobou: a) conceito que se levou em consideração durante a avaliação; b) opções de respostas; e c) possibilidades de avaliação.

4.6.3 *Questionário de Satisfação Referente à Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes (Instrumento 3)*

Esse Instrumento 3 foi construído e organizado de forma a verificar o nível de satisfação de docentes no que refere à aplicabilidade da escala deste estudo. A aplicação do *Questionário de Satisfação Referente à Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes* favoreceu não só a mensuração do nível de satisfação do docente, como também a complementação valorativa quando o que está em questão é a futura utilização da *ESC-FONO* – Final em ações escolares de promoção, prevenção e proteção de saúde de estudantes. Para Keszei et al. (2010) e Pasquali (1998, 2013), essa complementação valorativa faz jus ao processo de validação de um instrumento, desde que contributivo e devidamente ajustado conforme o público que irá aplicar o construto.

No início do referido instrumento deste tópico constam os campos de identificação (nome do avaliador/docente; sexo; idade) e vínculo institucional dos participantes para controle do proponente deste estudo. Ressalta-se que a identificação e o vínculo institucional foram necessários para a organização do pesquisador, como também o anonimato (identidade conhecida apenas pelo proponente da pesquisa) devidamente resguardado de forma a garantir proteção de sua identidade, condição essencial para estudos com seres humanos.

Para tanto, o questionário de satisfação foi elaborado levando em consideração seis categorias de respostas para seis questões, concernentes à: 1) clareza e detalhamento das questões; 2) facilidade no uso da escala; 3) importância da escala para o uso de docentes; 4) praticidade proporcionada pelo respectivo instrumento; 5) probabilidade de indicar a outro docente o uso desta escala após sua validação; 6) confiabilidade da escala.

Apesar de cada uma das seis questões terem seis categorias de respostas, foram agrupadas categorias específicas para questões isoladas e grupais, desde que se enquadrassem à lógica do corpo da questão. Logo, para a questão 1 e 2, têm-se como opções de respostas “excelente”, “muito bom”, “bom”, “razoável”, “ruim” e “prefiro não responder”. Para a questão 3, as opções são “muito importante”, “importante”, “moderada”, “às vezes importante”, “não é importante” e “prefiro não responder”. Para a questão 4, as alternativas

são “muito prático”, “prático”, “moderado”, “pouco prático”, “não prático” e “prefiro não responder”. Para 5 e 6, apresentam-se “muito alta”, “alta”, “ocasionalmente”, “raramente”, “nunca” e “prefiro não responder”.

Para o entendimento das categorias de respostas no questionário devidamente expostas no parágrafo anterior, concebe-se atrelado às questões 1 e 2 o termo “excelente” (representado pelo número 6), que se caracteriza como algo extraordinário. Já “muito bom” (representado pelo número 5) é representativo daquilo que está entre o extraordinário e a opção “bom”. No que se refere ao termo “bom” (representado pelo número 4), pode ser descrito como algo intermediário entre “muito bom” e “razoável”. Em relação à terminologia “razoável” (representado pelo número 3) considera-se o intermeio “bom” e “ruim”. No que tange à palavra “ruim” (representado pelo número 2) como sendo a última opção de resposta referente à satisfação, tem-se que é a pior avaliação possível dentre as opções do intervalo equivalente de 6 a 2. Por fim, dispõe-se de “prefiro não responder” (representado pelo número 1), que exprime a ausência de resposta ou mesmo a abstenção em responder.

Dando seguimento, no que condiz à questão 3, especificamente à resposta “muito importante” (representado pelo número 6), concebe-se que ela pode ser considerada como a resposta máxima no grau de satisfação dentre as opções. Em relação ao termo “importante” (representado pelo número 5), este reflete o entremeio de “muito importante” e “moderada”. No tocante à opção “moderada” (representada pelo número 4), compreende-se estar no intervalo entre “importante” e “às vezes importante”. Sobre a opção “às vezes importante” (representada pelo número 3), configura-se como uma posição intermediária entre “moderada” e “não importante”. Sobre a expressão “não importante” (representada pelo número 2), faz-se referência ao menor grau de satisfação dentre as cinco possibilidades mensuráveis de 6 a 2. Logo, a última opção “prefiro não responder” (representada pelo número 1) desenha-se como a declaração de não querer entrar no mérito da questão.

Já em relação à questão 4, em sua opção de resposta “muito prático” (representado pelo número 6), conceitua-se como algo extremamente prático e, contudo, opção de máxima satisfação. Em seguida, apresenta-se o termo “prático” (representado pelo número 5), que equivale entre “muito prático” e a opção “moderado”. Dando seguimento, o termo exposto é “moderado” (representado pelo número 4), que se situa como possibilidade de resposta intermediária de “prático” e “pouco prático”. No que concerne à expressão “pouco prático” (representado pelo número 3), esta corresponde à escolha no intervalo entre “moderado” e “não é prático”. Já a categoria de resposta “não é prático” (representado pelo número 2) equivale ao menor número possível dentre as avaliações de 6 a 2 (representativas de

satisfação). Como última das possibilidades de escolha numérica, exibe-se “prefiro não responder” (representada pelo número 1), que faz menção à preferência de não opinar dentre as opções anteriores.

Sobre as questões 5 e 6, perfaz-se a primeira categoria de resposta como “muito alta” (representada pelo número 6), que pode ser entendida como a máxima satisfação possível dentre as opções. O segundo termo é “alta” (representado pelo número 5), que apresenta valor entre “muito alto” e “ocasionalmente”. Sequencialmente tem-se a terminologia “ocasionalmente” (representada pelo número 4), que congrega o entremeio de “alta” e “raramente”. A próxima opção é “raramente” (representada pelo número 3), que equivale entre “ocasionalmente” e “nunca”. No que condiz respeito a “nunca” (representado pelo número 2), abrange-se a menor categoria valorativa dentre as opções numéricas de 6 a 2. Por fim, apresenta-se “prefiro não responder” (representado pelo número 1), que situa como recusa em preencher respostas antecedentes.

Contudo, a construção do questionário de satisfação em questão – assim como a escala deste estudo – foi embasada em Likert (1932), que justifica essa forma de coleta de dados como pertinente, haja vista a facilidade de prover resultados fidedignos e mensuráveis. Para tanto, a proposta de seis opções de respostas é justificada na perspectiva de Miller (1956), que menciona que a construção de no máximo sete categorias é o aconselhável. Nessa perspectiva, o autor ainda frisa que uma quantidade adequada de opções a serem respondidas, o que inclui a quantia de seis possibilidades de respostas proposta no presente instrumento, possibilita que os participantes da pesquisa tenham ampla condição de julgamento.

Contudo, o presente questionário é autoexplicativo, apresenta linguagem simples e foi construído a fim de que os participantes docentes pudessem responder marcando um “x” no número correspondente à resposta que melhor caracterizasse sua percepção. Menciona-se, ainda, que a exposição numérica de 6 a 1 referente às possibilidades de respostas foi apresentada entre colchetes “[]” propositalmente para favorecer melhor especificação numérica, haja vista a quantia de dígitos possíveis de serem assinalados.

Contudo, Cohen et al. (2014) descrevem vantagens de se escolher o formato de múltipla escolha numérica de respostas referente às indagações, as quais consentem “amostrar uma grande quantidade de conteúdo em um tempo relativamente curto ... [e favorece] ... interpretação precisa e pouco ‘blefe’” (p. 256). Nota-se ainda que a numeração equivalente às opções de respostas é decrescente e estas variam de 6 a 1, sendo que, quanto mais próximo do número 6, maior será o grau de satisfação, e quanto mais próximo do número 2, menor a satisfação referente à questão. Justifica-se o intervalo numérico de 6 a 2 como opções válidas

para o grau de satisfação, já que o número 1 é a opção de resposta na qual o participante teve a possibilidade de se abster.

Outrossim, para favorecer certo dinamismo aos participantes docentes no momento da leitura das questões, optou-se em evidenciar, por meio de negrito (traço mais grosso que o normal) e caixa alta (letras maiúsculas), parte das questões que contivessem termos mais importantes de forma que por si só já favorecem entendimento. Logo, a ênfase nas questões do instrumento se deu em: 1) “clareza e detalhamento das questões”; 2) “facilidade no uso”; 3) “importância da escala”; 4) “praticidade”; 5) “probabilidade de você indicar o uso desta escala”; 6) “confiabilidade”.

Para além das seis questões anteriormente mencionadas, tomou-se ainda, ao final do *Questionário de Satisfação Referente à Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*, a possibilidade de o respondente sugerir melhorias na *ESC-FONO* com base nas versões *ESC-FONO – Teste* e *ESC-FONO – Reteste*. Oportunizar esse momento foi relevante uma vez que é valorativo ao público que irá utilizá-lo em sua prática escolar. E respalda-se na psicometria, que orienta a construção de mecanismos colaborativos que podem ser acionados até mesmo como processo de validação, uma vez que esses mesmos mecanismos não são estáticos e podem ser ajustados conforme o público-alvo (Bollen, 2002; Keszei et al., 2010; Sijtsma, 2011).

Tal mecanismo colaborativo é chancelado por Cohen et al. (2014), uma vez que afirmam a possibilidade, se necessária, de o pesquisador buscar formas de aprimorar ainda mais o instrumento construído com base psicométrica. Dessa forma, a elaboração de um espaço destinado a possíveis sugestões de docentes ao final do *Questionário de Satisfação Referente à Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes* (Instrumento 3) se tornou conveniente, haja vista que a experiência de aplicação do respectivo instrumento é capaz de produzir percepções particulares que devem ser levadas em consideração em toda pesquisa que preze notória credibilidade científica e do público que dela se utilizará. Contudo, por uma questão didática construiu-se a Figura 13 com informações que constam no questionário em questão.

Figura 13

Informações constantes no instrumento intitulado Questionário de Satisfação Referente à Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes (Instrumento 3)

Questões	Trecho ou palavra em evidência	Categorias de respostas
1. No que tange à clareza e a detalhamento das questões.	Clareza e detalhamento das questões	– Excelente – Muito bom
2. Em relação à facilidade no uso da escala.	Facilidade no uso	– Bom – Razoável – Ruim – Prefiro não responder
3. No tocante à importância da escala para o uso de docentes.	Importância da escala	– Muito importante – Importante – Moderada – Às vezes importante – Não é importante – Prefiro não responder
4. No que concerne à praticidade proporcionada pelo respectivo instrumento.	Praticidade	– Muito prático – Prático – Moderado – Pouco prático – Não é prático – Prefiro não responder
5. Qual a probabilidade de você indicar o uso desta escala a outro docente após sua validação.	Probabilidade de você indicar o uso desta escala	– Muito alta – Alta – Ocasionalmente – Raramente
6. Em relação à confiabilidade da escala.	Confiabilidade	– Nunca – Prefiro não responder
<i>Espaço para melhorias na Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes (ESC-FONO)</i>		
Docente, caso queira sugerir melhorias no instrumento <i>ESC-FONO</i> , poderá fazê-lo de forma descritiva. Caso não queira sugerir modificações, basta escrever “sem sugestões”.		

Nota-se que são descritas informações, tais quais: a) questões; b) trecho ou palavra em evidência; c) categorias de respostas; e d) um espaço para melhorias no construto, caso o docente achasse necessário fazê-lo para aprimoramento da escala deste estudo. Todo o conjunto de informações devidamente expostas no “questionário em questão” foi devidamente pensado a fim de complementar o processo de validação do instrumento objeto principal desta

pesquisa. E, ofertar a possibilidade de o futuro respondente tecer sua percepção por meio de categorias de respostas tipo Likert e também opinar de forma aberta, como foi ofertado por meio do espaço para melhorias na *ESC-FONO* – Final, pois é considerado essencial para a valorização da pesquisa, respaldo psicométrico e produção (coleta) de dados.

4.7 PROCEDIMENTOS GERAIS

Foi enviado um pedido de autorização para a Secretaria Municipal de Educação, que é o órgão superior das escolas públicas municipais de Campo Grande, MS, nominado com Carta de Solicitação de Autorização (Apêndice G). Esse pedido de autorização esclareceu a necessidade de realização desta pesquisa com docentes da rede pública municipal, bem como o uso do espaço físico de escolas das sete regiões que contemplam o respectivo município – Anhanduizinho, Bandeira, Centro, Imbiruçu, Lagoa, Prosa e Segredo – para valorizar maior abrangência territorial.

Após o recebimento do termo de anuência para realização de pesquisa nas escolas urbanas de Campo Grande, MS – a autorização da Secretaria Municipal de Educação –, foram enviados todos os documentos necessários ao CEP-UCDB, solicitando autorização para iniciar a presente pesquisa de acordo com os parâmetros éticos em estudos que envolvam seres humanos (Anexo A). Tal autorização foi ofertada por meio de parecer consubstanciado – CAAE: 50965121.5.0000.5162 (Anexo B).

A partir da autorização do CEP-UCDB, deu-se início ao contato com docentes universitários fonoaudiólogos que colaboraram como juízes do estudo. Todos os juízes apresentam vínculo com a pós-graduação *stricto sensu* em ciências fonoaudiológicas no Brasil. O contato com eles ocorreu por *e-mail* e contemplou o convite para a participação na pesquisa intitulada *Construção e Validação de Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes: Instrumento para Docentes*. Os juízes na condição de pareceristas colaboraram com sugestões de melhorias (acréscimo, extinção ou substituição de conteúdo; modificações na estrutura; linguagem conveniente; didática na exposição das questões; gramática adequada, entre outras) da *ESC-FONO* – Final. Foram convidados por meio de Carta-Convite um total de três docentes vinculados a programas de pós-graduação *stricto sensu* (que lecionam e orientam pesquisas em curso de mestrado e doutorado concomitantemente), vinculados às ciências fonoaudiológicas e/ou afins no Brasil para colaborarem com valorosas recomendações por meio do *Protocolo para Análise da Validade*

de Conteúdo (Semântica) da Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes (Apêndice E). Menciona-se que o instrumento, apesar de ser um documento único, foi intencionalmente subdividido, buscando abranger e identificar os cinco domínios (áreas): Domínio 1, área da audiologia (questões 1-2); Domínio 2, área de disfagia (questões 3); Domínio 3, área de linguagem (questões 4-10); Domínio 4, área de motricidade orofacial (questões 11 - 14); Domínio 5, área de voz (questões 15-17).

Ressalta-se que o contato individual com o juiz ocorreu em um primeiro momento por correio eletrônico em 14 e 15 de setembro de 2021, haja vista que os *e-mails* dos docentes vinculados à pós-graduação ficam expostos nas páginas dos programas aos quais apresentam vínculo. A seleção dos possíveis juízes ocorreu por meio de uma rápida consulta às páginas dos programas no qual foram selecionados apenas três, cada um de uma região brasileira: Sudeste, Sul e Nordeste. Ressalta-se que durante a seleção não se privilegiou nenhum juiz dentre as opções de docentes. Ao abrir as páginas de cada programa, o pesquisador levou o dedo indicativo de uma das mãos à tela do computador e com a outra mão mexeu o cursor (ponteiro do mouse) estando com os olhos fechados. A partir daí, fez-se a seleção do nome onde o ponteiro parasse. Todos os três juízes selecionados e devidamente convidados aceitaram participar do estudo e são profissionais com ampla *expertise* nas ciências fonoaudiológicas. Na Carta-Convite – inserida no corpo do *e-mail* de convite para a participação no presente estudo – foi solicitado um número de telefone para que o pesquisador pudesse entrar em contato com os possíveis juízes a fim de esclarecer-lhes todas as dúvidas referentes a sua colaboração como juiz. Ressalta-se que todas as informações necessárias foram repassadas aos colaboradores. Caso o docente universitário aceitasse participar como colaborador do estudo, seria enviado a ele a *ESC-FONO – Inicial*, bem como o *Protocolo para Análise da Validade de Conteúdo (Semântica) da Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*, que serviu para o preenchimento de sua avaliação.

Os pareceres dos juízes foram enviados para o *e-mail* do pesquisador e, caso preferissem utilizar outra forma de comunicação para a devolutiva, poderia ser via telefone. A avaliação da referida escala aconteceu por meio de um só documento – *Protocolo para Análise da Validade de Conteúdo (Semântica) da Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes* –, dividido em duas fases para cada área fonoaudiológica devidamente descrita na escala em questão. Os três juízes, após o aceite em participar como colaboradores deste estudo, tiveram até um mês para finalizarem o parecer, que ocorreu em meados de outubro de 2021. A fase I contemplou o julgamento do conjunto

de questões do domínio, de forma a verificar se a estrutura das questões e seus conteúdos estavam corretos, se o conteúdo contido nas questões foi representativo e se estava apropriado aos futuros respondentes (docentes do ensino fundamental). Ainda nessa mesma fase I, avaliou-se a nota explicativa no que se refere ao conceito aferido às palavras-chave de cada questão. Tanto para o julgamento do conjunto de questões do domínio, bem como para a nota explicativa, o juiz levou em consideração a “abrangência” que corresponde em verificar se cada questão foi adequadamente coberta pelo domínio correspondente e se a nota explicativa é objetiva, simples e eficaz. Durante a fase I, o juiz pôde sugerir a inclusão ou exclusão de questões e opinar se estas realmente pertencem ao domínio correspondente, além de sugerir modificações na nota explicativa, caso houvesse necessidade.

Já na fase II, o juiz avaliou cada questão separadamente, considerando os conceitos de “clareza” e “pertinência/representatividade”. A clareza corresponde à avaliação da redação das questões, ou seja, verificação se foram redigidas de forma que o conceito estivesse compreensível aos futuros respondentes (docentes do ensino fundamental) e se expressavam adequadamente o que se espera no que tange à identificação comportamental sugestiva de comprometimento em saúde fonoaudiológica de estudantes.

Em relação à pertinência/representatividade, avaliou se as questões realmente refletem os conceitos envolvidos, se são relevantes e se são adequadas para atingir o objetivo proposto de favorecer ao docente do ensino fundamental um instrumento capaz de rastrear de forma rápida, simples e fidedigna seus estudantes no que se refere ao possível comprometimento em saúde fonoaudiológica. Reitera-se que o procedimento de rastreamento a ser realizado pelo docente participante não objetivou diagnosticar distúrbios fonoaudiológicos, mas, sim, levantar características comportamentais sugestivas de encaminhamento à conduta profissional conveniente para realizar avaliações em saúde e, se constatado algum comportamento característico de prejuízo na saúde fonoaudiológica, dar encaminhamento ao profissional apropriado.

Para tanto, após o julgamento (parecer) dos juízes na fase I, adotou-se o cálculo de porcentagem de cada domínio, que foi realizado com base na seguinte fórmula proposta por Tilden et al. (1990):

$$\% \text{ concordância} = \frac{\text{número de participantes que concordam}}{\text{número total de participantes}} \times 100$$

De acordo com Wynd et al. (2003), o presente cálculo contempla que, se o resultado for maior ou igual a 90% de concordância, denota-se que os domínios são apropriados. Se a porcentagem for menor que 90%, há necessidade de se discutir e alterar a escala. Após as devolutivas dos juízes, que ocorreram em outubro de 2021, foram realizadas as modificações necessárias na escala entre os meses de novembro e dezembro do mesmo ano com base na *expertise* intelectual dos pareceristas tanto na fase I como na II da avaliação.

A partir de então, na segunda quinzena de janeiro de 2022, o proponente desta pesquisa entrou em contato com todos os dirigentes das 28 escolas levando em mãos o termo de anuência (autorização) expedido pela Secretaria Municipal de Educação, para a realização da presente pesquisa nas dependências de escolas das sete regiões campo-grandenses, bem como o Documento Informativo ao Dirigente Escolar (Carta Informativa), contendo todos os procedimentos que seriam realizados e etapas da pesquisa, para dar ciência à direção de cada instituição escolar (Apêndice F). Esse momento de contato com os dirigentes escolares aconteceu para dar-lhes ciência, uma vez que eles necessitam de tempo para se organizarem para receber o pesquisador em momento apropriado para a produção (coleta) de dados, que ocorreu na primeira semana de fevereiro de 2022.

A partir daí, deu-se novamente o contato do pesquisador com os dirigentes escolares de escolas públicas distribuídas nas sete regiões do município de Campo Grande, MS, a fim de dar início à etapa I de produção de dados, pré-teste (Teste). A quantidade de 28 escolas é justificada por ser um número possível de se conquistar a quantia de participantes necessária para as duas etapas, a saber, pré-teste (Teste) “etapa I” e teste (Reteste) “etapa II”. Têm-se também que a quantia de escolas mencionadas anteriormente se respalda na sensatez de ser um número alcançável para a visita do pesquisador durante o período de produção (coleta) de dados e adequado para se validar cientificamente uma escala de rastreamento comportamental. Partindo disso, respalda-se em Pasquali (1998, 2013) que menciona um intervalo quantitativo entre 30 e 40 participantes como suficientemente capaz de fornecer subsídio valorativo para fins de validação de instrumentos de base psicométrica.

Durante a visita às escolas na primeira semana de fevereiro de 2022, fez-se o convite aos possíveis participantes docentes para a etapa I de produção (coleta) de dados, pré-teste (Teste), que ocorreu com a quantia de 106 docentes – quantia largamente superior a mínima necessária mencionada anteriormente com base em Pasquali (1998, 2013). Para o mesmo autor, qualquer quantia para além da faixa numérica entre 30 e 40 participantes se torna complemento e apenas valoriza o estudo, bem como seu objetivo principal que é a validação científica. Estimou-se que ao menos 1 ou 2 docentes de cada escola participassem da

respectiva pesquisa de forma que se atingisse o mínimo necessário em conformidade com a faixa numérica descrita anteriormente quando somados os participantes dos 28 locais (escolas).

Para cada escola teve uma quantia específica de docentes que aceitaram participar do estudo e, por uma questão didática construiu-se a Tabela 1 para exposição dos locais de produção (coleta) de dados (escolas urbanas), bem como o número total de docentes por escola que aceitou participar da presente pesquisa, assim como mencionado anteriormente, porém, de forma descritiva. Menciona-se que o nome das escolas foi resguardado para a preservação da identidade institucional e, desta forma, foram expostas pela letra maiúscula “E” em referência à palavra “escola” seguida do número cardinal a que pertence, variando de 1 a 28 conforme a região (localidade).

Tabela 1

Exposição de 28 escolas urbanas campo-grandenses e suas respectivas regiões pertencentes ao perímetro municipal, bem como a quantidade de docentes que participou do estudo

Região pertencente à escola	Escola	Quantidade de participantes por escola
Anhanduizinho	E1	4
	E2	3
	E3	3
	E4	3
Bandeira	E5	2
	E6	4
	E7	4
	E8	4
Centro	E9	3
	E10	5
	E11	1
	E12	5
Imbiruçu	E13	3
	E14	4
	E15	3
	E16	4
Lagoa	E17	6
	E18	4
	E19	5

Região pertencente à escola	Escola	Quantidade de participantes por escola
Prosa	E20	5
	E21	3
	E22	4
	E23	4
	E24	4
Segredo	E25	5
	E26	4
	E27	3
	E28	4

De acordo com esses dados, pode-se perceber que das 28 escolas visitadas pelo proponente deste estudo, a instituição escolar com menor participação de docentes selecionados – levando em consideração critérios de inclusão e exclusão adotados por este estudo – foi de apenas 1 e a de maior 6. E, diante o número total de participações se configurou quantia adequada para a etapa I que consiste no pré-teste (Teste) e etapa II que consta do teste (Reteste), assim como referido por Pasquali (1998, 2013). Após o convite e seleção dos participantes docentes, cada um selecionou um de seus estudantes para possível participação na pesquisa, totalizando a mesma quantia de docentes selecionados, 106. Reitera-se, assim como mencionado no tópico “participante/amostra”, que o estudante selecionado ficou a critério do próprio docente a fim de garantir a oportunidade de qualquer estudante ser selecionado. É válido mencionar também que, apesar de não ter havido critério de seleção dos estudantes por parte do proponente deste estudo para que pudesse ser repassado ao docente para norteá-lo em sua escolha, os resultados de porcentagem de outros estudos (descritos no tópico “Resultados e Discussão”) fazem jus ao Intervalo de Confiança de 95% [13,9% a 29,5%] adotado na presente pesquisa. Logo, o fato de não ter havido critério de seleção mencionado anteriormente se torna indiferente quando em comparação com dados da literatura científica consonantes com a prevalência de 21,7% de comportamentos indicativos de saúde fonoaudiológica comprometida encontrados neste estudo.

Menciona-se, ainda, que tanto a etapa I – pré-teste (Teste), que ocorreu entre a primeira semana de fevereiro e última semana de março de 2022, como a etapa II – teste (Reteste), que ocorreu entre a primeira semana de abril e última semana de maio, foram organizadas em partes, a fim de que a população de participantes fosse dividida de três

formas: 1º ao 3º ano, 4º ao 6º ano e 7º ao 9º ano. Como mencionado anteriormente, foram 28 escolas onde ocorreu a produção (coleta) de dados, e cada uma ficou com um grupo de anos escolares. Por uma questão didática construiu-se a Tabela 2 com as escolas e a faixa etária de anos no qual foram delegadas pelo pesquisador. Reitera-se, assim como na Tabela 1, que a letra “E” faz referência à palavra “escola” acompanhada de número cardinal conforme organização do proponente do estudo variando de 1 a 28. Assim, em 10 escolas foram produzidos (coletados) dados com participantes professores e estudantes do 1º ao 3º ano, 9 ficaram do 4º ao 6º ano e, por conseguinte, 9 ficaram do 7º ao 9º ano. Tal organização justifica-se como meio vantajoso para se conquistar, de forma satisfatória, dados concomitantes de modo a otimizar o tempo despendido.

Tabela 2

Exposição dos grupos de escolas com suas respectivas faixas de anos escolares

Escolas	Faixa de anos escolares
E1; E4; E7; E10; E13; E16; E19; E22; E25; E28	1º ao 3º ano
E2, E5, E8, E11, E14, E17, E20, E23, E26	4º ao 6º ano
E3, E6, E9, E12, E15, E18, E21, E24, E27	7º ao 9º ano

Contudo, a divisão de escolas mencionadas foi realizada de forma que contivesse a mesma quantidade para os três grupos de anos escolares. No entanto, um grupo, especificamente o de 1º ao 3º ano, ficou com uma escola a mais pelo fato de a quantidade de 28 (referente a quantidade total de escolas) não ser múltiplo de 3 (referente aos grupos por faixa de anos escolares). Logo, optou-se em adicionar uma escola a mais ao primeiro grupo de forma que não houve privilégio de um em detrimento de outros. É válido mencionar que a mesma quantidade de participantes ocorreu tanto na etapa I – pré-teste (Teste) como na etapa II – teste (Reteste). Ou seja, os docentes e estudantes que participaram da primeira etapa foram os mesmos que participaram da segunda etapa para as devidas comparações matemáticas (estatística) dos dados produzidos (coletados) em momentos distintos por meio de um mesmo instrumento – *ESC-FONO* – versões *ESC-FONO* – Teste e *ESC-FONO* – Reteste.

Assim, o proponente desta pesquisa visitou as escolas no intervalo ou após o turno escolar para não atrapalhar as atividades laborativas educacionais dos dirigentes e dos possíveis participantes docentes, ou em horário fora do expediente caso fosse necessário. Os docentes do ensino fundamental foram convidados formalmente a participar do estudo e, se

concordassem, assinariam o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (destinado ao participante docente)*, em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante. Após as assinaturas, os participantes receberam uma via da *ESC-FONO – Teste* para que pudessem responder às questões com base na observação comportamental de um de seus estudantes.

No entanto, antes de qualquer procedimento observacional realizado por parte do docente, foi solicitado pelo próprio docente a autorização do responsável legal do estudante, selecionado para participar da pesquisa, por meio do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (destinado ao responsável legal do estudante)*. O docente enviou ao responsável legal do estudante o Termo em questão por meio do próprio estudante, que entregou o documento ao seu responsável em duas vias (uma para o pesquisador, e a outra, para o responsável legal). Ainda que, após a leitura do Termo, o responsável legal necessitasse de mais esclarecimentos, estes puderam ser sanados por meio do contato do pesquisador, exposto ao final do referido documento.

Reitera-se, ainda, que o *Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (destinado ao participante estudante)* também foi entregue aos participantes docentes, a fim de que pudessem ser ofertados aos seus estudantes selecionados para que assinassem consentindo em participar do presente estudo. Caso o estudante porventura ainda não tivesse conquistado satisfatória alfabetização – geralmente alunos do 1º e 2º ano do ensino fundamental – e, logo, não sendo capaz de ler e entender o termo de assentimento, o docente participante leria o respectivo documento e auxiliaria esse estudante a escrever seu nome e sobrenome, se ele estivesse de acordo. Reitera-se que tanto o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (destinado ao responsável legal do estudante)* como o *Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (destinado ao participante estudante)* tiveram que ser assinados para que se pudesse dar início à observação comportamental. Caso não se obtivesse resposta por meio de assinaturas em ambos os documentos, entender-se-ia como recusa em participar do estudo ao menos de uma das partes – responsável legal e/ou estudante.

Vale ressaltar que na etapa I – pré-teste (Teste), os docentes do ensino fundamental participantes receberam cópias de três termos e um instrumento para preenchimento manual, assim definidos:

- a) *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (destinado ao participante docente)*: 1 cópia, em 2 vias;
- b) *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (destinado ao responsável legal do estudante)*: 1 cópia, em 2 vias, referente ao estudante selecionado pelo docente;

- c) *Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (destinado ao participante estudante)*: 1 cópia, em 2 vias, referente ao estudante selecionado pelo docente;
- d) *ESC-FONO – Teste*: 1 cópia, referente ao estudante selecionado pelo docente (instrumento destinado a etapa I).

Após o preenchimento dos termos e instrumentos elencados anteriormente, estes foram repassados ao pesquisador de forma conjunta. O prazo que os docentes tiveram para o preenchimento e entrega dos documentos anteriormente referidos foi de dois meses. Apesar de se ter estipulado esse prazo máximo para as observações comportamentais, bem como o preenchimento da *ESC-FONO – Teste*, todos os docentes do ensino fundamental finalizaram o preenchimento da escala em questão com apenas um mês. Os participantes docentes também tiveram a opção de encaminhar os instrumentos preenchidos por *e-mail*, caso preferissem. Reitera-se que o docente selecionou apenas um de seus estudantes para ser observado comportamentalmente – etapa pré-teste (Teste) – por ele com base na *ESC-FONO – Teste*.

Após a finalização da etapa I – pré-teste (Teste), iniciou-se a etapa II (última etapa) denominada de “teste (Reteste)”. Nessa etapa, foi novamente realizada a visita às 28 escolas – as mesmas visitadas na etapa I – públicas municipais de Campo Grande, MS. Durante a visita às escolas, fez-se novamente o contato com os mesmos 106 docentes da etapa anterior. Nesse ínterim, reitera-se que a quantidade em questão é amplamente aceita para validação de instrumentos psicométricos pela comunidade científica. E, a presente etapa teste (Reteste) também foi organizada em partes – assim como fora realizada na fase de pré-teste (Teste) (etapa anterior) – por meio de três grupos, a saber: 1º ao 3º ano, 4º ao 6º ano e 7º ao 9º ano.

Descreve-se, ainda, que na etapa II – teste (Reteste) os docentes participantes também receberam o *Questionário de Satisfação Referente à Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*. Este foi respondido após o preenchimento da *ESC-FONO – Reteste*. É válido mencionar que ao final da *ESC-FONO – Reteste* aplicada na etapa II foram adicionadas duas questões objetivas com possibilidade de resposta “sim” ou “não”. As questões foram: a) O responsável legal do estudante já teceu algum comentário com você que possa haver relação direta ou indireta com comportamento sugestivo de comprometimento na saúde fonoaudiológica? b) Outro docente (colega de trabalho) já teceu comentário sobre a possibilidade de haver comprometimento na saúde fonoaudiológica do estudante que você selecionou para a observação por meio da *ESC-FONO*?

Ambas as questões mencionadas no parágrafo anterior foram adicionadas exclusivamente ao final da *ESC-FONO – Reteste* e não contemplam a versão final do construto após sua validação científica. Justifica-se a inserção das duas questões na necessidade de aporte contributivo para a mensuração de variáveis do comportamento em saúde fonoaudiológica de crianças e adolescentes para além das 17 questões contemplativas da escala. É válido mencionar que, assim como na etapa I, na etapa II também foi estipulado o prazo máximo de dois meses para as observações comportamentais, bem como o preenchimento da *ESC-FONO – Reteste*. Para além da escala em questão os docentes também tiveram que repassar ao pesquisador o *Questionário de Satisfação Referente à Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes* também no prazo de dois meses. Também nessa fase, todos os docentes do ensino fundamental finalizaram o preenchimento dos dois instrumentos descritos anteriormente com apenas um mês.

Logo, objetivou-se estatisticamente comparar os resultados da escala e das duas questões para verificar se o construto tem capacidade de detectar suposta condição de saúde de estudantes.

Dando seguimento, as quantidades de cópias entregues aos docentes do ensino fundamental dos dois instrumentos foram assim definidas:

- a) *ESC-FONO – Reteste*: 1 cópia, equivalente ao estudante selecionado pelo docente (instrumento destinado à etapa II);
- b) *Questionário de Satisfação Referente à Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*: 1 cópia.

Após o preenchimento dos instrumentos supracitados, estes foram repassados ao pesquisador de forma conjunta (todos os documentos em um único momento). Menciona-se que o intervalo de tempo de dois meses entre a aplicação da etapa pré-teste (Teste) e teste (Reteste) é sugerido por Pasquali (2010a) e Cohen et al. (2012) no qual afirmam ser adequado para se conquistar maior confiabilidade haja vista que não é um tempo pequeno de dias ou semanas e nem grande demais como acima de seis meses. Intervalo de tempo pequeno – fazendo referência a dias e semanas – entre duas aplicações do mesmo teste pode resultar em menos confiabilidade com possibilidade de os respondentes lembrarem-se das opções de respostas marcadas no instrumento na primeira etapa (Teste) (Cohen et al., 2014). E, se longos demais – fazendo referência a tempo acima de seis meses –, corre-se o risco de haver fatores aleatórios (acontecimentos capazes de mudar a condição observada) que podem diminuir o coeficiente de precisão (Pasquali, 2010a).

Os participantes docentes também tiveram a opção de encaminhar os instrumentos preenchidos por *e-mail*, caso preferissem. Reitera-se, também, que o docente selecionou um de seus estudantes para ser observado comportamentalmente por ele com base na *ESC-FONO* – Reteste durante dois meses. Contudo, para melhor visualização dos procedimentos gerais expostos anteriormente e por uma questão didática, construiu-se a Figura 14 sintetizando o percurso executado sequencialmente ao longo da pesquisa.

Figura 14

Procedimentos gerais que foram executados no percurso da pesquisa, em ordem sequencial

Ordem	Procedimentos
I	Solicitação de autorização da Secretaria Municipal de Educação de Campo Grande, MS, para a realização da pesquisa nas escolas públicas do município – <i>Documento para a Solicitação de Anuência Destinado à Secretaria Municipal de Educação de Campo Grande, MS</i> .
II	Solicitação de autorização ao CEP-UCDB a fim de se dar início ao estudo. Obs.: Só se iniciou este estudo após a autorização por meio do parecer consubstanciado – CAAE: 50965121.5.0000.5162.
III	Convite a docentes universitários (com formação em fonoaudiologia) vinculados à pós-graduação <i>stricto sensu</i> no Brasil, para que pudessem ser colaboradores na condição de juízes para aferirem (ofertarem) recomendações de melhorias no processo de construção e validação de uma escala de rastreamento comportamental, aplicável por docentes em uma possível condição de saúde fonoaudiológica de estudantes – <i>Carta-Convite Destinada aos Docentes da Pós-Graduação Stricto Sensu em Fonoaudiologia</i> . E o aceite por meio de resposta a carta-convite.
IV	Recebimentos das devolutivas (pareceres) dos juízes referentes à <i>ESC-FONO</i> (Instrumento 1) – <i>ESC-FONO</i> – Inicial no que tange a suas fases (I e II) de avaliação.
V	Análise dos pareceres dos juízes e aplicação do cálculo de porcentagem de cada domínio da escala com base na fórmula proposta por Tilden et al. (1990).
VI	Realização das modificações necessárias no Instrumento 1, com base na <i>expertise</i> intelectual dos juízes no que se refere às duas fases de avaliação (I e II).
VII	Visita a 28 escolas municipais de Campo Grande, MS, para a realização do convite aos docentes a fim de participarem da pesquisa (etapa I - pré-teste “Teste”). Assinatura do <i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (destinado ao participante docente)</i> e entrega de termos e instrumento vinculados à pesquisa aos docentes, a saber: a) <i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (destinado ao responsável legal do estudante)</i> , b) <i>Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (destinado ao participante estudante)</i> ; c) <i>ESC-FONO</i> – Teste.
VIII	Seleção (por parte dos docentes) de possíveis estudantes (1 por docente) para participarem do estudo (etapa I - pré-teste “Teste”).

Ordem	Procedimentos
IX	<p>Início da observação comportamental (etapa pré-teste “Teste”) por parte dos docentes em relação a seus estudantes com referência a domínios e questões da <i>ESC-FONO</i>.</p> <p>Obs.: Só se iniciaram as observações com as autorizações e consentimentos devidamente assinados por meio do <i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (destinado ao responsável legal do estudante)</i> e o <i>Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (destinado ao participante estudante)</i>.</p>
X	<p>Recebimento – por parte dos docentes ao pesquisador – dos instrumentos e termos devidamente assinados e/ou preenchidos (etapa I - pré-teste “Teste”). As quantidades de cópias entregues aos docentes do ensino fundamental, dos 3 termos e 2 instrumentos estão assim definidas:</p> <p>a) <i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (destinado ao participante docente)</i>: 1 cópia em 2 vias;</p> <p>b) <i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (destinado ao responsável legal do estudante)</i>: 1 cópia em 2 vias, referente ao estudante selecionado pelo docente;</p> <p>c) <i>Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (destinado ao participante estudante)</i>: 1 cópia em 2 vias, referente ao estudante selecionado pelo docente;</p> <p>d) <i>ESC-FONO – Teste</i>: 1 cópia, referente ao estudante selecionado pelo docente.</p>
XI	<p>Visita a 28 escolas municipais de Campo Grande, MS, para dar seguimento à segunda etapa da pesquisa (etapa II – teste “Reteste”). Entrega de instrumentos vinculados à pesquisa aos docentes, a saber:</p> <p>a) <i>ESC-FONO – Reteste</i>;</p> <p>b) <i>Questionário de Satisfação Referente à Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes (Instrumento 3)</i>.</p>
XII	<p>Início da observação comportamental (etapa II – teste “Reteste”) por parte dos docentes em relação a seus estudantes referente a domínios e questões da <i>ESC-FONO – Reteste</i>.</p>
XIII	<p>Recebimento – por parte dos docentes ao pesquisador – dos instrumentos devidamente preenchidos (etapa II – teste “Reteste”). As quantidades de cópias a serem recebidas pelos docentes do ensino fundamental, dos dois instrumentos, estão assim definidas:</p> <p>a) <i>ESC-FONO – Reteste</i>: 1 cópia, referente ao estudante selecionado pelo docente;</p> <p>b) <i>Questionário de Satisfação Referente à Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes</i>: 1 cópia (Instrumento 3).</p>

Todos os procedimentos adotados foram seguidos criteriosamente para o bom controle do estudo de forma a garantir sua fidedignidade. Esse controle é fomentado na necessidade de rigorosas etapas para a qualificação metodológica. Para tanto, com a finalização de todos os procedimentos mencionados anteriormente e, de posse dos instrumentos aplicados, deu-se início à análise dos materiais, discussão da pesquisa e mensuração dos dados para fins de processo de validação da *ESC-FONO – Final*.

4.8 PROCEDIMENTOS DE CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DA *ESC-FONO*

Os procedimentos de construção e validação de escala comportamental adotados para esta pesquisa foram vinculados a etapas essenciais amplamente aceitas pela literatura científica, que contemplam: I – estabelecimento da estrutura conceitual; II – definição dos objetivos do instrumento e da população envolvida; III – construção dos itens (questões) e das escalas de resposta; IV – seleção e organização dos itens (questões); V – estruturação do instrumento; VI – validade de conteúdo; VII – pré-teste; VIII – teste. Para Pasquali (1998, 2013), ao finalizar as oito etapas anteriores, a escala já está pronta para uso métrico e com validade científica. Pacico (2015) reforça a ideia de que várias “etapas precisam ser seguidas para que se tenha êxito na construção” e validação de um construto (p. 57). Diante do exposto, e, por uma questão didática, construiu-se a Figura 15 com descrição das etapas que envolveram o presente estudo.

Figura 15

Etapas procedimentais adotadas no percurso de construção e validação da ESC-FONO (com descrição objetiva)

Etapas	Procedimentos
I – Estabelecimento da estrutura conceitual	a) Estabelecimentos dos conceitos que abordaram o instrumento; b) Definição operacional (contextualização e especificação do instrumento de forma a sustentar o desenvolvimento dos domínios e itens).
II – Definição dos objetivos do instrumento e da população envolvida	c) Caracterização da população-alvo. d) Estabelecimento dos objetivos em concordância com a definição operacional.
III – Construção dos itens (questões) e das escalas de resposta	e) Construção dos itens (questões) em concordância com os domínios. f) Elaboração de um <i>template</i> para obtenção das respostas.
IV – Seleção e organização dos itens (questões)	g) Processo de seleção e organização dos conteúdos do instrumento de forma a levar em consideração a objetividade, ordem lógica, simplicidade, clareza, precisão, interpretabilidade e relevância. h) Estabelecimento da quantidade de itens (questões) do instrumento com base na necessidade de conteúdo a ser respondido pela gama de domínios.

Etapas	Procedimentos
V – Estruturação do instrumento	i) Adotar mecanismos para evitar itens (questões) ambíguos e juízo de valor. j) Consolidar etapas anteriores de forma a estabelecer o formato geral do instrumento. k) Assegurar menor esforço físico e/ou mental do público-alvo e garantir o interesse do respondente até o final do construto.
VI – Validade de conteúdo (semântica)	l) Julgamento dos juízes (pareceristas) (fase I) – 1) referentes às questões (itens) se realmente pertencem ao domínio correspondente e, dessa forma, sugerir a inclusão ou exclusão de questões (itens); 2) avaliação da nota explicativa. m) Julgamento dos juízes (pareceristas) (fase II) – 1) redação das questões (itens); 2) se as questões (itens) realmente refletem os conceitos envolvidos, se são relevantes e se são adequadas para atingir o objetivo proposto de favorecer ao docente do ensino fundamental um instrumento capaz de rastrear de forma rápida, simples e fidedigna seus estudantes no que tange a possíveis alterações fonoaudiológicas.
VII – Pré-teste (Teste)	n) Esta etapa foi realizada com uma amostra de 106 participantes docentes e a mesma quantidade de estudantes.
VIII – Teste (Reteste)	o) Essa etapa final de validação do construto ocorreu com a mesma amostra da etapa anterior tanto para docentes como para estudantes.

Nota: Adaptado de “*Standards for educational and psychological testing*” por American Educational Research Association, American Psychological Association e National Council on Measurement in Education, 1999, American Educational Research Association, *passim*, “Construção de instrumentos de medida na área da saúde [Construction of measurement instruments in the area of health]” por M. Z. O. Coluci, N. M. C. Alexandre e D. Milani, 2015, *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), p. 927 (<https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00925.pdf>), “The comparison of differential item functioning predicted through experts and statistical techniques” por N. Dogan, R. K. Hambleton, M. Yurtcu e S. Yavuz, 2018, *Cypriot Journal of Educational Science*, 13(2), pp. 376-377 (<https://www.unpub.eu/ojs/index.php/cjes/article/view/2427/7523>), “Selection and use of content experts for instrument development” por J. S. Grant e L. L. Davis, 1997), *Research in Nursing & Health*, 20(3), *passim*, “Como elaborar um questionário” por H. Günther, 2003, Ed. UnB, pp. 12–14 (<https://www.ic.unicamp.br/~wainer/cursos/2s2006/epistemico/01Questionario.pdf>), “Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods” por S. N. Haynes, D. C. S. Richard e E. S. Kubany, 1995, *Psychological Assessment*, 7(3), p. 239 (https://www.researchgate.net/publication/232480869_Content_Validity_in_Psychological_Assessment_A_Functional_Approach_to_Concepts_and_Methods), “Introduction to health measurement scales” por A. Keszei, M. Novak e D. L. Streiner, 2010, *Journal of Psychosomatic Research*, 68(4), *passim*, “Development and psychometric evaluation of supportive leadership scales” por K. McGilton, 2003, *The Canadian Journal of Nursing Research*, 35(4), pp. 224-226 (https://www.researchgate.net/profile/Katherine-Mcgilton/publication/8900818_Development_and_Psychometric_Evaluation_of_Supportive_Leadership_Scales/links/5b3366000f7e9b0df5cd207f/Development-and-Psychometric-Evaluation-of-Supportive-Leadership-Scales.pdf), “*Psicometria: teoria dos testes na*

psicologia e na educação” por L. Pasquali, 2013, 5th ed., Vozes, pp. 189-190, “Princípios de elaboração de escalas psicológicas [Principles of elaboration of psychological scales]” por L. Pasquali, 1998, *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5), *passim* (<http://ppget.ifam.edu.br/wp-content/uploads/2017/12/Principios-de-elaboracao-de-escalas-psicologicas.pdf>), “Measurement and instrument design” por J. Pittman e T. Bakas, 2010, *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing: Official Publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society/WOCN*, 37(6), *passim*, “*Health measurement scales: A practical guide to their development and use*” por D. L. Streiner e G. R. Norman, 2008, 4th ed., Oxford University Press, *passim*.

Essas etapas descritas são amplamente aceitas pela comunidade científica mundial, e seu controle científico é pertinente para o presente estudo uma vez que o objetivo é validar um construto autoexplicativo a ser aplicável por docentes do ensino fundamental que constantemente lidam com uma grande quantidade de estudantes no ambiente escolar. Embora sejam complexas (difíceis), as etapas mencionadas na Figura 15 “são vitais para que bons instrumentos sejam obtidos” (Pacico, 2015, p. 57). Aprecia-se ainda a afirmação de Pasquali (1998), que ao finalizar com êxito as oito etapas, o instrumento estará finalizado para ampla utilização de medida.

Para tanto, de acordo com Cunha et al. (2016), “é necessário que os instrumentos de medida apresentem altos níveis de qualidade” e, dessa forma, com a conclusão exitosa de todas as etapas mencionadas, se conquista um instrumento com qualidade satisfatória para a validação (p. 103). Contudo, após a conclusão das etapas descritas anteriormente, reitera-se este estudo ainda adotou como forma de maior aprimoramento de seu construto a opção de os docentes participantes sugerirem melhorias caso achassem conveniente – por meio do *Questionário de Satisfação Referente à Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes* (Instrumento 3).

4.9 ANÁLISE DE DADOS

Utilizou-se o teste de D’Agostino-Pearson como aporte estatístico a fim de apresentar por frequências absolutas e relativas as variáveis qualitativas do estudo. Em relação às variáveis quantitativas, o referido teste foi útil para apresentar medidas de tendência central e de variação, bem como normalidade (D’Agostino, 1986; Stephens, 1986). As frequências e as variáveis em questão foram relevantes partindo da literatura que menciona que a “distribuição normal é o modelo probabilístico contínuo mais importante porque a maioria dos métodos estatísticos é baseado nesse modelo e a maioria dos fenômenos aleatórios pode ser descrita de

forma aproximada por ele” (Carradori & Ramos, 2014, pp. 33–34). Logo, avaliar a normalidade é essencial para que um estudo tenha intervalos confiáveis, análise de variância e testes de hipóteses em condição estatística confiável para qualquer teste que venha ser necessário após sua avaliação (Razali & Wah, 2011).

Valeu-se também como teste matemático para fins de mensuração dos dados produzidos (coletados) por meio da *ESC-FONO* – versões *ESC-FONO* – Teste e *ESC-FONO* – Reteste – o coeficiente Alfa (α) de Cronbach. Esse mesmo coeficiente foi elaborado por Lee Cronbach (1916-2001), em 1951, e é considerado um teste estatístico de amplo uso por pesquisadores que se respaldam na psicometria como área de fundamento para seus estudos de construção de escalas comportamentais (Campo-Arias & Oviedo, 2008; Zinbarg et al., 2005).

Tal coeficiente é utilizado com frequência em construtos como escalas que se dispõem do formato tipo Likert para produção de dados e é útil para a interpretação dos resultados de maneira padronizada (Gagné & Godin, 2019b; Pasquali, 2010a; Zanon & Hauck Filho, 2015; Zinbarg et al., 2005). Também é utilizado para o juízo de validade, confiabilidade e consistência interna de instrumentos como a construção de escalas comportamentais. Tais juízos mencionados anteriormente são usualmente utilizados e suficientemente aplicados para se conquistar validação de construtos com múltiplos itens (questões) como proposto nesta pesquisa (Laurencelle, 1998; Morais, 2004; Polit, 2015; Sarrazin, 2003).

Partindo disso, a literatura científica tem se voltado, cada vez com maior ênfase, na relevância psicométrica de escalas de medida, principalmente no que concerne às consideráveis evidências de sua validade e confiabilidade (Gagné & Godin, 2019b; Lee, 2021; Pasquali, 2010a; Sartes & Souza-Formigoni, 2013; Streiner, 2003). E, de modo geral, a literatura concorda com os critérios fundamentais para garantir um instrumento de medida com notória qualidade para ampla utilização (Alexandre & Coluci, 2011; Cook & Beckman, 2006; Primi, 2012). Nesse prisma, o presente estudo propõe a conquista de validade e confiabilidade escalar por meio de aplicação de teste estatístico denominado coeficiente Alfa (α) de Cronbach.

Logo, a utilização do coeficiente Alfa (α) de Cronbach para este estudo também se justifica em três razões descritas por Shavelson (2009), a saber: a) proporciona uma medida razoável de confiabilidade em apenas um teste matemático, sendo desnecessário o auxílio paralelo de cálculos; b) sua aplicabilidade se enquadra em escalas numéricas de respostas; e c) é facilmente calculável por meio de estatística básica de amplo conhecimento. Segundo Hora

et al. (2010) e Terwee et al. (2007), o coeficiente Alfa (α) de Cronbach mensura a correlação entre respostas de um instrumento de forma a analisar o perfil de respostas do respondente.

Hora et al. (2010) também descrevem que a utilização do coeficiente Alfa (α) de Cronbach em escalas comportamentais é pertinente quando existem pressupostos que favoreçam sua aplicabilidade de forma eficiente, a saber:

- a) o construto numérico deve ser agrupado por dimensões (questões que tratam de um mesmo aspecto), algo que convém para esse estudo, haja vista que seu construto foi elaborado com cinco domínios (Audiologia, Disfagia, Linguagem, Motricidade orofacial e Voz), que são equivalentes à condição de dimensão;
- b) o instrumento elaborado deve ser aplicado a uma amostra significativa e heterogênea de participantes, o que é conveniente para esta pesquisa uma vez que se produziram dados comportamentais de possíveis alterações fonoaudiológicas com a participação de 106 docentes e estudantes (mesma quantia de docentes e estudantes) na fase I – pré-teste (Teste) e 106 docentes e estudantes (mesma quantia de docentes e estudantes) na fase II – teste (Reteste). Tal pressuposto se enquadra na quantia conveniente de participantes e, também, na heterogeneidade como característica essencial;
- c) a escala já deve estar validada, e, para tal, esse pressuposto é apropriado para este estudo uma vez que só se aplicou o coeficiente Alfa (α) de Cronbach após o cumprimento das oito etapas apresentadas na Figura 15, estabelecidas para o processo de validação do instrumento.

Recorreu-se também à Correlação Intraclasse para a avaliação da Validade Convergente. O uso da Correlação Intraclasse ou também denominada de Coeficiente de Correlação Intraclasse é uma ferramenta amplamente utilizada quando o objetivo é mensurar a confiabilidade de construtos (Carvalho & Campos, 2021; Luft et al., 2008). E o grau de confiabilidade de uma medida representa a confiança que ele inspira. Partindo disso, a confiabilidade pleiteada pela escala deste estudo como um instrumento de medição comportamental fonoaudiológica exige grau elevado na repetição de resultados iguais quando comparados por meio de Teste-Retest, método este utilizado a fim de contemplação de etapas essenciais para o processo de validação, a saber, pré-teste e teste. Contudo, a literatura é unânime em descrever que quando se atinge alto grau de resultados iguais no Teste-Retest, a confiabilidade é precisa e consistente, resultando assim em estabilidade de uma medida (Pasquali, 2010b; Zanon & Hauck Filho, 2015).

Para se conquistar validade da escala da presente pesquisa utilizou-se o teste U de Mann-Whitney que se baseia em uma quantidade relativamente pequena de eventos (comportamentos) ou pessoas (participantes) a fim de se chegar a conclusões sobre uma grande quantidade. Logo, pode-se afirmar que os resultados produzidos estatisticamente são significativos. Nesse ínterim, conceitua-se o referido teste como uma técnica matemática de inferência sobre uma população levando em consideração uma amostra menor (Bussab & Morettin, 2003; Pagano e Gauvreau, 2006). O uso do teste em questão justifica-se na necessidade da teoria de que um construto precisa detectar alguma variável comportamental que esteja em consonância com as informações que o instrumento em si realiza por meio de suas questões (itens) (Cohen et al., 2014; Pasquali, 2010b; Zanon & Hauck Filho, 2015).

Mais especificamente para o *Questionário de Satisfação Referente à Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes* utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis. O objetivo foi mensurar a satisfação de docentes por meio de questões (itens), como: a) clareza e detalhamento das questões; b) facilidade na utilização da escala; c) relevância da escala para o uso de docentes; d) praticidade proporcionada pelo respectivo instrumento; e) probabilidade de indicação do uso da escala a outro docente após sua validação; e, por fim, f) confiabilidade do construto. Dessa forma, o uso do respectivo teste (Kruskal-Wallis) tornou-se conveniente uma vez que testou hipótese de várias amostras com uma mesma distribuição por meio de escala tipo Likert. Tem-se também que a composição ordenada de possibilidades de respostas para cada grupo (referente à clareza, ao uso, à relevância, à praticidade, à indicação e à confiabilidade) favoreceu a comparação de várias amostras independentes de tamanhos iguais ou diferentes (Carvalho & Campos, 2021; Conover, 1999; Doria Filho, 1999).

Todos os testes apresentados nos parágrafos anteriores e devidamente respaldados na literatura científica foram utilizados com o intuito de avaliação das propriedades psicométricas da *ESC-FONO* – Final devidamente detalhadas no tópico “Resultados e Discussão” a fim de proporcionar resultados estatísticos para a conquista de sua validade e conseqüentemente inferir no processo de validação. Parte-se da lógica que, com base nos resultados estatísticos, poderia ou não validar o referido construto na conjuntura de testes matemáticos utilizados. Outrossim, justifica-se a utilidade de todos os testes – apresentados anteriormente – em sua ampla utilização em pesquisas que objetivam a construção e validação de instrumentos respaldados na psicometria, bem como na confiança do proponente desta pesquisa na conquista de resultados que fossem satisfatórios para a validação do construto em questão.

4.10 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa obedeceu às normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde do Brasil, considerando que os aspectos éticos foram devidamente respeitados em concordância com a Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, bem como da Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016 (Conselho Nacional de Saúde, 2013, 2016). Ressalta-se ainda, por uma questão bioética, que o pesquisador realizará devolutiva aos participantes do estudo (docentes do ensino fundamental e estudantes) após sua finalização, para garantir uma perspectiva humana, sensata e de respeito, quando o que está em questão é o envolvimento de seres humanos que voluntariamente colaboraram com a presente pesquisa.

A devolutiva ocorrerá por meio de visita do proponente deste estudo às mesmas 28 escolas às quais visitou anteriormente para a produção (coleta) de dados. Serão solicitados à direção de cada local (escola) uma sala e um horário fora do expediente laborativo para o *feedback* aos docentes do ensino fundamental. Esse mesmo *feedback* contemplará resultados alcançados, finalização do estudo, benefícios da pesquisa à sociedade, bem como agradecimento por terem participado e contribuído para avanços e novos caminhos para o progresso científico. Menciona-se, ainda, que a devolutiva aos participantes estudantes ocorrerá por meio do contato deixado ao final do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (destinado ao responsável legal do estudante)* assinado. A devolutiva aos participantes estudantes também contemplará o mesmo *feedback* ofertado aos docentes do ensino fundamental. Também será solicitada a presença dos responsáveis legais caso o resultado da escala de rastreamento tenha indicação de encaminhamento do estudante a um fonoaudiólogo. O proponente desta pesquisa juntamente com o docente orientará os responsáveis legais a procurarem um fonoaudiólogo para que seu filho possa passar por uma consulta e avaliação fonoaudiológica.

É válido mencionar, também, que os riscos desta pesquisa foram mínimos aos participantes docentes, podendo ter havido desconforto psicológico com as questões a que estes tiveram que responder, referente à observação que fizeram de seus estudantes por meio da *ESC-FONO* – versões *ESC-FONO* – Teste e *ESC-FONO* – Reteste. Apesar de não ter havido qualquer tipo de desconforto psicológico, pois, caso este ocorresse, o docente seria orientado pelo pesquisador em relação ao setor de psicologia da UCDB, que atende a qualquer eventualidade de ordem biológica ou emocional que pudesse decorrer da realização da referida pesquisa. Cita-se, ainda, que os riscos aos participantes estudantes também foram

mínimos, haja vista que não houve contato físico do pesquisador deste estudo com os estudantes e nem dos docentes com o estudante selecionado. O que ocorreu foi uma observação que os docentes fizeram de seus estudantes a fim de identificar possíveis comportamentos sugestivos ou não de comprometimento na saúde fonoaudiológica de forma a preencher opções de respostas numéricas da escala mencionada anteriormente.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 DEVOLUTIVA DOS JUÍZES COM BASE NO PROTOCOLO PARA ANÁLISE DA VALIDADE DE CONTEÚDO (SEMÂNTICA) DA ESCALA DE RASTREAMENTO COMPORTAMENTAL DE SAÚDE FONOAUDIOLÓGICA DE ESTUDANTES

A partir das devolutivas (pareceres) dos três juízes – denominados como A, B e C (de forma a garantir anonimato) – deste estudo, pôde-se realizar as comparações e apresentar a versão *ESC-FONO* – Final levando em consideração suas recomendações – por meio do *Protocolo para Análise da Validade de Conteúdo (Semântica) da Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes* (Instrumento 2) – bem como o cálculo da porcentagem simples proposta por Tilden et al. (1990) que equivale o número de participantes que concordaram dividido pelo número total de participantes multiplicado por 100. Reitera-se que o resultado do cálculo anteriormente descrito sugere ou não a necessidade de modificações no conjunto de questões (itens) pertencentes ao domínio (fase I), assim como cada questão (item) individualmente (fase II) da *ESC-FONO* – Inicial.

Se o resultado for maior ou igual a 90% de concordância, denota-se que os domínios são apropriados. Caso o resultado não atinja essa porcentagem, há necessidade de modificações. É válido mencionar que a quantia de três juízes como avaliadores (A, B e C) denota a possibilidade numérica das seguintes opções por meio do cálculo de porcentagem simples proposta por Tilden et al. (1990), tais quais: 1) “33,33333333” ($1 \div 3 \times 100$) (condição em que um juiz concordou e 2 discordaram); 2) “66,66666666” ($2 \div 3 \times 100$) (condição em que 2 juízes concordaram e um discordou); 3) “0” ($0 \div 3 \times 100$) (condição em que os três juízes discordaram); 4) “100” ($3 \div 3 \times 100$) (condição em que todos os três juízes concordaram). Para facilitar a compreensão ao longo do capítulo, convencionou-se o resultado “33,33333333” para “33,33” (número arredondado) de forma que apresentasse apenas duas casas após a vírgula. Tal convenção também se aplica para o resultado “66,66666666” que será apresentado ao longo do corpo textual como “66,67”.

Contudo, no que se refere à fase I sobre a área de linguagem (domínio), especificamente ao conjunto de questões (itens) preliminares (elaborada antes dos pareceres dos juízes), tem-se: 1) no aspecto de velocidade de fala (aumentada ou diminuída); 2) no tocante ao vocabulário pobre e rotineiro; 3) no que concerne à dificuldade de memória; 4) com relação a episódios de alterações na fala (gagueira, distorção de sons, fala incompreensível entre outras); 5) sobre dificuldade de o estudante compreender escritas de

textos; 6) no que se refere a trocas e/ou omissões de letras na escrita; e 7) relativo à dificuldade motora durante a escrita. Outrossim, dois juízes assinalaram a opção “não concordo”. Diante desse dado, foi aplicado o cálculo de Tilden et al. (1990) (que resultou na porcentagem simples de “33,33”).

E, desta forma, houve necessidade de modificações pontuais em relação à versão elaborada preliminarmente – apresentadas a seguir – levando em consideração o conceito de abrangência. É válido mencionar que para a questão (item) 1 não houve necessidade de modificação, haja vista não haver recomendações. Já para a questão 2, o juiz “A” mencionou – em relação ao “vocabulário pobre e rotineiro” que a nota explicativa deveria ser reorganizada de forma que contivesse a ideia de várias conversas e não apenas “uma conversa” como exposto na versão preliminar. Tal comentário se respalda na condição de que um aluno (pessoa que será observada pelo docente no ambiente escolar) apresenta várias conversas durante sua estada no ambiente educacional. E, da forma que está exposto (versão preliminar), perpassa a impressão de que apenas uma conversação é o suficiente para que o observador sugira vocabulário pobre e rotineiro por meio das categorias de respostas disponíveis na escala, o que não pode ser considerado em apenas um momento de fala (conversação). Logo, o juiz “A” recomendou que a nota explicativa (versão preliminar) da questão (item) 2 “compreende-se como ‘vocabulário pobre e rotineiro’ a utilização das mesmas palavras repetidamente durante uma conversa de forma a não se utilizar de novas palavras para enriquecer sua fala” fosse substituída por “compreende-se como ‘vocabulário pobre e rotineiro’ a utilização das mesmas palavras repetidamente durante conversas. Desta forma, a pessoa não se utiliza de novas palavras para enriquecer sua fala”.

Em relação a questão (item) 3, o juiz “C” solicitou a substituição do trecho “dificuldade de memória” por “dificuldade de memorizar” para que o respondente possa se apropriar melhor da teoria exposta e, conseqüentemente, torná-la mais eficaz. A solicitação em questão foi justificada na lógica de que o assunto central não pode focar-se na memória propriamente dita e sim no processo envolto que é a memorização. O respectivo juiz ainda recomendou que se inserisse ao final da nota explicativa o exemplo “histórias contadas” seguida de “entre outras”. O exemplo sugerido vem ao encontro com a prática educacional onde histórias são vastamente inseridas nas mais diversas atividades e disciplinas de forma comum à didática educacional. A inserção do exemplo “histórias contadas” valoriza eficácia, simplicidade e objetividade e é o suficiente para que o professor possa de forma rápida e simplória se respaldar para a observação do aluno caso haja necessidade. Ainda se referindo à recomendação em foco, a sequência de “entre outros” é relevante uma vez que o respondente

será capaz de identificar outras formas que possam facilitar sua resposta em uma das categorias disponíveis na escala.

Já na questão (item) 4, o juiz “A” recomendou que os exemplos inseridos na questão (item) fossem alocados na nota explicativa por conveniência. Outra sugestão foi que houvesse a substituição da palavra “física” por “corporal”, uma vez que o termo “física” (versão preliminar) se atrela não somente à condição corporal, mas a outras estruturas externas ao corpo humano. Assim, é relevante atrelar “alterações de fala” à própria condição corpórea e não a fatores físicos externos quando se trata de saúde fonoaudiológica. A inserção do termo “corporal” se torna conveniente para a compreensão de que é por meio da condição corporal que a fala é produzida. Desta forma, a nota explicativa foi reorganizada conforme a sugestibilidade do respectivo juiz, resultando na escrita “compreende-se como ‘alterações na fala’ qualquer condição corporal que influencie a nitidez da fala e que possa ou não dificultar o entendimento de quem esteja escutando. Têm-se como exemplos: a gagueira, distorção de sons, fala incompreensível entre outras”.

No que concerne à questão (item) 5, o juiz “C” mencionou que o texto da nota explicativa preliminar leva em consideração apenas os fatos (acontecimentos) e não as ideias (pensamentos) que possa haver em um texto. Dessa forma, a recomendação foi a inserção do campo das ideias – algo essencial para a observação de estudantes quando o texto promove tal componente (ideias/pensamentos). Outra observação do juiz foi de que a nota explicativa em questão levou em consideração apenas o texto impresso e não outras formas de comunicabilidade por meio da escrita como enunciados e informes gerais contidos em quadros informativos e outras tantas. Segundo o juiz, com a realização das recomendações anteriores se valorizará uma maior abrangência para a observação do docente em relação a seu alunado no que se refere à dificuldade de compreender a escrita. Diante de tais observações, a nota explicativa foi reestruturada para “entende-se como ‘dificuldade de compreender escrita’ a ação de se ler um texto impresso e não conseguir contar os fatos e ideias do que foi lido, logo após seu término.

Atribui-se a essa dificuldade não somente o texto impresso em si, mas, também, enunciados e informes gerais (quadros informativos entre outros)”. Para a questão (item) 6, não houve recomendação dos juízes. Logo, não houve modificações em relação à versão elaborada preliminarmente. O juiz “A” apenas comentou que, apesar de haver muitas outras dificuldades na escrita, as trocas e omissões de letras são as mais comuns encontradas em estudantes. Mesmo que o estudante rastreado porventura tenha outras dificuldades na escrita dificilmente não terá trocas e omissões de letras associadas. Desta forma, é conveniente que

apenas essas mesmas dificuldades sejam citadas na escala para a valorização do rastreamento docente.

Em relação à questão (item) 7, o juiz “A” descreveu que “dificuldade motora” – utilizada na nota explicativa preliminar – é uma expressão muito ampla e não valoriza a abrangência requerida para a escala que se pleiteia construir e validar. A recomendação é que utilize “dificuldade na coordenação motora das mãos” atrelada ao momento de escrita. Tal recomendação é justificada pela necessidade de a nota explicativa ser mais objetiva possível de forma que oriente adequadamente os docentes que serão rastreadores. Ainda segundo o juiz, outra expressão que deve ser substituída é “condição do corpo” por “condição física” haja vista ser mais usual e de amplo entendimento. Outra sugestão foi de que a dificuldade na escrita fosse atrelada ao garrancho como exemplo de uma das maiores características de possível incoordenação motora das mãos e de fácil observação para o rastreio de estudantes por parte do docente. Assim, foram realizadas todas as recomendações do juiz resultando na seguinte nota explicativa: “entende-se como ‘dificuldade na coordenação motora das mãos durante a escrita’ qualquer condição física que possa influenciar negativamente na coordenação dos movimentos das mãos e dos braços de forma que influencie uma escrita desfavorável. Na condição de dificuldade na escrita uma das maiores características é o garrancho (caligrafia que dificulta o entendimento de forma total ou parcial de quem está lendo)”. Ao final dos comentários da fase I, o juiz “A” ainda recomendou que as áreas (domínios) da escala fossem reorganizadas em ordem alfabética para não perpassar a impressão de supervalorização de uma área em relação a outras. Também mencionou a necessidade de se criar uma sigla ou acrônimo para substituir o título breve *Escala de Rastreamento Fonoaudiológico* elaborada na versão preliminar para se referir ao título oficial *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*. Tendo em consideração a fase II (etapa de avaliação individual de cada item) – remetida à avaliação referente à área de linguagem (domínio) (mesmos itens da fase I) – os resultados do mesmo cálculo da fase I denotaram 100% (questão referente à clareza/compreensibilidade) e 100% (questão que diz respeito à representatividade do conceito/relevância) para a questão (item) 1. Desta forma, não houve necessidade de modificação. Referente à questão (item) 2, a porcentagem foi de 100 (questão referente à clareza/compreensibilidade) e 100 (questão que diz respeito à representatividade do conceito/relevância). Tal resultado não indicou necessidade de modificação. No que corresponde à questão (item) 3, o resultado foi de 66,7% (questão referente à clareza/compreensibilidade) e 100% (questão que diz respeito à representatividade do conceito/relevância). Mediante tal porcentagem, houve necessidade de

modificação. A recomendação do juiz “C” referente ao primeiro componente vem ao encontro dos comentários da fase I – “há necessidade de focar no processo de memorização e não na memória propriamente dita. Com a realização deste ajuste os respondentes terão uma questão [item] clara e suficientemente capaz de orientar o que observar no estudante”. Em relação ao segundo componente, o juiz não teceu comentários, haja vista sua concordância.

Ainda na fase II – área de linguagem (domínio) – em sua questão (item) 4, o cálculo denotou 100% (questão referente à clareza/compreensibilidade) e 66,7% (questão que diz respeito à representatividade do conceito/relevância). Desta forma, houve necessidade de modificação apenas no segundo componente. A recomendação do juiz “A” foi de que a questão (item) fosse composta apenas de escrita “com relação a episódios de alterações na fala”, haja vista a necessidade de leitura rápida para o rastreo. Já para a questão (item) 5, obtiveram-se 66,7% (questão referente à clareza/compreensibilidade) e 100% (questão que diz respeito à representatividade do conceito/relevância). Para tanto, houve necessidade de modificação. A recomendação do juiz “C” em relação ao primeiro componente foi que a questão (item) não fizesse referência a texto para que não perpassasse a ideia de que o rastreamento só possa ser realizado por meio da escrita textual. Logo, a escrita após a recomendação foi reorganizada para “sobre dificuldade de compreender a escrita”. Em relação ao segundo componente, houve concordância entre os juízes e desta forma não houve necessidade de modificações.

Relativo à questão (item) 6, o resultado foi de 100% (questão referente à clareza/compreensibilidade) e 100% (questão que diz respeito à representatividade do conceito/relevância). Outrossim, não houve necessidade de modificação. Têm-se ainda a questão (item) 7 que resultou em 66,7% (questão referente à clareza/compreensibilidade) e 66,7% (questão que diz respeito à representatividade do conceito/relevância). Tal porcentagem indicou necessidade de modificação. O juiz “A”, em relação ao primeiro componente, recomendou a substituição da versão preliminar por “relativo à dificuldade na coordenação motora das mãos durante a escrita”. Essa versão sugerida – segundo o juiz – valorizará o que realmente se espera medir. Em relação ao segundo componente, o comentário foi de que com a substituição mencionada anteriormente se conquistará fidedignidade e mérito para o rastreo. Contudo, para melhor visualização das avaliações dos juízes, área de linguagem, referente à *ESC-FONO* – Inicial, foi construído a Tabela 3 que demonstra a comparação da versão preliminar (realizada antes da avaliação dos juízes) e final (realizada após a avaliação dos juízes) referente a seu conteúdo (semântica).

Tabela 3

Comparativo das modificações realizadas (sequência numérica; questões ‘itens’; notas explicativas) na ESC-FONO pré e pós-pareceres dos juízes – área (domínio) de Linguagem

Questão (item)		Nota explicativa	
<i>ESC-FONO – Inicial</i>	<i>ESC-FONO – Final</i>	<i>ESC-FONO – Inicial</i>	<i>ESC-FONO – Final</i>
1. No que se refere à VELOCIDADE DE FALA (aumentada ou diminuída).	4. Não houve modificações em relação à versão elaborada preliminarmente.	– Entende-se por “velocidade aumentada ou diminuída de fala” a expressividade por meio de palavras com rapidez ou lentidão exageradas que pode ou não influenciar na compreensão da fala por quem esteja escutando.	– Não houve modificações em relação à versão elaborada preliminarmente.
2. No tocante a VOCABULÁRIO POBRE E ROTINEIRO.	5. Não houve modificações em relação à versão elaborada preliminarmente.	– Compreende-se como “vocabulário pobre e rotineiro” a utilização das mesmas palavras repetidamente durante uma conversa de forma a não utilizar novas palavras para enriquecer sua fala.	– Compreende-se como “vocabulário pobre e rotineiro” a utilização das mesmas palavras repetidamente durante conversas. Desta forma, a pessoa não utiliza novas palavras para enriquecer sua fala.
3. No que concerne à DIFICULDADE DE MEMÓRIA.	6. No que concerne à DIFICULDADE DE MEMORIZAR.	– Entende-se como “dificuldade de memória” a ação de não se lembrar com certa frequência de acontecimentos do dia a dia.	– Entende-se como “dificuldade de memorizar” a ação de não se lembrar com certa frequência de acontecimentos do dia a dia, histórias contadas, entre outras.
4. Com relação a episódios de ALTERAÇÕES NA FALA (gagueira, distorção de sons, fala incompreensível, entre outras).	7. Com relação a episódios de ALTERAÇÕES NA FALA.	– Compreende-se como “alterações na fala” qualquer condição física que influencie a nitidez da fala e que possa ou não dificultar o entendimento de quem está escutando.	– Compreende-se como “alterações na fala” qualquer condição corporal que influencie a nitidez da fala e que possa ou não dificultar o entendimento de quem esteja escutando. Têm-se como exemplos: gagueira, distorção de sons, fala incompreensível, entre outras.

Questão (item)		Nota explicativa	
<i>ESC-FONO – Inicial</i>	<i>ESC-FONO – Final</i>	<i>ESC-FONO – Inicial</i>	<i>ESC-FONO – Final</i>
5. Sobre dificuldade do estudante COMPREENDER ESCRITAS de textos.	8. Sobre dificuldade de COMPREENDER A ESCRITA.	– Entende-se como “dificuldade de compreender a escrita” a ação de se ler um texto e não conseguir contar os fatos do que foi lido, logo após seu término.	– Entende-se como “dificuldade de compreender a escrita” a ação de se ler um texto impresso e não conseguir contar os fatos e ideias do que foi lido, logo após seu término. Atribui-se a essa dificuldade não somente o texto impresso em si, mas, também, enunciados e informes gerais (quadros informativos, entre outros).
6. No que se refere a TROCAS E/OU OMISSÕES DE LETRAS na escrita.	9. Não houve modificações em relação à versão elaborada preliminarmente.	– Compreende-se como “troca de letras” a substituição de uma letra ou sílaba erroneamente por outras durante a escrita. Já a “omissão de letras” é a escrita faltando letras ou sílabas.	– Não houve modificações em relação à versão elaborada preliminarmente.
7. Relativo à DIFICULDADE MOTORA durante a escrita.	10. Relativo à DIFICULDADE NA COORDENAÇÃO MOTORA DAS MÃOS durante a escrita.	– Entende-se como “dificuldade motora durante a escrita” qualquer condição do corpo que possa influenciar negativamente na boa coordenação dos movimentos das mãos e dos braços.	– Entende-se como “dificuldade na coordenação motora das mãos durante a escrita” qualquer condição física que possa influenciar negativamente na coordenação dos movimentos das mãos e dos braços de forma que influencie uma escrita desfavorável. Na condição de dificuldade na escrita uma das maiores características é o garrancho (caligrafia que dificulta o entendimento de forma total ou parcial de quem está lendo).

Nota. Na versão final do Instrumento 1 – *ESC-FONO – Final* –, as áreas (domínios) foram reorganizadas em ordem alfabética e as questões (itens) foram recompostas sequencialmente em ordem cardinal.

Já na fase I, concernente à área de voz (domínio), especificamente ao conjunto de questões (itens) preliminares (elaboradas antes dos pareceres dos juízes): 8) “em referência à voz muito grave ou aguda”; 9) “no tocante à intensidade da fala (alto ou baixo demais)”; e 10) “no que se refere à presença de rouquidão por mais de dez dias”, o juiz “B” assinalou a opção “não concordo”. Diante desse dado, o resultado do cálculo de porcentagem simples proposta por Tilden et al. (1990) denotou 66,67%, havendo necessidade de modificações levando em consideração o conceito de abrangência. Desta forma, as recomendações foram de que, na questão 8, é importante constar na nota explicativa a comparação necessária com pares de mesma idade e sexo na análise do *pitch* (grave ou aguda). Assim, o juiz recomendou: “compreende-se como ‘voz grave’ aquela que se apresenta de forma grossa e geralmente mais baixa e a ‘voz aguda’ como aquela que se revela como fina e geralmente mais alta, quando se compara a criança com seus pares de mesma idade e sexo”. A segunda recomendação foi de que na questão 10 a expressão principal fosse substituída por “voz ruidosa”. Logo, a recomendação do juiz foi de que a nota explicativa com essa nova expressão deveria ser: “compreende-se como ‘voz ruidosa’ a voz que, durante a fala, se apresenta com qualidade pobre/ruim, diferente das outras crianças de mesma idade e sexo no momento de emissão de sons e palavras, dificultando a boa comunicação”.

Tocante à fase II (etapa de avaliação individual de cada item) – remetida à avaliação referente à área de voz (domínio) (mesmos itens do parágrafo anterior) – os resultados obtidos pelo mesmo cálculo da fase I denotaram 100% (questão referente à clareza/compreensibilidade) e 100% (questão que diz respeito à representatividade do conceito/relevância) para a questão (item) 8. Assim, não houve necessidade de modificações. Respeitante a questão (item) 9, a porcentagem foi de 100 (questão referente à clareza/compreensibilidade) e 100 (questão que diz respeito à representatividade do conceito/relevância). Tal resultado denotou a concordância dos três juízes. No que corresponde à questão (item) 10 obteve-se o resultado de 66,67% (questão referente à clareza/compreensibilidade) e 66,67% (questão que diz respeito à representatividade do conceito/relevância). Por meio de tal porcentagem, houve necessidade de modificações com base na expertise do juiz “B”. Diante disso, o comentário descrito para a questão referente à clareza foi de que o termo “rouquidão” limita os desvios vocais infantis mais comuns apenas ao estado de rouquidão. Já para a questão que diz respeito à representatividade do conceito/relevância, o comentário foi de que desvios vocais na infância se apresentam de outras formas, além da rouquidão. Desta forma, a recomendação foi a substituição do termo

“rouquidão” pela expressão “voz ruidosa”, que engloba os três tipos de ruído (rouquidão, aspereza e sopro) e dá margem para incluir outros ruídos como o *vocal fry* (som grave e fraco) ou outras perturbações da voz (o leigo/docente facilmente conseguirá encaixar na expressão “voz ruidosa” tudo o que lhe parecer atípico).

Além disso, sugeriu-se, ainda, que o tempo de alteração seja de 15 dias, pois é o previsto pela literatura médica (área da otorrinolaringologia) para a resolução de quadros virais, alérgicos ou de resfriados que podem ser a causa primária da disфонia na infância, evitando o encaminhamento de falsos positivos. Ainda, para a questão 3, o juiz “B” considerou importante ressaltar que desvios de grau discreto com presença de sopro, rouquidão e/ou nasalidade são comuns e são considerados normais na infância até a adolescência, não devendo ser considerados distúrbios e, por isso, não devendo ser encaminhados a especialistas desnecessariamente. Desta forma, seria interessante que os docentes encaminhassem apenas as crianças e os adolescentes com desvio muito perceptível em relação aos demais. Contudo, para melhor visualização das avaliações dos juízes, área de voz, referente à *ESC-FONO – Inicial*, foi construído a Tabela 4 que demonstra a comparação da versão preliminar (realizada antes da avaliação dos juízes) e final (realizada após a avaliação dos juízes) referente a seu conteúdo (semântica).

Tabela 4

Comparativo das modificações realizadas (sequência numérica; questões 'itens'; notas explicativas) na ESC-FONO pré e pós-pareceres dos juízes – área (domínio) de Voz.

Questão (item)		Nota explicativa	
<i>ESC-FONO – Inicial</i>	<i>ESC-FONO – Final</i>	<i>ESC-FONO – Inicial</i>	<i>ESC-FONO – Final</i>
8. Em referência à VOZ MUITO GRAVE OU AGUDA.	15. Não houve modificações em relação à versão elaborada preliminarmente.	– Compreende-se como “voz grave” aquela que se apresenta de forma grossa e geralmente mais baixa. Já a “voz aguda” é aquela que se revela como fina e geralmente mais alta.	– Compreende-se como “voz grave” aquela que se apresenta de forma grossa e geralmente mais baixa e a “voz aguda” como aquela que se revela como fina e geralmente mais alta, quando se compara a criança com seus pares de mesma idade e sexo.
9. No tocante à INTENSIDADE DA FALA (alta ou baixa demais).	16. Não houve modificações em relação à versão elaborada preliminarmente.	– Entende-se como “intensidade da fala” alterada aquela que se apresente com volume muito alto ou muito baixo.	– Não houve modificações em relação à versão elaborada preliminarmente.

Questão (item)		Nota explicativa	
<i>ESC-FONO – Inicial</i>	<i>ESC-FONO – Final</i>	<i>ESC-FONO – Inicial</i>	<i>ESC-FONO – Final</i>
10. No que se refere à presença de ROUQUIDÃO por mais de dez dias.	17. No que se refere à presença de VOZ RUIDOSA por mais de quinze dias.	– Compreende-se como “rouquidão” a voz que, durante a fala, se apresenta mais fraca e trêmula de forma a dificultar sua boa qualidade no momento de emissão de sons e palavras, dificultando, assim, uma boa comunicação.	– Compreende-se como “voz ruidosa” a voz que, durante a fala, se apresenta com qualidade pobre/ruim, diferente das outras crianças de mesma idade e sexo no momento de emissão de sons e palavras, dificultando a boa comunicação. Obs.: Caso o professor decida encaminhar o estudante para avaliação fonoaudiológica levando em consideração a presente questão, solicita-se que o faça apenas se a voz ruidosa for muito perceptível comparativamente aos demais estudantes.

Nota: Na versão final do Instrumento 1 – *ESC-FONO – Final* –, as áreas (domínios) foram reorganizadas em ordem alfabética e as questões (itens) foram recompostas sequencialmente em ordem cardinal.

Dando seguimento, atinente à área de motricidade orofacial (domínio) em sua fase I correspondente ao conjunto de questões (itens) preliminares (elaborada antes dos pareceres dos juízes): 11) “em relação à má respiração”; 12) “no que tange ao hábito de roer unhas”; 13) “quanto a ranger ou friccionar os dentes”; 14) “no que concerne a alguma alteração na estrutura da face”; e 15) “no que se refere aos lábios se manterem entreabertos quando não se está falando”, dois juízes assinalaram “não concordo”. Diante deste dado – obtido por meio do cálculo de Tilden et al. (1990) – o resultado foi de 33,33%, havendo necessidade de modificações levando em consideração o conceito de abrangência. Desta forma, o juiz “A” recomendou que ao final da nota explicativa da questão 11 fosse adicionado o complemento “a maioria do tempo”. Tal recomendação foi devidamente sugerida no seguinte comentário “a nota da questão 11 necessita de complemento ao seu final ‘a maioria do tempo’ para que os respondentes compreendam que a respiração pela boca – a maioria do tempo – é algo que merece maior atenção uma vez que esta condição geralmente denota estado patológico. Contudo, o nariz é a principal estrutura para que haja processo respiratório (inspiração e expiração), no entanto, é sabido também que a respiração eventual pela boca seja essencial quando na condição em que o organismo necessita de maior oxigenação como em momentos de maior esforço corporal. No entanto, respirar exclusivamente pelo nariz ou mesmo a maioria do tempo é condição que deve ser investigada”. Já o juiz “C” recomendou a exclusão da questão (item) 14 por meio do seguinte comentário “há necessidade de exclusão da questão 14 (no que concerne a alguma alteração na estrutura da face) uma vez que a subjetividade do complexo [conjunto de numerosas estruturas de composição] facial pode levar a observações desnecessárias no ambiente escolar. A condição de observação é livre, no entanto, é altamente recomendável que não se realize a observação em questão relacionada à face, haja vista que na escala já estão inseridos outros itens de maior relevância e facilidade para que os respondentes docentes possam identificar possíveis comprometimentos que estão diretas ou indiretamente vinculados à estrutura facial”. Ainda para o juiz “C”, referente à questão (item) 15, o comentário foi “apesar da correta exposição da questão enquanto item escalar, há necessidade de maior clarificação da nota explicativa a fim de adicionar com outras palavras que lábios entreabertos em momentos de não comunicação oral (fala) é sugestivo de alterações fonoaudiológicas”. Desta forma, o juiz sugeriu que a nota fosse modificada para “entende-se como ‘lábios entreabertos’ a condição de manter os lábios superior e inferior não encostados um no outro no momento em que não há comunicação por meio da fala”.

Já na fase II, ao se avaliar individualmente as questões (itens) da área de motricidade orofacial, os resultados obtidos pelo mesmo cálculo da fase I denotaram 66,67% (questão

referente à clareza/compreensibilidade) e 66,67% (questão que diz respeito à representatividade do conceito/relevância) para a questão (item) 11. Por meio do resultado das duas porcentagens houve necessidade de modificações. Desta forma o juiz “A” recomendou que a questão 11 – no que tange à clareza/compreensibilidade – fosse substituída por “em relação à dificuldade para respirar”, para que houvesse mais clareza aos futuros respondentes. Em relação ao comentário do juiz referente à “representatividade do conceito/relevância” foi a seguinte: “há necessidade da substituição da expressão ‘má respiração’ por ‘dificuldade para respirar’”, haja vista tornar a questão (item) mais representativa o que não desmerece em momento algum sua relevância como tópico a constar na escala.

Em relação à questão (item) 12, a porcentagem foi de 100 (questão referente à clareza/compreensibilidade) e 100 (questão que diz respeito à representatividade do conceito/relevância). Tal resultado denotou a concordância dos três juízes de forma que não houvesse mudança a ser realizada. Pertinente à questão (item) 13 teve-se o resultado de 100% (questão referente à clareza/compreensibilidade) e 100% (questão que diz respeito à representatividade do conceito/relevância). Mediante tal porcentagem não houve necessidade de modificação em relação à versão elaborada preliminarmente. Para a questão (item) 14 foram obtidos 66,67% (questão referente à clareza/compreensibilidade) e 66,67% (questão que diz respeito à representatividade do conceito/relevância). Diante desse resultado houve necessidade de modificação em relação à versão preliminar. A modificação sugerida corrobora o comentário da avaliação da fase I que mencionou a necessidade de exclusão da questão (item). Desta forma, o juiz “C” comentou – referente à clareza/compreensibilidade – que “a questão não está apresentada de forma clara e compreensível”. No que condiz à “representatividade do conceito/relevância”, o juiz “C” descreveu que não há possibilidade de haver representatividade e nem relevância quando a questão (item) não é recomendada para os futuros respondentes. Desta forma, o referido juiz reiterou a exclusão da questão (item) 14. Relativo à questão (item) 15, obtiveram-se 100% (questão referente à clareza/compreensibilidade) e 100% (questão que diz respeito à representatividade do conceito/relevância). Desta forma, não houve necessidade de modificação em relação à versão preliminar. Contudo, para melhor visualização das avaliações dos juízes, área de motricidade orofacial, referente à *ESC-FONO* – Inicial, foi construída a Tabela 5 que demonstra a comparação da versão preliminar (realizada antes da avaliação dos juízes) e final (realizada após a avaliação dos juízes) referente a seu conteúdo (semântica).

Tabela 5

Comparativo das modificações realizadas (sequência numérica; questões ‘itens’; notas explicativas) na ESC-FONO pré e pós-pareceres dos juízes – área (domínio) de Motricidade orofacial

Questão (item)		Nota explicativa	
ESC-FONO – Inicial	ESC-FONO – Final	ESC-FONO – Inicial	ESC-FONO – Final
11. Em relação à MÁ RESPIRAÇÃO.	11. Em relação à DIFICULDADE PARA RESPIRAR.	– Entende-se como “má respiração” aquela que pode apresentar algumas características como: respiração ofegante, muita rápida ou devagar demais, não respirar pelo nariz e sim pela boca.	– Entende-se como “dificuldade para respirar” a condição em que uma pessoa apresente algumas características, tais quais: respiração ofegante, muito rápida ou devagar demais, não respirar pelo nariz e sim pela boca a maioria do tempo.
12. No que tange ao hábito de ROER UNHAS.	12. Não houve modificações em relação à versão elaborada preliminarmente.	– Compreende-se como “hábito de roer unhas” o vício de levar rotineiramente as mãos até a boca a fim de morder as extremidades das mãos.	– Não houve modificações em relação à versão elaborada preliminarmente.
13. Quanto a RANGER OU FRICCIÓNAR OS DENTES.	13. Não houve modificações em relação à versão elaborada preliminarmente.	– Entende-se como “ranger os dentes” o hábito de esfregar os dentes uns nos outros. Já a “fricção” é o vício de apertar os dentes uns nos outros.	– Não houve modificações em relação à versão elaborada preliminarmente.
14. No que concerne a alguma ALTERAÇÃO NA ESTRUTURA DA FACE.	Questão (item) excluída.	– Compreende-se como “alterações na estrutura da face” qualquer condição que não esteja dentro do padrão comum das pessoas.	– Nota explicativa excluída.

Questão (item)		Nota explicativa	
<i>ESC-FONO – Inicial</i>	<i>ESC-FONO – Final</i>	<i>ESC-FONO – Inicial</i>	<i>ESC-FONO – Final</i>
15. No que se refere aos LÁBIOS SE MANTEREM ENTREABERTOS quando não se está falando.	14. Não houve modificações em relação à versão elaborada preliminarmente.	– Entende-se como “lábios entreabertos” a condição de manter os lábios superior e inferior não encostados um no outro.	– Entende-se como “lábios entreabertos” a condição de manter os lábios superior e inferior não encostados um no outro no momento em que não há comunicação por meio da fala.

Nota: Na versão final do Instrumento 1 – *ESC-FONO – Final* –, as áreas (domínios) foram reorganizadas em ordem alfabética e as questões (itens) foram recompostas sequencialmente em ordem cardinal.

Tocante à fase I da área de disfagia (domínio) referente ao conjunto de questões (itens) preliminares (elaboradas antes dos pareceres dos juízes) tem-se elencado apenas uma, tal qual, a 16: “apresenta engasgos ao se alimentar ou tomar líquido”. Desta forma, a porcentagem obtida por meio do cálculo de Tilden et al. (1990) conforme os pareceres dos juízes foi de 66,67. Para tanto, houve necessidade de modificações levando em consideração o conceito de abrangência. O juiz “B” mencionou que a nota explicativa – compreende-se como “engasgo” a condição de alimento ou líquido ficar preso na garganta ou abaixo dela, bloqueando o fluxo de ar – teria que conter mais exemplos que levasse em consideração a comportamentos como ausência de fala e tosse em episódios de engasgo para melhor compreensão dos futuros respondentes. Descreveu, ainda, que uma nota explicativa que leve em consideração seus maiores comportamentos (tosse e ausência de fala) se torna relevante uma vez que é por meio desses exemplos que os futuros respondentes irão rastrear seus estudantes para possível encaminhamento ao fonoaudiólogo. O juiz “B” ainda mencionou a necessidade de substituição do trecho “bloqueando o fluxo de ar” por “bloqueando a respiração” haja vista tornar a nota explicativa mais simples e conseqüentemente eficaz. Apesar da questão (item) ter sido apresentada na escala de forma esclarecedora (elucidativa), segundo o juiz, se torna essencial uma nota explicativa que contenha subsídio teórico também esclarecedor caso o respondente necessite se apropriar de teoria para seu respaldo como rastreador de comportamento em saúde fonoaudiológica. Desta forma, o respectivo juiz recomendou que a nota em questão fosse substituída por “compreende-se como ‘engasgo’ a condição de alimento ou líquido ficar preso na garganta ou abaixo dela, bloqueando a respiração. Geralmente o engasgo apresenta sintomas como tosse e a pessoa não consegue falar”.

Remetendo-se ainda à área de disfagia (domínio) no que concerne à fase II (etapa de avaliação individual de cada item), os resultados obtidos pelo mesmo cálculo de porcentagem aplicado na fase I indicaram 100% (questão referente à clareza/compreensibilidade) e 100% (questão que diz respeito à representatividade do conceito/relevância) para a questão (item) 16, única e suficientemente elaborada para a área em questão. Contudo, não houve necessidade de modificações em relação à versão elaborada preliminarmente. Outrossim, para melhor visualização das avaliações dos juízes, área de disfagia, referente à *ESC-FONO* – Inicial, foi construída a Tabela 6 que demonstra a comparação da versão preliminar (realizada antes da avaliação dos juízes) e final (realizada após a avaliação dos juízes) referente a seu conteúdo (semântica).

Tabela 6

Comparativo das modificações realizadas (sequência numérica; questões ‘itens’; notas explicativas) na ESC-FONO pré e pós-pareceres dos juízes – área (domínio) de Disfagia

Questão (item)		Nota explicativa	
<i>ESC-FONO – Inicial</i>	<i>ESC-FONO – Final</i>	<i>ESC-FONO – Inicial</i>	<i>ESC-FONO – Final</i>
1. No que se refere à VELOCIDADE DE FALA (aumentada ou diminuída).	4. Não houve modificações em relação à versão elaborada preliminarmente.	– Compreende-se como “engasgo” a condição de alimento ou líquido ficar preso na garganta ou abaixo dela, bloqueando o fluxo de ar.	– Compreende-se como “engasgo” a condição de alimento ou líquido ficar preso na garganta ou abaixo dela, bloqueando a respiração. Geralmente o engasgo apresenta sintomas como tosse e a pessoa não consegue falar.

Nota: Na versão final do Instrumento 1 – *ESC-FONO – Final* –, as áreas (domínios) foram reorganizadas em ordem alfabética e as questões (itens) foram recompostas sequencialmente em ordem cardinal.

Em relação à área de audiolgia (domínio) em sua fase I correspondente ao conjunto de questões (itens) preliminares (elaborada antes dos pareceres dos juizes): 17) “sobre dificuldade de compreensão do que lhe é dito” e 18) “no que concerne à tontura ou dificuldade de equilíbrio”, o juiz “B” e “C” assinalaram a opção “não concordo”. Diante deste dado – obtido pelo cálculo de Tilden et al. (1990) – o resultado foi de 33,33% e, desta forma, houve necessidade de modificação levando em consideração o conceito de abrangência. O juiz “B” mencionou a necessidade alterações na teoria da nota explicativa de forma a torná-la mais simples possível para se conquistar satisfatória abrangência, assim como pleiteado pela presente pesquisa de validação. A solicitação foi que a nota explicativa fosse substituída por “entende-se como ‘dificuldade para compreender o que lhe é dito’ a pessoa que aparentemente ao escutar outra não consegue assimilar o assunto ou, não dá atenção à fala alheia”. Tal solicitação se respaldou na lógica da simplicidade e objetividade que o texto apresenta em detrimento da versão preliminar – “entende-se como ‘dificuldade de compreensão do que lhe é dito’ quando se fala e a outra pessoa não entende ou mesmo não dá a atenção” – que não foi apresentada de forma eficaz. Em relação ao juiz “C”, sua recomendação foi que a nota preliminar – “compreende-se como ‘tontura ou dificuldade de equilíbrio’ a sensação de tudo parecer estar girando e, como consequência, o corpo perde o equilíbrio” – leva-se em consideração o risco de queda, e sua inserção no corpo textual da nota explicativa é condição vantajosa aos futuros respondentes (docentes), haja vista ser uma característica comum de quem apresenta eventuais ou constantes episódios de tontura.

Já em relação à fase II (etapa de avaliação individual de cada item) – remetida à avaliação referente à área de audiolgia (domínio) –, os resultados obtidos pelo mesmo cálculo da fase I foram 66,67% (questão referente à clareza/compreensibilidade) e 66,67% (questão que diz respeito à representatividade do conceito/relevância) para a questão (item) 17. Assim, houve necessidade de modificação em relação à versão preliminar. O juiz “B” instruiu que a clareza/compreensibilidade seria atingida com a substituição da questão (item) “sobre dificuldade de compreensão do que lhe é dito” por “sobre dificuldade para compreender o que lhe é dito”. Desta forma, – segundo o juiz – a expressão “dificuldade para compreender” é mais usual e conseqüentemente mais simplista, algo angariado para o instrumento a ser validado. O respectivo juiz ainda descreveu que a representatividade é uma característica que indiretamente está vinculada à clareza/compreensibilidade e, desta forma, com as modificações sugeridas no primeiro componente a representatividade do conceito/relevância se tornam satisfórias.

Concernente à questão (item) 18, a porcentagem foi de 66,67 (questão referente à clareza/compreensibilidade) e 66,67 (questão que diz respeito à representatividade do conceito/relevância). Tais números indicam necessidade de modificações em relação à versão preliminar. O juiz “C” mencionou que a pessoa com tontura apresenta a sensação de desequilíbrio corporal, mas da forma que está exposto conjuntamente (versão preliminar) – no que concerne à tontura ou dificuldade de equilíbrio – não a torna clara/compreensível. Parte-se da lógica que ter dificuldade de equilíbrio não necessariamente tenha relação com tontura. Desta forma, o docente pode se confundir achando que ter uma dificuldade qualquer em relação ao equilíbrio corporal possa ser indicativo de encaminhamento ao fonoaudiólogo. Ainda segundo o juiz, é válido mencionar que a pessoa com sensação de desequilíbrio corporal não necessariamente tenha dificuldade de equilíbrio, mas o quadro de risco de queda durante episódios de tontura é presente e independe de idade. A recomendação foi a exclusão de parte da questão, especificamente o trecho “ou dificuldade de equilíbrio” de forma que permanecesse apenas “no que concerne à tontura”. Em relação ao componente “representatividade do conceito/relevância”, o juiz “C” mencionou que apresentar uma questão (item) levando apenas em consideração a tontura torna seu conceito suficiente e conseqüentemente adequado para se atingir o objetivo de rastreio de forma rápida, simples e fidedigna. Contudo, para melhor visualização das avaliações dos juízes, área de audiologia, referente à *ESC-FONO* – Inicial, foi construída a Tabela 7 que demonstra a comparação da versão preliminar (realizada antes da avaliação dos juízes) e final (realizada após a avaliação dos juízes) referente a seu conteúdo (semântica).

Tabela 7

Comparativo das modificações realizadas (sequência numérica; questões ‘itens’; notas explicativas) na ESC-FONO pré e pós-pareceres dos juízes – área (domínio) de Audiologia

Questão (item)		Nota explicativa	
<i>ESC-FONO – Inicial</i>	<i>ESC-FONO – Final</i>	<i>ESC-FONO – Inicial</i>	<i>ESC-FONO – Final</i>
17. Sobre DIFICULDADE DE COMPREENSÃO DO QUE LHE É DITO.	1. Sobre DIFICULDADE PARA COMPREENDER O QUE LHE É DITO.	– Entende-se como “dificuldade de compreensão do que lhe é dito” quando se fala e a outra pessoa não entende ou mesmo não dá a atenção.	– Entende-se como “dificuldade para compreender o que lhe é dito” a pessoa que aparentemente ao escutar outra não consegue assimilar o assunto ou, não dá atenção à fala alheia.
18. No que concerne à TONTURA OU DIFICULDADE DE EQUILÍBRIO.	2. No que concerne à TONTURA.	– Compreende-se como “tontura ou dificuldade de equilíbrio” a sensação de tudo parecer estar girando e, como consequência, o corpo perde o equilíbrio.	– Compreende-se como “tontura” a sensação de desequilíbrio corporal e, geralmente, tudo parece estar girando. Em episódios de tontura a pessoa apresenta risco de queda.

Nota: Na versão final do Instrumento 1 – *ESC-FONO – Final* –, as áreas (domínios) foram reorganizadas em ordem alfabética e as questões (itens) foram recompostas sequencialmente em ordem cardinal.

As figura e tabelas apresentadas anteriormente, a saber, Figura 15, Tabelas 3, 4, 5, 6 e 7, evidenciam a comparação das modificações realizadas no pré e pós-juízes dos juízes. A condição de apresentá-los não só valoriza a compreensibilidade do leitor como também demonstra o compromisso com o rigor metodológico aplicado na presente pesquisa no que se refere especificamente à etapa de devolutiva dos juízes. Etapa essa essencial para o processo de avaliação semântica (condição estrutural e do conteúdo do construto) e, logo, uma das condições cruciais para a validação instrumental com base psicométrica. Outrossim, a validação científica da *ESC-FONO* – Final só foi possível pelo conjunto de procedimentos adotados – o que inclui a validação semântica (devolutiva dos juízes) anteriormente descrita – ao longo do estudo no qual também engloba o processo de validade (valor matemático) que será exposto no tópico a seguir.

5.2 PROCESSO DE VALIDADE INSTRUMENTAL

O presente estudo analisou dados de $N = 106$ participantes estudantes entre crianças e adolescentes para fins de validação de um instrumento comportamental fonoaudiológico composto de 17 questões (itens) e cinco domínios (Audiologia, Disfagia, Linguagem, Motricidade orofacial e Voz). Os participantes têm idade entre 6 anos (mínimo) e 18 anos (máximo), com média = 10,6 anos, mediana = 10,5 anos e desvio padrão = 3,0 anos. Os participantes são 59,5% do sexo masculino e 40,5 do sexo feminino. Para Ambiel et al. (2011), a amostra de um estudo deve ter necessariamente uma quantidade representativa, ou seja, “já que em geral não se tem dinheiro, tampouco tempo” para aplicação de instrumentos a toda população; mencionam ainda que “é necessário que a amostra selecionada ... tenha uma quantidade de pessoas suficiente” (p. 55). Diante disso, pode-se afirmar que a amostra de $N = 106$ participantes estudantes entre crianças e adolescentes é adequada partindo do pressuposto que os testes estatísticos – que serão apresentados a seguir – foram realizados com amplo sucesso. A amostra adequada de participantes do presente estudo também foi confirmada por meio de documento devidamente atestado por profissional estatístico (Anexo C).

O processo de validade engloba o valor estatístico provindo dos resultados produzidos por meio de uma série de materiais devidamente elencados no tópico Apêndice A, a saber: a) *ESC-FONO* – Teste (etapa teste; Instrumento 1); b) *ESC-FONO* – Reteste (etapa Reteste; Instrumento 2); c) *Questionário de Satisfação Referente à Escala de Rastreamento*

Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes (Instrumento 3). Esses três materiais foram produzidos especificamente para este estudo a fim de conquistar os objetivos – geral e/ou específicos. Segundo Memória (2004), os testes estatísticos durante o processo de validação de construtos auxiliam o pesquisador a tomar decisões, no caso deste estudo, se aplica à decisão de validar ou não um instrumento comportamental com base nos dados matemáticos produzidos. Para Cohen et al. (2014) e Pasquali (2010b), esses mesmos dados matemáticos são analisados conjuntamente como uma série de etapas essenciais orientadas pela psicometria para se chegar a uma conclusão sobre a validação instrumental. Pasquali (2013) reforça que a psicometria tem como base a teoria da medida nas mais diversas ciências, isto é, do método quantitativo que tem, como principal qualidade e atributo, o fato de constituir o conhecimento humano com grande precisão. Com o intuito de fomentar maior cientificidade do presente estudo por meio do método quantitativo – para além da abordagem qualitativa também aderida como um dos aportes necessários para a validação da *ESC-FONO* – versões *ESC-FONO* – Teste e *ESC-FONO* – Reteste – apresenta-se a seguir a estatística aferida por meio dos dados produzidos (coletados).

5.2.1 Método Estatístico Utilizado para a Conquista de Validade do Construto

As variáveis qualitativas foram apresentadas por frequências absolutas e relativas. Já as variáveis quantitativas foram apresentadas por medidas de tendência central e de variação e tiveram a normalidade avaliada pelo teste de D'Agostino-Pearson. A validação do instrumento levou em consideração todos os domínios da *ESC-FONO* – versões *ESC-FONO* – Teste e *ESC-FONO* – Reteste – em um intervalo padrão de avaliação que pode variar de 0 a 10 pontos, sendo a pontuação zero a pior avaliação possível e o escore 10, a melhor avaliação. Pontuações intermediárias correspondem a níveis regulares de avaliação do domínio. Em relação aos métodos utilizados para a avaliação das propriedades psicométricas, têm-se: 1) a consistência interna foi avaliada pelo coeficiente Alfa (α) de Cronbach (Cronbach, 1951); 2) a avaliação da Validade Convergente foi realizada pela Correlação Intraclasse (Bagozzi & Phillips, 1982); 3) o Grau de Confiabilidade foi estabelecido conforme o critério para reprodutibilidade (inexistente: abaixo de 0,2; baixa: entre 0,2 e 0,49; regular: entre 0,50 e 0,69; boa: entre 0,70 e 0,89; excelente: a partir de 0,90) estabelecido por Fleiss (1986); 4) a Validade Discriminante foi estabelecida pela prevalência de alteração fonoaudiológica, com Intervalo de Confiança de 95%, a qual foi comparada com estudos recentes que também

mediram a prevalência de alteração fonoaudiológica; 5) a Validade externa do construto foi realizada pela comparação (no mesmo domínio) conforme a resposta sim ou não, pelo teste U de Mann-Whitney, para o relato de responsáveis e outros docentes sobre alguma alteração fonoaudiológica; 6) a Avaliação Crítica dos docentes sobre a qualidade do instrumento foi realizada em seis aspectos (clareza, facilidade, importância, praticidade, indicar e confiabilidade), os quais foram comparados pela ANOVA de Kruskal-Wallis. Foi previamente fixado erro alfa em 5% para rejeição de hipótese nula e o processamento estatístico foi realizado nos programas BioEstat versão 5.3 (programa estatístico computacional mundialmente utilizado por pesquisadores de ciências da saúde e interdisciplinares) e SPSS versão 27 (programa estatístico computacional aplicado às ciências sociais e interdisciplinares).

É válido mencionar que “a comunidade científica desenvolveu uma série de parâmetros mínimos que a medida psicométrica deve apresentar para se constituir instrumento legítimo e válido” (Pasquali, 1996, p. 81). Partindo disso, esses parâmetros mais básicos constituem a análise dos itens, a validade e a confiabilidade (Pasquali, 1996). No entanto, o presente estudo levou em consideração muitos outros parâmetros – para além da avaliação semântica (conteúdo) que engloba também as questões (itens) – ou mesmo propriedades psicométricas para a conquista do processo de validade. A validade é considerada qualidade integrante e essencial para a validação instrumental. Por uma questão didática construiu-se a Figura 16, apresentando os métodos estatísticos utilizados no processo de validação instrumental.

Figura 16

Exposição dos métodos estatísticos utilizados para avaliação das propriedades psicométricas da ESC-FONO

Propriedade psicométrica avaliada	Método estatístico
Consistência Interna	Coeficiente Alfa (α) de Cronbach
Validade Convergente	Correlação Intraclasse
Grau de Confiabilidade	Crítério de Fleiss (1986)
Validade Discriminante	Comparação de dados de prevalência de alterações fonoaudiológicas com outros estudos
Validade Externa do Construto	U de Mann-Whitney
Avaliação Crítica dos Docentes	ANOVA de Kruskal-Wallis

Todas essas propriedades psicométricas avaliadas por meio dos métodos mencionados resultaram concomitantemente na eficaz validade estatística necessária como aporte para o processo de validação da *ESC-FONO* – conforme se pode constatar por meio dos dados numéricos apresentados nos próximos tópicos. Justifica-se a utilização dessas mesmas propriedades psicométricas conjuntas por serem amplamente utilizadas em pesquisas de validação científica que objetivam não somente a construção e validação de construto, mas, sim, notória credibilidade da sociedade e comunidade científica (valoração social e acadêmica). Contudo, expõem-se a seguir seções que contemplam os resultados estatísticos que reafirmam a aplicabilidade dos métodos a fim de conquistar os objetivos do presente estudo.

5.2.1.1 Consistência interna

A confiabilidade, usualmente medida em termos do coeficiente Alfa (α) de Cronbach, avalia a magnitude dos relacionamentos diretos entre as variáveis observáveis associadas a cada construto do procedimento de mensuração, mostrando a consistência em suas medidas (Cronbach, 1951). As 17 questões (itens) que formam o instrumento objetivo deste estudo, na etapa Teste, obtiveram o coeficiente Alfa (α) de Cronbach = 0,880. Na etapa Reteste, obtiveram o coeficiente Alfa (α) de Cronbach = 0,901. Portanto, foi considerada como adequada, sendo encontrados excelentes níveis de Consistência Interna (Teste = 0,880 e Reteste 0,901) para o conjunto de questões (itens). Para Pasquali (1996) a “análise da consistência interna consiste essencialmente em verificar a homogeneidade dos itens que compõem o” construto (p. 95). E o método matemático coeficiente Alfa (α) de Cronbach “é tipicamente utilizado como indicador sumário da consistência interna” e, conseqüentemente, dos itens que o compõem (Pasquali, 1996, p. 95).

5.2.1.2 Confiabilidade (Teste-Reteste)

A avaliação da confiabilidade, com base na Validade Convergente, foi realizada pela Correlação Intraclasse, a qual reflete o grau de concordância existente entre pelo menos duas medidas para cada construto utilizado no procedimento de mensuração (Bagozzi & Phillips, 1982). A técnica da correlação é usufruída na condição do método Teste-Reteste e têm-se os

resultados dos participantes em duas situações distintas de forma que ambas possam ser comparadas. E a confiabilidade aferida compõem-se da correlação bivariada de dois resultados dos mesmos participantes (Pasquali, 2013). Concordando com a afirmação anterior tem-se que o Teste-Reteste é

a aplicação do mesmo teste, em uma mesma amostra, duas vezes, supondo que estas duas aplicações sejam independentes, ou seja, a primeira não influencie a segunda. O índice de precisão é dado mais uma vez pela correlação entre os dois conjuntos de escores. Isso se dá porque é evidente que a forma mais paralela possível de um determinado teste é ele mesmo. Podendo-se supor que a primeira aplicação não afete a segunda, têm-se duas medidas paralelas do mesmo construto e a dedução apresentada, referente à correlação entre dois escores paralelos, passa a ser válida (Primi, 2012, p. 302).

Contudo, a confiabilidade também denominada de precisão ou fidedignidade é demonstrada numericamente por meio da Tabela 8 ao qual todos os domínios tiveram excelente replicabilidade com p -valor $< 0,001$ (Correlação Intraclasse). Logo, os cinco domínios da *ESC-FONO* – versões *ESC-FONO* – Teste e *ESC-FONO* – Reteste – apresentaram excelente confiabilidade mencionada nas Tabela 8 e Figura 17 conforme o critério de Fleiss (1986), que defende inexistência de erros para resultados abaixo de 0,2. Nesse ínterim, Primi (2012) afirma que os dados satisfatórios para a confiabilidade são indicativos de validade científica.

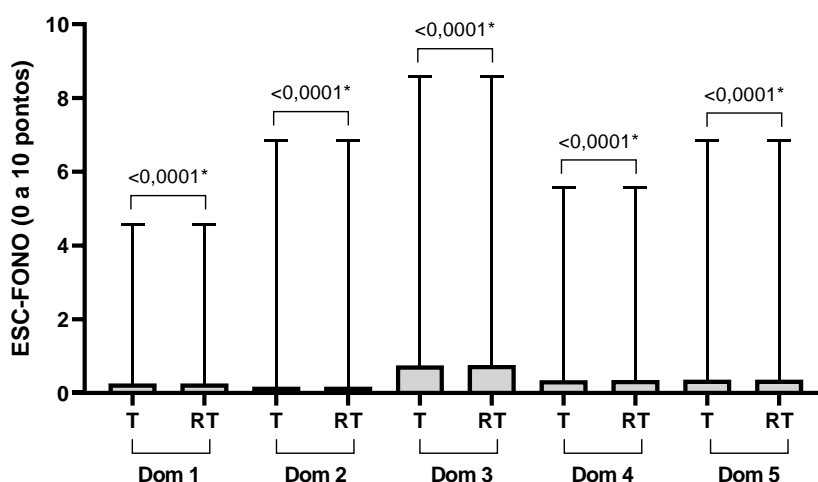
Tabela 8

Medidas de tendência central e variação no T (Teste) e RT (Reteste) dos cinco domínios da ESC-FONO, aplicado a N = 106 estudantes

Medidas	Domínios									
	Audiologia		Disfagia		Linguagem		Motricidade orofacial		Voz	
	Teste	Reteste	Teste	Reteste	Teste	Reteste	Teste	Reteste	Teste	Reteste
Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Máximo	4,57	4,57	6,86	6,86	8,57	8,57	5,56	5,56	6,86	6,86
Mediana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Média	0,26	0,26	0,17	0,17	0,75	0,76	0,35	0,35	0,36	0,36
Desvio Padrão	0,84	0,84	0,99	0,99	2,01	2,04	1,07	1,07	1,24	1,24
Correlação Intraclasse	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Coeficiente		0,9772		0,9990		0,9989		0,9987		0,9889
Estatística experimental		0,0057		0,0003		0,0004		0,0004		0,0005
Replicabilidade		EXC		EXC		EXC		EXC		EXC

Figura 17

Média e máximo do T (Teste) e RT (Reteste) dos cinco domínios da ESC-FONO



Nota: Dom 1, Audiologia; Dom 2, Disfagia; Dom 3, Linguagem; Dom 4, Motricidade orofacial; Dom 5, Voz.

Diante dos dados apresentados, tem-se a conquista de confiabilidade que proporciona considerável precisão instrumental partindo da teoria de que quanto menor a quantia de erros aleatórios mais confiável o construto se torna para o processo de validade com ampla possibilidade de conquista de validação. Contudo, para Souza, Alexandre et al. (2017), “instrumentos de medida integram ... a pesquisa em diferentes áreas do conhecimento, a avaliação de sua qualidade é fundamental para a seleção de instrumentos que forneçam medidas válidas e confiáveis” (p. 657). Nesse ínterim, com base na inexistência de erros apresentados anteriormente – valores menores que 0,2 com p -valor $< 0,001$ (Correlação Intraclasse) – constatou-se confiabilidade que, segundo Cohen et al. (2014), Pasquali (2010a), se relaciona necessariamente à noção de quanto um construto apresenta consistência com base em resultados tomados repetidamente. Esses mesmos dados foram produzidos (coletados) com base em Teste-Reteste que a estatística considera conveniente para validação instrumental. Nessa lógica, a análise matemática se torna um método para “informar sobre os dados que estiverem disponíveis, seja qual for a fonte da coleta” (Ambiel et al., 2011, p. 54).

5.2.1.3 Validade discriminante

Na amostra de $N = 106$ estudantes foram identificados $n = 23$ com comportamento indicativo de comprometimento na saúde fonoaudiológica (prevalência = 21,7%), com Intervalo de Confiança de 95% [13,9% a 29,5%]. Essa prevalência está em conformidade com os dados publicados por Rabelo et al. (2015), que realizaram um estudo com o objetivo de investigar a prevalência de alterações fonoaudiológicas em crianças entre 4 e 10 anos e verificar a sua associação com a idade e o gênero. Os resultados referentes às crianças avaliadas apontaram alterações de 17,1% de motricidade orofacial e 27,3% do processamento auditivo. A conclusão que chegaram foi de que a prevalência de alterações fonoaudiológicas dos participantes foi alta, o que culmina na necessidade de pesquisas e ações em saúde para o enfrentamento do problema.

Ainda em conformidade com o Intervalo de Confiança adotado para a presente pesquisa de validação instrumental tem-se mais um estudo que corrobora os dados encontrados. Os dados corroborativos em questão foram publicados por Longo et al. (2017), que realizaram um estudo que objetivou: 1) identificar as alterações fonoaudiológicas em crianças residentes na região oeste de São Paulo; 2) verificar as associações entre a hipótese diagnóstica e a faixa etária, o gênero e a origem do encaminhamento; e 3) investigar o grau de concordância entre a queixa e a hipótese diagnóstica no momento da triagem fonoaudiológica. O resultado hipotético de diagnóstico fonoaudiológico mais frequente foi o de transtorno fonológico com 22,9% (prevalência). A conclusão culminou na recomendação da utilização de *screening* (triagem) fonoaudiológico conjuntamente com as informações fornecidas pelos pais para a conduta de rastreamento de alterações fonoaudiológicas.

Outro estudo que reforça os dados estatísticos apresentados entre o Intervalo de Confiança mencionado anteriormente tem-se a pesquisa realizada por Dadalto et al. (2012) que objetivou o levantamento da prevalência de distúrbios da comunicação na comunidade escolar do município de Vila Velha, ES. Os resultados demonstraram algum tipo da alteração auditiva em 22,4% de estudantes, 25% com alteração de fala e 17,8% com alteração na voz. A conclusão do estudo constatou que, em muitas crianças, há presença de duas ou mais alterações concomitantes. Ainda descrevem que os estudantes que falharam na triagem fonoaudiológica devem envolver orientação a docentes sobre condutas em saúde e de reabilitação participativa, que envolva a escola, fonoaudiologia e os pais.

Tem-se ainda um estudo realizado com estudantes de uma instituição de ensino, situada em Campo Grande, MS, que objetivou verificar a prevalência, bem como as causas de baixa acuidade auditiva de possíveis casos indicativos de alteração na audição. Os resultados demonstraram prevalência de baixa acuidade em 16% de escolares. O estudo em questão concluiu a relevância da utilização de estratégias para o levantamento inicial que possa sugerir ou não alterações auditivas de estudantes. Após esse momento inicial, é imprescindível a confirmação diagnóstica por meio de avaliação com profissional competente. Nesse ínterim, conclui-se também que é “necessário promover iniciativas que favoreçam a ampliação de ações voltadas para a saúde auditiva do escolar, a fim de facilitar a identificação de alteração auditiva e encaminhamento adequados aos serviços de saúde.” (Budib et al., 2013, p. 29).

5.2.1.4 Validade baseada em critérios externos

Para que um construto devidamente orientado pela psicometria seja válido com base em critérios externos, ele deve ser capaz de mensurar alguma variável comportamental de possível condição de saúde fonoaudiológica – em consonância com os dados que são medidos pelo próprio instrumento construído (Reppold et al., 2014). Partindo dessa premissa, construíram-se duas questões – aplicadas aos respondentes na etapa II (Reteste) – que não fazem parte da escala em si, mas contribuíram para a comparação dos dados produzidos (coletados) por elas e dos produzidos (coletados) pela *ESC-FONO* – Reteste. Essa comparação permitiu a exposição dos dados que serão apresentados nas Tabela 9 e Figura 18. É conveniente destacar que a construção das duas questões foi essencial para se atingir o objetivo de validade e fomenta a qualificação da escala em questão.

Diante disso, respalda-se em Primi (2012) na afirmação que uma “das formas de se verificar a validade é pela correlação entre os resultados do teste e uma medida externa independente. Essa medida externa deve ser necessariamente uma medida válida da variável ... que o teste se propõe medir” (p. 304). Referente à primeira questão (que corresponde a uma medida externa) – *O responsável legal do estudante já teceu algum comentário com você que possa haver relação direta ou indireta com comportamento sugestivo de comprometimento na saúde fonoaudiológica?* – a avaliação da validade do construto mostrou que o instrumento *ESC-FONO* – Reteste tem sensibilidade suficiente (p -valor < 0,05, em quatro domínios) para discriminar a presença de comportamento característico de comprometimento na saúde fonoaudiológica referido pelo responsável do estudante.

Tabela 9

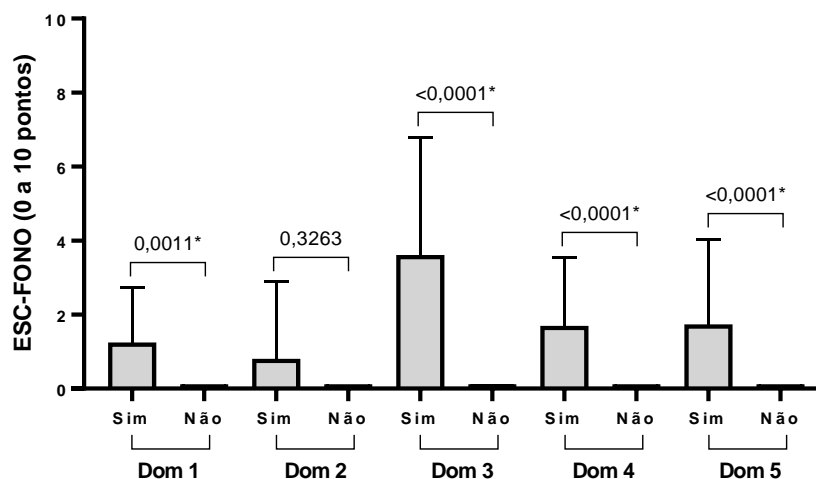
Média e desvio padrão dos cinco domínios da ESC-FONO conforme a resposta (sim/não), para a primeira (1ª) questão aplicada ao final da etapa II (Reteste)

Resposta	Domínio									
	Audiologia		Disfagia		Linguagem		Motricidade orofacial		Voz	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
N amostral	222	884	222	884	222	884	222	884	222	884
Mínimo	00,00	00,00	00,00	00,00	00,00	00,00	00,00	00,00	00,00	00,00
Máximo	44,57	00,00	66,86	00,00	88,57	00,78	55,56	00,00	66,86	00,00
Mediana	00,00	00,00	00,00	00,00	33,99	00,00	11,72	00,00	00,00	00,00
Média Aritmética	11,25	00,00	00,81	00,00	33,61	00,01	11,69	00,00	11,73	00,00
Desvio Padrão	11,50	00,00	22,09	00,00	33,17	00,09	11,84	00,00	22,29	00,00
<i>p</i> -valor	0,0011*		0,3263		< 0,0001*		< 0,0001*		0,0032*	

*Teste U de Mann-Whitney.

Figura 18

Média e desvio padrão dos cinco domínios da ESC-FONO conforme a resposta (sim/não), para a primeira questão aplicada ao final da etapa II (Reteste)



Nota: Dom 1, Audiologia; Dom 2, Disfagia; Dom 3, Linguagem; Dom 4, Motricidade orofacial; Dom 5, Voz.

Reitera-se que na “validação baseada em critérios externos, a qualidade ... é determinada pela capacidade de discriminar mudanças comportamentais já identificadas por terceiros” (Reppold et al., 2014, p. 309). Nesse ínterim, especificamente no que tange à segunda questão (que corresponde a uma medida externa) – *Outro docente (colega de trabalho) já teceu comentário sobre a possibilidade de haver comprometimento na saúde fonoaudiológica do estudante que você selecionou para a observação por meio da ESC-FONO?* – a avaliação da validade do construto mostrou que o instrumento em questão tem sensibilidade suficiente (p -valor $< 0,05$, em quatro domínios) para discriminar a presença de comportamento característico de alterações fonoaudiológicas referidas por outros docentes.

Tabela 10

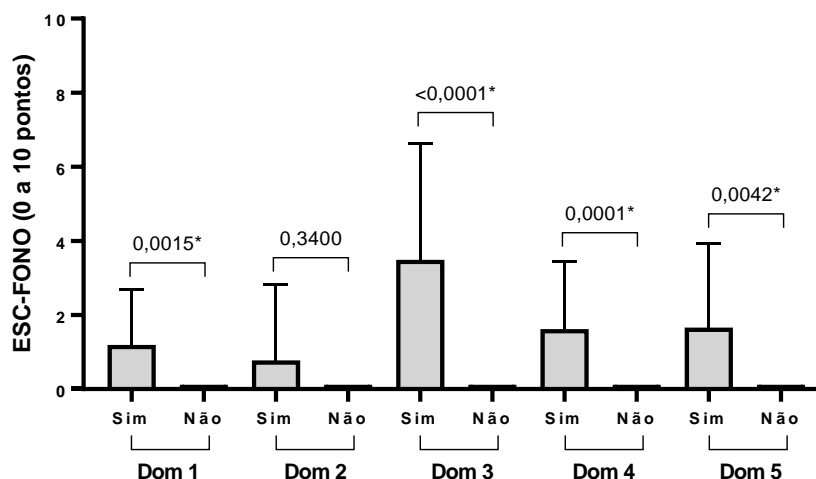
Média e desvio padrão dos cinco domínios da ESC-FONO conforme a resposta (sim/não), para a segunda (2ª) questão aplicada ao final da etapa II (Reteste)

Resposta	Domínio									
	Audiologia		Disfagia		Linguagem		Motricidade orofacial		Voz	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
N amostral	223	883	223	883	223	883	223	883	223	883
Mínimo	00,00	00,00	00,00	00,00	00,00	00,00	00,00	0,00	00,00	00,00
Máximo	4,57	00,00	66,86	00,00	88,57	00,00	55,56	0,00	66,86	00,00
Mediana	00,00	00,00	00,00	00,00	33,11	00,00	11,72	0,00	00,00	00,00
Média Aritmética	11,19	00,00	00,77	00,00	33,49	00,00	11,62	0,00	11,66	00,00
Desvio Padrão	11,49	00,00	22,05	00,00	33,15	00,00	11,83	0,00	22,26	00,00
<i>p</i> -valor	0,0015*		0,3400		< 0,0001*		0,0001*		0,0042*	

*Teste U de Mann-Whitney.

Figura 19

Média e desvio padrão dos cinco domínios da ESC-FONO conforme a resposta (sim / não), para a segunda questão aplicada ao final da etapa II (Reteste)



Nota: Dom 1, Audiologia; Dom 2, Disfagia; Dom 3, Linguagem; Dom 4, Motricidade orofacial; Dom 5, Voz.

Como já é sabido, a variável contributiva aos dados produzidos (coletados) pela *ESC-FONO* – Reteste – para fins de validação – foi devidamente conquistada pelas duas questões apresentadas anteriormente. Nesse ínterim, buscaram-se dados da referida escala com características relacionadas por meio de informações de docentes (primeira questão) e responsáveis legais (segunda questão) que pudessem corroborar ou não com os dados produzidos (coletados) pelo construto. Contudo, os resultados estatísticos conquistados foram positivos, haja vista os valores matemáticos serem sensíveis o suficiente para a qualificação da ausência de dúvida para a validade pleiteada. Logo, a “partir dessas relações, portanto, é possível inferir evidências que convergem (mesma característica ou características relacionadas)” (Alves et al., 2011, p. 116). Os resultados estatísticos apresentados inferem alto grau de predição que converge para a validação externa.

Para além dos dados estatísticos já mencionados, é relevante mencionar sobre a variável contributiva – conquistada pela *ESC-FONO* – Reteste – de que um construto deve ter no momento de sua validação. E o critério de validade descrito por Anastasi e Urbina (2000) deve relacionar-se com os dados estatísticos aferidos uma vez que há previsão de variável externa que infira no presente ou futuro. Contudo, a variável em questão – representada pelas duas questões aplicadas aos respondentes na etapa II (Reteste) – tiveram resultados que corroboraram os dados produzidos (coletados) pela própria escala. Logo, é sugestivo a

conquista da validade de construto uma vez que foi atendida a abordagem em questão (validade de construto).

5.2.1.5 Avaliação dos docentes sobre a qualidade do instrumento

A avaliação dos $N = 106$ docentes, referente aos aspectos apresentados na Tabela 11 e Figura 20, demonstra que todas as seis características apresentaram a média e mediana no mais alto grau de avaliação, entretanto, destacam-se (p -valor = 0,0039, estatisticamente significativa): a) pontuação mais elevada: Confiabilidade (média = 5,97 e mediana = 6,0); b) pontuação mais baixa (porém excelente): Praticidade (média = 5,84 e mediana = 6,0).

Tabela 11

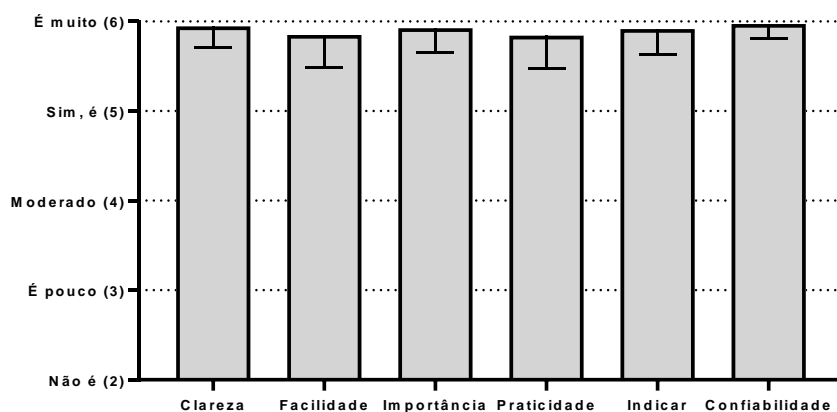
Medidas de tendência central e variação dos seis aspectos da avaliação da ESC-FONO, emitida por N = 106 docentes

Medidas	Clareza	Facilidade	Importância	Praticidade	Indicar	Confiabilidade
Mínimo	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Máximo	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00
Mediana	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00
Média aritmética	5,94	5,85	5,92	5,84	5,92	5,97
Desvio padrão	0,23	0,36	0,27	0,37	0,28	0,17

* p -valor = 0,0039, Kruskal-Wallis com pós-teste de Dunn.

Figura 20

Média e desvio padrão dos seis aspectos da avaliação da ESC-FONO, emitida por N = 106 docentes



Os dados apresentados foram mensurados por meio das respostas dos docentes no *Questionário de Satisfação Referente à Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes* (Instrumento 3). Menciona-se que a construção e aplicação do referido questionário se fez pertinente para a valorização da ESC-FONO – Final como instrumento que requer reconhecimento de sua importância para a saúde fonoaudiológica de estudantes. A construção e aplicação do referido questionário embasara-se na literatura de Keszei et al. (2010) e Pasquali (1998, 2013) que mencionam a relevância de procedimentos adjacentes (facultativo ao pesquisador) às oito etapas necessárias para a validação de construtos – amplamente utilizadas em processo de validação instrumental orientado pela psicometria – (I – estabelecimento da estrutura conceitual; II – definição dos objetivos do instrumento e da população envolvida; III – construção dos itens (questões) e das escalas de resposta; IV – seleção e organização dos itens (questões); V – estruturação do instrumento; VI – validade de conteúdo; VII – pré-teste; VIII – teste).

Ainda referente à valorização da ESC-FONO – Final – como instrumento a ser amplamente utilizado por docentes – durante o processo de validação científica para fins benéficos do estudante – em sua saúde fonoaudiológica e conseqüentemente em sua educação –, levou-se em consideração a percepção dos respondentes sobre o instrumento em relação à: 1) clareza e detalhamento das questões; 2) facilidade no uso da escala; 3) importância da escala; 4) praticidade proporcionada pelo construto; 5) probabilidade de indicar o uso da escala; e 6) confiabilidade no construto. Além dessas seis questões – tipo Likert –, o docente teve a oportunidade de sugerir melhorias de forma descritiva ao final do *Questionário de*

Satisfação Referente à Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes. Essa oportunidade foi possível com a inserção de uma questão (aberta) solicitando contribuições ao construto. É válido descrever que caso o respondente tivesse sugestões poderia fazê-lo no campo disponibilizado abaixo da questão. Para tanto, não houve sugestões de melhorias e, desta forma, acredita-se que a referida escala se apresenta em ampla condição para seu uso. A ausência de sugestões – pensada como aceitação do público que irá utilizá-la após a devida validação – vem em concordância com o resultado matemático – estatisticamente significativo – exposto na nas Tabela 11 e Figura 20 com alto grau de satisfação.

5.3 PROCESSO DE VALIDAÇÃO INSTRUMENTAL

A literatura científica psicométrica é unânime em mencionar maior praticidade no uso de instrumentos já validados cientificamente para fins de realização de pesquisas, haja vista o longo e dispendioso processo de construção e validação que um instrumento exige quando a questão central é a conquista de um produto que seja sensível ao que se pretende medir. No entanto, mesmo sabendo do grande desafio de construção e validação científica de um instrumento orientado pela psicometria, o proponente do presente estudo decidiu fazê-lo tendo em vista que o atual cenário científico brasileiro não há construto que se assemelhe em conteúdo, estrutura e objetivo da *ESC-FONO – Final*. É conveniente mencionar que em consulta a pesquisas no cenário mundial também não se encontraram instrumentos semelhantes ao que se propôs realizar com esse estudo, levando em conta a possibilidade de que se houvesse instrumento – abrangendo domínios fonoaudiológicos e questões norteadoras à conduta de rastreio de estudantes por docentes – aplicável ao ambiente escolar, pudesse ser realizada revalidação dele para o Brasil. Partindo disso, decidiu-se pela realização da *ESC-FONO – Final* como possibilidade de fomentar benefícios de promoção, prevenção e proteção em saúde fonoaudiológica para toda a comunidade estudantil de 6 a 18 anos que estejam cursando do 1º ao 9º ano do ensino fundamental.

Para Pasquali (1998) e Price (2017), apesar de haver diversas formas para se atingir validação científica de construtos de base psicométrica, o mais utilizado mundialmente é aquele que segue as etapas descritas na Figura 17. Essas mesmas etapas foram devidamente utilizadas como percurso metodológico para o sucesso da construção e validação da *ESC-FONO – Final*. O amparo nas etapas desse estudo se deu: 1) pela ampla utilização em

pesquisas nacionais e internacionais que a consideram a mais conveniente psicometricamente a fim de se pleitear instrumentos suficientemente sensíveis à medição do objeto atrelado aos mesmos e 2) serem mais utilizadas para instrumentos de rastreamento comportamental. Apesar das etapas em questão já estarem elencadas e objetivamente apresentadas na Figura 15 denominado “*Etapas procedimentais adotadas no percurso de construção e validação da ESC-FONO (com descrição objetiva)*” especificamente no tópico método, expõem-se na Figura 21, as mesmas etapas (com abrangência necessária para uma discussão crível). Porém, com o intuito de se discorrer a aplicação de cada uma e, logo, discutir a contribuição efetiva para o processo de validação do construto em questão. Contudo, apresenta-se expondo as etapas percorridas, bem como a descrição do processo que envolveu cada uma.

Figura 21

Etapas procedimentais que foram adotadas no percurso de construção e validação da ESC-FONO (com descrição abrangente)

Etapa	Descrição
Etapa I – Estabelecimento da estrutura conceitual	<ul style="list-style-type: none">– Referencial teórico conceitual que abrange todos os domínios (áreas), bem como as questões (itens) da <i>ESC-FONO</i> – Final. Nessa etapa houve uma varredura da literatura científica nacional e internacional que fizesse relação com conteúdo, método ou procedimentos gerais que pudessem contribuir para o subsídio da construção do estado da arte. Contudo, buscaram-se todas as fontes literárias pertinentes possíveis para o respaldo de notório impacto na pesquisa, assim como no processo da validação instrumental.– Tem-se ainda a definição operacional que contempla a contextualização (condição de argumentar sobre motivos de algo acontecer), bem como especificações necessárias para justificar os domínios (áreas) e questões que contemplam a <i>ESC-FONO</i> – Final. A definição operacional foi composta de um conjunto de procedimentos devidamente expostos no tópico método que justificam a realização do construto que está atrelada com a necessidade de medição comportamental fonoaudiológica de estudantes.
Etapa II – Definição dos objetivos do instrumento e da população envolvida	<ul style="list-style-type: none">– O objetivo do construto foi cuidadosamente pensado a fim de que fosse plenamente possível ser alcançado levando em consideração a faixa etária passível de rastreamento comportamental de estudantes, ano escolar matriculado; corpo teórico da escala (domínios/áreas e questões/itens); público (docentes) que irá aplicar a <i>ESC-FONO</i> – Final. No que tange mais especificamente à população que irá utilizar o construto (docentes) e aqueles que poderão ser observados comportamentalmente (estudantes) no ambiente escolar, tem-se a convicção de correta delimitação tendo em vista a saúde fonoaudiológica como objetivo. Nesse ínterim, é válido mencionar que eleger “estratégias significa escolher instrumentos. Mas de nada valem os instrumentos se não tivermos clareza para onde desejamos chegar”. Partindo dessa citação, convém aferir (assegurar) que a definição do objetivo bem delimitado por este estudo possibilita maior chance de se conquistar um instrumento crível a ponto de medir adequadamente o que se pleiteia (Guazzelli & Pereira, 2019, p. 72).
Etapa III – Construção das questões (itens) e das escalas de resposta	<ul style="list-style-type: none">– A construção das questões (itens) seguiu critérios psicométricos embasados em Cohen et al. (2014) e Urbina (2007) que contemplam: 1) apresentação de apenas uma questão por vez; 2) compreensibilidade; 3) condição de investigar o comportamento; 4) porção específica da variável; 5) questões que devem ser iniciadas de maneira diferente em cada item; 6) validade aparente; 7) agrupamento de toda a magnitude da variável.– Todas as questões (itens) foram construídas levando em consideração domínios (áreas) específicos. Os cinco domínios estabelecidos na <i>ESC-FONO</i> – Final são áreas da ciência fonoaudiologia. Cada questão (item) – de um total de 17 –, elencada ao

Etapa	Descrição
	<p>longo do construto, foi devidamente vinculada a um dos domínios. Essa vinculação se deu pelo tema central de cada questão (item) ser pertencente a uma área da fonoaudiologia. Toda a vinculação (questão-domínio) foi embasada na Resolução CFFa n. 320/2006; Resolução CFFa n. 383/2010.</p> <ul style="list-style-type: none"> – A elaboração de um <i>template</i> para obtenção de respostas se deu por meio de uma sequência numérica decrescente que varia de 6 a 1, sendo que todos os números equivalem a uma opção de resposta com base na percepção que o respondente (docente) tem sobre seu estudante.
Etapa IV – Seleção e organização das questões (itens)	<ul style="list-style-type: none"> – Levou-se em consideração a organização dos conteúdos necessários para se conquistar um instrumento capaz de medir comportamentos sugestivos de alterações fonoaudiológicas de estudantes em sua estada em ambiente educacional. A ordem dos domínios (áreas) seguiu ordenamento alfabético conforme orientação de um dos juízes. No entanto, não houve indicação de mudanças na ordem elencada para as questões (itens) – vinculas aos domínios (áreas) – uma vez que, provavelmente, isso não tenha considerável influência para os futuros respondentes (docentes). – A quantidade de questões que a <i>ESC-FONO</i> – Final apresenta em seu corpo textual foi devidamente pensada para que o docente pudesse respondê-las de forma dinâmica e também utilizá-la independente da quantia de estudantes que queira observar comportamentalmente. É válido descrever que o instrumento em questão não delimita quantidade de estudantes que podem ser observados no que tange aos assuntos do corpo das questões (itens). No entanto, o docente poderá utilizar uma escala impressa por aluno. – A seleção das questões levou em consideração assuntos – comportamento característico de comprometimento na saúde fonoaudiológica – que podem ser facilmente observados por docentes em ambiente educacional. Cada questão foi pensada para que o docente pudesse em um menor tempo possível responder uma das seis opções de respostas desde que tenha a convicção do grau de frequência comportamental devidamente observado conforme sua percepção. – A objetividade da <i>ESC-FONO</i> – Final foi conquistada pelo corpo textual de todas as questões (itens) terem sido construídas em menor tamanho possível de forma que favorecesse instrumento dinâmico e que não exigisse demasiadamente do respondente. A qualidade de objetividade da escala em questão foi pensada a fim de ser mecanismo de oferta de praticidade (ação rápida sem interferir na boa qualidade de seu uso) para valorizar o tempo do docente que irá utilizá-la no ambiente educacional de forma que possa rapidamente ser respondida. – Em relação à clareza, precisão e interpretabilidade pode-se aferir (assegurar) que foram devidamente conquistadas por meio de palavras simples (amplamente utilizadas no cotidiano) usadas no corpo de cada questão (item) e pela ênfase – por meio de negrito e caixa alta – que foi dada aos termos mais relevantes ao longo do trecho. Dessa forma, acredita-se que, após o docente utilizar uma ou duas vezes da <i>ESC-FONO</i> – Final, poderá usufruir em próximas oportunidades com uma velocidade cada vez maior tendo em vista a rápida e dinâmica condição que o construto oferta.

Etapa	Descrição
	<ul style="list-style-type: none"> - Todos os tópicos mencionados anteriormente referentes à seleção e organização das questões (itens) incidem necessariamente na relevância para o pleito de validação e consciência de que a escala constitui um instrumento valorativo à saúde humana e deve apresentar características condizentes com a psicometria.
Etapa V – Estruturação do instrumento	<ul style="list-style-type: none"> - A estruturação da <i>ESC-FONO – Final</i> foi amparada no sentido de não permitir ambiguidade (mais de um entendimento possível) e juízo de valor (julgamento errôneo) de suas questões (itens) de forma que – para além da objetividade já mencionada na etapa anterior – contivesse transparência o suficiente para a assertividade de respostas de docentes conforme percepção comportamental de seu estudante. Logo, evitou-se ambiguidade e juízo de valor ao inserir nota explicativa abaixo de cada questão (item). O texto elucidativo em questão permite ao respondente esclarecer qualquer dúvida que porventura possa haver em relação às questões (itens) do corpo da escala. Reitera-se que o construto é autoexplicativo, mas, por precaução e devidamente orientado pela psicometria, houve necessidade de maior estruturação possível. Partindo disso, decidiu-se pela composição de nota explicativa em sequência de cada questão (item). - Menciona-se, ainda, que, durante a presente etapa, se buscou consolidar as etapas anteriores no sentido de revisar todos os procedimentos realizados e apropriadamente pensados a fim de se atingir o objetivo do estudo, bem como favorecer à sociedade uma pesquisa acadêmica que valorize a saúde fonoaudiológica do estudante mediante a necessidade que justifica sua realização no atual cenário científico brasileiro. - Para garantir mais interesse do respondente (docente) sobre a utilização da <i>ESC-FONO – Final</i>, adotou-se condição textual e de estética para a conquista de validade aparente, tais quais: a) cabeçalho contendo solicitação de informações básicas sobre o estudantes e de si mesmo (o uso de cabeçalho é comuns na atividade laborativa do docente o que permite certa intimidade para com tal); b) texto inicial orientativo ao respondente (fornece informações essenciais para a correta utilização do instrumento e, conseqüentemente, credibiliza-o); c) apresenta sequência numérica entre colchetes das categorias de respostas (condição estética que favorece ênfase ao local específico onde o respondentes irá assinalar); d) a escala é apresentada dentro de bordas superior, inferior, esquerda e direita (tal condição foi implementada para fomentar credibilidade e destacar o construto como um todo de forma que mantenha a atenção e garanta certo interesse do começo ao fim.
Etapa VI – Validade de conteúdo	<ul style="list-style-type: none"> - A validade de conteúdo ou também denominada de validade semântica foi conquistada pelo julgamento de juízes com ampla experiência em ciências fonoaudiológicas. O julgamento em questão foi respaldado na <i>expertise</i> deles, uma vez que todos são docentes pesquisadores – pareceristas – que apresentam vasto reconhecimento no ensino e em produções científicas. Especificamente, foram três juízes que avaliaram a escala (<i>ESC-FONO – Inicial</i>) ainda no formato inicial elaborada por seu proponente. O parecer do julgamento dos pareceristas foi devidamente repassado ao proponente desse estudo por meio do instrumento denominado <i>Protocolo para Análise da Validade de Conteúdo (Semântica) da Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes</i> (Instrumento 2). Esse protocolo foi devidamente adaptado de Coluci

Etapa	Descrição
	<p>et al. (2015), que norteiam a devolutiva de juízes no que tange à: 1) avaliação do conjunto de questões (itens) pertencente ao domínio (abrangência) – denominada de fase I e 2) avaliação de cada questão (item) individualmente (clareza e pertinência/representatividade) – denominada de fase II. Na primeira fase (I), os juízes avaliaram se as questões (itens) correspondiam ao domínio e julgaram também as notas explicativas. Dado a isso, puderam tecer sugestão de inclusão ou exclusão de questões (itens), caso percebessem necessidade de tal feito. Já na segunda fase (II), a avaliação compôs a redação das questões (itens) tal como se estas refletem bem seus conceitos e relevância. Não deixou de se levar em consideração se as questões (itens) são capazes de atingir o objetivo pleiteado de rastreamento de forma que contivesse ampla qualidade de favorecer ao docente uma escala simples, confiável e de rápido preenchimento.</p>
<p>Etapa VII – Pré-teste (Teste)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Participaram dessa etapa 106 docentes e estudantes. De todas as etapas, essa e a seguinte – teste (Reteste) – são as responsáveis pela produção de dados que incidem diretamente no processo de validade quando seus resultados são utilizados em testes estatísticos convenientes para validação de construtos. Essa etapa não só valoriza condição matemática – pertinente para estudos que prezem pela qualidade de procedimentos adotados com ampla concordância pela literatura científica – como, também, permite realizar conexões com todo o percurso variante da ideia inicial até à conclusão final. É válido descrever que não houve nenhuma intercorrência durante as oito etapas procedimentais que pudesse influenciar negativamente nos resultados produzidos pela <i>ESC-FONO</i> – Teste. Seguiram-se todas as exigências éticas – tanto para a presente etapa como para a denominada teste (Reteste) – devidamente preconizadas pela Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, que versa sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, bem como a Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016, que dispõe sobre normas aplicáveis a pesquisas em ciências humanas e sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes (Conselho Nacional de Saúde, 2013, 2016).
<p>Etapa VIII – Teste (Reteste)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – A última etapa procedimental corresponde a tudo o que foi realizado na anterior – pré-teste (Teste) – e contou com a mesma quantia de participantes (docentes e estudantes). A etapa em questão foi pertinente para que se pudessem realizar comparações entre duas ocasiões diferentes por meio de um único construto – <i>ESC-FONO</i> – Reteste. – Como procedimento essencial para a validação externa – condizente a variáveis paralelas aos dados específicos produzidos (coletados) pela escala em questão – os docentes assinalaram opções de respostas a duas questões adicionais ao final do instrumento aplicado na etapa em questão. – É válido descrever que houve também um procedimento complementar que corresponde a respostas dos docentes referentes a um instrumento denominado <i>Questionário de Satisfação Referente à Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes</i> (Instrumento 3). Esse questionário auxiliou com dados valorativos ao objetivo de validação pleiteado.

Ainda em referência a Figura 21, especificamente à etapa I – *estabelecimento da estrutura conceitual* –, é relevante mencionar que ocorreu o planejamento inicial que englobou um referencial teórico consistente, bem como definição operacional que engloba também uma série de procedimentos metodológicos para a boa condução do estudo e controle científico conveniente a qualquer pesquisa que se preze. O planejamento em questão apresenta grande influência na validade de instrumentos respaldados na psicometria que estabelece a etapa em questão como própria para definir estrutura conceitual. Nesse ínterim, a construção do teor literário científico subjaz a *ESC-FONO* – Final como um todo principalmente no que diz respeito ao seu corpo teórico de questões (itens) devidamente abrangido por suas dimensões (áreas).

No que concerne à etapa II – *definição dos objetivos do instrumento e da população envolvida* – é conveniente descrever o considerável aporte intelectual que foi necessário para elaborar os objetivos levando em consideração a operacionalização que norteou o caminho que o estudo percorreu para atingir satisfatoriamente seu propósito. A etapa em questão exigiu considerável aporte intelectual uma vez que se respaldou na questão: qual o objetivo pretendido? (Locke et al., 2000). Com base nessa pergunta que se deu os objetivos geral e específicos levando em consideração esta etapa como ideia central e norteadora. Os objetivos estabelecem os propósitos e a ideia principal “de um estudo. Essa idéia [*sic*] se baseia em uma necessidade (o problema) e é refinada em questões específicas” (Creswell, 2007, p. 101). Já a população envolvida com este estudo se deu pela emergente necessidade de atenção fonoaudiológica de estudantes levando em consideração toda a operacionalização que se deu em torno do público em questão.

No que se refere à etapa III – *construção das questões (itens) e das escalas de resposta* –, para além do que já foi exposto na Figura 21, tem-se que a elaboração das questões (itens) da *ESC-FONO* – Inicial também levou em consideração a relação direta com os objetivos do estudo (geral e específicos) que determinaram seu sucesso estrutural a fim de se obterem as produções de dados necessárias para sua validação. Em relação às escalas de respostas, foram engendradas sob a perspectiva numérica que possa medir a frequência de ocorrências de comportamentos específicos. Nessa ótica, propôs-se sequência cardinal subsidiada por categorias de respostas fáceis de serem respondidas e com maior precisão possível tendo em vista as orientações da psicometria.

Em relação à etapa IV – *seleção e organização das questões (itens)* –, reitera-se que a construção da *ESC-FONO* – Inicial foi idealizada com a característica de ser simples – conforme orientação psicométrica – suficiente para garantir maior adesão de seu uso por

docentes. A simplicidade abarcada pela escala validada por este estudo no que tange ao processo de seleção e organização das questões (itens) se distancia da condição complicada de instrumentos longos, tediosos, pouco precisos e com características contrárias à pouca adesão de seus públicos. Logo, os atributos mencionados nas Figuras 15 e 21, especificamente na etapa IV, a saber, objetividade, ordem lógica, simplicidade, clareza, precisão e interpretabilidade, incidem necessariamente na relevância do construto e estimulam condição para que ele tenha mais chances de se tornar ferramenta a ser valorizada socialmente após sua ampla utilização em território nacional.

No que diz respeito à etapa V – *estruturação do instrumento* –, é conveniente descrever que a estruturação da *ESC-FONO* – Inicial foi etapa essencial para garantir tal atributo partindo da necessidade de evitar ambiguidade e juízo de valor em sua teoria. Apesar de as questões (itens) terem sido elaboradas com exclusividade para o presente estudo com base na prática científica e clínica de seu proponente, seu corpo textual foi devidamente analisado por juízes que o validaram dentro de um leiaute conveniente e disposto sequencialmente, a saber: a) cabeçalho, b) texto inicial (orientação aos docentes) e c) sequência de questões (itens) devidamente agrupados por domínios específicos. Desta forma, apesar de o proponente deste estudo ter estruturado o instrumento em questão com base nos atributos mencionados nas Figuras 15 e 21, os juízes tiveram participação essencial partindo da lógica de que sem a chancela deles não se poderia considerar o construto convenientemente estruturado.

Concernente à etapa VI – *validade de conteúdo* –, de forma que corrobore toda a descrição procedimental do tópico em questão devidamente apresentado na Figura 21, a validade de construto está atrelada à necessidade de as questões (itens) medirem eficazmente uma determinada característica. Apesar do presente estudo ter realizado um rastreamento, sem a confirmação de diagnóstico fonoaudiológico, ele mostrou-se eficaz quando a questão é identificar comportamentos que sugerem alterações fonoaudiológicas, uma vez que é por meio de iniciativas desse perfil (aplicação de escala de medida) que se pode incidir na prevenção ou até mesmo na promoção da saúde humana. Logo, tal iniciativa de validade de conteúdo – com respaldado na psicometria – vem ao encontro de um instrumento de valoração à saúde fonoaudiológica de estudantes.

Contudo, é conveniente expor que a validade de conteúdo se refere à análise semântica que é realizada por vários juízes, visando a estabelecer a compreensibilidade das questões (itens), ou seja, de seu conteúdo, levando em consideração a pertinência destes às definições e racionalizações sobre o conteúdo que o autor da escala desenvolveu (conhecida como análise

dos juízes) (Pasquali, 2013). Corroborando a etapa em questão fundamenta-se em Anastasi e Urbina (2000) ao qual descrevem que a validade de conteúdo é conquistada quando as questões (itens) representam adequadamente as características que se pleiteiam medir. Dessa forma, todos os três juízes avaliadores da *ESC-FONO* – versões *ESC-FONO* – Teste e *ESC-FONO* – Reteste – afirmaram a conquista da validade de conteúdo para todo o corpo textual desde que se realizassem as recomendações necessárias. Logo, pode-se afirmar que a conduta procedimental aferida para a etapa em questão foi pertinente e correta para que houvesse sugestões amplamente capazes de serem corrigidas de tal forma que conviessem para a qualidade da escala em questão. Corroborando isso, reitera-se a conceituação de validade de conteúdo como etapa essencial para o processo de validação instrumental no qual

refere-se ao julgamento sobre o instrumento, ou seja, se ele realmente cobre os diferentes aspectos do seu objeto e não contém elementos que podem ser atribuídos a outros objetos. Ela não é determinada estatisticamente, ou seja, não é expressa por um coeficiente de correlação, mas resulta do julgamento de diferentes examinadores especialistas, que analisam a representatividade dos itens em relação às áreas de conteúdo e à relevância dos objetivos a medir. (Raymundo, 2009, p. 87).

Partindo disso, tem-se que todos os juízes que analisaram e julgaram à *ESC-FONO* – Inicial – seguindo critérios rígidos estabelecidos por instrumento específico – mencionado na Figura 21 tiveram papel crucial para a validação da escala em questão, uma vez que permitiram equilíbrio (estado de caráter severo por meio de opiniões rígidas) do construto mediante cooperação a fim de se evitar instrumento que não conviesse para o público de estudantes (pessoas que poderão ser observadas comportamentalmente) e docentes (pessoas que poderão aplicar o construto).

Na etapa VII – pré-teste (Teste) –, é válido mencionar que se constitui etapa psicométrica – assim como todas as outras respaldadas pela presente pesquisa – de grande relevância uma vez que ter sido primordial para a produção de dados após o pesquisador ter convicção de que o construto apresenta objetivos claros, público envolvido, questões (itens) selecionadas e devidamente adequadas e com possibilidades de respostas apropriadas que façam jus ao objetivo de medição comportamental, estruturação conveniente e validação de conteúdo (semântica) pertinente (AERA, APA, & NCME, 1999; Coluci et al., 2015; Grant & Davis, 1997; Günther, 2003; Haynes et al., 1995; Keszei et al., 2010; McGilton, 2003; Pasquali, 1998, 2013; Pittman & Bakas, 2010; Streiner & Norman, 2008; Reppold et al., 2014).

Logo, esta etapa – assim como a seguinte denominada de teste (Reteste) – permite ao pesquisador fazer comparações devidamente respaldadas na estatística que pode ou não apresentar validade matemática e, logicamente, sugerir ou não validação – por meio de testes numéricos específicos – do instrumento para ampla utilização (Cohen et al., 2014). Foi por meio de comparação da produção de dados da etapa Pré-teste (teste) e a Teste (Reteste) que pôde-se inferir fidedignidade à *ESC-FONO* – versões *ESC-FONO* – Teste e *ESC-FONO* – Reteste – como parâmetro necessário para a indicação de qualidade e, conseqüentemente, de consistência instrumental. Contudo, a fidedignidade de um construto condiz com o atributo que ele deve possuir como a fidedignidade, confiabilidade e precisão (Pasquali, 2010b, 2013).

Quanto à etapa VIII – teste (Reteste) –, é conveniente descrever que tudo o que foi mencionado na etapa anterior – pré-teste (Teste) – cabe para a presente etapa, uma vez que o proponente deste estudo aderiu o respaldo psicométrico como base teórica orientativa na construção e validação do instrumento objetivo deste estudo. As duas etapas foram aplicadas igualmente aos participantes e essa ação (de modo igual) vai ao encontro com a proposta da utilização do método Teste-Retestes que permite mensurar a precisão instrumental e, dependendo dos resultados estatísticos, bem como do rigor metodológico em todas as etapas do processo pleiteado, pode-se indicar validação científica. Desta forma, pode-se aferir (assegurar) sucesso do percurso trilhado por este estudo a ponto de mitigar validação com base psicométrica. Contudo, Anastasi e Urbina (2000) afirmam que é preciso o respaldo na validade de construto que está atrelada necessariamente às questões (itens) medirem eficazmente uma determinada característica, o que se constatou por meio de etapas essenciais mencionadas anteriormente, o que não exclui a etapa teste (Reteste).

5.4 SAÚDE, ESCOLA E *ESC-FONO*

Partindo da complexidade (conjunto de numerosos elementos de composição) que o termo saúde remete a qualquer discussão que se centre nas crianças e nos adolescentes faz-se pensar na necessidade de se atender a integralidade (condição de garantia de assistência à saúde levando em consideração os níveis de atenção: primária, secundária e terciária). de todas as áreas envolvendo a saúde infantojuvenil. No entanto, é conveniente descrever que esse estudo se focou em uma área específica que é a fonoaudiologia, especificamente, comportamentos característicos de comprometimento na saúde fonoaudiológica devidamente orientados pela psicometria. Nesse ínterim, a psicometria propicia suporte colaborativo com

diversas áreas da saúde para se atingir a saúde integral de estudantes, uma vez que sem a atenção à saúde fonoaudiológica provavelmente não se conquistem condições para o bem-estar (condição de satisfação) físico, mental e social. Desta forma, “se a saúde se define como atenção à vida com qualidade e atende ao universo das necessidades de ... cidadãos plenos de direito, é possível inferir saúde como direito de todos. Assim cabe ainda considerar na definição de saúde o bem estar coletivo” em que as pessoas – incluindo crianças e adolescentes – possam conviver nos diversos lugares da sociedade, o que inclui o ambiente escolar (Silva, 2019, p. 16).

É direito de toda criança e de adolescente ser assistido no que tange à saúde, educação e atenção integral, e essa garantia é preconizada de forma objetiva pelo ECA, instrumento esse que é legal e subsidia a proteção infantojuvenil brasileira. Ressalta-se o artigo 1º da Lei 8.069/1990, especificamente o “Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referente à vida, a saúde, à alimentação, à educação” (*Lei n. 8.069, 1990a*). Nesse sentido, entende-se, aqui, que a escola seja local crucial para se pleitear a saúde fonoaudiológica e, conseqüentemente, garantir melhor qualidade de vida de crianças e adolescentes sem que interfira em suas atividades pedagógicas que assistem necessariamente o ensino formal em questão. Tradicionalmente, a escola apresenta grande valorização social e garantia de dignidade (valor que preza pela existência humana adequada o que não deixa de levar em conta a saúde) por meio da educação que inclui várias áreas do saber – ciências, biologia, educação física, entre outras – e dentre essas áreas apresentam-se corriqueiramente ações de interdisciplinaridade que não deixam de levar em consideração a saúde como garantia do direito à vida e como “um fenômeno complexo [conjunto de numerosos elementos de composição], permeado por determinantes de várias naturezas” (Brentani et al., 2013, p. 48). Logo, a

educação e a saúde, como práticas sociais, sempre estiveram articuladas. No entanto, no conjunto de suas políticas, programas e serviços, a depender dos contextos, manifestam diferentes práticas de saúde e de educação. Questões de saúde podem ser problematizadas no cotidiano de espaços sociais [local de inter-relações entre as pessoas] diversos e de maneiras distintas (Silva, 2019, p. 41).

O instrumento legal denominado ECA traz em seu corpo textual o “Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas [iniciativa governamental com o objetivo de solucionar problemas de uma coletividade] que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.”. E o presente estudo traz a *ESC-FONO* – Final como

instrumento amplamente possível de ser utilizada por quaisquer docentes que necessitem se amparar em ferramenta validada cientificamente para prover garantia à saúde por meio de rastreamento comportamental fonoaudiológico. É válido mencionar que a sua utilização pode ocorrer também por meio de políticas sociais públicas (iniciativa governamental com o objetivo de solucionar problemas de uma coletividade) realizadas nas dependências do ambiente escolar de forma que garanta proteção à vida e a saúde, que é preconizada pelo ECA. O instrumento em questão, *ESC-FONO* – Final, também possibilita o acompanhamento desenvolvimental sadio uma vez que pode de forma rápida e de fácil utilização rastrear frequentemente um comportamento indicativo de quadro atípico (qualidade daquilo que não está de acordo com um determinado padrão) de saúde fonoaudiológica. Nesse sentido, Silva (2019) descreve que o ambiente escolar

têm representado historicamente um lócus importante para diversas práticas e vivências de saúde, presentes nas relações entre os sujeitos que convivem nesse espaço (local de inter-relações entre os estudantes). Diversos fatores determinantes das condições de saúde e doença podem ser problematizados e analisados no espaço da comunidade escolar (p. 41).

Partindo da premissa de que a saúde escolar já é compreendida como componente essencial para que ocorra boa aprendizagem, permite-se que o desenvolvimento infantojuvenil – por meio de observação comportamental de docentes – se faça relevante e possível de ser alcançada por meio da *ESC-FONO* – Final. A possibilidade em questão propicia maiores chances de solucionar possível comprometimento em saúde fonoaudiológica que pode estar influenciando negativamente – caso se confirme diagnóstico – ou vir a influenciar no futuro – caso não se detecte comportamento ou se negligencie conduta de rastreio diante de quadro atípico (qualidade daquilo que não está de acordo com um determinado padrão) de saúde fonoaudiológica – o rendimento escolar, desenvolvimento global infantojuvenil, qualidade de vida, relações interpessoais, interação docente-estudante, entre outros.

Outrossim, a *ESC-FONO* – Final como instrumento elaborado para o bem comum (conjunto de benefícios compartilhados) pode fortalecer ainda mais a cultura (condição corriqueira coletiva) do cuidado à saúde humana, em especial de estudantes. Desta forma, um incentivo para se promoverem ações institucionais que objetivem atenção à saúde fonoaudiológica na educação em conjunto com outras ações de outras áreas que também podem ser aplicadas associadamente para benefício do público estudantil.

As condições de ... saúde e também as iniquidades sociais em nosso país permitem dizer que essa parcela da população [estudantes] está exposta a graves riscos de

adoecimento [condição de saúde debilitada] e a situações de vulnerabilidade, que precisam ser objeto prioritário de ação ..., particularmente os de Educação (Ministério da Saúde, 2009, p. 15).

Contudo, são dezenas de possibilidades de quadros atípicos (qualidade daquilo que não está de acordo com um determinado padrão) se confirmarem por meio da observação comportamental das 17 questões (itens) contidas na *ESC-FONO* – Final. As questões (itens) da escala, apesar de objetivas e de fácil entendimento, sugerem presença ou não de comprometimento na saúde fonoaudiológica em um determinado domínio (área) se o docente tiver assinalado ao menos em uma das categorias de respostas – das questões (itens) – numéricas: 6, 5, 4 ou 3. No entanto, apenas o profissional da área correspondente pode diagnosticar condição de saúde que mereça terapêutica a fim de restabelecer saúde infantojuvenil, caso necessário. É válido mencionar que o docente terá a possibilidade de medir comportamento que mereça ou não atenção profissional competente com base em sua observação. Essa observação fornecerá pistas – por meio de grau de frequência devidamente expostas em cada questão (item) – para um diagnóstico mais preciso do fonoaudiólogo.

Nesse sentido, pode-se aferir (assegurar) que a *ESC-FONO* – Final vem contribuir como uma ferramenta de urgência em saúde, haja vista a necessidade de valorização integral da criança e do adolescente uma vez que a saúde fonoaudiológica não está sendo assistida em comparação com outras áreas do conhecimento. Questiona-se como o público em questão, estudantes, consegue ser assistido integralmente em saúde – o que inclui a saúde fonoaudiológica – na ausência de um instrumento que abranja um conjunto de domínios (áreas) como a escala validada por esse estudo? Desta forma reitera-se a justificativa da construção e validação do instrumento objeto desta pesquisa a fim de contribuir com a sociedade, especificamente, o público de estudantes que abrange a infância e adolescência.

Necessariamente, a aplicação da escala por docentes exige parâmetros comuns descritos por Barsano et al. (2014). Esses mesmos parâmetros descritos a seguir podem ser associados às questões (itens) da *ESC-FONO* – Final, uma vez que a questão central é voltar-se a atenção à saúde de estudantes, algo comum na prática pedagógica no ambiente educacional. Esses parâmetros são: a) postura e motricidade global (faz-se relação com as questões/itens): 2 - tontura e 11 - dificuldade para respirar; b) visão e motricidade fina (faz-se relação com a questão/item): 10 - dificuldade na coordenação motora das mãos; c) audição e linguagem (faz-se relação com as questões/itens): 1 - dificuldade para compreender o que lhe é dito, 4 - velocidade de fala, 5 - vocabulário pobre e rotineiro, 6 - dificuldade de memorizar, 7 - alterações de fala, 8 - compreender a escrita, 9 - troca e ou omissões de letras, 15 - voz

muito grave ou aguda, 16 intensidade de fala e 17 - voz ruidosa; d) comportamento e adaptação social (faz-se relação com as questões/itens): 3 - engasgo, 12 - roer unhas, 13 - ranger ou friccionar os dentes e 14 - lábios se manterem entreabertos.

Partindo dos parâmetros anteriores, quando a questão é a condição de rastreamento fonoaudiológico promovido pela *ESC-FONO* – Final, podem-se evidenciar a promoção e a prevenção da saúde na educação. Portanto, a escola como local potencial para prevenir distúrbios de saúde torna-se relevante para “impedir qualquer tipo de aprendizagem ou interação social” atípicas (qualidade daquilo que não está de acordo com um determinado padrão); assim, quando são citas as expressões promoção e prevenção de saúde no ambiente educacional pensa-se “em promover saúde na escola, espaço de aprendizagem que exige um olhar multidisciplinar no atendimento ao aluno” (Romero & Joia, 2019, p. 21). Nesse ínterim, a escala desta pesquisa valoriza a multidisciplinaridade uma vez que se propõe a somar com ações de outras áreas da saúde que ocorrem – mesmo que de forma sucinta – na prática escolar, como a saúde bucal, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, prevenção e controle do tabagismo e do uso de outras drogas, entre outros.

A Política Nacional de Promoção da Saúde apresenta componentes essenciais para a conquista da promoção da saúde humana e uma delas é a participação social (implicação no entendimento de múltiplas ações de forças sociais para benefícios de uma sociedade), que compreende docentes e pais de estudantes que conjuntamente podem contribuir para o interesse e necessidade em prol de melhores condições de saúde de crianças e adolescentes. Nesse sentido, o docente pode apresentar a função de atuar como observador comportamental – nas dependências do ambiente escolar – mediado pela *ESC-FONO* – Final de forma a realizar os encaminhamentos necessários de estudantes. Já os pais são os responsáveis por levar seus filhos para uma consulta avaliativa fonoaudiológica caso o docente tenha realizado alguma observação sugestiva de comprometimento em saúde por meio de encaminhamento por escrito.

A possibilidade de interação de professores e pais de estudantes para fins de benesses infantojuvenis subsidia a proposta que preconiza a atenção integral à saúde de membros da comunidade. Tal preconização é fortalecida na máxima de que todas as pessoas passam pela escola no período estudantil e, com ações assertivas capazes de promover melhores condições de qualidade de vida e menor risco à saúde, pode favorecer a coletividade. A condição de boa relação entre saúde e escola favorece o “enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros” e iniciativas da escola propor o bem-estar (condição de satisfação com a vida) humano

“reconhece e acolhe as ações de integração entre saúde e educação já existentes e que têm impactado positivamente na qualidade de vida dos educandos.” (Ministério da Saúde & Ministério da Educação, 2011, p. 6). No entanto, a necessidade emergente de se atingir atenção integral à saúde justifica a construção de instrumentos devidamente validados cientificamente nas mais diversas áreas, uma vez que só é possível atingir condição integral de saúde quando todas as áreas do conhecimento forem contempladas, o que inclui a fonoaudiologia.

Nesse sentido, o debate sobre saúde em ambiente escolar traz como histórico sua imersão na promoção da saúde que “assume-se que a saúde é produto da vida cotidiana e influenciada por fatores socioculturais e ligados às condições de vida. Esse debate ganha força e reconhecimento de cenários mais favoráveis à vida com qualidade” (Silva, 2019, p. 42). Dessa forma, saúde escolar pleiteia necessariamente articulação que, por vezes, pode ser angariada por inovação instrumental como proposta por este estudo ao trazer a necessidade de uma escala que mede, sob a ótica do docente, possíveis condições de má saúde fonoaudiológica. A promoção da saúde no ambiente educacional “propicia práticas participativas e gera novos conhecimentos e saberes que são transformadores da realidade” (Silva, 2019, p. 27). Nesse prisma e no contexto da proposta deste estudo, o conhecimento pode ser atingido não somente pela ampla utilização e disponibilização de uma escala de medida, mas pelo conteúdo nela exposto. O corpo textual da *ESC-FONO – Final*, que compreende assuntos das diversas áreas da ciência fonoaudiologia, é amplamente conhecido quando se trata de seus temas como a gagueira, tontura, dificuldade para escutar, entre outros.

Apesar do amplo conhecimento dos temas abordados na escala não significa que seu conteúdo seja explorado a ponto de aprofundar os saberes sobre tal e nem estimular um olhar capaz de identificar possíveis comportamentos de saúde comprometida. Nessa lógica, a promoção da saúde, quando objetivo social no ambiente escolar, pode ser conquistada de diversas formas, o que inclui a ampla exploração dos temas expostos no corpo textual da escala e para que ocorra a educação em saúde. Apesar da intenção primária da *ESC-FONO – Final* não ser a educação em saúde, não se pode negar a possibilidade de professores trabalharem seu conteúdo a estudantes a fim de estimular amplo conhecimento e propostas de prevenção de distúrbios fonoaudiológicos e, desta forma, angariar a condição que a promoção da saúde exige para sua conquista.

O Ministério da Saúde e o Ministério da Educação brasileiro apresentam diretrizes para programas de saúde na escola. Esses mesmos programas com a intenção de benefícios integrais à saúde – levando em consideração as necessidades locais e condições disponíveis –

devem seguir orientações disponibilizadas por esses ministérios, a fim de auxiliar nas ações que a escola – por meio de seus dirigentes, docentes e corpo de funcionários – achar conveniente para atingir seus objetivos. É válido descrever que programas de saúde geralmente fazem parte de políticas públicas (iniciativa governamental com o objetivo de solucionar problemas de uma coletividade) amplamente divulgadas e realizadas em múltiplos locais em território nacional e inclui diversas ações em prol da saúde humana. Já ações realizadas isoladamente fazem parte de iniciativas necessárias com base na realidade local ou regional. Logo, o termo ação utilizado pelo presente estudo pode atrelar-se tanto a programas como ações em saúde isoladas. A seguir são expostos alguns pontos de maior impacto que norteiam a iniciativa de ações em saúde infantojuvenil, tais quais:

I – Tratar a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania [qualidade de ser cidadão com deveres e direitos] e o usufruto pleno dos direitos humanos [normas de reconhecimento e proteção à dignidade dos seres humanos, sem exceção];

...;

III – Promover a articulação de saberes, a participação dos educandos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social das políticas públicas da saúde e educação;

IV – Promover a saúde e a cultura [condição corriqueira coletiva] da paz, favorecendo a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;

...;

VI – Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;

VII – Promover a comunicação, encaminhamento e resolutividade entre escolas e unidades de saúde, assegurando as ações de atenção e cuidado sobre as condições de saúde dos estudantes;

VIII – Atuar, efetivamente, na reorientação dos serviços de saúde para além de suas responsabilidades técnicas no atendimento clínico, para oferecer uma atenção básica e integral aos educandos e à comunidade. (Ministério da Saúde & Ministério da Educação, 2011, p. 7).

Levando em consideração as diretrizes anteriores, especificamente a numeração I, tem-se que a escola leve em conta – de forma que crie uma cultura (condição corriqueira coletiva) multidisciplinar – a saúde e a educação como potenciais colaboradores

concomitantes nos conteúdos expostos na *ESC-FONO* – Final e o currículo escolar devidamente orientado pela Base Nacional Comum Curricular. Por meio das disciplinas curriculares podem-se realizar orientações com sentido de prevenção e ensino com o intuito de angariar conhecimento amplo, entre outras. A garantia de atenção integral pode ser conquistada quando o foco se direcionar à saúde como um todo, o que inclui a fonoaudiologia em todas as suas dimensões (áreas) – que estão devidamente apresentadas no corpo da escala deste estudo – atreladas necessariamente à área da educação. O conhecimento repassado aos estudantes e a atenção à saúde destinada a eles fazem jus ao direito instituído pela Constituição Federal de 1988, bem como pelo ECA. Logo, as ações – gincanas, jogos, rodas de conversas, exposição de trabalhos individuais e coletivos, entre outras – a serem desenvolvidas são livres desde que tenham objetivo nobre de beneficiar o bem-estar (condição de satisfação com a vida) da criança e do adolescente, e essas mesmas ações têm o respaldo na numeração I, para potencializar esforços para o bem comum (conjunto de benefícios compartilhados) da coletividade.

No que se refere à numeração III, quando na promoção a articulação de saberes tem-se na escola – como ambiente potencial a benefícios coletivos – possibilidade de programas sociais que envolvam toda a comunidade que inclui os pais, funcionários, estudantes e sociedade em geral, uma vez que promover saúde e educação são condições amplamente possíveis de serem conquistadas na lógica de que nesse mesmo local tem-se ampla valoração e respeito de toda a sociedade que sempre responde ao seu chamado quando necessário. Apesar da *ESC-FONO* – Final ser destinada a estudantes, ela se torna instrumento norteador quando a questão for a discussão com a sociedade referente à saúde generalista em fonoaudiologia, seja na criança, no adolescente ou no adulto. A divulgação do conhecimento é sempre bem-vinda a todo o instante que preze valorização à vida humana e essa mesma divulgação de saberes realizada pela escola também se torna um canal de devolutiva e de experiências sociais capazes de engrandecer ainda mais as ações de saúde e educação que levam a interdisciplinaridade como norte para o entrosamento de conhecimentos múltiplos. Logo, todos os integrantes sociais – estudantes, pais, trabalhadores da educação e membros da sociedade – fazem parte de um sistema que coloca em pauta contribuições para o controle social (participação da sociedade na fiscalização de iniciativas governamentais) cuja coletividade tem ampla voz para solucionar problemas e assegurar manutenção do direito de todos e dos afazeres do ambiente educacional.

Na numeração IV, quanto à menção à saúde, cultura (condição corriqueira coletiva) da paz e favorecimento à prevenção de agravos à saúde, é conveniente descrever sobre a missão

pacificadora que a escola tradicionalmente apresenta ao longo dos tempos e que incide diretamente na formação do estudante para que se pleiteie sempre a sensatez em momentos de tensão individual e/ou coletivo que tenha origem na saúde, problemas sociais, entre outros. Tem-se também que a prevenção de problemas de saúde pode ser confluyente com a cultura (condição corriqueira coletiva) de paz, uma vez que uma sociedade saudável tende a se afastar do que não seja pacífico, haja vista ter melhores condições biológicas e funcionais valorativas à consciência e ao aprendizado. Já em relação à numeração VI sobre o enfrentamento das vulnerabilidades, estima-se a possibilidade de atuar – por meio da *ESC-FONO* – Final – na prevenção primária (estímulo à realização de ações de conscientização de hábitos a fim de se evitar comprometimento na saúde fonoaudiológica de forma a garantir proteção), secundária (condição de observar comportamentos sugestivos de comprometimento em saúde em fase inicial, bem como realizar encaminhamento à conduta profissional) ou terciária (observação de comportamento sugestivo de saúde fonoaudiológica cronicamente debilitada, assim como realizar encaminhamento à conduta profissional) da saúde de crianças e adolescentes de forma a minimizar condições de risco à saúde fonoaudiológica que possam estar influenciando a boa condição de aprendizagem. Segundo Ohlweiler (2016b) e Rotta (2016), a maioria dos acometimentos em saúde apresenta considerável influência no aprendizado escolar e ter subsídio em instrumento com o objetivo de levantar possibilidade de alguma alteração na saúde é sempre bem-vinda e se faz em consonância com as diretrizes mencionadas anteriormente.

O pleno desenvolvimento escolar depende de uma série de fatores sociais e principalmente da saúde infantojuvenil. As propostas de ações organizadas pela escola devem preferencialmente pleitear a integralidade (condição de garantia de assistência à saúde levando em consideração os níveis de atenção: primária, secundária e terciária) do estudante, ou seja, levando em consideração a saúde como um todo. Nessa perspectiva, reitera-se que a *ESC-FONO* – Final possa atuar no que tange à área fonoaudiológica e, se associada à programas, ela irá corroborar com a promoção da saúde. Se aplicada como ação isolada a um estudante ou grupo pode ser considerada prevenção em saúde. Logo, as áreas de angariam o aprendizado de estudantes são duas, a saber: educação e saúde. “Na primeira agem os educadores, orientadores educacionais, pedagogos e psicopedagogos; na segunda, atuam pediatras, neurologistas, neuropediatras, psicólogos, psiquiatras ..., fonoaudiólogos, psicomotricistas, fisioterapeutas, ..., entre outros” (Riesgo, 2016, p. 9).

Ainda se referindo a diretrizes norteadoras da iniciativa de ações em saúde infantojuvenil propostas pelo Ministério da Saúde conjuntamente com o Ministério da

Educação brasileiros, especificamente a numeração VII, vê-se a possibilidade da *ESC-FONO* – Final ser um incentivador à boa comunicação entre escola e unidades de saúde. Parte-se da lógica de que os pais, tendo a ciência da necessidade de levar seu filho para uma avaliação fonoaudiológica, não deixam de realizar – mesmo que indiretamente – comunicação entre escola e estabelecimento de saúde. Aliás, o docente também tem a possibilidade de aconselhar os pais a procurarem qualquer profissional de fonoaudiologia que tenham mais confiança, e, também, sugerir locais públicos que atendam gratuitamente a população, haja vista o que preconiza as diretrizes do programa saúde na escola. A comunicação entre as instituições – escola e unidades de saúde – é bem-vinda tendo em vista a necessidade do local que irá receber o estudante, por meio de encaminhamento, tenha conhecimento de possíveis demandas que possam ocorrer após ações de saúde realizadas nas dependências da instituição escolar. Assim, é conveniente as escolas entrarem em contato com as unidades de saúde mais próximas a fim de esclarecerem à direção destas que docentes apresentam a prática de aconselhar os pais a levarem seus filhos à consulta nessas unidades quando percebem comportamentos característicos de comprometimento na saúde fonoaudiológica.

No tocante à numeração VIII, é altamente sugestivo que docentes tenham contato com profissionais fonoaudiólogos (algo que comumente não ocorre, no entanto, a *ESC-FONO* – Final pode ser ferramenta contributiva para que haja contato desses profissionais quando o que se tem em mira é a saúde infantojuvenil) da saúde pública de unidades próximas às escolas para que possam dialogar com possíveis observações realizadas para além das contidas na *ESC-FONO* – Final – observações essas de outras áreas da saúde – uma vez que se preconiza a atenção integral à saúde, que acaba sendo valorizada pelo diálogo entre profissionais. Essa boa comunicação, desde que tenha um canal direto de contato, é conveniente para satisfazer as necessidades de bem-estar (condição de satisfação com a vida) do próprio estudante, que é o principal objetivo quando a questão é garantir melhores condições de saúde e, conseqüentemente, de bem-estar, qualidade de vida e aprendizagem. Contudo, a instituição escolar “é um local privilegiado para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos à saúde e de doenças. A articulação entre escola e unidade de saúde é, portanto, uma importante demanda” para beneficiar o estudante e garantir cumprimento do que estabelece o CA como promulgador dos direitos da criança e do adolescente (Ministério da Saúde & Ministério da Educação, 2011, p. 6).

6 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a finalização deste estudo pode-se considerar que todos os objetivos foram atingidos com êxito e conquistados por meio do rigoroso processo apresentado ao longo da pesquisa que envolve validade estatística e de todos os procedimentos respaldados na psicometria como ciência norteadora para a construção e validação de instrumentos de medida comportamental. A participação de docentes e estudantes contribuiu para aumentar o conhecimento científico sobre o tema deste estudo, bem como pôde contribuir para conquistas de novos caminhos em direção ao conhecimento e desenvolvimento da ciência em prol da saúde humana. É válido mencionar que os benefícios diretos aos docentes do ensino fundamental (participantes) incidiram na possibilidade de contribuição para avanços no rastreamento em saúde fonoaudiológica em ambiente escolar. Pensa-se que o rastreamento comportamental possa incidir na solução de possível comprometimento em saúde fonoaudiológica de estudantes após iniciar o tratamento, caso haja necessidade. A aplicação de um instrumento validado cientificamente de forma que seja amplamente utilizado por docentes de instituições escolares do 1º ao 9º ano do ensino fundamental, aqui denominado pelo acrônimo *ESC-FONO – Final* (a versão validada cientificamente), pode incidir como um impulsionador para os encaminhamentos necessários à conduta fonoaudiológica.

Ainda se referindo aos benefícios diretos aos participantes docentes, incidiu também na possibilidade de estimular as escolas a promoverem ações que incluam a observação comportamental em saúde fonoaudiológica, algo que comumente não se realiza. Pensa-se que, pelo quantitativo de estudantes dentro do ambiente escolar, há grande probabilidade de haver distúrbios fonoaudiológicos tanto na condição aguda como crônica desconhecida ou ao menos não atentada pelo docente, pelo próprio estudante e sua família. Menciona-se ainda que, com a finalização deste estudo e a escala devidamente validada, os docentes podem aplicar a *ESC-FONO – Final* e realizar encaminhamentos à conduta profissional, caso for necessário. O repasse deste documento (encaminhamento) pode ser entregue ao responsável legal do estudante para averiguação do estado de saúde com um fonoaudiólogo. Tal procedimento configura-se como importante ação promotora de saúde haja vista sua potencialidade de angariar solução para possível comprometimento na saúde fonoaudiológica desde que o estudante seja atendido por profissional da área fonoaudiológica da rede pública ou particular.

Já os benefícios diretos aos estudantes participantes deste estudo ocorreram na possibilidade de contribuição com dados comportamentais que auxiliaram na discussão que envolve a promoção, prevenção e proteção da saúde infantojuvenil, de forma que colaboraram com a construção e validação de uma ferramenta comportamental que sugere ou não acometimento na saúde fonoaudiológica.

A proposta de construção e validação da *ESC-FONO* – Final se respaldou integralmente na psicométrica e torna-se – após a devida validação conquistada por este estudo – instrumento para ampla utilização por docentes do ensino fundamental atuantes do 1º ao 9º ano em uma faixa etária de estudantes que varia de 6 a 18 anos de idade. Sua estrutura numérica possibilita ao respondente (docente) medir de forma rápida, simples e fidedigna – com base em sua percepção em maior ou menor grau – comportamentos que podem indicar ou não possível comprometimento da saúde fonoaudiológica e permite também incidir na promoção, prevenção e proteção em saúde humana, especificamente aquelas envoltas aos domínios (áreas) de Audiologia, Disfagia, Linguagem, Motricidade orofacial e Voz. A escala em questão foi construída com o intuito de conter teor autoexplicativo a fim de fazer jus à facilidade e ao interesse de sua utilização por docentes, uma vez que esse instrumento corrobora necessidade social.

A construção da *ESC-FONO* – Final vem ao encontro do que preconiza o ECA quando menciona em seu bojo textual a necessidade de proteção infantojuvenil justamente pela faixa etária que engloba a criança e o adolescente ser mais vulnerável (frágil). Essa proteção envolve uma série de artigos e contempla de forma especial o desenvolvimento e a proteção à vida e à saúde. Nesse sentido, considera-se o instrumento validado por este estudo como ferramenta de cuidado e monitoração da saúde fonoaudiológica de estudantes. No entanto, este estudo sugere a realização de novas pesquisas que contemplem faixa etária menor que 6 e maior que 18 anos, haja vista que comportamentos característicos de saúde fonoaudiológica comprometida também podem ser averiguados para além da faixa etária contemplada pela presente pesquisa.

É válido mencionar que a limitação deste estudo – para além da faixa etária que se pode contemplar – é a baixa adesão de docentes por escola na participação da pesquisa, variando de 1 a 6 participantes. Apesar de este estudo ter conquistado quantia de participantes largamente superior ao exigido pela literatura psicométrica, tem-se que poderia ter um quantitativo bem maior do que 106 docentes e, conseqüentemente, 106 estudantes. Outra questão a se colocar em pauta é a limitação dos locais de produção (coleta) terem ocorrido apenas em escolas urbanas, ou seja, não contemplando as rurais. Pensa-se que essas escolas poderiam ter sido contempladas, mas as atividades acadêmicas exigidas pela própria formação de doutoramento não permitiram o deslocamento – que exige mais tempo – do proponente desde estudo para regiões mais longínquas (afastadas).

Mediante tais considerações, menciona-se que a escala que se propõe fornecer ao docente do ensino fundamental não é uma política pública (iniciativa governamental com o

objetivo de solucionar problemas de uma coletividade), mas um instrumento que pode ser utilizado por meio de políticas públicas em prol da saúde de crianças e adolescentes. No entanto, a *ESC-FONO* – Final pretende ser um modelo para que futuramente possa ser amplamente utilizado por escolas brasileiras que contemplam o ensino fundamental. É válido ressaltar que a escala em questão poderá servir como modelo para a construção e validação de novos instrumentos, ou mesmo sua adaptação para outros países.

A realização deste estudo foi possível pelo anseio de seu proponente em alcançar por meio de mecanismo científico um instrumento que pode colaborar com eficiência para o auxílio a estudantes. Nesse sentido, apesar do presente estudo ter realizado um rastreamento – sem a confirmação de diagnóstico fonoaudiológico –, ele mostrou-se eficaz quando a questão é identificar comportamentos que sugerem saúde fonoaudiológica comprometida, uma vez que é por meio de iniciativas desse íterim (aplicação de escala de medida) que se pode incidir na prevenção, proteção ou até mesmo na promoção da saúde humana. É válido mencionar, também, que os resultados satisfatórios na confirmação dos dados produzidos (coletados) nas etapas (I) pré-teste (Teste) e (II) teste (Reteste) corroboraram para o pleito de validação da escala em questão.

As evidências que confirmam a validação instrumental da *ESC-FONO* – Final apresenta resguardo no 1) controle científico respaldado no rigor metodológico; 2) abordagem qualitativa e quantitativa adotada concomitantemente para a colaboração de um estudo de valorização de uma discussão crível, bem como análise estatística contributiva com dados matemáticos enaltecendo para o favorecimento e reconhecimento do construto; 3) ampla aceitabilidade da escala pelo público de docentes participantes do estudo; 4) condição de fidedignidade (confiabilidade) por precisão/estabilidade conquistada por meio do método Teste-Retest; 5) validade de conteúdo (semântica) devidamente julgada por juízes; 6) ampla gama de propriedades psicométricas testadas que envolvem Consistência Interna, Validade Convergente, Reprodutibilidade, Validade Discriminante e Validade Externa. Desta forma, conclui-se condição satisfatória que permite incidir qualidade instrumental como atributo conquistado para ampla utilização da *ESC-FONO* – Final.

Menciona-se, ainda, que, durante o processo de validade estatística, se conquistou coeficiente Alfa (α) de Cronbach de 0,880 (etapa Teste) e 0,901 (etapa Reteste), configurando excelentes níveis de consistência interna. Em relação à confiabilidade com base na Validade Convergente obteve-se excelente replicabilidade com p -valor $<0,001$ (Correlação Intraclasse) para todos os cinco domínios da escala. Já a Validade Discriminante apontou prevalência de 21,7% com Intervalo de Confiança de 95% [13,9% a 29,5%] e essa prevalência está em

conformidade com outros dados publicado por pesquisadores como mencionado no tópico “Resultados e Discussão”. No que tange à validade baseada em critérios externos à *ESC-FONO* – Final, obteve-se p -valor $< 0,05$ (em quatro domínios) tanto para a discriminação de presença de comportamentos característicos de saúde fonoaudiológica comprometida referidos pelo responsável do estudante como por outros docentes. No que concerne à avaliação dos docentes sobre a qualidade do instrumento destaca-se p -valor = 0,0039 (estatisticamente significativa). A pontuação mais elevada (Confiabilidade) configurou-se média = 5,97 e mediana = 6,0. Em relação pontuação mais baixa (porém excelente) (Praticidade) obteve-se média = 5,84 e mediana = 6,0.

Para além das evidências já mencionadas, é conveniente descrever sobre qualidades que a escala apresenta, tais quais: ser utilitária, viável e precisa. A condição de utilitariedade permite a tomada de decisão em realizar encaminhamento com base em frequência de comportamento(s) característico(s) de distúrbios passíveis de serem confirmados ou não por profissional fonoaudiólogo. Ser útil também vem ao encontro da oportunidade de o docente não negligenciar o risco à saúde de seus estudantes. Haja vista que o risco – em maior ou menor grau – é a probabilidade de acometimento da saúde fonoaudiológica. A criança e o adolescente devem receber atenção e intervenções para minimizar os riscos de forma a garantir mais chance de saúde. Os distúrbios fonoaudiológicos podem influenciar negativamente o estudante no que se refere à qualidade de vida, aprendizagem, entre outros. A não negligência é condição humanitária e permite o cumprimento do que preconiza a legislação brasileira quando na máxima de que a saúde é condição de direito que deve ser angariada pela sociedade, e a escola é a instituição pertencente a essa mesma sociedade.

Sobre a condição de ser viável, é própria por ser de fácil aplicabilidade, bastando apenas ter impressa a *ESC-FONO* – Final e preenchê-la manualmente. Seu preenchimento é rápido e não distante do trabalho que docentes fazem no dia a dia ao corrigirem avaliações, trabalhos escolares e realização de relatórios manuais. A viabilidade torna-se qualidade quando é de fácil manuseio, leitura e utilização pelo público a que se destina e a construção do instrumento deste estudo é embasada na psicometria que orienta clareza para fácil entendimento, algo que foi cumprido de forma satisfatória a ponto de o construto ser autoexplicativo. Já a condição de precisão é qualidade amplamente necessária para qualquer instrumento que se preze e, por meio da produção (coleta) de dados deste estudo, bem como os resultados estatísticos do Teste-Retest, proporcionou conjuntura amplamente capaz de concluir um instrumento preciso suficientemente para a garantia de qualidade.

É válido descrever que a aplicação do construto – aqui validado – por docentes do ensino fundamental não interfere em atividades laborativas no ambiente escolar mesmo por que seu uso é de rápido e fácil preenchimento e pode ser assinalado a qualquer instante desde que o docente tenha convicção das opções de respostas possíveis. O uso da escala pode fazer parte de projetos de saúde já realizados corriqueiramente nas dependências do ambiente escolar quando a questão é promover bem-estar (condição de satisfação com a vida) humano. As práticas de valorização à saúde do estudante são apreciadas pelo Ministério da Saúde e da Educação brasileiro uma vez que buscam conjuntamente estimular a integração de ações que favoreçam benefícios múltiplos com a solução para possível comprometimento em saúde fonoaudiológica. Reitera-se que, apesar da *ESC-FONO* – Final não diagnosticar quadros de comprometimento em saúde, ela mede frequência de comportamentos que sugerem distúrbios caso o docente venha a assinalar ao menos uma das categorias de respostas numéricas das 17 questões (itens) disponíveis, a saber: sempre [6], quase sempre [5], às vezes [4] e raramente [3].

Portanto, essa averiguação só será possível se tiver a contribuição de docentes em aplicar a escala (assinalando-a), preencher o encaminhamento e repassar aos pais do estudante para que possam levá-lo para uma avaliação fonoaudiológica. A *ESC-FONO* – Final foi pensada a fim de que contivesse no próprio corpo – nas últimas páginas – um encaminhamento para ser preenchido com dados básicos para formalizar a necessidade de uma avaliação com base na percepção do docente em ambiente educacional. Um diagnóstico conclusivo pode incidir não somente na melhoria da saúde do estudante, mas, também, em sua condição de aprendizado e capacidade de desenvolvimento intelectual. Parte-se da lógica que uma criança ou um adolescente com saúde debilitada podem comprometer seu desenvolvimento global e, dependendo do grau do distúrbio infantojuvenil, pode influenciar na capacidade de aprendizagem.

Ressalta-se que nem sempre a formação acadêmica do docente do ensino fundamental tem base teórica o suficiente que leve em consideração cuidados com a saúde humana em suas mais variadas áreas. Partindo disso, tem-se que a *ESC-FONO* – Final possa colaborar eficazmente com o trabalho do docente para estimular uma cultura (condição corriqueira coletiva) de saúde no ambiente escolar e contribuir com a saúde fonoaudiológica de estudantes, haja vista que a escala em questão se apresenta, em sua versão final, as características de ser inteligível, objetiva e com linguagem de fácil compreensão e utilização.

É válido citar que triagem – também denominada de *screening* – é um atributo realizado por profissional de fonoaudiologia quando a questão central é identificar possível

comprometimento em saúde fonoaudiológica independentemente da criança ou do adolescente – comum a esta faixa de idade e geralmente realizada em ambiente educacional – e apresentar características comportamentais sugestivas de tal. Geralmente, a triagem é realizada por um único profissional que vai até a escola e realiza uma série de atividades que indica ou não a necessidade de encaminhamento para conduta profissional. No entanto, essa prática não acontece rotineiramente em todas as escolas e, quando acontece, nem sempre engloba todas as turmas e todos os estudantes. Contudo, a *ESC-FONO* – Final, como proposta para ser utilizada por docentes, não pretende substituir a prática – mesmo que rara no ambiente escolar (triagem) – de fonoaudiólogos, mesmo porque – apesar de terem o mesmo objetivo (rastreamento) – apresentam condições distintas. Ou seja, uma pode ser realizada por profissional de fonoaudiologia e a outra pode ser realizada por um docente. Geralmente, uma triagem é realizada em apenas um único período durante um ou dois dias, o que inviabiliza um trabalho de rastreamento eficiente quando a questão é observar comportamentos e/ou realizar testes específicos – geralmente não padronizados e nem validados cientificamente.

Mesmo que possa haver instrumentos validados para a prática de rastreamento comportamental para uso de fonoaudiólogos (prática geralmente denominada de triagem pela área fonoaudiológica) e docentes, possivelmente, não ocorra levando em consideração todas as áreas contemplativas que a *ESC-FONO* – Final apresenta em seu corpo estrutural. Fazendo uma comparação com a utilização da escala em questão (denominada como um instrumento de rastreamento), tem-se que o docente está diária ou semanalmente com seu estudante e isso promove vantagens na observação de comportamentos em detrimento à triagem realizada por profissional de fonoaudiologia que ocorre em um curto período de tempo. Nessas triagens realizadas em curto período de tempo, o estudante pode mascarar (não demonstrar/controlar) comportamentos que indicam a necessidade de encaminhamento. Ou seja, a estada rotineira (convívio) do docente com o estudante pode contribuir significativamente para o rastreamento comportamental de saúde fonoaudiológica, haja vista que é muito mais difícil controlar comportamentos quando o convívio é rotineiro.

Reforça-se que o rastreamento por meio da *ESC-FONO* – Final (a ser realizada por docentes) não desmerece o trabalho de triagem realizado por fonoaudiólogos, mas, sim, se torna um instrumento cooperativo à saúde de crianças e adolescentes. Desta forma, o instrumento construído e validado cientificamente por este estudo pode cooperar com prevenção, promoção e proteção de saúde. A prevenção como parte integrante da promoção vem ao encontro de ações locais que pleiteiem a saúde fonoaudiológica e essas mesmas ações podem ser aplicadas ou não em conjunto com outras áreas do cuidado em saúde. Já a

promoção em saúde ocorre quando for pensada de forma integral levando em consideração um conjunto de áreas em um contexto de políticas públicas (iniciativa governamental com o objetivo de solucionar problemas de uma coletividade) cujo foco seja a saúde do estudante. E a proteção pode ser conquistada por meio do conhecimento dos assuntos contidos no corpo textual da escala de forma a serem utilizados como estímulo a ações com o objetivo de evitar o aparecimento de distúrbios fonoaudiológicos. Contudo, sugere-se fortemente a possibilidade de confirmação da problemática apresentada no tópico “Introdução” não somente pela contextualização (condição de argumentar sobre motivos de algo acontecer) do presente estudo, mas, sim, pelo rigoroso percurso trilhado até a sua finalização.

A *ESC-FONO* – Final pode ser instrumento de estímulo para uma cultura (condição corriqueira coletiva) de cuidado em saúde nas dependências da escola, uma vez que sua rotineira aplicação por docentes pode gerar hábito (costume) contínuo de observação comportamental fonoaudiológica. Hábito (costume) esse que vem ao encontro da conduta permanente de assistência à saúde infantojuvenil. É válido mencionar que a escala em questão se apresenta como um instrumento inédito e original e pode ser aplicada pelo docente do ensino fundamental a qualquer momento independentemente se em contexto de prevenção, promoção ou proteção e com qualquer quantidade de estudantes concomitantemente desde que esteja certo de que possa realizar as observações comportamentais fonoaudiológicas necessárias.

REFERÊNCIAS

- Aaronson, N., Alonso, J., Burnam, A., Lohr, K. N., Patrick, D. L., Perrin, E., & Stein, R. E. (2002). Assessing health status and quality-of-life instruments: Attributes and review criteria. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 11(3), 193–205.
- Acosta, V. M., Moreno, A., Ramos, V., Quintano, A., & Espino, O. (2003). *Avaliação da linguagem: teoria e prática do processo de avaliação do comportamento linguístico infantil*. Ed. Santos.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). (2011). *Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar* (4th ed. rev. e atual.). ANS.
- Aiken, L. R. (1996). *Rating scales and checklists: Evaluating behavior, personality, and attitudes*. Wiley.
- Aiken, L. R. (1997). *Questionnaires and inventories: Surveying opinions and assessing personality*. Wiley.
- Akerman, M., Righi, L. B., Pasche, D. F., Trufelli, D., & Lopes, P. R. (2006). Saúde e desenvolvimento: que conexões? In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Jr., & Y. M. Carvalho (Orgs.), *Tratado de saúde coletiva* (pp. 111–135). Hucitec.
- Alchieri, J. C., & Cruz, R. M. (2003). *Avaliação psicológica: conceito, métodos e instrumentos*. Casa do Psicólogo.
- Alexander, M. P., & Benson, D. F. (1998). The aphasia and related disturbances. In R. J. Joynt (Ed.), *Clinical neurology* (Vol. 1, pp. 1–58). Lippincott.
- Alexandre, N. M. C., & Coluci, M. Z. O. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas [Content validity in the development and adaptation processes of measurement instrument]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3.061–3.068. <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>
- Alm, P. A. (2011). Cluttering: a neurological perspective. In D. Ward, & K. S. Scott. (Eds.), *Cluttering: a handbook of research, intervention and education* (pp. 3–28). Psychology Press.
- Almeida, K. (2011). Reabilitação auditiva em adultos. In Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial (Org.), *Tratado de otorrinolaringologia e cirurgia cervicofacial* (2nd ed., Vol. 2, pp. 358–370). Roca.

- Almeida, K. (2016). Estratégias e reabilitação audiológica em idosos. In I. Q. Marchesan, H. J. Silva, & M. C. Tomé (Orgs.), *Tratado das especialidades em fonoaudiologia* (pp. 1.021–1.028). Guanabara Koogan.
- Alves, G. A. S., Souza, M. S., & Baptista, M. N. (2019). Validade e precisão de testes psicológicos. In R. A. M. Ambiel, I. S. Rabelo, S. V. Pacanaro, G. A. S. Alves, & I. F. A. S. Leme (Orgs.), *Avaliação psicológica: guia de consulta para estudantes e profissionais de psicologia* (pp. 109–128). Casa do Psicólogo.
- Amaral, M. J. V. N., Ide, C. C., Tsunemi, M. H., & Guerra, G. M. (2019). Avaliação multidimensional do potencial de adesão terapêutica: validação de instrumento [Multidimensional evaluation of therapy adherence potential: Instrument validation]. *Brazilian Journal of Health Review*, 2(2), 1.377–1.400.
<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/download/1356/1230>
- Ambiel, R. A. M., Andrade, J. M., Carvalho, L. F., & Cassepp-Borges, V. (2011). “E viveram felizes para sempre”: vida longa (e necessária) relação entre psicologia e estatística. In R. A. M. Ambiel, I. S. Rabelo, S. V. Pacanaro, G. A. S. Alves, & I. F. A. S. Leme (Orgs.), *Avaliação psicológica: guia de consulta para estudantes e profissionais de psicologia* (pp. 49–80). Casa do Psicólogo.
- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (1999). *Standards for educational and psychological testing*. American Educational Research Association.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). *Testagem psicológica* (7th ed.) Artes Médicas.
- Andermann, A., Blancquaert, I., Beauchamp, S., & Déry, V. (2008). Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: A review of screening criteria over the past 40 years. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(4), 317–319.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2647421/pdf/07-050112.pdf>
- Andrade, C. R. F. (2000a). Fases e níveis de prevenção em fonoaudiologia: ações coletivas e individuais. In R. M. Vieira, M. Vieira, C. Ávila, & L. Pereira. (Orgs.), *Fonoaudiologia e saúde pública* (2nd ed., pp. 81–104). Pró-Fono.
- Andrade, C. R. F. (2000b). Protocolo para avaliação da fluência da fala [Speech fluency assessment protocol]. *Pró-fono: Revista de Atualização Científica*, 12(2), 131–134.
- Andrade, C. R. F. (2004). Fluência. In C. R. F. Andrade, D. M. Befi-Lopes, F. D. M. Fernandes, & H. F. Wertzner. *ABFW: teste de linguagem infantil nas áreas de fonologia, vocabulário, fluência e pragmática* (2nd ed., pp. 51–82). Pró-Fono.

- Andrade, C. R. F. (2016). Gagueira. In I. Q. Marchesan, H. J. Silva, & M. C. Tomé (Orgs.), *Tratado das especialidades em fonoaudiologia* (pp. 653–657). Guanabara Koogan.
- Andrade, C. R. F., Cervone, L. M., & Sassi, F. C. (2003). Relationship between the stuttering severity index and speech rate. *Sao Paulo Medical Journal*, *121*(2), 81–4.
<https://www.scielo.br/j/spmj/a/gBYPnQdLgrYBPZ9wW3NLZsF/?format=pdf&lang=en>
- Andrade, M. I. (1995). *Educação para a saúde: guia para professores e educadores*. Texto.
- Anelli, W., Busch, R., Lavaissiéri, P., Duprat, A. C., Eckley, C. A., & Bannwart, S. F. D. (2013). Avaliação vocal. In O. Lopes Filho (Ed.), *Novo tratado de fonoaudiologia* (3rd ed., pp. 635–650). Manole.
- Azevedo, M. F. (2016). Avaliação audiológica infantil. In I. Q. Marchesan, H. J. Silva, & M. C. Tomé (Orgs.), *Tratado das especialidades em fonoaudiologia* (pp. 924–929). Guanabara Koogan.
- Azevedo, M. F., & Pereira, L. D. (1997). Terapia para desordem do processamento auditivo central em crianças. In L. D. Pereira, & E. Schochat (Orgs.), *Processamento auditivo central: manual de avaliação* (pp. 69–77). Lovise.
- Bagozzi, R. P., & Phillips, L. W. (1982). Representing and testing organizational theories: A holistic construal. *Administrative Science Quarterly*, *27*(3), 459–489.
<https://doi.org/10.2307/2392322>
- Bakker, K., & Myers, F. (2011). *CSI Instructional manual for the cluttering severity instrument* [CSI, version 1, October 2011]. https://drive.google.com/file/d/1fAK31-mRGuBWn2_McgrQu4049LuZv8V4/view
- Baloh, R.W. (2005). Audição e equilíbrio. In L. Goldman, & D. Ausiello, (Eds.), *Cecil, tratado de medicina interna* (22th ed., Vol. 2, pp. 2.847–2.855). Elsevier.
- Balsamo, M., Innamorati, M., & Lamis, D. A. (2019). Editorial: clinical psychometrics: Old issues and new perspectives. *Frontiers in Psychology*, *10*, 947.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00947>
- Barsano, P. R., Barbosa, R. P., & Gonçalves, E. (2014). *Saúde da criança e do adolescente*. Érica.

- Bartram, D., Berberoglu, G., Hambleton, R., Muniz, J., & Vijver, F. (2018). ITC Guidelines for translating and adapting tests (Second Edition). *International Journal of Testing*, 18(2), 101–134. https://www.researchgate.net/profile/Jacques-Gregoire/publication/326547947_ITC_Guidelines_for_Translating_and_Adapting_Tests_Second_Edition/links/5d2a129b92851cf44081e811/ITC-Guidelines-for-Translating-and-Adapting-Tests-Second-Edition.pdf
- Basbaum, F. T., & Jakubovicz, R. (2012). *Tratamento da Gagueira na Criança: exercícios práticos para construir a fluência*. Revinter.
- Basso, D. B. A., Souza, J. A., Pasinato, F., Corrêa, E. C. R., & Silva, A. M. T. (2009). Estudo da postura corporal em crianças com respiração predominantemente oral e escolares em geral [Study of the body posture in children with predominant oral breathing and school-age children in general]. *Saúde*, 35(1), 21–27. <https://doi.org/10.5902/223658346525>
- Battistich, V., & Hom, A. (1997). The relationship between students' sense of their school as a community and their involvement in problem behaviors. *American Journal of Public Health*, 87(12), 1.997–2.001. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1381243/pdf/amjph00511-0095.pdf>
- Bauman-Waengler, J. (1996). Desenvolvimento fonológico normal. In R. J. Lowe (Ed.), *Fonologia: avaliação e intervenção - aplicações na patologia da fala* (pp. 33–65). Artes Médicas.
- Befi-Lopes, D. M. (2003). Alterações do desenvolvimento da linguagem. In S. C. O. Limongi (Ed.), *Fonoaudiologia. Informação para formação. Linguagem: desenvolvimento normal, alterações e distúrbios* (pp. 19–32). Guanabara Koogan.
- Behlau, M., & Pontes, P. (1995). Disfonias psicogênicas. In L. P. Ferreira (Org.), *Um pouco de nós sobre voz* (4th ed., pp. 61–86). Pró-Fono.
- Behlau, M., & Pontes, P. (2001). Eliminação de granuloma pós-cordectomia por técnica vocal de arrancamento. In M. Behlau (Org.), *O melhor que vi e ouvi: atualização em laringe e voz* (Vol. 3, pp. 334–343). Revinter.
- Behlau, M., & Ziemer, R. (1989). Reabilitação foniátrica do laringectomizado. In L. G. Brandão, & A. R. Ferraz (Orgs.), *Cirurgia de cabeça e pescoço: princípios técnicos e terapêuticos* (Vol. 2, pp. 371–383). Roca.
- Behlau, M., Gama, A. C. C., & Cielo, C. A. (2016). Técnicas vocais. In I. Q. Marchesan, H. J. Silva, & M. C. Tomé (Orgs.), *Tratado das especialidades em fonoaudiologia* (pp. 127–152). Guanabara Koogan.

- Belinchón, M., Igoa, J. M., & Rivière, Á. (1992). *Psicología del lenguaje: investigación y teoría*. Trotta.
- Bentzen, W. R. (2021). *Guia para observação e registro do comportamento infantil*. Cengage Learning.
- Bergamini, G., Luppi, M. P., Dallari, S., Kokash, F., & Romani, U. (1995). La rieducazione logopedica dei granulomi laringei [Logopedic rehabilitation of laryngeal granulomas]. *Acta Otorhinolaryngologica Italica: Organo Ufficiale della Societa Italiana di Otorinolaringologia eChirurgia Cervico-Facciale*, 15(5), 375–382.
- Berkman, L. F., & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, and health. In L. F. Berkman, & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (pp. 137–173). Oxford University Press.
- Bernardes, W. W. (1995). A expressão oral como conteúdo programático em língua portuguesa instrumental no terceiro grau: uma sugestão pedagógica [Oral expression as a syllabus in instrumental Portuguese language in the third grade: A pedagogical suggestion]. *CHRONOS: Revista da Universidade de Caxias Sul*, 28(1), 129–134.
- Bhatnagar, S. C. (2004). *Neurociência para o estudo dos distúrbios da comunicação* (2nd ed.). Guanabara Koogan.
- Bishop, D. (2002). Desenvolvimento da linguagem após lesão focal do encéfalo. In D. Bishop, & K. Mogford (Eds.), *Desenvolvimento da linguagem em circunstâncias especiais* (pp. 281–305). Revinter.
- Blacker, D., & Endicott, J. (2002). Psychometric properties: Concepts of reliability and validity. In A. J. Rush Jr., M. B. First, & D. Blacker (Eds.), *Handbook of psychiatric measures* (pp. 7–14). American Psychiatric Association.
- Bollen, K. A. (2002). Latent variables in psychology and the social sciences. *Annual Review of Psychology*, (53), 605–634.
- Borsboom, D., & Molenaar, D. (2015). Psychometrics. In J. D. Wright (Ed.), *International encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (2nd ed., pp. 418–422). Elsevier.
- Braga, C. G., & Cruz, D. A. L. M. (2006). Contribuições da psicometria para a avaliação de respostas psicossociais na enfermagem [Psychometric contributions to the assessment of psychosocial responses in nursing]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(1), 98–104. <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a13v40n1.pdf>

- Brannen, J. (2005). Mixing methods: The entry of qualitative and quantitative approaches into the research process. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(3), 173–184.
<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13645570500154642?needAccess=true>
- Brentani, A., Valente, M. H., Gomes, F. M. S., Escobar, A. M. U., & Grisi, S. J. F. E. (2013). Atenção à criança sob risco biopsicossocial. In A. M. U. Escobar, M. H. Valente, F. M. S. Gomes, & S. J. F. E. Grisi (Orgs.), *A promoção da saúde na infância* (2nd ed., pp. 48–63). Manole.
- Brown, G. (2021). Principles and assumptions of psychometric measurement [Unpublished manuscript]. The University of Auckland Report.
<https://doi.org/10.17608/k6.auckland.17057828.v1>
- Bruner, A. P. (2013). Avaliação da audição na criança. In O. Lopes Filho (Ed.), *Novo tratado de fonoaudiologia* (3rd ed., pp. 167–177). Manole.
- Budib, C. B., Souza, C. C. C., Guimarães, C. M., Aguiar, E. S., Cunha, L. O., Kawabata, M. A. M., Comparin, M. R., Engelmann, W. L., Pícoli, R. P., & Biberg-Salum, T. G. (2013). Prevalência de baixa acuidade auditiva em escolares de seis a doze anos de uma instituição filantrópica [Prevalence of low hearing acuity in schoolchildren aged six to twelve years, from a philanthropic institution]. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, 17(3), 21–30.
<https://ensaioseciencia.pgskroton.com.br/article/view/2330/2233>
- Bühler, K. E. B., & Almeida, F. C. F. (2016). Avaliação clínica da disfagia orofaríngea infantil à beira de leito. In I. Q. Marchesan, H. J. Silva, & M. C. Tomé (Orgs.), *Tratado das especialidades em fonoaudiologia* (pp. 39–45). Guanabara Koogan.
- Busch, R., Fernandes, A. M. F., Zacanti, E., & Freitas, C. (2013). Avaliação das disfgias neurogênicas em adultos. In O. Lopes Filho (Ed.), *Novo tratado de fonoaudiologia* (3rd ed., pp. 603–623). Manole.
- Buss P. M. (2003). Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In D. Czeresnia, & C. M. Freitas (Orgs.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 15- 38). Ed. Fiocruz.
- Bussab, W. O., & Morettin, P. A. (2003). *Estatística básica* (5th ed.). Saraiva.
- Cagliari, L. C. (1990). *Alfabetização e linguística*. Scipione.
- Camargo, Z., Fontes, M. A. S., & Madureira, S. (2008). *Introdução aos estudos dos sons da fala*. Ed. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

- Campo-Arias, A., & Oviedo, H. C. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna [Psychometric properties of a scale: Internal consistency]. *Revista de Salud Pública*, 10(5), 831–839. <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2008.v10n5/831-839/es>
- Candeias, N. M. F. (1997). Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais [The concepts of health education and promotion-individual and organizational changes]. *Revista de Saúde Pública*, 31(2), 121–128. <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n2/2249.pdf>
- Cardoso, V., Reis, A. P. D., & Iervolino, S. A. (2008). Escolas promotoras de saúde [Health promoting schools]. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 18(2), 107–115. <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19872/21946>
- Carradori, R. G., & Ramos, P. S. (2014). Avaliação de testes de normalidade implementados no Programa R por Simulação Monte Carlo [Evaluation of normality tests implemented in the R Program py Monte Carlo Simulation]. *Revista da Estatística da Universidade Federal de Ouro Preto*, 3(2), 33–41. <https://periodicos.ufop.br/rest/article/view/3309/2571>
- Carta de Ottawa. (2002). Ed. Ministério da Saúde. (Trabalho original publicado em 1986). https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
- Carvalho, A. M. P., Vannucchi, A. I., Barros, M. A., Gonçalves, M. E. R., & Rey, R. C. (1998). *Ciências no ensino fundamental: o conhecimento físico*. Scipione.
- Carvalho, G. D. (2003). *SOS Respirador bucal: uma visão funcional e clínica da amamentação*. Lovise.
- Carvalho, R. M. M. (1997). Processamento auditivo: avaliação audiológica básica. In L. D. Pereira, & E. Schochat (Orgs.), *Processamento auditivo central: manual de avaliação* (pp. 27–35). Lovise.
- Carvalho, S., & Campos, W. (2021). *Estatística básica simplificada*. Juspodivm.
- Casemiro, J. P., Fonseca, A. B. C., & Secco, F. V. M. (2014). Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina [Promoting health in school: reflections based on a review of school health in Latin America]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 829–840. <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00829.pdf>

- Cerqueira, M. T. (2007). A construção da Rede Latino Americana de Escolas Promotoras de Saúde. In Ministério da Saúde (Brasil), & Organização Pan-Americana da Saúde (Orgs.), *Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil* (pp. 33–39). Ed. Ministério da Saúde.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas_promotoras_saude_experiencias_brasil_p1.pdf
- Chan, E. K. H. (2014). Standards and guidelines for validation practices: Development and evaluation of measurement instruments. In B. D. Zumbo, & E. K. H. Chan (Eds.), *Validity and validation in social, behavioral, and health sciences* (pp. 9–26). Springer.
- Chaves, T. A., & Bagetti, T. (2016). Atuação fonoaudiológica na educação infantil. In I. Q. Marchesan, H. J. Silva, & M. C. Tomé (Orgs.), *Tratado das especialidades em fonoaudiologia* (pp. 469–473). Guanabara Koogan.
- Chehuen, J. A., Neto, & Lima, W. G. (2012). Tipos de pesquisa científica. In J. A. Chehuen Neto (Org.), *Metodologia da pesquisa científica: da graduação à pós-graduação* (pp. 147–154). CRV.
- Chelala, C. A. (1998). *Escuelas promotoras de la salud: entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras*. OPS.
https://www1.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/EPS_Entornos.pdf
- Chwalow, A. J. (1995). Cross-cultural validation of existing quality of life scales. *Patient Education and Counseling*, 26(1–3), 313–318.
- Clark-Carter, D. (1997). *Doing quantitative psychological research: From design to report*. Psychology Press.
- Coelho, P. S., & Esteves, S. P. (2007). The choice between a five-point and a ten-point scale in the framework of customer satisfaction measurement. *International Journal of Market Research*, 49(3), 313–339.
- Cohen, R. J., Swerdlick, M. E., & Sturman, E. D. (2014). *Testagem e avaliação psicológica: introdução a testes e medidas* (8th ed.). AMGH.
- Cola, P. C., & Gatto, A. R. (2016). Análise videofluoroscópica qualitativa e quantitativa da deglutição orofaríngea. In I. Q. Marchesan, H. J. Silva, & M. C. Tomé (Orgs.), *Tratado das especialidades em fonoaudiologia* (pp. 46–50). Guanabara Koogan.

- Collares, C. F., Grec, W. L. P., & Machado, J. L. M. (2012). Psicometria na garantia de qualidade da educação médica: conceitos e aplicações [Psychometry and medical education quality: Concepts and application]. *Science in Health*, 3(1), 33–49. http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/new/revista_scienceinhealth/07_jan_abr_2012/science_03_01_33_49.pdf
- Collins, K. M. T., Onwuegbuzie, A. J., & Sutton, I. L. (2006). A Model incorporating the rationale and purpose for conducting mixed-methods research in special education and beyond. *Learning Disabilities: A Contemporary Journal*, 4(1), 67–100. http://videlectures.net/site/normal_dl/tag=48065/MixedMethods.RAPModel.LDJournal.PublishedVersion.final.pdf
- Coluci, M. Z. O., Alexandre, N. M. C., & Milani, D. (2015). Construção de instrumentos de medida na área da saúde [Construction of measurement instruments in the area of health]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), 925–936. <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00925.pdf>
- Comportamento. (2010). In C. Figueiredo (Ed.), *Novo dicionário da língua portuguesa* (p. 487). Project Gutenberg. <https://www.gutenberg.org/files/31552/31552-pdf.pdf>
- Conover, W. J. (1999). *Practical nonparametric statistics* (3rd ed.). Wiley.
- Conselho Federal de Fonoaudiologia. (2006, March 17). Resolução n. 320, de 17 de fevereiro de 2006. Dispõe sobre as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_320_06.htm
- Conselho Federal de Fonoaudiologia. (2010a, April 22). Resolução n. 383, de 20 de março de 2010. Dispõe sobre as atribuições e competências relativas à especialidade em Disfagia pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_383_10.htm
- Conselho Federal de Fonoaudiologia. (2010b, October 14). Resolução n. 387, de 18 de setembro de 2010. Dispõe sobre as atribuições e competências do profissional especialista em Fonoaudiologia Educacional reconhecido pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, alterar a redação do artigo 1º da Resolução CFFa n. 382/2010, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_387_10.htm

- Conselho Federal de Fonoaudiologia. (2014, October 7). Resolução n. 453, de 26 de setembro de 2014. Dispõe sobre o reconhecimento, pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, da Fonoaudiologia Neurofuncional, Fonoaudiologia do Trabalho, Gerontologia e Neuropsicologia como áreas de especialidade da Fonoaudiologia e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*.
https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_453_14.htm
- Conselho Federal de Fonoaudiologia. (2016, May 19). Resolução n. 467, de 24 de abril de 2015. Dispõe sobre as atribuições e competências relativas ao profissional fonoaudiólogo Especialista em Fonoaudiologia do Trabalho, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*.
https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_467_15.htm
- Conselho Federal de Fonoaudiologia. (2017, September 5). Resolução n. 507, de 19 de agosto de 2017. Dispõe sobre as atribuições e competências relativas ao fonoaudiólogo especialista em Fluência, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*.
https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_507_17.htm
- Conselho Federal de Fonoaudiologia. (2020, October 23). Resolução n. 584, de 22 de outubro de 2020. Dispõe sobre a criação da Especialidade em Perícia Fonoaudiológica, define as atribuições e competências relativas ao profissional fonoaudiólogo Especialista, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*.
https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_584_20.htm
- Conselho Federal de Fonoaudiologia. (2021, March 15). Resolução n. 604, de 10 de março de 2021. Dispõe sobre a criação da Especialidade em Fonoaudiologia Hospitalar, define as atribuições e competências relativas ao profissional fonoaudiólogo especialista e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*.
https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_604_21.htm
- Conselho Nacional de Saúde. (2013, June 13). Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovação, diretrizes, normas de regulamento, pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*.
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

- Conselho Nacional de Saúde. (2016, May 24). Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Quinquagésima Nona Reunião Extraordinária, realizada nos dias 6 e 7 de abril de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto n. 5.839, de 11 de julho de 2006, *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*.
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Constituição da República Federativa do Brasil. (1988, 5 de outubro). Presidência da República do Brasil.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J. L., & Boyle, P. (1999). *Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura, financiamento* (3rd ed.) Hucitec/Abrasco.
- Contini, M. L. J. (2001). *O psicólogo e a promoção de saúde na educação*. Casa do Psicólogo.
- Cook, D. A., & Beckman, T. J. (2006). Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments: Theory and application. *The American Journal of Medicine*, *119*(2), 166.e7–166.e16.
<https://www.amjmed.com/action/showPdf?pii=S0002-9343%2805%2901037-5>
- Costa, F. J. (2011). *Mensuração e desenvolvimento de escalas: aplicações em administração*. Ciência Moderna.
- Costa, G. M. C., Cavalcanti, V. M., Barbosa, M. L., Celino, S. D. M., França, I. S. X., & Sousa, F. S. (2013). Promoção de saúde nas escolas na perspectiva de professores do ensino fundamental [Health promotion in schools from the perspective of primary education teachers]. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, *15*(2), 506–515.
<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/15769/14832>
- Costa, M. L. G., Fedosse, E., & Lefèvre, A. P. (2016). Doenças crônicas não transmissíveis - cuidado em fonoaudiologia. In I. Q. Marchesan, H. J. Silva, & M. C. Tomé (Orgs.), *Tratado das especialidades em fonoaudiologia* (pp. 806–813). Guanabara Koogan.
- Costa, M., Valentim, A. F., Becker, H. M. G., & Motta, A. R. (2015). Achados da avaliação multiprofissional de crianças respiradoras orais [Findings of multiprofessional evaluation of mouth breathing children]. *Revista CEFAC*, *17*(3), 864–878.
<https://www.scielo.br/j/rcefac/a/zcLmjTg54q8SsDRmtpZZBXf/?format=pdf&lang=pt>

- Craig, A., & Tran, Y. (2006). Fear of speaking: Chronic anxiety and stammering. *Advances in Psychiatric Treatment*, 12(1), 63–68. https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/3159744DE5296FF7A614C4C8267DEC90/S1355514600002789a.pdf/fear_of_speaking_chronic_anxiety_and_stammering.pdf
- Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto* (2nd ed.). Artmed.
- Crispiano, T., & Bommarito, S. (2007). Avaliação da musculatura orofacial e postura corporal em pacientes com respiração bucal e maloclusão [Evolution of orofacial muscles and body posture in patients with mouth breathing and malocclusion]. *Revista de Odontologia da Metodista*, 15(29), 88–97. <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/Odonto/article/download/577/575>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. http://cda.psych.uiuc.edu/psychometrika_highly_cited_articles/cronbach_1951.pdf
- Crystal, D. (1981). *Lenguaje infantil, aprendizaje y lingüística*. Médica y Técnica.
- Cucolo, D. F., & Perroca, M. G. (2015). Instrumento para avaliação do produto do cuidar em enfermagem: desenvolvimento e validação de conteúdo [Instrument to assess the nursing care product: Development and content validation]. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(4), 642–650. https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/pt_0104-1169-rlae-23-04-00642.pdf
- Cunha, C. M., Almeida, O. P., Neto, & Stackfleth, R. (2016). Principais métodos de avaliação psicométrica da confiabilidade de instrumentos de medida [Main psychometric evaluation methods of measuring instruments reliability]. *Revista de Atenção à Saúde*, 14(49), 98–103. https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3671/pdf
- Cunha, J. C. (1991). *Pragmática linguística e didática das línguas*. Ed. UFPA.
- D’Agostino, R. B. (1986). Graphical analysis. In R. B. D’Agostino, & M. A. Stephens (Eds), *Goodness-of-fit techniques* (pp. 7–52). Marcel Dekker.
- D’Azevedo, M. C. (1986). *Leitura sem palavras*. Ática.

- Dadalto, E. V., Nielsen, C. S. C. B., Oliveira, E. A. M., & Taborda, A. (2012). Levantamento da prevalência de distúrbios da comunicação em escolares do ensino público fundamental da cidade de Vila Velha/ES [Prevalence of communication disorders in scholars of the municipal elementary school network of Vila Velha/ES]. *Revista CEFAC*, 14(6), 1.115–1.121.
<https://www.scielo.br/j/rcefac/a/RnR5TP8RzzxmzpzJWmP3gqy/?format=pdf&lang=pt>
- Dalmo, M., & Vieira, K. M. (2013). Dilemas na construção de escalas tipo Likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados? [Dilemmas of the type Likert scales construction: Does the number of items and the disposition influence results?]. *Gestão Organizacional*, 6(3), 161–174.
<https://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/rgo/article/view/1386/1184>
- Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários. (2002). Ed. Ministério da Saúde. (Trabalho original publicado em 1978)
https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf
- Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. (2007, 6 de dezembro). Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Presidência da República do Brasil.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm
- Degan, V. V., & Guimarães, K. C. C. (2016). Respiração - intervenção fonoaudiológica. In I. Q. Marchesan, H. J. Silva, & M. C. Tomé (Orgs.), *Tratado das especialidades em fonoaudiologia* (pp. 326–336). Guanabara Koogan.
- Dehqan, A., Bakhtiar, M., Panahi, S. S., & Ashayeri, H. (2008). Relationship between stuttering severity in children and their mothers speaking rate. *Sao Paulo Medical Journal*, 126(1), 29–33.
<https://www.scielo.br/j/spmj/a/WQfL39sbLYNCftddqrMCN8z/?format=pdf&lang=en>
- Deissler, A., Albers, L., von Kries, R., Weinberger, R., Langhagen, T., Gerstl, L., Heinen, F., Jahn, K., & Schröder, A. S. (2017). Health-related quality of life of children/adolescents with vertigo: Retrospective study from the German Center of Vertigo and Balance Disorders. *Neuropediatrics*, 48(2), 91–97.
- Demarzo, M. M. P. (2011). *Reorganização dos sistemas de saúde: promoção da saúde e atenção primária à saúde – módulo político gestor*. Ed. Universidade Federal de São Paulo.
https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_3.pdf

- Demarzo, M. M. P., & Aquilante, A. G. (2008). Saúde escolar e escolas promotoras de saúde. In E. D. Castro Filho, & M. I. P. Anderson (Orgs.), *PROMEF – Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade* (pp. 49–76). Artmed/Panamerican.
- Devellis, R. F. (2012). *Scale development: Theory and applications* (3rd ed.). Sage.
- Dogan, N., Hambleton, R. K., Yurtcu, M. & Yavuz, S. (2018). The comparison of differential item functioning predicted through experts and statistical techniques. *Cypriot Journal of Educational Science*, 13(2), 137–148. <https://www.unpub.eu/ojs/index.php/cjes/article/view/2427/7523>
- Doria, U., Filho. (1999). *Introdução à bioestatística*. Negócio.
- Driessnack, M., Sousa, V. D., & Mendes, I. A. C. (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 3: métodos mistos e múltiplos [An overview of research designs relevant to nursing: Part 3: Mixed and multiple methods]. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(5), 1.048–1.049. https://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a24.pdf
- Durante, A. S., Tieppo, C. A., & Sousa, O. M., Neto. (2016). Fundamentos teóricos - sistema auditivo periférico. In I. Q. Marchesan, H. J. Silva, & M. C. Tomé (Orgs.), *Tratado das especialidades em fonoaudiologia* (pp. 842–847). Guanabara Koogan.
- Durlak, J. A. (1997). Basic concepts in prevention. In J. A. Durlak, & A. M. Wew (Eds.), *Successful prevention programs for children and adolescents* (pp. 1–25). Plenum.
- Duro, A. A. L. (2003). Anatomofisiologia da linguagem. In M. Goldfeld (Org.), *Fundamentos em fonoaudiologia: linguagem*. (2nd ed., pp. 15–21). Guanabara Koogan.
- Echevarría-Guanilo, M. E., Gonçalves, N., & Romanoski, P. J. (2017). Propriedades psicométricas de instrumentos de medidas: bases conceituais e métodos de avaliação - Parte I [Psychometric Properties of Measurement Instruments: Conceptual bases and evaluation methods – Part I]. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 26(4), 1–11. <https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e1600017.pdf>
- Erzen, E., Yurtçu, M., Ulu Kalin, Ö., & Koçoğlu, E. (2021). Sosyal beğenirlik ölçeğğ'nin gelğğtğrğlmesğ: Geçerlik ve güvengrlik çaliğmasi [Development of social desirability scale: validity and reliability study]. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 20(78), 879–891). <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1219943>
- Estienne, F. (2004). *Voz falada, voz cantada, avaliação e terapia*. Revinter.
- Evans, M. (2010). Introduction: New directions in the study of policy transfer. In M. Evans, (Ed.), *New directions in the study of policy transfer* (pp. 1–6). Routledge.

- Faria, H. A., & Carvalho, G. S. (2004). Escolas promotoras de saúde: factores críticos para o sucesso da parceria escola-centro de saúde [Health promoting schools: critical factors to the success of the school-health centre partnership]. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 22(2), 79–90.
https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/42387/1/EPS_RevPortSaudePublica2004.pdf
- Ferreira, J. L., Neto, L., Barros, J. S., Azevedo, N. S., & Abrantes, T. M. (2009). Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder [Notes on Health Promotion and Biopower]. *Saúde e Sociedade*, 18(3), 456–466.
<https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29615/31483>
- Ferris, T. L. J. (2004). A new definition of measurement. *Measurement*, 36(1), 101–109.
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2504830/mod_resource/content/3/Psicof%C3%ADsica%20CI%C3%ADnica/Texto%201.pdf
- Figueiredo, T. A. N., Machado, V. L. T., & Abreu, M. M. S. (2010). A saúde na escola: um breve resgate histórico [Health at school: a brief history]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(2), 397–402. <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a15.pdf>
- Finiels, H., Strudel, D., & Jacquot, J. M. (2001). Les troubles de la déglutition du sujet âgé: aspects épidémiologiques [Swallowing disorders in the elderly: Epidemiological aspects]. *La Presse Médicale*, 30(33), 1.623–1.634.
- Fleiss J. (1986). *The design and analysis of clinical experiments*. John Wiley & Sons.
- Fontelles, M. J., Simões, M. G., Farias, S. H., & Fontelles, R. G. S. (2009). Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa [Scientific research methodology: Guidelines for elaboration of a research protocol]. *Revista Paraense de Medicina*, 23(3). <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2009/v23n3/a1967.pdf>
- Forattini, O. P. (1992). *Ecologia, epidemiologia e sociedade*. Artes Médicas/Universidade de São Paulo.
- Fortini, I. (2003). Urgências neurológicas: síndromes vertiginosas agudas. In R. Nitrini, & L. A. Bacheschi, *A neurologia que todo médico deve saber* (2nd ed., pp. 376–378). Atheneu.
- Franca, M. P., Wolff, C. L., Moojen, S., & Rotta, N. T. (2004). Aquisição da linguagem oral: relação e risco para a linguagem escrita [Oral language acquisition: Relation and risk for written language]. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 62(2-B), 469–472.
<http://www.scielo.br/pdf/anp/v62n2b/a17v622b.pdf>

- Fraser, M. (2008). *Autocuidado para pessoas com gagueira*. Ed. UNEB.
https://www.stutteringhelp.org/sites/default/files/selftherapy_portuguese.pdf
- Frota, N. A. F., Nitrini, R., Damasceno, B. P., Forlenza, O., Dias-Tosta, E., Silva, A. B., Herrera, E. Jr., & Magaldi, R. M. (2011). Critérios para o diagnóstico de doença de Alzheimer [Criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease]. *Dementia & Neuropsychologia*, 5(1), 5–10.
<https://www.demneuropsy.com.br/imageBank/pdf/v5s1a02.pdf>
- Frota, S. (2016). Fundamentos teóricos do sistema auditivo central. In I. Q. Marchesan, H. J. Silva, & M. C. Tomé (Orgs.), *Tratado das especialidades em fonoaudiologia* (pp. 848–853). Guanabara Koogan.
- Gagné, C., & Godin, G. (2019a). Mensuração das variáveis teóricas e dos comportamentos. In G. Godin (Org.), *Os comportamentos na área da saúde: compreender para melhor intervir* (pp. 237–296). Ed. Unicamp.
- Gagné, C., & Godin, G. (2019b). Glossário. In G. Godin (Org.), *Os comportamentos na área da saúde: compreender para melhor intervir* (pp. 297–319). Ed. Unicamp.
- Gielow, I. (1997). Terapia fonoaudiológica para distúrbios do processamento auditivo central em crianças: estratégias baseadas em experiência clínica. In L. D. Pereira, & E. Schochat (Orgs.), *Processamento auditivo central: manual de avaliação* (pp. 79–84). Lovise.
- Godin, G. Introdução. (2019). In G. Godin (Org.), *Os comportamentos na área da saúde: compreender para melhor intervir* (pp. 17–20). Ed. Unicamp.
- Gomes, C. M., & Horta, N. C. (2010). Promoção de saúde do adolescente em âmbito escolar [School-based adolescent health promotion]. *Revista de APS – Atenção Primária à Saúde*, 13(4), 486–499.
<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14606/7832>
- Gonçalves, F. D., Catrib, A. M. F., Vieira, N. F. C., & Vieira, L. J. E. S. (2008). A promoção da saúde na educação infantil [Health promotion in primary school]. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 12(24), 181–192.
<http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n24/13.pdf>
- Gonçalves, M. I. R., Oliveira, I. C., Neto, & Neves, L. R. (2016). Videoendoscopia da deglutição. In I. Q. Marchesan, H. J. Silva, & M. C. Tomé (Orgs.), *Tratado das especialidades em fonoaudiologia* (pp. 51–54). Guanabara Koogan.

- Gondim, G. M. M. (2007). Do conceito de risco ao da precaução: entre determinismos e incertezas entre determinismos e incertezas. In A. F. Fonseca, & A. M. D'A. Corbo (Orgs.), *O território e o processo saúde-doença* (pp. 87-120). EPSJV/FIOCRUZ.
<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39207#collapseExample>
- Gordo, A. Distúrbios auditivos. (2000). In M. Sacalusk, E. Alavarsi, & G. R. Guerra, *Fonoaudiologia na escola* (pp. 181–198). Lovise.
- Graciano, A. M. C., Cardoso, N. M. M., Mattos, F. F., Gomes, V. E., & Borges-Oliveira, A. C. (2015). Promoção da saúde na escola: história e perspectivas [Health promotion in school: history and prospects]. *Journal of Health & Biological Sciences*, 3(1), 34–38.
<https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/download/110/100>
- Grant, J. S., & Davis, L. L. (1997). Selection and use of content experts for instrument development. *Research in Nursing & Health*, 20(3), 269–274.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1991). *Health promotion planning an educational and environmental approach* (2nd ed.). Mayfield.
- Green, P. E., & Rao, V. R. (1970). Rating scales and information recovery: How many scales and response categories to use?. *Journal of Marketing*, 34(3), 33–39.
- Greene, J. C. (2007). *Mixed methods in social inquiry*. Jossey-Bass.
- Guazzelli, M. E., & Pereira, I. M.T. B. (2019). Considerações teóricas e aproximação às estratégias metodológicas em educação em saúde com base na promoção. In M. C. F. Pelicioni, & F. L. Mialhe. (Orgs.), *Educação e promoção da saúde: teoria e prática* (2nd ed., pp. 71–93). Ed. Santos.
- Guimarães, E., Rodrigues, S. D., & Ciasca, S. M. (2003). Diagnóstico do distúrbio de aprendizagem. In S. M. Ciasca (Org.), *Distúrbio de aprendizagem: proposta de avaliação interdisciplinar* (pp. 67–90). Casa do Psicólogo.
- Guimarães, J. S., & Lima, I. M. S. O. (2011). Participação juvenil e promoção da saúde: estratégia de desenvolvimento humano [Youth participation and health promotion: Strategy for human development]. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 21(3), 859–866.
<https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/20038/22135>
- Guitar, B. (2006). *Stuttering: an integrated approach to its nature and treatment* (3rd ed.). Lippincott Williams & Eilkins.
- Günther, H. (2003). *Como elaborar um questionário*. Ed. UnB.
<https://www.ic.unicamp.br/~wainer/cursos/2s2006/epistemico/01Questionario.pdf>

- Habib, M., Giraud, K., Rey, V., & Robichon, F. (2001). Neurobiologie du langage. In J. A. Rondal, & X. Seron (Dir.), *Troubles du langage: bases théoriques, diagnostic et rééducation* (pp. 11–55). P. Mardaga.
https://books.google.com.br/books?id=qpypu3O5kQcC&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q=Habib&f=false
- Hage, S. R. V., & Rodrigues, V. M. A. (2016). Distúrbio específico de linguagem - aspectos clínicos e educacionais. In I. Q. Marchesan, H. J. Silva, & M. C. Tomé (Orgs.), *Tratado das especialidades em fonoaudiologia* (pp. 620–626). Guanabara Koogan.
- Hair, J. F., Jr., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados* (6. ed.). Bookman.
- Hall, J. E. (2011). *Guyton and Hall: tratado de fisiologia médica* (12th ed.) Elsevier.
<https://cssjd.org.br/imagens/editor/files/2019/Abril/Tratado%20de%20Fisiologia%20M%C3%A9dica.pdf>
- Hambleton, R. K. (1993). Translating achievement tests for use in cross-national studies. *European Journal of Psychological Assessment*, 9(1), 57–68.
<https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED358128.pdf>
- Hambleton, R. K. (2005). Issues, designs, and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. In R. K. Hambleton, P. F., Merenda, & C. D. Spielberger (Eds.), *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment* (pp. 3–38). L. Erlbaum.
https://books.google.com.br/books?id=po15AgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Hauck, N., Filho, & Zanon, C. (2015). Questões básicas sobre mensuração. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, & C. M. Trentini (Orgs.), *Psicometria* (pp. 23–43). Artmed.
- Hausen, A., & Launiala, A. (2015). *Introduction to the human rights based approach: A guide for finnish NGOs and their partners*. Finnish Committee for UNICEF.
https://unicef.studio.crasman.fi/pub/public/pdf/HRBA_manuaali_FINAL_pdf_small2.pdf
- Haviaras, M., Moreira, H., & Martins, C. B. M. J. (2018). Desenvolvimento e confirmação de validade e de confiabilidade do instrumento de coleta de dados sobre a formação inicial de professores e tecnologias educacionais [Development and confirmation of validity and reliability of the instrument for collecting data on initial teacher training and educational technologies]. *#Tear: Revista de Educação Ciência e Tecnologia*, 7(2), 1–19. <https://periodicos.ifrs.edu.br/index.php/tear/article/view/3066/2113>

- Haynes, S. N., Richard, D. C. S., & Kubany, E. S. (1995). Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods. *Psychological Assessment*, 7(3), 238–247.
https://www.researchgate.net/publication/232480869_Content_Validity_in_Psychological_Assessment_A_Functional_Approach_to_Concepts_and_Methods
- Hora, H. R. M., Monteiro, G. T. R., & Arica, J. (2010). Confiabilidade em questionários para qualidade: um estudo com o coeficiente alfa de Cronbach [Reliability in quality questionnaires: a study with Cronbach's alpha coefficient]. *Produto e Produção*, 11(2), 85–103. <https://seer.ufrgs.br/ProdutoProducao/article/download/9321/8252>
- Hyrkäs, K., Appelqvist-Schmidlechner, K., & Oksa, L. (2003). Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *International Journal of Nursing Studies*, 40(6), 619–625.
- Ippolito-Shepherd, J. (2003). A promoção da saúde no âmbito escolar: a iniciativa regional escolas promotoras de saúde. In Sociedade Brasileira de Pediatria. (Ed.), *Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde – I* (pp. 8–13). Ed. SBP.
https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/img/cadernosbpfinal.pdf
- Issler, S. (1996). *Articulação e linguagem: avaliação e diagnóstico fonoaudiológico* (3rd ed.). Lovise.
- Jahn, K., Langhagen, T., & Heinen, F. (2015). Vertigo and dizziness in children. *Current Opinion in Neurology*, 28(1), 78–82.
- Jahn, K., Langhagen, T., Schroeder, A. S., & Heinen, F. (2011). Vertigo and dizziness in childhood – update on diagnosis and treatment. *Neuropediatrics*, 42(4), 129–134.
- Jakobson, R. (1974). *Ensayos de lingüística general*. Seix Baral.
https://www.academia.edu/10468533/Jakobson_1975_Ensayos_de_linguistica_general
- Jakubovicz, R. (1997). *A gagueira: teoria e tratamento de adultos e crianças* (5th ed.). Revinter.
- Jamouille, M. (2015). Prevenção quaternária: primeiro não causar dano [Quaternary prevention: First, do not harm]. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 10(35), 1–3. <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/176760/1/1064-7076-1-PB.pdf>
- Jardini, R. S. R. (2003). *Método das boquinhas: alfabetização e reabilitação dos distúrbios da leitura e escrita*. Casa do Psicólogo.

- Jotz, G. P. (2012). Respirador oral: uma doença socialmente crônica [Editorial]. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*, 16(1), 5.
<https://www.scielo.br/j/aio/a/rNZCpTHdsqTm3Z7433xdy9t/?format=pdf&lang=pt>
- Justi, J., & Duarte, V. G. (2016). Distúrbios da fluência: uma abordagem comparativa tipológica e morfofuncional de indivíduos diagnosticados com gagueira [Fluency disorders: A typological and morphofunctional comparative analysis of individuals diagnosed with stuttering]. *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde*, 5(2), 10–27.
<https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/844/534>
- Kaefer, H. (2016). Semiologia psicológica. In N. T. Rotta, L. Ohlweiler, & R. S. Riesgo (Orgs.), *Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar* (2nd ed., pp. 69–84). Artmed.
- Kandel, E. R., Schwartz, J. H., & Jessel, T. M. (1995). *Essentials of neural science and behavior*. Prentice Hall International.
- Keszei, A., Novak, M., & Streiner, D. L. (2010). Introduction to health measurement scales. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(4), 319–323.
- Kimberling, C. L., & Winterstein, A. G. (2008). Validity and reliability of measurement instruments used in research. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 65(23), 2.276–2.284.
- Koufman, J. A., & Blalock, P. D. (1991). Functional voice disorder. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 24(5), 1.059–1.073.
- Krug, M. R., Fernandes, R. G. P., Pedrotti, P. H. O., & Soares, F. A. A. (2015). Promoção da saúde na escola: um estudo com professores do ensino médio [Health promotion in schools: A study of high school teachers]. *Scientia Plena*, 11(5), 1–9.
<https://scientiaplena.org.br/sp/article/download/2374/1203>
- Labuguen, R. H. (2006). Initial evaluation of vertigo. *American Family Physician*, 73(2), 244–251. <https://www.aafp.org/dam/brand/aafp/pubs/afp/issues/2006/0115/p244.pdf>
- Lacerda, J. F., & Guzzo, R. S. L. (2005). Prevenção primária: análise de um movimento e possibilidades para o Brasil [Primary prevention: A movement analysis and possibilities to Brazil]. *Interação em Psicologia*, 9(2), 239–249.
<https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/download/4797/3680>
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians: A working document*. Government of Canada.
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2130.pdf>

- Lasalle, L. R., & Wolk, L. (2011). Stuttering, cluttering, and phonological complexity: Case studies. *Journal of Fluency Disorders*, 36(4), 285–289.
<https://isiarticles.com/bundles/Article/pre/pdf/33538.pdf>
- Laurencelle, L. (1998). *Théorie et techniques de la mesure instrumentale*. Presses de l'Université du Québec.
- 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 & Communication Disorders*, 35(2), 165–188.
- Le Huche, F., & Allali, A. (1999). *A voz: anatomia e fisiologia dos órgãos da voz e da fala* (2nd ed.). Artmed.
- Lee, E.-H. (2021). 측정도구의 심리계량적 속성 4: 신뢰도와 반응도 [Psychometric property of an instrument 4: Reliability and responsiveness]. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 27(4), 275–277.
<https://www.kjwhn.org/journal/view.php?doi=10.4069/kjwhn.2021.11.01>
- Lei Complementar Municipal n. 186, de 12 de dezembro de 2011. Altera dispositivos da Lei Complementar n. 74, de 6 de setembro de 2005, modificada pelas Leis Complementares n. 76, de 4 de novembro de 2005, n. 96, de 14 de dezembro de 2006, n. 107, de 21 de dezembro de 2007, e n. 141, de 19 de agosto de 2009 e dá outras providências. (2011, December 13). Prefeitura Municipal de Campo Grande, MS.
<http://www.secovi-ms.com.br/legislacao/leicomplementar186.pdf>
- Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. (1990a, 16 de julho). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Presidência da República do Brasil.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
- Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990b, 20 de setembro). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências). Presidência da República do Brasil. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. (1996, 20 de dezembro). Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Presidência da República do Brasil.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm

- Leitão, B. F. B., Duarte, Í. V., & Bettega, P. B. (2013). Pacientes com câncer de cavidade bucal submetidos à cirurgia: representações sociais acerca do adoecimento e tratamento. *Revista da SBPH, 16*(1), 113-140.
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v16n1/v16n1a07.pdf>
- Leonard, L. B. (1997). Deficiência fonológica. In P. Fletcher, & B. MacWhinner (Eds.), *Compêndio da linguagem da criança* (pp. 467–486). Artes Médicas.
- Likert, R. (1932). *A technique for the measurement of attitudes*. The Science Press.
https://legacy.voteview.com/pdf/Likert_1932.pdf
- Lima, D. F., Malacarne, V., & Strieder, D. M. (2012). O papel da escola na promoção da saúde – uma mediação necessária [The school’s role in the promotion of health – a necessary mediation]. *EccoS – Revista Científica, (28)*, 191–206.
<https://periodicos.uninove.br/eccos/article/download/3213/2322>
- Liotti, M., Ramig, L. O., Vogel, D., New, P., Cook, C. I., Ingham, R. J., Ingham, J. C., & Fox, P. T. (2003). Hypophonia in Parkinson’s disease: Neural correlates of voice treatment revealed by PET. *Neurology, 60*(3), 432–440. <https://n.neurology.org/content/60/3/432>
- Locke, L. F., Spirduso, W. W., & Silverman, S. J. (2000). *Proposals that work: A guide for planning dissertations and grand proposals* (4th ed.). Sage.
- Longo, I. A., Tupinelli, G. G., Hermógenes, C., Ferreira, L.V., & Molini-Avejonas, D. R. (2017). Prevalência de alterações fonoaudiológicas na infância na região oeste de São Paulo [Prevalence of speech and language disorders in children in the western region of São Paulo]. *Communication Disorders, Audiology and Swallowing, 29*(6), 1-7.
<https://www.scielo.br/j/codas/a/j9sfVhpx4kHnWz3hHBDqB4r/?format=pdf&lang=pt>
- Lopes, O., Filho. (2013). Deficiência auditiva. In O. Lopes Filho (Ed.), *Novo tratado de fonoaudiologia* (3rd ed., pp. 1–14). Manole.
- Lowe, R. J. (1996). Fonologia: uma visão geral. In R. J. Lowe (Ed.), *Fonologia: avaliação e intervenção – aplicações na patologia da fala* (pp. 3–12). Artes Médicas.
- Luft, V. C., Beghetto, M. G., Castro, S. M., & Mello, E. D. (2008). Validation of a new method developed to measure the height of adult patients in bed. *Nutrition in Clinical Practice: NCP, 23*(4), 424–428.
- Machado, L. P., & Pereira, L. D. (1997). Desordem do processamento auditivo central: sensibilizando pais e profissionais. In L. D. Pereira, & E. Schochat (Orgs.), *Processamento auditivo central: manual de avaliação* (pp. 61–68). Lovise.

- Madureira, D. L., & Silva, L. (2013). Avaliação clínica das disfagias infantis. In O. Lopes Filho (Ed.), *Novo tratado de fonoaudiologia* (3rd ed., pp. 587–601). Manole.
- Mann, L., Kleinpaul, J. F., Mota, C. B., & Santos, S. G. (2009). Equilíbrio corporal e exercícios físicos: uma revisão sistemática [Corporal balance and physical exercises: a systematic review]. *Motriz: Revista de Educação Física*, 15(3), 713–722.
<http://www.periodicos.rc.biblioteca.unesp.br/index.php/motriz/article/view/2333/2541>
- Mansur, L. L. (2003). O estudo da linguagem e do cérebro a partir de lesões em adultos. In S. C. O. Limongi (Ed.), *Fonoaudiologia. Informação para formação. Linguagem: desenvolvimento normal, alterações e distúrbios* (pp. 123–137). Guanabara Koogan.
- Mansur, L. L., & Machado, T. H. (2016). Avaliação e reabilitação das afasias. In I. Q. Marchesan, H. J. Silva, & M. C. Tomé (Orgs.), *Tratado das especialidades em fonoaudiologia* (pp. 684–696). Guanabara Koogan.
- Marchesan, I. Q. (2013). Falar – habilidade que aproxima ou afasta as pessoas. In O. Lopes Filho (Ed.), *Novo tratado de fonoaudiologia* (3rd ed., pp. 469–485). Manole.
- Marchesan, I. Q. (1998a). Avaliação e terapia dos problemas da respiração. In I. Q. Marchesan (Org.), *Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral* (pp. 23–36). Guanabara Koogan.
- Marchesan, I. Q. (1998b). Deglutição – diagnóstico e possibilidades terapêuticas. In I. Q. Marchesan (Org.), *Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral* (pp. 51–58). Guanabara Koogan.
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica* (5th ed.). Atlas. https://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india
- Marinho, P. M. L., Campos, M. P. A., Rodrigues, E. O. L., Gois, C. F. L., & Barreto, I. D. C. (2016). Construção e validação de instrumento de avaliação do uso de tecnologias leves em unidades de terapia intensiva [Construction and validation of a tool to assess the use of light technologies at intensive care units]. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, (24), 1–8. https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02816.pdf
- Markus, K. A. (2008). Constructs, concepts and the worlds of possibility: Connecting the measurement, manipulation, and meaning of variables. *Measurement: Interdisciplinary Research and Perspectives*, 6(1–2), 54–77.

- Martínez, A. M. (1996). La escuela: un espacio de promoción de salud. *Psicología Escolar e Educacional*, 1(1).
<https://www.scielo.br/j/pee/a/FMNjVJPHCK3vNWWCwxmvkpg/?format=pdf&lang=es>
- Martins, G. A. (2006). Sobre confiabilidade e validade [About reliability and validity]. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*, 8(20), 1–12.
<http://www.spell.org.br/documentos/download/6471>
- Martins, V. O., & Andrade, C. R. F. (2008). Perfil evolutivo da fluência da fala de falantes do português brasileiro [Speech fluency developmental profile in Brazilian Portuguese speakers]. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 20(1), 7–12.
<https://www.scielo.br/j/pfono/a/MzMGPLdzwyty36gcJtjqknt/?lang=pt&format=pdf>
- Matos, M. G., & Carvalhosa, S. F. (2001). A saúde dos adolescentes: ambiente escolar e bem-estar [The adolescents' health: School "ethos" and well being]. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(2), 43–53. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v2n2/v2n2a03.pdf>
- McDowell, I., & Newell, C. (1996). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires* (2nd ed.). Oxford University Press.
- McGilton, K. (2003). Development and psychometric evaluation of supportive leadership scales. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 35(4), 72–86.
https://www.researchgate.net/profile/Katherine-McGilton/publication/8900818_Development_and_Psychometric_Evaluation_of_Supportive_Leadership_Scales/links/5b336600f7e9b0df5cd207f/Development-and-Psychometric-Evaluation-of-Supportive-Leadership-Scales.pdf
- Meirelles, R. C. (2015). Vertigem na infância [Vertigo in childhood]. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 14(1), 60–65.
https://bjhbs.hupe.uerj.br/WebRoot/pdf/517_pt.pdf
- Melo, E. C. P., & Figueiredo, N. M. A. (2005). Níveis de atenção à saúde: cuidado preventivo para o corpo sadio. In N. M. A. Figueiredo (Org.), *Ensinando a cuidar em Saúde Pública* (pp. 125–142). Yendis.
- Memória, J. M. P. (2004). *Breve história da estatística*. Embrapa Informação Tecnológica.
https://www.ime.usp.br/~rvicente/JMPMemoria_Historia_Estatistica.pdf
- Menn, L., & Stoel-Gammon, C. (1997). Desenvolvimento fonológico. In P. Fletcher, & B. MacWhinney (Eds.), *Compêndio da linguagem da criança* (pp. 277–295). Artes Médicas.

- Mialhe, F. L., Pelicioni, M. C. F., & Pelliccioni, A. F. Abordagens por settings para a promoção da saúde: o movimento de cidades saudáveis e a iniciativa da escola promotora de saúde. In M. C. F. Pelicioni, & F. L. Mialhe. (Orgs.), *Educação e promoção da saúde: teoria e prática* (2nd ed., pp. 23–55). Ed. Santos.
- Miller, G. A. (1956). The magical number seven, plus or minus two: Some limits on our capacity for processing information. *Psychological Review*, *101*(2), 343–352.
- Miller, J. F., & Klee, T. (1997). Abordagens computacionais à análise da deficiência de linguagem fonológica. In P. Fletcher, & B. MacWhinner (Eds.), *Compêndio da linguagem da criança* (pp. 447–466). Artes Médicas.
- Ministério da Saúde, & Ministério da Educação. (2011). *Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade*. Ed. Ministério da Saúde.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passos_a_passo_programa_saude_escola.pdf
- Ministério da Saúde. (2002). *Política Nacional de Promoção da Saúde (documento para discussão)*. Ed. Ministério da Saúde.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf
- Ministério da Saúde. (2009). *Saúde na escola*. Ed. Ministério da Saúde.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf
- Ministério da Saúde. (2010a). *Política Nacional de Promoção da Saúde* (3rd ed.). Ed. Ministério da Saúde.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf
- Ministério da Saúde. (2010b). *Rastreamento*. Ed. Ministério da Saúde.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf
- Mogford, K., & Bishop, D. (2002). Desenvolvimento da linguagem em condições normais. In D. Bishop, & K. Mogford (Eds.), *Desenvolvimento da linguagem em circunstâncias especiais* (pp. 1–26). Revinter.
- Momensohn-Santos, T. M. (2013). Como interpretar o exame audiológico. In O. Lopes Filho (Ed.), *Novo tratado de fonoaudiologia* (3rd ed., pp. 197–212). Manole.
- Mont'Alverne, D. G. B., & Catrib, A. M. F. (2013). Promoção da saúde e as escolas: como avançar [Editorial]. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, *26*(3), 307–308.
<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/download/2924/pdf>

- Morais, J. F. (2004). Bioestatística. *Estima - Brazilian Journal of Enterostomal Therapy* 2(2).
<https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/151>
- Morato, E. M., Tubero, A. L., Santana, A. P., Damasceno, B., Souza, F. F., Macedo, H. O., Camerin, I. M. P., Pereira, J. A. T., & Coudry, M. I. H. (2002). *Sobre as afasias e os afásicos: subsídios teóricos e práticos elaborados pelo Centro de Convivência de Afásicos*. Ed. Unicamp.
- Mota, H. B., & Wiethan, F. M. (2016). Fonologia - intervenção. In I. Q. Marchesan, H. J. Silva, & M. C. Tomé (Orgs.), *Tratado das especialidades em fonoaudiologia* (pp. 600–608). Guanabara Koogan.
- Mourão, L. F. (2016). Princípios da intervenção terapêutica fonoaudiológica na disfagia orofaríngea neurogênica em adulto. In I. Q. Marchesan, H. J. Silva, & M. C. Tomé (Orgs.), *Tratado das especialidades em fonoaudiologia* (pp. 70–80). Guanabara Koogan.
- Mousinho, R. (2016). Transtornos específicos de aprendizagem - dislexia. In I. Q. Marchesan, H. J. Silva, & M. C. Tomé (Orgs.), *Tratado das especialidades em fonoaudiologia* (pp. 583–592). Guanabara Koogan.
- Moysés, S. T., & Rodrigues, C. S. (2004). Ambientes saudáveis: uma estratégia de promoção da saúde bucal de crianças. In M. Böneker., & A. Sheiham (Eds.), *Promovendo saúde bucal na infância e adolescência: conhecimentos e práticas* (pp. 81–96). Ed. Santos.
- Mukherjee, A., Chatterjee, S. K., & Chakravarty, A. (2003). Vertigo and dizziness – a clinical approach. *The Journal of the Association of Physicians of India*, 51, 1.095–1.101.
- Murdoch, B. E. (1997). *Desenvolvimento da fala e distúrbios da linguagem: uma abordagem neuroanatômica e neurofisiológica*. Revinter.
- Murdoch, B. E. (2012). *Desenvolvimento da fala e distúrbios da linguagem: uma abordagem neuroanatômica e neurofisiológica* (2nd ed.) Revinter.
- Musiek, F. E., Baran, J. A., & Pinheiro, M. L. (1993). *Neuroaudiology: Case studies*. Singular.
- Mysak, E. D. (1998). *Patologia dos sistemas da fala*. Atheneu.
- Navas, A. L. G. P., & Santos, M. T. M. (2016). Aquisição e desenvolvimento da leitura e escrita. In I. Q. Marchesan, H. J. Silva, & M. C. Tomé (Orgs.), *Tratado das especialidades em fonoaudiologia* (pp. 577–582). Guanabara Koogan.
- Navas, D. M., & Dias, P. R. (1998). Disfonias funcionais. In S. M. R. Pinho (Org.), *Fundamentos em fonoaudiologia: tratando os distúrbios da voz* (pp. 73–79). Guanabara Koogan.

- Neville, B. (2016). *Patologia oral e maxilofacial*. Elsevier Brasil.
- Newman Dorland, W. A. (2005). *Dorland Dicionario enciclopédico ilustrado de medicina: más de cien años de historia* (30th ed.). Elsevier.
- Nishino, L. K. (2013). Semiologia do sistema vestibular. In O. Lopes Filho (Ed.), *Novo tratado de fonoaudiologia* (3rd ed., pp. 213–221). Manole.
- Norton, N. (2007). *Netter: anatomía de cabeza y cuello para odontólogos*. Masson.
- Ocampos, H. T. (2007). Preâmbulo. In Ministério da Saúde (Brasil), & Organização Pan-Americana da Saúde (Orgs.), *Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil* (pp. 13–15). Ed. Ministério da Saúde.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas_promotoras_saude_experiencias_brasil_p1.pdf
- Ohlweiler, L. (2016a). Fisiologia e neuroquímica da aprendizagem. In N. T. Rotta, L. Ohlweiler, & R. S. Riesgo (Orgs.), *Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar* (2nd ed., pp. 28–42). Artmed.
- Ohlweiler, L. (2016b). Introdução aos transtornos da aprendizagem. In N. T. Rotta, L. Ohlweiler, & R. S. Riesgo (Orgs.), *Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar* (2nd ed., pp. 107–111). Artmed.
- Oliveira, C. M. C. (2016). Taquifemia. In I. Q. Marchesan, H. J. Silva, & M. C. Tomé (Orgs.), *Tratado das especialidades em fonoaudiologia* (pp. 658–663). Guanabara Koogan.
- Oliveira, C. M. C., & Bohnen, A. J. (2017). Diagnóstico diferencial dos distúrbios da fluência. In D. A. C. Lamônica, & D. B. O. Britto (Orgs.), *Tratado de linguagem: perspectivas contemporâneas* (pp. 175–182). Book Toy.
- Oliveira, C. M. C., Broglio, G. A. F., Bernardes, A. P. L., & Capellini, S. A. (2013). Relação entre taxa de elocução e descontinuidade da fala na taquifemia [Relationship between speech rate and speech disruption in cluttering]. *Communication Disorders, Audiology and Swallowing*, 25(1), 59–63.
<https://www.scielo.br/j/codas/a/jM6cyS8XWSyhkTW3J4DHJGP/?format=pdf&lang=pt>
- Oliveira, J. P., & Braga, T. M. (2011). Intervenções em linguagem escrita: uma revisão da literatura com vistas à redução dos transtornos funcionais de aprendizagem [Intervention in written language: A review of the literature focusing on reducing functional learning disorders]. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 17(3), 517–536. <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/72637/2-s2.0-84856012248.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Ollaik, L. G., & Ziller, H. M. (2012). Concepções de validade em pesquisas qualitativas [Conceptions of validity in qualitative studies]. *Educação e Pesquisa*, 38(1), 229–242. <https://www.scielo.br/pdf/ep/v38n1/ep448.pdf>
- Onis, M., Onyango, A. W., Borghi, E., Siyam, A., Nishida, C., & Siekmann, J. (2007). Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(9), 660–667. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636412/pdf/07-043497.pdf>
- Organização das Nações Unidas Para a Educação, a Ciência e a Cultura. (2006). *Declaração universal sobre bioética e direitos humanos*. UNESCO. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por
- Organização Mundial da Saúde. (1996). *CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: 10ª revisão* (3rd ed.). Ed. USP.
- Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Promoción y educación de la salud escolar: una perspectiva integral: marco conceptual y operativo*. OPS/OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2000). *Escuelas promotoras de la salud*. OPS.
- Pacico, J. C. (2015). Como é feito um teste? Produção de itens. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, & C. M. Trentini (Orgs.), *Psicometria* (pp. 55–70). Artmed.
- Pagano, M., & Gauvreau, K. (2006). *Principios de bioestatística*. Thomson Learning.
- Pasquali, L. (1998). Princípios de elaboração de escalas psicológicas [Principles of elaboration of psychological scales]. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5), 206–213. <http://ppget.ifam.edu.br/wp-content/uploads/2017/12/Principios-de-elaboracao-de-escalas-psicologicas.pdf>
- Pasquali, L. (2010a). Escalas psicométricas. In L. Pasquali (Org.), *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas* (pp. 116–135). Artmed.
- Pasquali, L. (2010b). Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção. In L. Pasquali (Org.), *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas* (pp. 165–198). Artmed.
- Pasquali, L. (2013). *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação* (5th ed.). Vozes.

- Pedrosa, J. I. S. (2007). Educação popular e promoção da saúde: bases para o desenvolvimento da escola que produz saúde. In Ministério da Saúde (Brasil), & Organização Pan-Americana da Saúde (Orgs.), *Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil* (pp. 41–48). Ed. Ministério da Saúde.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas_promotoras_saude_experiencias_brasil_p1.pdf
- Pedroso, S. P., & Rotta, N. T. (2016). Transtorno da linguagem. In N. T. Rotta, L. Ohlweiler, & R. S. Riesgo (Orgs.), *Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar* (2nd ed., pp. 112–132). Artmed.
- Pelicioni, M. C. F., & Torres, A. L. (1999). *A escola promotora de saúde*. Ed. USP/FSP.
<http://colecoes.sibi.usp.br/fsp/files/original/b6e36986b48492da520fd2775bd245a5.pdf>
- Pereira, I. C., & Oliveira, M. A. C. (2014). *Atenção primária, promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde: um diálogo necessário*. Ed. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
<http://www.livrosabertos.sibi.usp.br/portaldelivrosUSP/catalog/view/59/52/247-1>
- Pereira, L. D. (1997). Processamento auditivo central: abordagem passo a passo. In L. D. Pereira, & E. Schochat (Orgs.), *Processamento auditivo central: manual de avaliação* (pp. 49–59). Lovise.
- Pereira, L. D. (2013). Avaliação do processamento auditivo central. In O. Lopes Filho (Ed.), *Novo tratado de fonoaudiologia* (3rd ed., pp. 179–195). Manole.
- Perissinoto, J., & Avila, C. R. B. (2016). Avaliação e diagnóstico das linguagens oral e escrita. In I. Q. Marchesan, H. J. Silva, & M. C. Tomé (Orgs.), *Tratado das especialidades em fonoaudiologia* (pp. 609–614). Guanabara Koogan.
- Perry, L., & Love, C. P. (2001). Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: A systematic review. *Dysphagia*, 16(1), 7–18.
- Peters, A. M. (1997). Estratégias na aquisição da sintaxe fonológica. In P. Fletcher, & B. MacWhinner (Eds.), *Compêndio da linguagem da criança* (pp. 379–394). Artes Médicas.
- Philips, D. P. (1995). Central auditory processing: A view from auditory neuroscience. *The American Journal of Otology*, 16(3), 338–352.

- Pilatti, L. A., Pedroso, B., & Gutierrez, G. L. (2010). Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação: um debate necessário [Psychometric properties of measurement instruments: A necessary debate]. *Revista Brasileira de Ensino de Ciência e Tecnologia*, 23(1), 81–91.
<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbect/article/download/619/469>
- Pinho, S. M. R. (1998). Avaliação e tratamento da voz. In S. M. R. Pinho (Org.), *Fundamentos em fonoaudiologia: tratando os distúrbios da voz* (pp. 1–40). Guanabara Koogan.
- Pinto, S. S., Laurino, D. P., & Lunardi, G. L. (2015). Processo de construção e validação de um instrumento de avaliação de cursos de graduação a distância [Development and validation process of an assessment tool for online undergraduate courses]. *Prisma.com*, (28), 184–208.
<http://ojs.letras.up.pt/index.php/prisma.com/article/download/1849/1682>
- Pittman, J., & Bakas, T. (2010). Measurement and instrument design. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing: Official Publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society / WOCN*, 37(6), 603–607.
- Polit, D. F. (2015). Assessing measurement in health: Beyond reliability and validity. *International Journal of Nursing Studies*, 52(11), 1.746–1.753. <https://research-repository.griffith.edu.au/bitstream/handle/10072/125083/PolitPUB681.pdf;jsessionid=F35E72F965517866945D8CF2CA275E43?sequence=1>
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5th ed.). Artmed.
- Polonia, A. C., & Dessen, M. A. (2005). Em busca de uma compreensão das relações entre família e escola: relações família-escola [Towards understanding parent school relationship]. *Psicologia Escolar e Educacional*, 9(2), 303–312.
<https://www.scielo.br/pdf/pee/v9n2/v9n2a12.pdf>
- Portas, J., & Guedes, R. L. V. (2016). Qualidade de vida e deglutição - como avaliar na prática clínica. In I. Q. Marchesan, H. J. Silva, & M. C. Tomé (Orgs.), *Tratado das especialidades em fonoaudiologia* (pp. 21–24). Guanabara Koogan.
- Potvin, L., & Jones, C. M. (2011). Twenty-five years after the Ottawa charter: The critical role of health promotion for public health. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 102(4), 244–248.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6973872/pdf/41997_2011_Article_BF03404041.pdf

- Prates, L. P. C. S., & Martins, V. O. (2011). Distúrbios da fala e da linguagem na infância [Speech and language disorders in childhood]. *Revista Médica de Minas Gerais*, 21(4, Suppl 1), 54–60. <http://rmmg.org/exportar-pdf/808/v21n4s1a08.pdf>
- Price, L. R. (2017). *Psychometric methods: theory into practice*. The Guilford Press.
- Primi, R. (2012). Psicometria: fundamentos matemáticos da teoria clássica dos testes [Psychometrics: Mathematical foundations of classical test theory]. *Avaliação Psicológica*, 11(2), 297–307. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v11n2/v11n2a15.pdf>
- Psquali, L. (1996). Medida psicométrica. In L. Pasquali (Org.), *Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento* (pp. 73–116). UnB/Inep.
- Queiroz, M. S. (2000). Sociedade, cultura e comportamento: representações sociais: uma perspectiva multidisciplinar em pesquisa qualitativa. In R. B. Barata, & R. E. Briceño-León (Orgs.), *Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais* (pp. 27-46.). Ed. FIOCRUZ. <https://books.scielo.org/id/45vyc/pdf/barata-9788575413944-02.pdf>
- Rabello, L. S. (2010). *Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva do SUS*. Ed. Fiocruz. <https://static.scielo.org/scielobooks/z7jxb/pdf/rabello-9788575413524.pdf>
- Rabelo, A. T. V., Campos, F. R., Friche, C. P., Silva, B. S. V., Friche, A. A. L., Alves, C. R. L., & Goulart, L. M. H. F. (2015). Alterações fonoaudiológicas em crianças de escolas públicas em Belo Horizonte [Speech and language disorders in children from public schools in Belo Horizonte]. *Revista Paulista de Pediatria*, 33(4), 453–459. <https://www.scielo.br/j/rpp/a/BMBLqm8rMDPHcPntJJ9P7Xw/?format=pdf&lang=pt>
- Rainho, M. C., Pimenta, G., Antunes, M. C., & Monteiro, M. J. (2015). Validação da escala de stress profissional em enfermeiros [Validation of job stress scale for nurses]. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (14), 48–54. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n14/n14a07.pdf>
- Raymundo, V. P. (2009). Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística [Construction and validation of instruments: A challenge for psycholinguistics]. *Letras de Hoje*, 44(3), 86–93. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fale/article/view/5768/4188>
- Razali, N. M., & Wah, Y. B. (2011). Power comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling tests. *Journal of Statistical Modeling and Analytics*, 2(1), 21–33. http://www.de.ufpb.br/~ulisses/disciplinas/normality_tests_comparison.pdf

- Reber, A. S. (1985). *The Penguin dictionary of psychology*. Penguin Books.
- Reppold, C. T., Gurgel, L. G., & Hutz, C. S. (2014). O processo de construção de escalas psicométricas [The process of construction of psychometric scales]. *Avaliação Psicológica*, 13(2), 307–310. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v13n2/v13n2a18.pdf>
- Rezende, R. (2007). Da saúde escolar para a formação de uma Rede de Escolas Promotoras de Saúde no Estado do Tocantins. In Ministério da Saúde (Brasil), & Organização Pan-Americana da Saúde (Orgs.), *Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil* (pp. 81–102). Ed. Ministério da Saúde. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas_promotoras_saude_experiencias_brasil_p1.pdf
- Riesgo, R. S. (2016). Anatomia da aprendizagem. In N. T. Rotta, L. Ohlweiler, & R. S. Riesgo (Orgs.), *Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar* (2nd ed., pp. 9–27). Artmed.
- Romero, E., & Joia, M. (2019). Saúde mental na escola: um projeto de prevenção e promoção de saúde por meio da Psicologia. In M. Joia (Org.), *Manual de promoção e prevenção de saúde na educação* (pp. 19–27). Wak.
- Rondal, J. A. (1982). *El desarrollo del lenguaje*. Médica y Técnica.
- Rotta, N. T. (2016). Dificuldades para aprendizagem. In N. T. Rotta, L. Ohlweiler, & R. S. Riesgo (Orgs.), *Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar* (2nd ed., pp. 94–104). Artmed.
- Rueda, M. (1993). ¿A qué nos referimos cuando hablamos de conocimiento fonológico? *Language y Comunicación*, (8), 79–94.
- Russell G, & Abu-Arafeh I. (1999). Paroxysmal vertigo in children: An epidemiological study. *Int J Otorhniolaryngol*, 49(Suppl 1), S105– S107.
- Salvinelli, F., Firrisi, L., Casale, M., Trivelli, M., D'Ascanio, L., Lamanna, F., Greco, F., & Costantino, S. (2003). What is vertigo? *La Clinica Terapeutica*, 154(5), 341–348. https://www.researchgate.net/profile/Luca-Dascanio/publication/8680833_What_is_vertigo/links/5a8dac9d0f7e9b2fac828fec/What-is-vertigo.pdf
- Samdal, O., Nutbeam, D., Wold, B. & Kannas, L. (1998). Achieving health and educational goals through schools: A study of the importance of the school climate and the students' satisfaction with school. *Health Education Research*, 13(3), 383–397. <https://academic.oup.com/her/article-pdf/13/3/383/1972633/13-3-383.pdf>

- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. P. B. (2013). *Metodologia de pesquisa* (5th ed.) Penso.
- Sangorrín-García, J. (1997). Disfemia. In J. Peña-Casanova (Ed.), *Manual de fonoaudiologia* (2nd ed., pp. 353–372). Artes Médicas.
- Santana, B. A., & Oliveira, C. M. C. (2014). Achados relevantes da história clínica de taquifêmicos [Relevant findings from the clinical history of clutterers]. *Revista CEFAC*, *16*(6), 1.860–1.870.
- Santos, I. E. (2005). *Manual de métodos e técnicas de pesquisa científica* (5th ed.). Impetus.
- Sarrazin, G. (2003). *Normes de pratique du testing en psychologie et en education*. Institut de Recherches Psychologiques.
- Sartes, L. M. A., & Souza-Formigoni, M. L. O. (2013). Avanços na psicometria: da teoria clássica dos testes à teoria de resposta ao item [Advances in psychometrics: From classical test theory to item response theor]. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *26*(2), 241–250. <https://www.scielo.br/prc/v26n2/04.pdf>
- Saussure, F. (1975). *Curso de linguística geral*. Losada.
- Schiefer, A. M., & Arcuri, C. F. (2016). Avaliação da fluência da fala. In I. Q. Marchesan, H. J. Silva, & M. C. Tomé (Orgs.), *Tratado das especialidades em fonoaudiologia* (pp. 646–652). Guanabara Koogan.
- Schlindwein-Zanini, R., & Cruz, R. M. (2018). Psicometria e neuropsicologia: interrelações na construção e adaptação de instrumentos de medida [Psychometrics and Neuropsychology: inter-relations in the construction and adaptation of measuring instruments]. *Psicologia Argumento*, *36*(91), 49- 69. <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/download/25849/23715>
- Scholtes, V. A., Terwee, C. B., & Poolman, R. W. (2011). What makes a measurement instrument valid and reliable? *Injury*, *42*(3), 236–240. https://www.researchgate.net/profile/Rudolf-Poolman/publication/49671503_What_makes_a_measurement_instrument_valid_and_reliable/links/5a4e8f16458515e71b085a14/What-makes-a-measurement-instrument-valid-and-reliable.pdf
- Seara, I. C., Nunes, V. G., & Lazzarotto-Volcão, C. (2011). *Fonética e fonologia do português brasileiro: 2º período*. LLV/CCE/UFSC. https://petletras.paginas.ufsc.br/files/2016/10/Livro-Texto_Fonetica_Fonologia_PB_UFSC.pdf

- Secretaria de Educação Fundamental. (1997). *Parâmetros Curriculares Nacionais: saúde*. Ed. MEC/SEF. <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/saude.pdf>
- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. (2014). *Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas* (6th ed.). Ed. Ministério da Justiça. http://abramd.org/wp-content/uploads/2014/05/Livro_texto_Curso_Prevencao2014.pdf
- Shavelson, R. J. (2009). Biographical memoirs: Lee J. Cronbach, 22 April 1916 - 1 October 2001. *Proceedings of the American Philosophical Society*, 147(4), 379–385. https://www.researchgate.net/profile/Richard-Shavelson/publication/8676248_Lee_J_Cronbach/links/54f60604cf27d8ed71d3d1b/Lee-J-Cronbach.pdf
- Sijtsma, K. (2011). Introduction to the measurement of psychological attributes. *Measurement: Journal of the International Measurement Confederation*, 44(7), 1.209–1.219. https://pure.uvt.nl/ws/portalfiles/portal/1322102/MTO_sijtsma_introduction_MEASUR_2011.pdf
- Silva, C. F., & Cintra, L. G. (2010). A reabilitação do sujeito afásico: uma visão sociointeracionista [Aphasic subjects rehabilitation: a social-interactionist perspective]. *O Mundo da Saúde*, 34(2), 238–243. <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/630/570>
- Silva, C. M. C., Meneghim, M. C., Pereira, A. C., & Mialhe, F. L. (2010). Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas [Health education: a historical reflection of its practices]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2.539–2.550. <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a28.pdf>
- Silva, C. S. (2007). Escola promotora de saúde: uma nova forma de fazer saúde escolar. In F. A. Lopez, & D. Campos Jr., (Orgs.), *Tratado de pediatria* (pp. 289–298). Manole.
- Silva, C. S. (2019). *Saúde na escola: intersectorialidade e promoção da saúde*. Ed. Fiocruz.
- Silva, C. S., & Bodstein, R. C. (2016). Referencial teórico sobre práticas intersectoriais em promoção da saúde na escola [A theoretical framework on intersectoral practice in school health promotion]. *Ciência e Saúde Coletiva*, 21(6), 1.777–1.788.
- Silva, L. I. M. C., Pesaro, M. E., Degenszajn, R. D., & Ramos, R. R. (2013). A família contemporânea. In A. M. U. Escobar, M. H. Valente, F. M. S. Gomes, & S. J. F. E. Grisi (Orgs.), *A promoção da saúde na infância* (2nd ed., pp. 485–498). Manole.

- Silveira, D. T., & Córdova, F. P. (2009). A pesquisa científica. In T. E. Gerhardt, & D. T. Silveira (Orgs.), *Métodos de pesquisa* (pp. 31–42). Ed. UFRGS.
<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>
- Silverthorn, D. U. (2017). *Fisiologia humana: uma abordagem integrada* (7th ed.). Artmed.
- Siqueira-Batista, R., & Gomes, A. P. (2006). *Perguntas e respostas comentadas de saúde pública*. Rubio.
- Souza, A. C., Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. B. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade [Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity]. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(3), 649–659. <https://www.scielo.br/pdf/ress/v26n3/2237-9622-ress-26-03-00649.pdf>
- Souza, J. B., Paschoalino, F. C., Cardoso, V. M., & Oliveira, C. M. C. (2013). Frequência e tipologia das disfluências: análise comparativa entre taquifêmicos e gagos [Frequency and typology of disfluencies: Comparative analysis between clutterers and stutterers]. *Revista CEFAC*, 15(4), 857–863.
- Souza, L. B. R. (2000). *Fonoaudiologia fundamental*. Revinter.
- Starfield, B., Hyde, J., Gérvas, J., & Heath, I. (2008). The concept of prevention: A good idea gone astray? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(7), 580–583.
<https://jech.bmj.com/content/jech/62/7/580.full.pdf>
- Stephens, M. A. (1986). Tests for the uniform distribution. In R. B. D'Agostino, & M. A. Stephens (Eds), *Goodness-of-fit techniques* (pp. 7–562). Marcel Dekker.
- Stewart-Brown, S. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?*. WHO Regional Office for Europe Press.
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/74653/E88185.pdf
- Stoel-Gammon, C. (1991). Theories of phonological development and their implications for phonological disorders. In M. S. Yavas (Ed.), *Phonological disorders in children* (pp. 16–36). Routledge.
- Streiner, D. L. (2003). Starting at the beginning: An introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80(1), 99–103.
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (2008). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use* (4th ed.). Oxford University Press.
- Sulway, S., & Whitney, S. L. (2019). Advances in vestibular rehabilitation. *Advances in Oto-Rhino-Laryngology*, (82), 164–169.

- Swartz, R., & Longwell, P. (2005). Treatment of vertigo. *American Family Physician*, 71(6), 1.115–1.122.
<https://www.aafp.org/dam/brand/aafp/pubs/afp/issues/2005/0315/p1115.pdf>
- Tabith, A., Jr. (1989). *Foniatria: disfonias, fissuras lábio palatais e paralisia cerebral*. Cortez.
- Tavares, L. R. G., & Guimarães, M. R. (2016). Relação entre aprendizagem e disfunções executivas em crianças e adolescentes com transtorno bipolar. In N. T. Rotta, C. A. Bridi Filho, & F. R. S. Bridi (Orgs.), *Neurologia e aprendizagem: abordagem multidisciplinar* (pp. 272–291). Artmed.
- Teberosky, A., & Colomer, T. (2003). *Aprender a ler e a escrever uma proposta construtiva*. Artmed.
- Terwee, C. B., Bot, S. D., Boer, M. R., Windt, D. A., Knol, D. L., Dekker, J., Bouter, L. M., & Vet, H. C. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(1), 34–42.
https://www.researchgate.net/profile/Lex-Bouter/publication/6637555_Quality_criteria_were_proposed_for_measurement_properties_of_health_status_questionnaires/links/5bdeb31ba6fdcc3a8dbcc34c/Quality-criteria-were-proposed-for-measurement-properties-of-health-status-questionnaires.pdf
- Tesser, C. D. (2017). Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? [Why is quaternary prevention important in prevention?]. *Revista de Saúde Pública*, 51, 1–9.
<https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/141548/136557>
- Tilden, V. P., Nelson, C. A., & May, B. A. (1990). Use of qualitative methods to enhance content validity. *Nursing Research*, 39(3), 172–175.
- Tissot, A. (1998). *Reeducação do afásico adulto*. Roca.
- Traverso-Yépez, M. A. (2007). Dilemas na promoção da saúde: reflexões em torno da política nacional recentemente implementada [Dilemmas on Health promotion in Brazil: considerations on the national policy]. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 11(22), 223–238.
<https://www.scielo.br/j/icse/a/Hz8jTdHS6hVzFL5xRB9pRJj/?lang=pt&format=pdf>
- Trevisol, O., Neto. (2017). *Métodos e técnicas de pesquisa*. Argos.
- Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. (2016). *Estudos de densidade urbana, verticalidade e sustentabilidade em Campo Grande: projeto de extensão – relatório final*. UFMS. <https://observatorio.ufms.br/wp-content/uploads/2017/densidade.pdf>

- Urbina, S. (2007). *Fundamentos da testagem psicológica*. Artmed.
- Vieira, S., & Hossne, W. S. (2015). *Metodologia científica para a área da saúde* (2nd ed.). Elsevier.
- Weckx, L. L. M., & Avelino, M. A. G. (2006). O respirador bucal. In S. S. Costa, O. L. M. Cruz, & J. A. A. Oliveira (Eds.), *Otorrinolaringologia: princípios e prática* (2nd ed., pp. 794–796). Artmed.
- Weiss, M. L. L. (2008). *Psicopedagogia clínica: uma visão diagnóstica dos problemas de aprendizagem escolar* (13th ed.). Lamparina.
- Wertzner, H. F., & Pagan-Neves, L. O. (2016). Avaliação e diagnóstico do distúrbio fonológico. In I. Q. Marchesan, H. J. Silva, & M. C. Tomé (Orgs.), *Tratado das especialidades em fonoaudiologia* (pp. 593–608). Guanabara Koogan.
- Westphal, M. F. (2006). Promoção da saúde e prevenção de doenças. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Jr., & Y. M. Carvalho (Orgs.), *Tratado de saúde coletiva* (pp. 635- 667). Hucitec.
- Wijisen, L. D., Borsboom, D., & Alexandrova, A. (2022). Values in psychometrics. *Perspectives on Psychological Science*, 17(3), 788–804.
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/17456916211014183>
- Wynd C. A., Schmidt, B., & Schaefer, M. A. (2003). Two quantitative approaches for estimating content validity. *Western Journal of Nursing Research*, 25(5), 508–518.
- Zanchetta, S. (2016). Avaliação comportamental do processamento auditivo (central). In I. Q. Marchesan, H. J. Silva, & M. C. Tomé (Orgs.), *Tratado das especialidades em fonoaudiologia* (pp. 941–957). Guanabara Koogan.
- Zanon, C., & Hauck, N., Filho. (2015). Fidedignidade. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, & C. M. Trentini (Orgs.), *Psicometria* (pp. 85–97). Artmed.
- Zeigelboim, B. S., & Taguchi, C. K. (2013). Atualização das aplicações clínicas em otoneurologia. In O. Lopes Filho (Ed.), *Novo tratado de fonoaudiologia* (3rd ed., pp. 946–957). Manole.
- Zemlin, W. R. (2000). *Princípios de anatomia de fisiologia em fonoaudiologia* (4th ed.). Artes Médicas.

- Zinbarg, R. E., Revelle, W., Yovel, I. & Li, W. (2005). Cronbach's α , Revelle's β and McDonald's ω_H : Their relations with each other and two alternative conceptualizations of reliability. *Psychometrika*, 70(1), 123–133.
https://www.researchgate.net/profile/Richard-Zinbarg/publication/24063538_Cronbach's_a_Revelle's_b_and_McDonald's_o_H_their_relations_with_each_other_and_two_alternative_conceptualizations_of_reliability/links/5936d61ca6fdcca658661e65/Cronbachs-a-Revelles-b-and-McDonalds-o-H-their-relations-with-each-other-and-two-alternative-conceptualizations-of-reliability.pdf
- Zorzi, J. L. (1998). Diferenciando alterações da fala e da linguagem. In I. Q. Marchesan (Org.), *Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral* (pp. 59–74). Guanabara Koogan.
- Zorzi, J. L. (2003). *Aprendizagem e distúrbios da linguagem escrita: questões clínicas e educacionais*. Artmed.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento 1 e suas quatro versões – Inicial, Teste, Reteste e Final

Elaborado inicialmente, antes da avaliação dos juízes

<p>ESCALA DE RASTREAMENTO COMPORTAMENTAL DE SAÚDE FONOAUDIOLÓGICA DE ESTUDANTES – INICIAL</p>
--

Título breve – *Escala de Rastreamento Fonoaudiológico*

Estudante: Sexo Idade

Docente:

Turma: Escola:

Data do preenchimento da escala://

Olá, participante,

Esta escala foi elaborada com o intuito de disponibilizar ao docente um instrumento capaz de medir de forma rápida, simples e fidedigna seus estudantes no que tange à saúde fonoaudiológica. Peço que você responda a todas as questões (itens) a seguir com base na percepção que tem sobre seu estudante. O preenchimento desta escala independe de tempo de convivência com seu estudante no ambiente educacional, basta apenas que tenha a convicção do grau de frequência por meio das categorias de respostas referentes a cada questão (item). Menciono, ainda, que este instrumento é autoexplicativo e deve ser marcado um “x” no número abaixo da questão que melhor representa a sua percepção perante os assuntos abordados. Abaixo de cada questão, apresenta-se uma nota explicativa caso haja necessidade de melhor compreensão referente ao tema abordado. A numeração equivalente às opções de respostas são decrescentes e variam de 6 a 1, sendo que, quanto mais próximo do número 6, maior será o grau de frequência, e quanto mais próximo do número 2, menor a frequência referente à questão da escala. Já o número 1 é a opção de resposta na qual você tem a possibilidade de se abster de responder.

Domínio	Questões (itens)	Categorias de respostas					
		Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
1 – Linguagem (1-7)	1. No que se refere à VELOCIDADE DE FALA (aumentada ou diminuída).	[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
	<i>Nota explicativa.</i> Entende-se por “velocidade aumentada ou diminuída de fala” a expressividade por meio de palavras com rapidez ou lentidão exageradas que pode ou não influenciar na compreensão da fala por quem esteja escutando.						
	2. No tocante a VOCABULÁRIO POBRE E ROTINEIRO .	[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
	<i>Nota explicativa.</i> Compreende-se como “vocabulário pobre e rotineiro” a utilização das mesmas palavras repetidamente durante uma conversa de forma a não se utilizar de novas palavras para enriquecer sua fala.						
	3. No que concerne à DIFICULDADE DE MEMÓRIA .	[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
<i>Nota explicativa.</i> Entende-se como “dificuldade de memória” a ação de não se lembrar com certa frequência de acontecimentos do dia a dia.							
	4. Com relação a episódios de ALTERAÇÕES NA FALA (gagueira, distorção de sons, fala incompreensível, entre outras).	[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
<i>Nota explicativa.</i> Compreende-se como “alterações na fala” qualquer condição física que influencie a nitidez da fala e que possa ou não dificultar o entendimento de quem está escutando.							
	5. Sobre dificuldade do estudante COMPREENDER ESCRITAS de textos.	[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
<i>Nota explicativa.</i> Entende-se como “dificuldade de compreender escrita” a ação de se ler um texto e não conseguir contar os fatos do que foi lido, logo após seu término.							

Domínio	Questões (itens)	Categorias de respostas					
		Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
2 – Voz (8-10)	6. No que se refere a TROCAS E/OU OMISSÕES DE LETRAS na escrita.	[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
	<i>Nota explicativa.</i> Compreende-se como “troca de letras” a substituição de uma letra ou sílaba erroneamente por outras durante a escrita. Já a “omissão de letras” é a escrita faltando letras ou sílabas.						
	7. Relativo à DIFICULDADE MOTORA durante a escrita.	[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
	<i>Nota explicativa.</i> Entende-se como “dificuldade motora durante a escrita” qualquer condição do corpo que possa influenciar negativamente na boa coordenação dos movimentos das mãos e dos braços.						
2 – Voz (8-10)	8. Em referência à VOZ MUITO GRAVE OU AGUDA .	[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
	<i>Nota explicativa.</i> Compreende-se como “voz grave” aquela que se apresenta de forma grossa e geralmente mais baixa. Já a “voz aguda” é aquela que se revela como fina e geralmente mais alta.						
	9. No tocante à INTENSIDADE DA FALA (alta ou baixa demais).	[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
	<i>Nota explicativa.</i> Entende-se como “intensidade da fala” alterada aquela que se apresenta com volume muito alto ou muito baixo.						
2 – Voz (8-10)	10. No que se refere à presença de ROUQUIDÃO por mais de dez dias.	[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
	<i>Nota explicativa.</i> Compreende-se como “rouquidão” a voz que, durante a fala, apresenta-se mais fraca e trêmula de forma a dificultar sua boa qualidade no momento de emissão de sons e palavras, dificultando, assim, uma boa comunicação.						

Domínio	Questões (itens)	Categorias de respostas					
		Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
3 – Motricidade orofacial (11-15)	11. Em relação à MÁ RESPIRAÇÃO .	[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
	<i>Nota explicativa.</i> Entende-se como “má respiração” aquela que pode apresentar algumas características como: respiração ofegante, muita rápida ou devagar demais, não respirar pelo nariz e sim pela boca.						
	12. No que tange ao hábito de ROER UNHAS .	[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
	<i>Nota explicativa.</i> Compreende-se como “hábito de roer unhas” o vício de levar rotineiramente as mãos até a boca a fim de morder as extremidades das mãos.						
	13. Quanto a RANGER OU FRICCIONAR OS DENTES .	[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
<i>Nota explicativa.</i> Entende-se como “ranger os dentes” o hábito de esfregar os dentes uns nos outros. Já a “fricção” é o vício de apertar os dentes uns nos outros.							
14. No que concerne a alguma ALTERAÇÃO NA ESTRUTURA DA FACE .	[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]	
<i>Nota explicativa.</i> Compreende-se como “alterações na estrutura da face” qualquer condição que não esteja dentro do padrão comum das pessoas.							
15. No que se refere aos LÁBIOS SE MANTEREM ENTREABERTOS quando não se está falando.	[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]	
<i>Nota explicativa.</i> Entende-se como “lábios entreabertos” a condição de manter os lábios superior e inferior não encostados um no outro.							

Domínio	Questões (itens)	Categorias de respostas					
		Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
4 – Disfagia (16)	16. Apresenta ENGASGOS ao se alimentar ou tomar líquido.	[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
	<i>Nota explicativa.</i> Compreende-se como “engasgo” a condição de alimento ou líquido ficar preso na garganta ou abaixo dela, bloqueando o fluxo de ar.						
5 – Audiologia (17-18)	17. Sobre DIFICULDADE DE COMPREENSÃO DO QUE LHE É DITO.	[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
	<i>Nota explicativa.</i> Entende-se como “dificuldade de compreensão do que lhe é dito” quando se fala e a outra pessoa não entende ou mesmo não dá a atenção.						
	18. No que concerne à TONTURA OU DIFICULDADE DE EQUILÍBRIO.	[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
<i>Nota explicativa.</i> Compreende-se como “tontura ou dificuldade de equilíbrio” a sensação de tudo parecer estar girando e, como consequência, o corpo perde o equilíbrio.							

Instrumento elaborado após os pareceres dos juízes e respondido pelos docentes na etapa I de produção dos dados

**ESCALA DE RASTREAMENTO COMPORTAMENTAL DE SAÚDE
FONOAUDIOLÓGICA DE ESTUDANTES – TESTE**

Acrônimo *ESC-FONO* – Teste

Estudante: Sexo Idade

Docente:

Turma: Escola:.....

Data de preenchimento://

Olá, participante,

Esta escala foi elaborada com o intuito de disponibilizar ao docente um instrumento capaz de medir de forma rápida, simples e fidedigna seus estudantes no que tange à possível condição de saúde fonoaudiológica. Peço que você nesta primeira etapa da pesquisa – responda a todas as questões (itens) a seguir com base na percepção que tem sobre seu estudante. O preenchimento desta escala independe de tempo de convivência com seu estudante no ambiente educacional, basta apenas que tenha a convicção do grau de frequência por meio das categorias de respostas referentes a cada questão (item). Menciono, ainda, que este instrumento é autoexplicativo e deve ser marcado um “x” no número abaixo da questão que melhor representa a sua percepção perante os assuntos abordados. Abaixo de cada questão, apresenta-se uma nota explicativa caso haja necessidade de melhor compreensão referente ao tema abordado. A numeração equivalente às opções de respostas são decrescentes e variam de 6 a 1, sendo que, quanto mais próximo do número 6, maior será o grau de frequência, e quanto mais próximo do número 2, menor a frequência referente à questão da escala. Já o número 1 é a opção de resposta na qual você tem a possibilidade de se abster de responder.

DOMÍNIO 1 – AUDIOLOGIA (1-2)

Questão (item) 1: Sobre **DIFICULDADE PARA COMPREENDER O QUE LHE É DITO**.

Nota explicativa. Entende-se como “dificuldade para compreender o que lhe é dito” a pessoa que aparentemente ao escutar outra não consegue assimilar o assunto ou não dá atenção à fala alheia.

Categorias de respostas

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]

DOMÍNIO 1 – AUDIOLOGIA (1-2)					
<p>Questão (item) 2: No que concerne à TONTURA</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Compreende-se como “tontura” a sensação de desequilíbrio corporal e, geralmente, tudo parece estar girando. Em episódios de tontura a pessoa apresenta risco de queda.</p>					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]

DOMÍNIO 2 – DISFAGIA (3)					
<p>Questão (item) 3: Apresenta ENGASGOS ao se alimentar ou tomar líquido</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Compreende-se como “engasgo” a condição de alimento ou líquido ficar preso na garganta ou abaixo dela, bloqueando a respiração. Geralmente o engasgo apresenta sintomas como tosse e a pessoa não consegue falar.</p>					
Categoria de resposta					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]

DOMÍNIO 3 – LINGUAGEM (4-10)					
<p>Questão (item) 4: No que se refere à VELOCIDADE DE FALA (aumentada ou diminuída)</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Entende-se por “velocidade aumentada ou diminuída de fala” a expressividade por meio de palavras com rapidez ou lentidão exageradas que pode ou não influenciar na compreensão da fala por quem esteja escutando.</p>					
Categorias de respostas					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
<p>Questão (item) 5: No tocante a VOCABULÁRIO POBRE E ROTINEIRO</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Compreende-se como “vocabulário pobre e rotineiro” a utilização das mesmas palavras repetidamente durante conversas. Desta forma, a pessoa não se utiliza de novas palavras para enriquecer sua fala.</p>					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]

DOMÍNIO 3 – LINGUAGEM (4-10)					
<p>Questão (item) 6: No que concerne à DIFICULDADE DE MEMORIZAR</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Entende-se como “dificuldade de memorizar” a ação de não se lembrar com certa frequência de acontecimentos do dia a dia, histórias contadas, entre outras.</p>					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
<p>Questão (item) 7: Com relação a episódios de ALTERAÇÕES NA FALA</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Compreende-se como “alterações na fala” qualquer condição corporal que influencie a nitidez da fala e que possa ou não dificultar o entendimento de quem esteja escutando. Têm-se como exemplos: gagueira, distorção de sons, fala incompreensível, entre outras.</p>					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
<p>Questão (item) 8: Sobre dificuldade de COMPREENDER A ESCRITA</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Entende-se como “dificuldade de compreender a escrita” a ação de se ler um texto impresso e não conseguir contar os fatos e ideias do que foi lido, logo após seu término. Atribui-se a essa dificuldade não somente o texto impresso em si, mas, também, enunciados e informes gerais (quadros informativos, entre outros).</p>					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
<p>Questão (item) 9: No que se refere a TROCAS E/OU OMISSÕES DE LETRAS na escrita</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Compreende-se como “troca de letras” a substituição de uma letra ou sílaba erroneamente por outras durante a escrita. Já a “omissão de letras” é a escrita faltando letras ou sílabas.</p>					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]

DOMÍNIO 3 – LINGUAGEM (4-10)					
<p>Questão (item) 10: Relativo à DIFICULDADE NA COORDENAÇÃO MOTORA DAS MÃOS durante a escrita</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Entende-se como “dificuldade na coordenação motora das mãos durante a escrita” qualquer condição física que possa influenciar negativamente na coordenação dos movimentos das mãos e dos braços de forma que influencie uma escrita desfavorável. Na condição de dificuldade na escrita uma das maiores características é o garrancho (caligrafia que dificulta o entendimento de forma total ou parcial de quem está lendo).</p>					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]

DOMÍNIO 4 – MOTRICIDADE OROFACIAL (11-14)					
<p>Questão (item) 11: Em relação à DIFICULDADE PARA RESPIRAR</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Entende-se como “dificuldade para respirar” a condição em que uma pessoa apresente algumas características, tais quais: respiração ofegante, muito rápida ou devagar demais, não respirar pelo nariz e sim pela boca a maioria do tempo.</p>					
Categorias de respostas					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
<p>Questão (item) 12: No que tange ao hábito de ROER UNHAS</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Compreende-se como “hábito de roer unhas” o vício de levar rotineiramente as mãos até a boca a fim de morder as extremidades das mãos.</p>					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
<p>Questão (item) 13: Quanto a RANGER OU FRICCIONAR OS DENTES</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Entende-se como “ranger os dentes” o hábito de esfregar os dentes uns nos outros. Já a “fricção” é o vício de apertar os dentes uns nos outros.</p>					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]

DOMÍNIO 4 – MOTRICIDADE OROFACIAL (11-14)					
<p>Questão (item) 14: No que se refere aos LÁBIOS SE MANTEREM ENTREABERTOS quando não se está falando</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Entende-se como “lábios entreabertos” a condição de manter os lábios superior e inferior não encostados um no outro no momento em que não há comunicação por meio da fala.</p>					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]

DOMÍNIO 5 – VOZ (15-17)					
<p>Questão (item) 15: Em referência à VOZ MUITO GRAVE OU AGUDA</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Compreende-se como “voz grave” aquela que se apresenta de forma grossa e geralmente mais baixa e a “voz aguda” como aquela que se revela como fina e geralmente mais alta, quando se compara a criança com seus pares de mesma idade e sexo.</p>					
Categorias de respostas					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
<p>Questão (item) 16: No tocante à INTENSIDADE DA FALA (alta ou baixa demais)</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Entende-se como “intensidade da fala” alterada aquela que se apresente com volume muito alto ou muito baixo.</p>					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
<p>Questão (item) 17: No que se refere à presença de VOZ RUIDOSA por mais de quinze dias</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Compreende-se como “voz ruidosa” a voz que, durante a fala, se apresenta com qualidade pobre/ruim, diferente das outras crianças de mesma idade e sexo no momento de emissão de sons e palavras, dificultando a boa comunicação.</p> <p><i>Obs.: Caso o professor decida encaminhar o estudante para avaliação fonoaudiológica levando em consideração a presente questão, solicita-se que o faça apenas se a voz ruidosa for muito perceptível comparativamente aos demais estudantes.</i></p>					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]

Instrumento elaborado após os pareceres dos juízes e respondido pelos docentes na etapa II de produção dos dados

**ESCALA DE RASTREAMENTO COMPORTAMENTAL DE SAÚDE
FONOAUDIOLÓGICA DE ESTUDANTES – RETESTE**

Acrônimo *ESC-FONO* – Reteste

Estudante: Sexo Idade

Docente:

Turma: Escola:.....

Data de preenchimento://

Olá, participante,

Este momento corresponde a segunda etapa da pesquisa em que você responderá a todas as questões (itens) a seguir com base na percepção que tem sobre seu estudante. Menciono ainda que as dezessete questões são as mesmas que foram respondidas na primeira etapa há algum tempo atrás. No entanto, nesta segunda etapa acrescentaram-se duas questões ao final da escala, que também deverão ser respondidas. Elas não fazem parte da escala em si, mas valorizam e complementam a respectiva pesquisa. Contudo, esta escala foi elaborada com o intuito de disponibilizar ao docente um instrumento capaz de medir de forma rápida, simples e fidedigna seus estudantes no que tange à possível condição de saúde fonoaudiológica. O preenchimento desta escala independe de tempo de convivência com seu estudante no ambiente educacional, basta apenas que tenha a convicção do grau de frequência por meio das categorias de respostas referentes a cada questão (item). É válido mencionar que este instrumento é autoexplicativo e deve ser marcado um “x” no número abaixo da questão que melhor representa a sua percepção perante os assuntos abordados. Abaixo de cada questão, apresenta-se uma nota explicativa caso haja necessidade de melhor compreensão referente ao tema abordado. A numeração equivalente às opções de respostas são decrescentes e variam de 6 a 1, sendo que, quanto mais próximo do número 6, maior será o grau de frequência, e quanto mais próximo do número 2, menor a frequência referente à questão da escala. Já o número 1 é a opção de resposta na qual você tem a possibilidade de se abster de responder.

DOMÍNIO 1 – AUDIOLOGIA (1-2)

Questão (item) 1: Sobre **DIFICULDADE PARA COMPREENDER O QUE LHE É DITO**.

Nota explicativa. Entende-se como “dificuldade para compreender o que lhe é dito” a pessoa que aparentemente ao escutar outra não consegue assimilar o assunto ou, não dá atenção a fala alheia.

Categorias de respostas

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]

DOMÍNIO 1 – AUDIOLOGIA (1-2)					
Questão (item) 2: No que concerne a TONTURA					
<i>Nota explicativa.</i> Compreende-se como “tontura” a sensação de desequilíbrio corporal e, geralmente, tudo parece estar girando. Em episódios de tontura a pessoa apresenta risco de queda.					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]

DOMÍNIO 2 – DISFAGIA (3)					
Questão (item) 3: Apresenta ENGASGOS ao se alimentar ou tomar líquido					
<i>Nota explicativa.</i> Compreende-se como “engasgo” a condição de alimento ou líquido ficar preso na garganta ou abaixo dela, bloqueando a respiração. Geralmente o engasgo apresenta sintomas como tosse e a pessoa não consegue falar.					
Categoria de resposta					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]

DOMÍNIO 3 – LINGUAGEM (4-10)					
Questão (item) 4: No que se refere à VELOCIDADE DE FALA (aumentada ou diminuída)					
<i>Nota explicativa.</i> Entende-se por “velocidade aumentada ou diminuída de fala” a expressividade por meio de palavras com rapidez ou lentidão exageradas que pode ou não influenciar na compreensão da fala por quem esteja escutando.					
Categorias de respostas					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
Questão (item) 5: No tocante a VOCABULÁRIO POBRE E ROTINEIRO					
<i>Nota explicativa.</i> Compreende-se como “vocabulário pobre e rotineiro” a utilização das mesmas palavras repetidamente durante conversas. Desta forma, a pessoa não se utiliza de novas palavras para enriquecer sua fala.					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]

DOMÍNIO 3 – LINGUAGEM (4-10)					
<p>Questão (item) 6: No que concerne à DIFICULDADE DE MEMORIZAR</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Entende-se como “dificuldade de memorizar” a ação de não se lembrar com certa frequência de acontecimentos do dia a dia, histórias contadas, entre outras.</p>					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
<p>Questão (item) 7: Com relação a episódios de ALTERAÇÕES NA FALA</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Compreende-se como “alterações na fala” qualquer condição corporal que influencie a nitidez da fala e que possa ou não dificultar o entendimento de quem esteja escutando. Têm-se como exemplos: gagueira, distorção de sons, fala incompreensível, entre outras.</p>					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
<p>Questão (item) 8: Sobre dificuldade de COMPREENDER A ESCRITA</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Entende-se como “dificuldade de compreender a escrita” a ação de se ler um texto impresso e não conseguir contar os fatos e ideias do que foi lido, logo após seu término. Atribui-se a essa dificuldade não somente o texto impresso em si, mas, também, enunciados e informes gerais (quadros informativos, entre outros).</p>					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
<p>Questão (item) 9: No que se refere a TROCAS E/OU OMISSÕES DE LETRAS na escrita</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Compreende-se como “troca de letras” a substituição de uma letra ou sílaba erroneamente por outras durante a escrita. Já a “omissão de letras” é a escrita faltando letras ou sílabas.</p>					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]

DOMÍNIO 3 – LINGUAGEM (4-10)					
<p>Questão (item) 10: Relativo à DIFICULDADE NA COORDENAÇÃO MOTORA DAS MÃOS durante a escrita</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Entende-se como “dificuldade na coordenação motora das mãos durante a escrita” qualquer condição física que possa influenciar negativamente na coordenação dos movimentos das mãos e dos braços de forma que influencie uma escrita desfavorável. Na condição de dificuldade na escrita uma das maiores características é o garrancho (caligrafia que dificulta o entendimento de forma total ou parcial de quem está lendo).</p>					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]

DOMÍNIO 4 – MOTRICIDADE OROFACIAL (11-14)					
<p>Questão (item) 11: Em relação à DIFICULDADE PARA RESPIRAR</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Entende-se como “dificuldade para respirar” a condição em que uma pessoa apresente algumas características, tais quais: respiração ofegante, muito rápida ou devagar demais, não respirar pelo nariz e sim pela boca a maioria do tempo.</p>					
Categorias de respostas					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
<p>Questão (item) 12: No que tange ao hábito de ROER UNHAS</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Compreende-se como “hábito de roer unhas” o vício de levar rotineiramente as mãos até a boca a fim de morder as extremidades das mãos.</p>					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
<p>Questão (item) 13: Quanto a RANGER OU FRICCIONAR OS DENTES</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Entende-se como “ranger os dentes” o hábito de esfregar os dentes uns nos outros. Já a “fricção” é o vício de apertar os dentes uns nos outros.</p>					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]

DOMÍNIO 4 – MOTRICIDADE OROFACIAL (11-14)					
<p>Questão (item) 14: No que se refere aos LÁBIOS SE MANTEREM ENTREABERTOS quando não se está falando</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Entende-se como “lábios entreabertos” a condição de manter os lábios superior e inferior não encostados um no outro no momento em que não há comunicação por meio da fala.</p>					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]

DOMÍNIO 5 – VOZ (15-17)					
<p>Questão (item) 15: Em referência à VOZ MUITO GRAVE OU AGUDA</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Compreende-se como “voz grave” aquela que se apresenta de forma grossa e geralmente mais baixa e a “voz aguda” como aquela que se revela como fina e geralmente mais alta, quando se compara a criança com seus pares de mesma idade e sexo.</p>					
Categorias de respostas					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
<p>Questão (item) 16: No tocante à INTENSIDADE DA FALA (alta ou baixa demais)</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Entende-se como “intensidade da fala” alterada aquela que se apresente com volume muito alto ou muito baixo.</p>					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
<p>Questão (item) 17: No que se refere à presença de VOZ RUIDOSA por mais de quinze dias</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Compreende-se como “voz ruidosa” a voz que, durante a fala, se apresenta com qualidade pobre/ruim, diferente das outras crianças de mesma idade e sexo no momento de emissão de sons e palavras, dificultando a boa comunicação.</p> <p><i>Obs.: Caso o professor decida encaminhar o estudante para avaliação fonoaudiológica levando em consideração a presente questão, solicita-se que o faça apenas se a voz ruidosa for muito perceptível comparativamente aos demais estudantes.</i></p>					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]

Questões adicionais		
Questão A	O responsável legal do estudante já teceu algum comentário com você que possa haver relação direta ou indireta com comportamento sugestivo de comprometimento na saúde fonoaudiológica?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Questão B	Outro docente (colega de trabalho) já teceu comentário sobre a possibilidade de haver comprometimento na saúde fonoaudiológica do estudante que você selecionou para a observação por meio da <i>ESC-FONO</i> ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Instrumento validado cientificamente

**ESCALA DE RASTREAMENTO COMPORTAMENTAL DE SAÚDE
FONOAUDIOLÓGICA DE ESTUDANTES – FINAL**

Acrônimo *ESC-FONO* – Final

Estudante: Sexo Idade

Turma: Escola:.....

Docente:

Data de preenchimento://

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA UTILIZAÇÃO DA *ESC-FONO* PELO DOCENTE

Olá, docente,

Esta escala foi construída e validada cientificamente para que você possa utilizá-la como instrumento norteador para o rastreo de sinais comportamentais que possam indicar possíveis alterações fonoaudiológicas de estudantes que estejam cursando do 1º ao 9º ano do ensino fundamental. A presente escala pode ser utilizada por qualquer docente que leciona de 1º ao 9º ano do ensino fundamental – independentemente da formação acadêmica – e foi elaborada com o intuito de favorecer um instrumento capaz de medir de forma rápida, simples e fidedigna estudantes por meio de observação. E, pode ser utilizada quando convier ao docente. O preenchimento desta escala independe de tempo de convivência com o estudante em ambiente educacional, basta apenas que tenha a convicção do grau de frequência por meio das categorias de respostas referente a cada questão (item). É válido mencionar que este instrumento é autoexplicativo e deve ser marcado um “x” no número abaixo da questão que melhor representa a sua percepção frente aos assuntos abordados. Abaixo de cada questão, apresenta-se uma nota explicativa caso haja necessidade de melhor compreensão referente ao tema abordado. A numeração equivalente às opções de respostas são decrescentes e variam de 6 a 1, sendo que, quanto mais próximo do número 6, maior será o grau de frequência, e quanto mais próximo do número 2, menor a frequência referente à questão da escala. Já o número 1 é a opção de resposta na qual você tem a possibilidade de se abster de responder. No entanto, o procedimento de rastreamento a ser realizado por você – por meio desta escala – não objetiva diagnosticar alterações fonoaudiológicas, mas, sim, identificar comportamentos sugestivos dessas mesmas alterações. E, é com base no resultado do preenchimento desta escala que você poderá se respaldar para realizar o encaminhamento a um profissional fonoaudiólogo. Em relação se há ou não indicação de encaminhamento de estudantes para conduta fonoaudiológica com base nas respostas assinaladas por você, têm-se:

Se o docente tiver assinalado ao menos em uma das questões (itens) as respostas numéricas: 6, 5, 4 ou 3.



Há indicação para a realização de encaminhamento

Se o docente tiver assinalado em todas as questões (itens) a resposta numérica: 2



Não há indicação para a realização de encaminhamento

Ao final desta escala há um modelo de encaminhamento que deverá ser preenchido – caso haja indicação – e entregue ao responsável legal do estudante para que o leve a uma consulta. Menciona-se ainda que o ambiente escolar é considerado um local de corresponsabilidade e com grande potencialidade no auxílio da qualidade de vida de estudantes. E ter a iniciativa de realizar o encaminhamento dará a possibilidade de o responsável legal levar o estudante para uma possível avaliação fonoaudiológica que poderá resultar na solução para possível comprometimento em saúde fonoaudiológica existente – caso se confirme alguma alteração e se dê o tratamento conveniente – que estejam ou não interferindo na aprendizagem, qualidade de vida, relações interpessoais, interação docente-estudante, desenvolvimento global infantojuvenil entre outras. Após o preenchimento do presente documento você deverá repassá-lo ao responsável legal da criança ou do adolescente – caso haja indicação – e relatar as observações constatadas em ambiente educacional.

DOMÍNIO 1 – AUDIOLOGIA (1-2)

Questão (item) 1: Sobre **DIFICULDADE PARA COMPREENDER O QUE LHE É DITO**.

Nota explicativa. Entende-se como “dificuldade para compreender o que lhe é dito” a pessoa que aparentemente ao escutar outra não consegue assimilar o assunto ou, não dá atenção a fala alheia.

Categorias de respostas

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]

Questão (item) 2: No que concerne a **TONTURA**

Nota explicativa. Compreende-se como “tontura” a sensação de desequilíbrio corporal e, geralmente, tudo parece estar girando. Em episódios de tontura a pessoa apresenta risco de queda.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]

DOMÍNIO 2 – DISFAGIA (3)

Questão (item) 3: Apresenta **ENGASGOS** ao se alimentar ou tomar líquido

Nota explicativa. Compreende-se como “engasgo” a condição de alimento ou líquido ficar preso na garganta ou abaixo dela, bloqueando a respiração. Geralmente o engasgo apresenta sintomas como tosse e a pessoa não consegue falar.

Categoria de resposta

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]

DOMÍNIO 3 – LINGUAGEM (4-10)					
<p>Questão (item) 4: No que se refere à VELOCIDADE DE FALA (aumentada ou diminuída)</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Entende-se por “velocidade aumentada ou diminuída de fala” a expressividade por meio de palavras com rapidez ou lentidão exageradas que pode ou não influenciar na compreensão da fala por quem esteja escutando.</p>					
Categorias de respostas					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
<p>Questão (item) 5: No tocante a VOCABULÁRIO POBRE E ROTINEIRO</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Compreende-se como “vocabulário pobre e rotineiro” a utilização das mesmas palavras repetidamente durante conversas. Desta forma, a pessoa não se utiliza de novas palavras para enriquecer sua fala.</p>					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
<p>Questão (item) 6: No que concerne a DIFICULDADE DE MEMORIZAR</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Entende-se como “dificuldade de memorizar” a ação de não se lembrar com certa frequência de acontecimentos do dia a dia, histórias contadas entre outras.</p>					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
<p>Questão (item) 7: Com relação a episódios de ALTERAÇÕES NA FALA</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Compreende-se como “alterações na fala” qualquer condição corporal que influencie a nitidez da fala e que possa ou não dificultar o entendimento de quem esteja escutando. Têm-se como exemplos: a gagueira, distorção de sons, fala incompreensível entre outras.</p>					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]

DOMÍNIO 3 – LINGUAGEM (4-10)					
<p>Questão (item) 8: Sobre dificuldade de COMPREENDER A ESCRITA</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Entende-se como “dificuldade de compreender escrita” a ação de se ler um texto impresso e não conseguir contar os fatos e ideias do que foi lido, logo após seu término. Atribui-se a essa dificuldade não somente o texto impresso em si, mas, também, enunciados e informes gerais (quadros informativos entre outros).</p>					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
<p>Questão (item) 9: No que se refere a TROCAS E/OU OMISSÕES DE LETRAS na escrita</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Compreende-se como “troca de letras” a substituição de uma letra ou sílaba erroneamente por outras durante a escrita. Já a “omissão de letras” é a escrita faltando letras ou sílabas.</p>					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
<p>Questão (item) 10: Relativo à DIFICULDADE NA COORDENAÇÃO MOTORA DAS MÃOS durante a escrita</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Entende-se como “dificuldade na coordenação motora das mãos durante a escrita” qualquer condição física que possa influenciar negativamente na coordenação dos movimentos das mãos e dos braços de forma que influencie uma escrita desfavorável. Na condição de dificuldade na escrita uma das maiores características é o garrancho (caligrafia que dificulta o entendimento de forma total ou parcial de quem está lendo).</p>					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]

DOMÍNIO 4 – MOTRICIDADE OROFACIAL (11-14)					
<p>Questão (item) 11: Em relação à DIFICULDADE PARA RESPIRAR</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Entende-se como “dificuldade para respirar” a condição em que uma pessoa apresente algumas características, tais quais: respiração ofegante, muito rápida ou devagar demais, não respirar pelo nariz e sim pela boca a maioria do tempo.</p>					
Categorias de respostas					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]

DOMÍNIO 4 – MOTRICIDADE OROFACIAL (11-14)					
<p>Questão (item) 12: No que tange ao hábito de ROER UNHAS</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Compreende-se como “hábito de roer unhas” o vício de levar rotineiramente as mãos até a boca a fim de morder as extremidades das mãos.</p>					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
<p>Questão (item) 13: Quanto a RANGER OU FRICCIONAR OS DENTES</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Entende-se como “ranger os dentes” o hábito de esfregar os dentes uns nos outros. Já a “fricção” é o vício de apertar os dentes uns nos outros.</p>					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
<p>Questão (item) 14: No que se refere aos LÁBIOS SE MANTEREM ENTREABERTOS quando não se está falando</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Entende-se como “lábios entreabertos” a condição de manter os lábios superior e inferior não encostados um no outro no momento em que não há comunicação por meio da fala.</p>					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]

DOMÍNIO 5 – VOZ (15-17)					
<p>Questão (item) 15: Em referência à VOZ MUITO GRAVE OU AGUDA</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Compreende-se como “voz grave” aquela que se apresenta de forma grossa e geralmente mais baixa e a “voz aguda” como aquela que se revela como fina e geralmente mais alta, quando se compara a criança com seus pares de mesma idade e sexo.</p>					
Categorias de respostas					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]

DOMÍNIO 5 – VOZ (15-17)					
<p>Questão (item) 16: No tocante à INTENSIDADE DA FALA (alta ou baixa demais)</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Entende-se como “intensidade da fala” alterada aquela que se apresente com volume muito alto ou muito baixo.</p>					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
<p>Questão (item) 17: No que se refere à presença de VOZ RUIDOSA por mais de quinze dias</p> <p><i>Nota explicativa.</i> Compreende-se como “voz ruidosa” a voz que, durante a fala, se apresenta com qualidade pobre/ruim, diferente das outras crianças de mesma idade e sexo no momento de emissão de sons e palavras, dificultando a boa comunicação.</p> <p><i>Obs.: caso o professor decida encaminhar o estudante para avaliação fonoaudiológica levando em consideração a presente questão, solicita-se que o faça apenas se a voz ruidosa for muito perceptível comparativamente aos demais estudantes.</i></p>					
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei responder
[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]

Indicação de encaminhamento	
Mediante as opções assinaladas nas questões (itens) da <i>ESC-FONO</i> há necessidade de encaminhamento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p><i>Obs.: Se a resposta for “não”, o docente não necessita preencher o encaminhamento a seguir e fica a seu critério repassar ou não o presente documento ao responsável legal, haja vista não haver indicação de encaminhamento. Caso a resposta seja “sim”, o docente deverá preencher e assinar o respectivo documento (encaminhamento) a seguir e entregar ao responsável legal do estudante para ciência dele em relação ao rastreamento (observação comportamental) e necessidade de conduta profissional para se verificar possível comprometimentos na saúde fonoaudiológica. Caso o docente for repassar o presente documento ao responsável legal da criança ou do adolescente é altamente recomendável que o faça na íntegra, ou seja, contendo todas suas páginas.</i></p>	

Encaminhamento

Prezado(a) Fonoaudiólogo(a),

Encaminho o(a) estudante
sexo [] feminino [] masculino, idade anos, vinculado(a) a instituição educacional para conduta fonoaudiológica. Menciono que o presente encaminhamento foi respaldado em observações realizadas em ambiente educacional por meio da *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes (ESC-FONO)*. As informações sobre frequência de comportamentos sugestivos de alterações na saúde fonoaudiológica estão assinaladas na *Escala*.

À disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário.

Cordialmente,

.....
Docente

Contato:

Local:

Data:/...../.....

APÊNDICE B – Instrumento 2

Este protocolo foi utilizado pelos juízes para elaboração de seus pareceres referentes à escala construída inicialmente – *ESC-FONO* – Inicial

**PROTOCOLO PARA ANÁLISE DA VALIDADE DE CONTEÚDO (SEMÂNTICA)
DA ESCALA DE RASTREAMENTO COMPORTAMENTAL DE SAÚDE
FONOAUDIOLÓGICA DE ESTUDANTES**

DOMÍNIO 1 – ÁREA DA LINGUAGEM (1-7)

Nome do avaliador:

Vínculo institucional:

Avaliação do conjunto de itens pertencente ao domínio – FASE I

Olá, juiz,

Este protocolo foi elaborado para auxiliá-lo na avaliação de conteúdo da *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*. E, neste momento, peço que avalie a fase I, que é o conjunto de questões (itens) do domínio “linguagem”. Verifique se a estrutura das questões (itens) e seu conteúdo estão corretos, se o conteúdo contido nas questões (itens) é representativo e se está apropriado aos futuros respondentes (docentes do ensino fundamental). Peço que avalie também a nota explicativa abaixo de cada questão (item). Todas foram construídas com uma linguagem simples e objetiva, devidamente pensadas aos futuros respondentes (docentes do ensino fundamental). Portanto, considere, em sua avaliação, o conceito de “abrangência” conforme descrito a seguir:

- **ABRANGÊNCIA:** verificar se cada questão foi adequadamente coberta pelo domínio correspondente e se a nota explicativa é objetiva, simples e eficaz.

Durante a fase I, você poderá sugerir a inclusão ou exclusão de questões (itens) e opinar se as questões (itens) realmente pertencem ao domínio correspondente, e sugerir modificações na nota explicativa, caso haja necessidade.

Existem duas opções de resposta objetiva, “concordo” ou “não concordo”. Se a resposta for “concordo”, não há necessidade tecer comentário(s). Se a resposta for “não concordo”, peço que sugira as alterações necessárias conforme sua expertise.

Questões (itens)	Nota explicativa
1. No que se refere à VELOCIDADE DE FALA (aumentada ou diminuída).	Entende-se por “velocidade aumentada ou diminuída de fala” a expressividade por meio de palavras com rapidez ou lentidão exageradas, que pode ou não influenciar na compreensão da fala por quem esteja escutando.

Questões (itens)	Nota explicativa
2. No tocante a VOCABULÁRIO POBRE E ROTINEIRO .	Compreende-se como “vocabulário pobre e rotineiro” a utilização das mesmas palavras repetidamente durante uma conversa de forma a não se utilizar de novas palavras para enriquecer sua fala.
3. No que concerne à DIFICULDADE DE MEMÓRIA .	Entende-se como “dificuldade de memória” a ação de não se lembrar com certa frequência de acontecimentos do dia a dia.
4. Com relação a episódios de ALTERAÇÕES NA FALA (gagueira, distorção de sons, fala incompreensível, entre outras).	Compreende-se como “alterações na fala” qualquer condição física que influencie a nitidez da fala e que possa ou não dificultar o entendimento de quem está escutando.
5. Sobre dificuldade de o estudante COMPREENDER ESCRITAS de textos.	Entende-se como “dificuldade de compreender a escrita” a ação de se ler um texto e não conseguir contar os fatos do que foi lido logo após seu término.
6. No que se refere a TROCAS E/OU OMISSÕES DE LETRAS na escrita.	Compreende-se como “troca de letras” a substituição de uma letra ou sílaba erroneamente por outras durante a escrita. Já a “omissão de letras” é a escrita faltando letras ou sílabas.
7. Relativo à DIFICULDADE MOTORA durante a escrita.	Entende-se como “dificuldade motora durante a escrita” qualquer condição do corpo que possa influenciar negativamente na boa coordenação dos movimentos das mãos e dos braços.
<p>Não concordo [<input type="checkbox"/>] Concordo [<input type="checkbox"/>]</p> <p>Comentário(s):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

Avaliação de cada questão (item) individualmente – FASE II

Dando seguimento, a fase II da avaliação, peço que avalie cada questão (item) separadamente, considerando os conceitos de “clareza” e “pertinência/representatividade” conforme descrito:

- **CLAREZA:** avaliar a redação das questões (itens), ou seja, verificar se elas foram redigidas de forma que o conceito esteja compreensível aos futuros respondentes (docentes do ensino fundamental) e se expressa adequadamente o que se espera medir.
- **PERTINÊNCIA/REPRESENTATIVIDADE:** notar se as questões (itens) realmente refletem os conceitos envolvidos, se são relevantes e se são adequadas para atingir o objetivo proposto de favorecer ao docente do ensino fundamental um instrumento capaz de rastrear de forma rápida, simples e fidedigna seus estudantes no que tange a possíveis alterações fonoaudiológicas.

Existem duas opções de resposta objetiva, “concordo” ou “não concordo”. Se a resposta for “concordo”, não há necessidade tecer comentário(s). Se a resposta for “não concordo”, peço que sugira as alterações necessárias conforme sua expertise.

Questões (itens)	Componentes para a avaliação
<p>1. No que se refere à VELOCIDADE DE FALA (aumentada ou diminuída).</p>	<p>a) <i>A questão 1 da escala é clara, está compreensível?</i> Não concordo [] Concordo [] Comentário(s):</p> <p>b) <i>A questão 1 é representativa do conceito explorado, é relevante?</i> Não concordo [] Concordo [] Comentário(s):</p>
<p>2. No tocante a VOCABULÁRIO POBRE E ROTINEIRO.</p>	<p>a) <i>A questão 2 da escala é clara, está compreensível?</i> Não concordo [] Concordo [] Comentário(s):</p> <p>b) <i>A questão 2 é representativa do conceito explorado, é relevante?</i> Não concordo [] Concordo [] Comentário(s):</p>
<p>3. No que concerne à DIFICULDADE DE MEMÓRIA.</p>	<p>a) <i>A questão 3 da escala é clara, está compreensível?</i> Não concordo [] Concordo [] Comentário(s):</p>

Questões (itens)	Componentes para a avaliação
	<p>b) <i>A questão 3 é representativa do conceito explorado, é relevante?</i></p> <p>Não concordo [] Concordo []</p> <p>Comentário(s):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>4. Com relação a episódios de ALTERAÇÕES NA FALA (gagueira, distorção de sons, fala incompreensível, entre outras).</p>	<p>a) <i>A questão 4 da escala é clara, está compreensível?</i></p> <p>Não concordo [] Concordo []</p> <p>Comentário(s):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>b) <i>A questão 4 é representativa do conceito explorado, é relevante?</i></p> <p>Não concordo [] Concordo []</p> <p>Comentário(s):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>5. Sobre dificuldade de o estudante COMPREENDER ESCRITAS de textos.</p>	<p>a) <i>A questão 5 da escala é clara, está compreensível?</i></p> <p>Não concordo [] Concordo []</p> <p>Comentário(s):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>b) <i>A questão 5 é representativa do conceito explorado, é relevante?</i></p> <p>Não concordo [] Concordo []</p> <p>Comentário(s):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Questões (itens)	Componentes para a avaliação
<p>6. No que se refere a TROCAS E/OU OMISSÕES DE LETRAS na escrita.</p>	<p>a) A questão 6 da escala é clara, está compreensível? Não concordo [] Concordo [] Comentário(s):</p> <p>b) A questão 6 é representativa do conceito explorado, é relevante? Não concordo [] Concordo [] Comentário(s):</p>
<p>7. Relativo à DIFICULDADE MOTORA durante a escrita.</p>	<p>a) <i>A questão 7 da escala é clara, está compreensível?</i> Não concordo [] Concordo [] Comentário(s):</p> <p>b) <i>A questão 7 é representativa do conceito explorado, é relevante?</i> Não concordo [] Concordo [] Comentário(s):</p>

Nota: Adaptado de “Construção de instrumentos de medida na área da saúde [Construction of measurement instruments in the area of health]” por M. Z. O. Coluci, N. M. C. Alexandre e D. Milani, 2015, *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), pp. 930–933 (<https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00925.pdf>).

DOMÍNIO 2 – ÁREA DA VOZ (8-10)

Avaliação do conjunto de itens pertencente ao domínio – FASE I

Olá, juiz,

Este protocolo foi elaborado para auxiliá-lo na avaliação de conteúdo *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*. E, neste momento, peço que avalie a fase I, que é o conjunto de questões (itens) do domínio “voz”. Verifique se a estrutura de questões (itens) e seu conteúdo estão corretos, se o conteúdo contido nas questões (itens) é representativo e se está apropriado aos futuros respondentes (docentes do ensino fundamental). Peço que avalie também a nota explicativa abaixo de cada questão (item). Todas foram construídas com uma linguagem simples e objetiva, devidamente pensadas aos futuros respondentes (docentes do ensino fundamental). Portanto, considere, em sua avaliação, o conceito de “abrangência” conforme descrito a seguir:

- **ABRANGÊNCIA:** verificar se cada questão (item) foi adequadamente coberta pelo domínio correspondente e se a nota explicativa é objetiva, simples e eficaz.

Durante a fase I, você poderá sugerir a inclusão ou exclusão de questões (itens) e opinar se as questões (itens) realmente pertencem ao domínio correspondente, e sugerir modificações na nota explicativa, caso haja necessidade.

Existem duas opções de resposta objetiva, “concordo” ou “não concordo”. Se a resposta for “concordo”, não há necessidade tecer comentário(s). Se a resposta for “não concordo”, peço que sugira as alterações necessárias conforme sua expertise.

Questões (itens)	Nota explicativa
8. Em referência à VOZ MUITO GRAVE OU AGUDA .	Compreende-se como “voz grave” aquela que se apresenta de forma grossa e geralmente mais baixa. Já a “voz aguda” é aquela que se revela como fina e geralmente mais alta.
9. No tocante à INTENSIDADE DA FALA (alta ou baixa demais).	Entende-se como “intensidade da fala” alterada aquela que se apresenta com volume muito alto ou muito baixo.
10. No que se refere à presença de ROUQUIDÃO por mais de dez dias.	Compreende-se como “rouquidão” a voz que, durante a fala, se apresenta mais fraca e trêmula de forma a dificultar sua boa qualidade no momento de emissão de sons e palavras, dificultando, assim, uma boa comunicação.
<p>Não concordo [<input type="checkbox"/>] Concordo [<input type="checkbox"/>]</p> <p>Comentário(s):</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

Avaliação de cada questão (item) individualmente – FASE II

Dando seguimento, a fase II da avaliação, peço para que avalie cada questão (item) separadamente, considerando os conceitos de “clareza” e “pertinência/representatividade” conforme descrito:

- **CLAREZA:** avaliar a redação das questões (itens), ou seja, verificar se elas foram redigidas de forma que o conceito esteja compreensível aos futuros respondentes (docentes do ensino fundamental) e se expressa adequadamente o que se espera medir.
- **PERTINÊNCIA/REPRESENTATIVIDADE:** notar se as questões (itens) realmente refletem os conceitos envolvidos, se são relevantes e se são adequadas para atingir o objetivo proposto de favorecer ao docente do ensino fundamental um instrumento capaz de rastrear de forma rápida, simples e fidedigna seus estudantes no que tange a possíveis alterações fonoaudiológicas.

Existem duas opções de resposta objetiva, “concordo” ou “não concordo”. Se a resposta for “concordo”, não há necessidade tecer comentário(s). Se a resposta for “não concordo”, peço que sugira as alterações necessárias conforme sua expertise.

Questões (itens)	Componentes para a avaliação
<p>8. Em referência à VOZ MUITO GRAVE OU AGUDA.</p>	<p>a) <i>A questão 8 da escala é clara, está compreensível?</i> Não concordo [] Concordo [] Comentário(s):</p> <p>b) <i>A questão 8 é representativa do conceito explorado, é relevante?</i> Não concordo [] Concordo [] Comentário(s):</p>
<p>9. No tocante à INTENSIDADE DA FALA (alto ou baixo demais).</p>	<p>a) <i>A questão 9 da escala é clara, está compreensível?</i> Não concordo [] Concordo [] Comentário(s):</p> <p>b) <i>A questão 9 é representativa do conceito explorado, é relevante?</i> Não concordo [] Concordo []</p>

Questões (itens)	Componentes para a avaliação
	Comentário(s):
10. No que se refere à presença de ROUQUIDÃO por mais de dez dias.	a) <i>A questão 10 da escala é clara, está compreensível?</i> Não concordo [] Concordo [] Comentário(s): b) <i>A questão 10 é representativa do conceito explorado, é relevante?</i> Não concordo [] Concordo [] Comentário(s):

Nota: Adaptado de “Construção de instrumentos de medida na área da saúde [Construction of measurement instruments in the area of health]” por M. Z. O. Coluci, N. M. C. Alexandre e D. Milani, 2015, *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), pp. 930–933 (<https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00925.pdf>).

DOMÍNIO 3 – ÁREA DA MOTRICIDADE OROFACIAL (11-15)

Avaliação do conjunto de itens pertencente ao domínio – FASE I

Olá, juiz,

Este protocolo foi elaborado para auxiliá-lo na avaliação de conteúdo da *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*. E, neste momento, peço que avalie a fase I, que é o conjunto de questões (itens) do domínio “motricidade orofacial”. Verifique se a estrutura de questões (itens) e seu conteúdo estão corretos, se o conteúdo contido nas questões (itens) é representativo e se está apropriado aos futuros respondentes (docentes do ensino fundamental). Peço que avalie também a nota explicativa abaixo de cada questão (item). Todas foram construídas com uma linguagem simples e objetiva, devidamente pensadas aos futuros respondentes (docentes do ensino fundamental). Portanto, considere, em sua avaliação, o conceito de “abrangência” conforme descrito a seguir:

- **ABRANGÊNCIA:** verificar se cada questão (item) foi adequadamente coberta pelo domínio correspondente e se a nota explicativa é objetiva, simples e eficaz.

Durante a fase I, você poderá sugerir a inclusão ou exclusão de questões (itens) e opinar se as questões (itens) realmente pertencem ao domínio correspondente, e sugerir modificações na nota explicativa, caso haja necessidade.

Existem duas opções de resposta objetiva, “concordo” ou “não concordo”. Se a resposta for “concordo”, não há necessidade tecer comentário(s). Se a resposta for “não concordo”, peço que sugira as alterações necessárias conforme sua expertise.

Questões (itens)	Nota explicativa
11. Em relação à MÁ RESPIRAÇÃO .	Entende-se como “má respiração” aquela que pode apresentar algumas características como: respiração ofegante, muita rápida ou devagar demais, não respirar pelo nariz, e sim pela boca.
12. No que tange ao hábito de ROER UNHAS .	Compreende-se como “hábito de roer unhas” o vício de levar rotineiramente as mãos até a boca a fim de morder as extremidades das mãos.
13. Quanto a RANGER OU FRICCIONAR OS DENTES .	Entende-se como “ranger os dentes” o hábito de esfregar os dentes uns nos outros. Já a “fricção” é o vício de apertar os dentes uns nos outros.
14. No que concerne a alguma ALTERAÇÃO NA ESTRUTURA DA FACE .	Compreende-se como “alterações na estrutura da face” qualquer condição que não esteja dentro do padrão comum das pessoas.
15. No que se refere aos LÁBIOS SE MANTEREM ENTREABERTOS quando não se está falando.	Entende-se como “lábios entreabertos” a condição de manter os lábios superior e inferior não encostados um no outro.
<p>Não concordo [<input type="checkbox"/>] Concordo [<input type="checkbox"/>]</p> <p>Comentário(s):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

Avaliação de cada questão (item) individualmente – FASE II

Dando seguimento, a fase II da avaliação, peço para que avalie cada questão (item) separadamente, considerando os conceitos de “clareza” e “pertinência/representatividade” conforme descrito:

- CLAREZA: avaliar a redação das questões (itens), ou seja, verificar se elas foram redigidas de forma que o conceito esteja compreensível aos futuros respondentes (docentes do ensino fundamental) e se expressa adequadamente o que se espera medir.
- PERTINÊNCIA/REPRESENTATIVIDADE: notar se as questões (itens) realmente refletem os conceitos envolvidos, se são relevantes e se são adequadas para atingir o objetivo proposto de favorecer ao docente do ensino fundamental um instrumento capaz de rastrear de forma rápida, simples e fidedigna seus estudantes no que tange a possíveis alterações fonoaudiológicas.

Existem duas opções de resposta objetiva, “concordo” ou “não concordo”. Se a resposta for “concordo”, não há necessidade tecer comentários. Se a resposta for “não concordo”, peça que sugira as alterações necessárias conforme sua expertise.

Questões (itens)	Componentes para a avaliação
<p>11. Em relação à MÁ RESPIRAÇÃO.</p>	<p>a) <i>A questão 11 da escala é clara, está compreensível?</i> Não concordo [] Concordo [] Comentário(s):</p> <p>b) <i>A questão 11 é representativa do conceito explorado, é relevante?</i> Não concordo [] Concordo [] Comentário(s):</p>
<p>12. No que tange ao hábito de ROER UNHAS.</p>	<p>a) <i>A questão 12 da escala é clara, está compreensível?</i> Não concordo [] Concordo [] Comentário(s):</p> <p>b) <i>A questão 12 é representativa do conceito explorado, é relevante?</i> Não concordo [] Concordo [] Comentário(s):</p>

Questões (itens)	Componentes para a avaliação
<p>13. Quanto a RANGER OU FRICCIONAR OS DENTES.</p>	<p>a) <i>A questão 13 da escala é clara, está compreensível?</i> Não concordo [] Concordo []</p> <p>Comentário(s):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>b) <i>A questão 13 é representativa do conceito explorado, é relevante?</i> Não concordo [] Concordo []</p> <p>Comentário(s):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>14. No que concerne a alguma ALTERAÇÃO NA ESTRUTURA DA FACE.</p>	<p>a) <i>A questão 14 da escala é clara, está compreensível?</i> Não concordo [] Concordo []</p> <p>Comentário(s):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>b) <i>A questão 14 é representativa do conceito explorado, é relevante?</i> Não concordo [] Concordo []</p> <p>Comentário(s):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>15. No que se refere aos LÁBIOS SE MANTEREM ENTREABERTOS quando não se está falando.</p>	<p>a) <i>A questão 15 da escala é clara, está compreensível?</i> Não concordo [] Concordo []</p> <p>Comentário(s):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>b) <i>A questão 15 é representativa do conceito explorado, é relevante?</i> Não concordo [] Concordo []</p>

Questões (itens)	Componentes para a avaliação
	Comentário(s):

Nota: Adaptado de “Construção de instrumentos de medida na área da saúde [Construction of measurement instruments in the area of health]” por M. Z. O. Coluci, N. M. C. Alexandre e D. Milani, 2015, *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), pp. 930–933 (<https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00925.pdf>).

DOMÍNIO 4 – ÁREA DA DISFAGIA (16)

Avaliação do conjunto de itens pertencente ao domínio – FASE I

Olá, juiz,

Este protocolo foi elaborado para auxiliá-lo na avaliação de conteúdo da *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*. E, neste momento, peço que avalie a fase I, que é o conjunto de questões (itens) do domínio “disfagia”. Verifique se a estrutura de questões (itens) e seu conteúdo estão corretos, se o conteúdo contido nas questões (itens) é representativo e se está apropriado aos futuros respondentes (docentes do ensino fundamental). Peço que avalie também a nota explicativa abaixo de cada questão (item). Todas foram construídas com uma linguagem simples e objetiva, devidamente pensadas aos futuros respondentes (docentes do ensino fundamental). Portanto, considere o conceito de “abrangência” conforme descrito a seguir em sua avaliação:

- ABRANGÊNCIA: verificar se cada questão (item) foi adequadamente coberta pelo domínio correspondente e, se a nota explicativa é objetiva, simples e eficaz.

Durante a fase I, você poderá sugerir a inclusão ou exclusão de questões (itens) e opinar se as questões (itens) realmente pertencem ao domínio correspondente, e sugerir modificações na nota explicativa, caso haja necessidade.

Existem duas opções de resposta objetiva, “concordo” ou “não concordo”. Se a resposta for “concordo”, não há necessidade tecer comentário(s). Se a resposta for “não concordo”, peço que sugira as alterações necessárias conforme sua expertise.

Questões (itens)	Nota explicativa
16. Apresenta ENGASGOS ao se alimentar ou tomar líquido.	Entende-se como “lábios entre abertos” a condição de manter os lábios superior e inferior não encostados um no outro.
Não concordo [] Concordo []	
Comentário(s):	
.....	
.....	

Avaliação de cada questão (item) individualmente – FASE II

Dando seguimento, a fase II da avaliação, peço para que avalie cada questão (item) separadamente, considerando os conceitos de “clareza” e “pertinência/representatividade” conforme descrito:

- CLAREZA: avaliar a redação das questões (itens), ou seja, verificar se elas foram redigidas de forma que o conceito esteja compreensível aos(às) futuros respondentes (docentes do ensino fundamental) e se expressa adequadamente o que se espera medir.
- PERTINÊNCIA/REPRESENTATIVIDADE: notar se as questões (itens) realmente refletem os conceitos envolvidos, se são relevantes e se são adequadas para atingir o objetivo proposto de favorecer ao docente do ensino fundamental um instrumento capaz de rastrear de forma rápida, simples e fidedigna seus estudantes no que tange a possíveis alterações fonoaudiológicas.

Existem duas opções de resposta objetiva, “concordo” ou “não concordo”. Se a resposta for “concordo”, não há necessidade tecer comentários. Se a resposta for “não concordo”, peço que sugira as alterações necessárias conforme sua expertise.

Questões (itens)	Componentes para a avaliação
16. Apresenta ENGASGOS ao se alimentar ou tomar líquido.	<p>a) <i>A questão 16 da escala é clara, está compreensível?</i></p> <p>Não concordo [<input type="checkbox"/>] Concordo [<input type="checkbox"/>]</p> <p>Comentário(s):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>b) <i>A questão 16 é representativa do conceito explorado, é relevante?</i></p> <p>Não concordo [<input type="checkbox"/>] Concordo [<input type="checkbox"/>]</p> <p>Comentário(s):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Nota: Adaptado de “Construção de instrumentos de medida na área da saúde [Construction of measurement instruments in the area of health]” por M. Z. O. Coluci, N. M. C. Alexandre e D. Milani, 2015, *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), pp. 930–933 (<https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00925.pdf>).

DOMÍNIO 5 – ÁREA DE AUDIOLOGIA (17-18)

Avaliação do conjunto de itens pertencente ao domínio – FASE I

Olá, juiz,

Este protocolo foi elaborado para auxiliá-lo na avaliação de conteúdo *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*. E, neste momento, peço que avalie a fase I, que é o conjunto de questões (itens) do domínio “audiologia”. Verifique se a estrutura de questões (itens) e seu conteúdo estão corretos, se o conteúdo contido nas questões (itens) é representativo e se está apropriado aos futuros respondentes (docentes do ensino fundamental). Peço que avaliem também a nota explicativa abaixo de cada questão. Todas foram construídas com uma linguagem simples e objetiva, devidamente pensadas aos futuros respondentes (docentes do ensino fundamental). Portanto, considere, em sua avaliação, o conceito de “abrangência” conforme descrito a seguir:

- ABRANGÊNCIA: verificar se cada questão (item) foi adequadamente coberta pelo domínio correspondente e se a nota explicativa é objetiva, simples e eficaz.

Durante a fase I, você poderá sugerir a inclusão ou exclusão de questões (itens) e opinar se as questões (itens) realmente pertencem ao domínio correspondente, e sugerir modificações na nota explicativa, caso haja necessidade.

Existem duas opções de resposta objetiva, “concordo” ou “não concordo”. Se a resposta for “concordo”, não há necessidade tecer comentário(s). Se a resposta for “não concordo”, peço que sugira as alterações necessárias conforme sua expertise.

Questões (itens)	Nota explicativa
17. Sobre DIFICULDADE DE COMPREENSÃO DO QUE LHE É DITO.	Entende-se como “dificuldade de compreensão do que lhe é dito” quando se fala e a outra pessoa não entende ou mesmo não dá a atenção.
18. No que concerne à TONTURA OU DIFICULDADE DE EQUILÍBRIO.	Compreende-se como “tontura ou dificuldade de equilíbrio” a sensação de tudo parecer estar girando e, como consequência, o corpo perde o equilíbrio.
<p>Não concordo [] Concordo []</p> <p>Comentário(s):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

Avaliação de cada questão (item) individualmente – FASE II

Dando seguimento, a fase II da avaliação, peço para que avalie cada questão (item) separadamente, considerando os conceitos de “clareza” e “pertinência/representatividade” conforme descrito:

- CLAREZA: avaliar a redação das questões (itens), ou seja, verificar se elas foram redigidas de forma que o conceito esteja compreensível aos futuros respondentes (docentes do ensino fundamental) e se expressa adequadamente o que se espera medir.
- PERTINÊNCIA/REPRESENTATIVIDADE: notar se as questões (itens) realmente refletem os conceitos envolvidos, se são relevantes e se são adequadas para atingir o objetivo proposto de favorecer ao docente do ensino fundamental um instrumento capaz de rastrear de forma rápida, simples e fidedigna seus estudantes no que tange a possíveis alterações fonoaudiológicas.

Existem duas opções de resposta objetiva, “concordo” ou “não concordo”. Se a resposta for “concordo”, não há necessidade tecer comentário(s). Se a resposta for “não concordo”, peço que sugira as alterações necessárias conforme sua expertise.

Questões (itens)	Componentes para a avaliação
<p>17. Sobre DIFICULDADE DE COMPREENSÃO DO QUE LHE É DITO.</p>	<p>a) <i>A questão 17 da escala é clara, está compreensível?</i> Não concordo [] Concordo [] Comentário(s):</p> <p>b) <i>A questão 17 é representativa do conceito explorado, é relevante?</i> Não concordo [] Concordo [] Comentário(s):</p>
<p>18. No que concerne à TONTURA OU DIFICULDADE DE EQUILÍBRIO.</p>	<p>a) <i>A questão 18 da escala é clara, está compreensível?</i> Não concordo [] Concordo [] Comentário(s):</p> <p>b) <i>A questão 18 é representativa do conceito explorado, é relevante?</i> Não concordo [] Concordo [] Comentário(s):</p>

Questões (itens)	Componentes para a avaliação

Nota: Adaptado de “Construção de instrumentos de medida na área da saúde [Construction of measurement instruments in the area of health]” por M. Z. O. Coluci, N. M. C. Alexandre e D. Milani, 2015, *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), pp. 930–933 (<https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00925.pdf>).

APÊNDICE C – Instrumento 3

Este questionário foi utilizado para avaliar o nível de satisfação do docente, após a etapa II (*ESC-FONO* – Reteste) de produção de dados no que refere à sua aplicabilidade

<p>QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO REFERENTE À ESCALA DE RASTREAMENTO COMPORTAMENTAL DE SAÚDE FONOAUDIOLÓGICA DE ESTUDANTES</p>

Nome do avaliador (docente):

Vínculo institucional:

Olá, docente,

Este questionário foi elaborado com o intuito de que você possa avaliar a sua satisfação referente à *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*. Peço que responda a todas as questões a seguir, com base em sua percepção referente ao respectivo instrumento. Mencione, ainda, que este questionário é autoexplicativo e deve ser marcado um “x” no número da escala ao lado da questão que melhor representa a sua percepção. A numeração equivalente às opções de respostas são decrescentes e variam de 6 a 1, sendo que, quanto mais próximo do número 6, maior será o grau de satisfação e, quanto mais próximo do número 2, menor a satisfação referente à questão da escala. Já o número 1 é a opção na qual você tem a possibilidade de abster-se de responder. Ao final deste questionário, apresenta-se a opção de sugerir melhorias na escala em questão, caso julgue necessário.

Questões	Categorias de respostas					
1) No que tange à CLAREZA E DETALHAMENTO DAS QUESTÕES . 2) Em relação à FACILIDADE NO USO da escala.	Excelente	Muito bom	Bom	Razoável	Ruim	Prefiro não responder
	[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
	[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
3) No tocante à IMPORTÂNCIA DA ESCALA para o uso de docentes.	Muito importante	Importante	Moderada	Às vezes importante	Não é importante	Prefiro não responder
	[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
4) No que concerne à PRATICIDADE proporcionada pelo respectivo instrumento.	Muito prático	Prático	Moderado	Pouco prático	Não é prático	Prefiro não responder
	[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
5) Qual a PROBABILIDADE DE VOCÊ INDICAR O USO DESTA ESCALA a outro docente após sua validação. 6) Em relação à CONFIABILIDADE da escala.	Muito alta	Alta	Ocasionalmente	Raramente	Nunca	Prefiro não responder
	[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]
	[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]

Questões	Categorias de respostas
<p>Docente, caso queira sugerir melhorias no instrumento denominado <i>Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes</i>, poderá fazê-lo de forma descritiva. Caso não queira sugerir modificações, basta escrever “sem sugestões”.</p> <p>Espaço para sugestões:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

APÊNDICE D – Modelos de autorizações para execução da pesquisa

MODELO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(destinado ao participante docente)

Título da pesquisa: *Construção e Validação de Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes: Instrumento para Docentes.*

Nome do pesquisador (doutorando): *Jadson Justi*

Objetivo da pesquisa:

Construir e validar cientificamente uma escala de rastreamento comportamental que seja eficaz, inteligível, objetiva e de fácil compreensão e preenchimento para ser utilizada por docentes do ensino fundamental a fim de identificar possível comprometimento em saúde fonoaudiológica de estudantes.

Justificativa:

A realização desta pesquisa justifica-se pela necessidade de construção e validação de uma escala que norteará docentes no rastreamento comportamental, por meio de observação de estudantes que possam apresentar características de comprometimento da saúde fonoaudiológica dentro do ambiente escolar. Menciona-se, ainda, que tal escala dará suporte para possíveis encaminhamentos de estudantes (por parte de docentes) para conduta adequada a fim de solucionar possível comprometimento em saúde fonoaudiológica existente que esteja ou não interferindo na aprendizagem, qualidade de vida, relações interpessoais, interação docente-estudante, desenvolvimento global infantojuvenil, entre outras. A proposta de elaborar e validar uma escala comportamental fonoaudiológica aplicável por docentes é inédita no Brasil e, com base nos resultados que serão alcançados nesta pesquisa, poderá incidir-se na práxis escolar a possibilidade de valorizar a saúde fonoaudiológica. Diante disso, a presente proposta não deixa de ter consequências fundamentais no raciocínio que se desenvolve na esfera da prevenção da saúde humana, haja vista que qualquer conduta de encaminhamento de estudantes para avaliação em saúde pode resultar em orientação profissional conveniente. Entende-se que a emergência de efetivação de um instrumento validado cientificamente incidirá como um suporte facilitador para a saúde de crianças e adolescentes assistidas por docentes diariamente em sala de aula. E essa mesma escala poderá ser utilizada quando convier ao docente, haja vista o grande tempo que docentes passam com seus estudantes corriqueiramente.

Procedimentos metodológicos:

O docente selecionará um de seus estudantes para ser observado comportamentalmente por ele com base na *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*. Após a finalização das observações da etapa I (Teste) e II (Reteste) – etapas idênticas – e preenchimento dos referidos Instrumentos referentes a um estudante, o docente preencherá o *Questionário de Satisfação Referente à Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*.

Possíveis desconfortos e riscos:

Os riscos serão mínimos aos participantes docentes, podendo haver desconforto psicológico com as questões a que eles terão que responder referentes à observação que farão de seus estudantes por meio da *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*, bem como o preenchimento do *Questionário de Satisfação Referente à Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*.

Possíveis benefícios diretos e indiretos esperados:

Os benefícios aos participantes docentes não ocorrerão de forma direta, mas sim de forma indireta, haja vista a contribuição que este estudo poderá incidir na promoção da saúde humana. Contudo, o benefício indireto aos participantes docentes incide também na possibilidade de estimular a escola para promover uma cultura de observação comportamental de alterações fonoaudiológicas.

Devolutiva dos resultados aos participantes:

A devolutiva acontecerá por meio de visita do pesquisador à escola onde ocorrerá a produção de dados. Solicitar-se-á a direção de cada local (escola) uma sala e horário fora do expediente laborativo para o *feedback* aos docentes do ensino fundamental. Esse mesmo *feedback* contemplará resultados alcançados, finalização do estudo, benefícios da pesquisa à sociedade, e também agradecimento por terem participado e contribuído para avanços e novos caminhos do progresso científico.

Considerando as informações constantes anteriormente e as normas expressas na Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, e na Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde do Brasil, consinto, de modo livre e esclarecido, participar do presente estudo na condição de participante da pesquisa, sabendo que:

- a) A participação em todos os momentos e etapas da pesquisa é voluntária e não implica quaisquer tipos de despesa e/ou ressarcimento financeiro;
- b) Caso não me sinta à vontade para responder qualquer questão, posso deixar de respondê-la, sem que isso implique prejuízo, punição ou atitude preconceituosa;
- c) A liberdade de retirada do consentimento e da participação no respectivo estudo é garantida a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, punição ou atitude preconceituosa;
- d) As informações que fornecerei poderão ser utilizadas para trabalhos científicos, e minha identificação deve ser mantida sob sigilo;
- e) A pesquisa aqui proposta foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética n. 50965121.5.0000.5162), que a referenda, analisando os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos, e o presente termo está assinado em duas vias e rubricadas em todas as suas páginas, ficando uma via com o participante e a outra com o pesquisador;
- f) Posso entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, quando pertinente;
- g) Caso precise entrar em contato com o pesquisador, estou ciente de que posso fazê-lo por meio do endereço institucional, telefone(s) disponíveis e do *e-mail* a seguir.

Contudo, quero participar da pesquisa.

.....
Nome e assinatura do participante (docente) da pesquisa

Campo Grande, MS, de de 2022.

Meio(s) de contato(s):

.....
Jadson Justi – doutorando em Psicologia (pesquisador)
Avenida Tamandaré, n. 6.000, Jardim Seminário
CEP 79117-900, Campo Grande, MS
E-mail: jadsonjusti@hotmail.com
(67) 9 9229-8318

.....
Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits (orientadora)
Avenida Tamandaré, n. 6.000, Jardim Seminário
CEP 79117-900, Campo Grande, MS
E-mail: rf5465@ucdb.br
(67) 3312-3605

Comitê de Ética em Pesquisa da UCDB

Endereço: UCDB, Avenida Tamandaré n. 6.000, Jardim Seminário, CEP 79117-900, Campo Grande,
Mato Grosso do Sul; Telefone e fax: (067) 3312-3478; *E-mail:* cep@ucdb.br

MODELO 2 – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (destinado ao participante estudante)
--

Olá, aluno(a),

Quero convidá-lo a participar de uma pesquisa que se chama *Construção e Validação de Escala de Rastreamento de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes: Instrumento Para Docentes*, que irá acontecer na sua escola. Nessa pesquisa, o(a) seu(sua) professor(a) irá fazer algumas observações para verificar características em relação a sua audição, a respiração, a voz, a fala, a escrita, a memória, no momento do lanche, ao caminhar e movimentar-se. E você decide se quer participar ou não, certo? Isso é apenas um convite, não é obrigatória sua participação. Mas, se você quiser participar, é só escrever seu nome no final desse texto. Caso precise de ajuda para escrever o seu nome e sobrenome, é só pedir para seu(sua) professor(a). Todas as informações observadas por(pela) seu(sua) professor(a) ajudarão à ciência e, seu nome não será divulgado em nenhum momento.

Conto com você!

.....
 Nome do participante (aluno) da pesquisa

Campo Grande, MS, de de 2022.

.....
 Jadson Justi – doutorando em Psicologia (pesquisador)
 Avenida Tamandaré, n. 6.000, Jardim Seminário
 CEP 79117-900, Campo Grande, MS
E-mail: jadsonjusti@hotmail.com
 (67) 9 9229-8318

.....
 Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits (orientadora)
 Avenida Tamandaré, n. 6.000, Jardim Seminário
 CEP 79117-900, Campo Grande, MS
E-mail: rf5465@ucdb.br
 (67) 3312-3605

MODELO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(destinado ao responsável legal do estudante)

Prezado Senhor,

O menor de idade pelo qual o senhor é responsável está sendo convidado a participar da pesquisa *Construção e Validação de Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes: Instrumento para Docentes s.* O objetivo principal deste estudo consiste em construir e validar cientificamente uma escala de rastreamento comportamental que seja eficaz, inteligível, objetiva e de fácil compreensão e preenchimento para ser utilizada por docentes do ensino fundamental a fim de identificar possível comprometimento em saúde fonoaudiológica de estudantes. Caso o senhor autorize, seu filho irá ser observado pelo docente dele durante algumas semanas, no período em que estiver na escola. O que será observado pelo docente são possíveis comportamentos sugestivos ou não de alterações fonoaudiológicas que possam estar prejudicando o estudante de alguma forma em sua aprendizagem, qualidade de vida, relações interpessoais, interação docente-estudante, desenvolvimento global da criança ou adolescente, entre outras. Em nenhum momento, durante a realização da pesquisa, haverá contato físico do docente com seu filho. A participação dele não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir de participar. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com o docente ou mesmo com a instituição em que ele estuda.

Tudo foi planejado para minimizar os riscos da participação dele, haja vista que não haverá contato físico do pesquisador deste estudo nem do docente que fará a observação comportamental do estudante. No entanto, caso haja a autorização por sua parte, poderá interromper a qualquer momento a participação de seu filho e, se houver interesse em conversar com o pesquisador sobre o assunto, poderá fazê-lo por meio dos contatos disponíveis ao final deste Termo de Consentimento. O senhor e o menor de idade pelo qual é responsável não receberão remuneração pela participação. Não há benefícios diretos, todavia, a participação do menor contribuirá para aumentar o conhecimento científico sobre o tema, bem como poderá contribuir para conquistas de novos caminhos em direção ao conhecimento e desenvolvimento da ciência em prol da saúde humana.

Caso identifique possíveis características comportamentais de alterações fonoaudiológicas em seu filho, o docente orientará você a procurar um fonoaudiólogo. A orientação indicará locais de atendimento gratuito à população, tais como: Clínica-Escola de Fonoaudiologia da Universidade Católica Dom Bosco; Centro Especializado Municipal (CEM); Centro de Especialidades Infantis vinculado à Prefeitura de Campo Grande, MS (CEI); Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HR); Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP), entre outros. Os dados produzidos (coletados) por meio da participação de seu filho não serão divulgados de forma a possibilitar a sua identificação, sempre preservada. Além disso, o senhor está recebendo uma cópia deste Termo, onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas a qualquer momento.

Desse modo, os contatos com o pesquisador Jadson Justi poderão ocorrer por meio do número telefônico (67) 9 9229-8318 (celular) e de seu *e-mail*: jadsonjusti@hotmail.com. O pesquisador em questão está sob a orientação da Professora Dra. Heloisa Bruna Grubits, vinculada ao mestrado e doutorado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco. Menciona-se, ainda, que o projeto de realização da presente pesquisa foi aprovado e

autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética n. 50965121.5.0000.5162), que se localiza na Avenida Tamandaré, n. 6.000, Jardim Seminário, CEP 79117-900, Campo Grande, MS, telefone (67) 3312-3478, *e-mail*: cep@ucdb.br. Se necessário, pode-se entrar em contato com esse Comitê, o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.

Consentimento:

Eu, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da participação do menor de idade pelo qual sou responsável, sendo que: [] aceito que ele participe; [] não aceito que ele participe.

Meio(s) de contato(s) do responsável pelo menor:

Campo Grande, MS, de de 2022.

.....
 Assinatura do responsável

Agradeço desde já sua atenção.

.....
 Jadson Justi – doutorando em Psicologia (pesquisador)
 Avenida Tamandaré, n. 6.000, Jardim Seminário
 CEP 79117-900, Campo Grande, MS
E-mail: jadsonjusti@hotmail.com
 (67) 9 9229-8318

.....
 Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits (orientadora)
 Avenida Tamandaré, n. 6.000, Jardim Seminário
 CEP 79117-900, Campo Grande, MS
E-mail: rf5465@ucdb.br
 (67) 3312-3605

APÊNDICE E – Carta-convite destinada aos docentes da pós-graduação *stricto sensu* em fonoaudiologia

CARTA-CONVITE

Campo Grande, MS, de de 2021.

Prezado Docente,

Cumprimentando-o respeitosamente, venho por meio desta carta me apresentar; sou Jadson Justi, doutorando em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, orientado pela Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits. Gostaria de convidá-lo para, na condição de colaborador (juiz), participar de minha pesquisa intitulada *Construção e Validação de Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes: Instrumento para Docentes*.

O objetivo desta pesquisa consiste em construir e validar cientificamente uma escala de rastreamento comportamental que seja eficaz, inteligível, objetiva e de fácil compreensão e preenchimento para ser utilizada por docentes do ensino fundamental a fim de identificar possível comprometimento em saúde fonoaudiológica de estudantes. A realização deste estudo justifica-se pela necessidade de construção e validação de uma escala que norteará docentes no rastreamento comportamental, por meio de observação de estudantes que possam apresentar características de comprometimento da saúde fonoaudiológica dentro do ambiente escolar. Menciona-se, ainda, que tal Escala dará suporte para possíveis encaminhamentos de estudantes (por parte de docentes) para conduta adequada a fim de solucionar possível comprometimento em saúde fonoaudiológica existente que esteja ou não interferindo na aprendizagem, qualidade de vida, relações interpessoais, interação docente-estudante, desenvolvimento global infantojuvenil, entre outras. A proposta de elaborar e validar uma escala comportamental fonoaudiológica aplicável por docentes é inédita no Brasil e, com base nos resultados que serão alcançados nesta pesquisa, poderá incidir-se na práxis escolar a possibilidade de valorizar a saúde fonoaudiológica.

Diante disso, a presente proposta não deixa de ter consequências fundamentais no raciocínio que se desenvolve na esfera da prevenção da saúde humana, haja vista que qualquer conduta de encaminhamento de estudantes para avaliação em saúde pode resultar em orientação profissional conveniente. Entende-se que a emergência de efetivação de um instrumento validado cientificamente incidirá como um suporte facilitador para a saúde de crianças e adolescentes assistidas por docentes diariamente em sala de aula. E essa mesma escala poderá ser utilizada quando convier ao docente, haja vista o grande tempo que docentes passam com seus estudantes corriqueiramente.

Menciona-se que o instrumento em questão é intitulado *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*. E elucida-se que a referida escala não se enquadra como um teste fonoaudiológico nem objetiva o diagnóstico de distúrbios (o qual é exclusivo para profissionais de fonoaudiologia). Logo, apresenta-se como uma escala de rastreamento a ser utilizada pelo docente do ensino fundamental a fim de levantar características comportamentais sugestivas ou não de encaminhamento à conduta profissional.

Contudo, V.Sa., na condição de parecerista (juiz), colaborará com sugestões de melhorias (acréscimo, extinção ou substituição de conteúdo; modificações na estrutura; linguagem

conveniente; didática na exposição das questões; gramática adequada, entre outras) da *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*. Caso aceite participar como colaborador do referido estudo, V.Sa. preencherá o *Protocolo para Análise da Validade de Conteúdo (Semântica) da Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*. Apesar de ser um instrumento único, ele foi intencionalmente subdividido, buscando abranger e identificar os cinco domínios: Domínio 1 – área da linguagem (questões/itens 1-7); Domínio 2 – área da voz (questões/itens 8-10); Domínio 3 – área da motricidade orofacial (questões/itens 11-15); Domínio 4 – área da disfagia (questão/item 16); Domínio 5 – área de audiologia (questões/itens 17-18) – que consta com duas fases (I e II) em uma única avaliação.

A fase I contempla o conjunto de questões (itens) do domínio “linguagem, voz, motricidade orofacial, disfagia e audiologia” (expostas separadamente), além da avaliação da nota explicativa abaixo de cada questão (item). Dando seguimento, a fase II, V.Sa. avaliará cada questão separadamente. Caso aceite participar, peço que responda a este *e-mail* para que eu possa encaminhar-lhe a escala em questão, bem como o protocolo mencionado anteriormente.

Esclareço, ainda, que se V.Sa. necessitar de mais esclarecimentos referentes a este convite, poderá me enviar um número de telefone para que eu possa entrar em contato e esclarecer qualquer dúvida que, porventura, possa ter permanecido. Espero que considere assumir esta importante responsabilidade.

Agradeço-lhe desde já a atenção.

.....
Jadson Justi – doutorando em Psicologia (pesquisador)
Avenida Tamandaré, n. 6.000, Jardim Seminário
CEP 79117-900, Campo Grande, MS
E-mail: jadsonjusti@hotmail.com
(67) 9 9229-8318

.....
Profª. Dra. Heloisa Bruna Grubits (orientadora)
Avenida Tamandaré, n. 6.000, Jardim Seminário
CEP 79117-900, Campo Grande, MS
E-mail: rf5465@ucdb.br
(67) 3312-3605

APÊNDICE F – Documento informativo ao dirigente escolar

CARTA INFORMATIVA

Campo Grande, MS, de de 2021.

De: *Jadson Justi – pesquisador*

Para: *Dirigente Escolar*

Assunto: *Carta informativa referente à pesquisa que será realizada nas dependências da escola na qual V.Sa. é dirigente.*

Prezado Dirigente Escolar,

Eu, Jadson Justi, na condição de doutorando em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco, orientado pela Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits, vou desenvolver uma pesquisa cujo título é *Construção e Validação de Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes: Instrumento para Docentes*.

Encaminho, pois, esta carta como mecanismo informativo para que V.Sa. esteja ciente dos procedimentos e informações gerais da pesquisa que será realizada nas dependências da instituição na qual dirige. Contudo, já houve autorização prévia da Secretaria Municipal de Educação de Campo Grande, MS (anexa a esta carta) para eu possa adentrar em algumas escolas municipais do respectivo município, e sua escola está incluída nesta autorização. A previsão para a produção de dados é que ocorra assim que as aulas tenham sido iniciadas na escola que V.Sa. dirige. Descreve-se ainda que a presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética n. 50965121.5.0000.5162) e todos os cuidados de biossegurança serão tomados (utilização de máscara com dupla camada de tecido, distanciamento de dois metros dos participantes da pesquisa e utilização constante de álcool em gel 70%).

Consoante se extrai do projeto de pesquisa em questão, este se fundamenta na construção e validação de uma escala que norteará docentes no rastreamento por meio da observação de estudantes em relação a comportamentos característicos de possíveis alterações fonoaudiológicas dentro do ambiente escolar. Menciona-se, ainda, que tal instrumento observacional dará suporte para possíveis encaminhamentos de estudantes (por parte de docentes) para conduta adequada a fim de solucionar possível comprometimento em saúde fonoaudiológica existente que esteja ou não interferindo na aprendizagem, qualidade de vida, nas relações interpessoais, na interação docente-estudante, no desenvolvimento global infantojuvenil, entre outras.

Menciona-se que a proposta desta pesquisa também se respalda no direito à atenção à saúde infantojuvenil no que preconiza o artigo 3º do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990):

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

O Estatuto da Criança e do Adolescente também coloca em pauta a responsabilidade da sociedade, de modo geral, na proteção da criança e do adolescente de forma integral, haja vista sua vulnerabilidade e processo de desenvolvimento, e reafirma, em seu artigo 7º, que “A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde”; menciona, ainda, em seu artigo 54, inciso VII, que “É dever do Estado assegurar à criança e ao adolescente: ...; VII - atendimento no ensino fundamental, através de programas suplementares ... e assistência à saúde”.

Tal condição legal assegura que a construção e validação científica de um instrumento de assistência à saúde devidamente orientado pela psicometria é pertinente e essencial como suporte facilitador para a atenção da saúde infantojuvenil de escolares. A presente proposta de elaborar e validar o instrumento denominado de *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes* é inédita e poderá estimular condutas de encaminhamento de estudantes que apresentem algum comportamento perceptível por docentes referente a alterações fonoaudiológicas, de forma a incidir na promoção e prevenção da saúde humana. Acredita-se que, com base nos resultados que serão alcançados nesta pesquisa, é que se poderá acrescentar na práxis escolar a possibilidade de valorizar a saúde.

Para melhor compreensão da competência estrutural da proposta de pesquisa, seguem informações que constam do projeto original já delineado no âmbito do Doutorado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB):

Objetivo da pesquisa:

Construir e validar cientificamente uma escala de rastreamento comportamental que seja eficaz, inteligível, objetiva e de fácil compreensão e preenchimento para ser utilizada por docentes do ensino fundamental a fim de identificar possível comprometimento em saúde fonoaudiológica de estudantes.

Objetivos específicos:

Evidenciar a validade do conteúdo da *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*.

Testar a validade da *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*.

Mensurar a satisfação de docentes em relação à *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes* no que tange à clareza e ao detalhamento das questões, facilidade no uso, importância do instrumento, praticidade, probabilidade de indicar o uso da escala e confiabilidade.

Discutir promoção de saúde de estudantes por meio da observação comportamental realizada por docentes dentro do ambiente educacional.

Propor um instrumento de fácil preenchimento para o docente quando na necessidade de realizar encaminhamentos à conduta fonoaudiológica.

Caracterizar a prevalência de possíveis alterações fonoaudiológicas observadas por docentes por meio de comportamento de estudantes.

Caracterização/tipo de estudo:

Esta pesquisa apresenta-se como descritiva, transversal e de desenvolvimento metodológico do tipo validação, sendo desenvolvida a partir de abordagem mista também denominada de qualiquantitativa.

Participantes:

O presente estudo contará com a participação de docentes e estudantes voluntários de escolas públicas municipais de Campo Grande, MS. Serão selecionados docentes e estudantes que estejam em qualquer período escolar entre o 1º e 9º ano do ensino fundamental. A seleção de docentes será realizada pelo pesquisador deste projeto, e os estudantes serão selecionados pelos próprios docentes participantes da pesquisa. Cada docente selecionará um de seus estudantes que se enquadrem nos critérios de inclusão do referido estudo.

Crítérios de inclusão:

Docentes, independentemente de idade, sexo e tempo de atuação profissional na docência escolar, vinculados à rede pública municipal de ensino de Campo Grande, MS.

Crianças e/ou adolescentes na faixa etária entre 6 e 18 anos vinculados à rede pública municipal de ensino de Campo Grande, MS, que estejam cursando do primeiro ao nono ano do ensino fundamental.

Crítérios de exclusão:

Possíveis participantes docentes e estudantes que não se enquadrem nos critérios de inclusão.

Participantes docentes que não tenham assinado o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (destinado ao participante docente)* e, logo, decidiram não participar.

Participantes estudantes que não assinarem o *Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (destinado ao participante estudante)* e, logo, decidiram não participar.

Participantes estudantes menores de idade que não forem autorizados pelo responsável legal por meio do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (destinado ao responsável legal do estudante)* e, logo, decidiram pela não participação de seu filho.

Local de produção de dados:

Os locais de produção de dados deste estudo ocorrerão em escolas da rede pública municipal de Campo Grande, MS. Serão selecionadas quatro escolas de todas as regiões do respectivo município a fim de valorizar maior abrangência territorial. Geograficamente, o município é composto de sete regiões urbanas: Anhanduizinho, Bandeira, Centro, Imbiruçu, Lagoa, Prosa e Segredo (Lei Complementar Municipal n. 186, de 12 de dezembro de 2011).

Recursos humanos e materiais:

No que tange aos recursos humanos, esta pesquisa será conduzida unicamente por seu proponente.

Em relação aos recursos materiais, serão necessários dois instrumentos (*Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes* e o *Questionário de Satisfação Referente à Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*), que serão impressos em quantidade necessária para serem entregues aos participantes docentes, após o aceite em participar do estudo por meio do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (destinado ao participante docente)*. Será utilizado, também, um local silencioso com mesa e cadeiras concedidas pela direção escolar para que o pesquisador possa fazer o contato com os possíveis docentes participantes da pesquisa.

Procedimentos e instrumentos da pesquisa:

O proponente deste projeto de pesquisa visitará as escolas no intervalo do turno escolar para não atrapalhar as atividades laborativas educacionais dos possíveis participantes, ou em horário fora do expediente, caso seja necessário.

Os docentes serão convidados formalmente a participar do estudo que ocorrerá em duas etapas (I e II) e, se concordarem, assinarão o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (destinado ao participante docente)* em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante. Após as assinaturas, os participantes receberão a *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes* a ser utilizada na etapa I, para que possam responder às questões com base na observação comportamental de um de seus estudantes selecionados.

No entanto, antes de qualquer procedimento observacional realizado por parte do docente, será solicitado pelo próprio docente a autorização do responsável legal do estudante por meio de *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (destinado ao responsável legal do estudante)*; o docente enviará ao responsável legal o *Termo de Consentimento* por meio do próprio estudante, que entregará o documento ao seu responsável para assinar confirmação do consentimento. Ainda que após a leitura do Termo de Consentimento o responsável legal do estudante necessite de mais esclarecimentos, poderá saná-los por meio do contato do pesquisador, que está exposto ao final do referido documento.

Descreve-se, ainda, que o *Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (destinado ao participante estudante)* também será entregue aos docentes a fim de que possam ser ofertados aos seus estudantes selecionados para que assinem consentindo em participar do presente estudo. Caso o estudante ainda não tenha conquistado satisfatória alfabetização – geralmente estudantes do primeiro e segundo ano do ensino fundamental – e, logo, não sendo capaz de ler e entender o termo de assentimento, o docente participante poderá ler o respectivo documento e auxiliar o estudante a escrever seu nome e sobrenome, caso este esteja de acordo. Reitera-se que tanto o Termo de Consentimento – destinado ao responsável legal – como o Termo de Assentimento – destinado ao participante estudante – deverão ser assinados para que se possa dar início à observação comportamental em todas as etapas da pesquisa. Caso não se tenha resposta por meio de assinaturas em ambos os documentos, entender-se-á como recusa em participar do estudo ao menos de uma das partes (responsável legal e/ou estudante).

As quantidades de cópias a serem entregues aos docentes do ensino fundamental dos três termos e um instrumentos – na etapa I – estão assim definidas:

- a) *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (destinado ao participante docente)*: 1 cópia, em 2 vias;
- b) *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (destinado ao responsável legal do estudante)*: 1 cópia, em 2 vias, referente ao estudante selecionado pelo docente;
- c) *Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (destinado ao participante estudante)*: 1 cópia, em 2 vias, referente ao estudante selecionado pelo docente;
- d) *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*: 1 cópia, referente ao estudante selecionado pelo docente (instrumento destinado a etapa I).

Após o preenchimento dos termos e instrumento elencados anteriormente, estes serão repassados ao pesquisador de forma conjunta. O prazo que os docentes terão para a observação do estudante selecionado, preenchimento e entrega dos documentos

anteriormente referidos, será de dois meses. Os participantes docentes também terão a opção de encaminhar os instrumentos preenchidos por *e-mail*, caso preferirem. Reitera-se, que o docente selecionou apenas um de seus estudantes para ser observado comportamentalmente (etapa I) por ele com base na *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*.

Após a finalização da etapa I, iniciar-se-á a etapa II (última etapa). Nessa última etapa, será novamente realizada a visita as escolas – as mesmas visitadas na etapa I – públicas municipais de Campo Grande, MS. Durante a visita às escolas, far-se-á novamente o contato com os mesmos docentes da etapa anterior.

Descreve-se, ainda, que na etapa II os docentes participantes receberão novamente a *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes* e também o *Questionário de Satisfação Referente à Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*. Este questionário será respondido após o preenchimento da escala em questão.

Dando seguimento, as quantidades de cópias que serão entregues aos docentes do ensino fundamental dos 2 instrumentos foram assim definidas:

- a) *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*: 1 cópia, equivalente ao estudante selecionado pelo docente (instrumento destinado a etapa II);
- b) *Questionário de Satisfação Referente à Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*: 1 cópia.

Após o preenchimento dos instrumentos supracitados, estes deverão ser repassados ao pesquisador de forma conjunta (todos os documentos em um único momento). O prazo que os docentes terão para a observação do estudante selecionado, preenchimento e entrega desses documentos anteriormente referidos será de dois meses.

Riscos:

Os riscos desta pesquisa serão mínimos aos participantes docentes, podendo haver desconforto psicológico com as questões a que eles terão que responder, referentes à observação que farão de seus estudantes por meio da *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*. Apesar de não se prever qualquer tipo de desconforto psicológico, caso este ocorra, o docente será orientado pelo pesquisador em relação ao setor de psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, que atende a qualquer eventualidade de ordem biológica ou emocional que possa decorrer da realização da referida pesquisa. Menciona-se, ainda, que os riscos aos participantes estudantes também serão mínimos, haja vista que não haverá contato físico do pesquisador deste estudo nem dos docentes com eles. O que ocorrerá será uma observação que os docentes farão a seus estudantes a fim de identificar possíveis comportamentos sugestivos ou não de alterações em saúde fonoaudiológica, de forma a preencher opções de respostas da escala mencionada anteriormente.

Aspectos éticos da pesquisa:

Esta pesquisa obedecerá às normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde do Brasil, considerando que os aspectos éticos serão devidamente respeitados em concordância com a Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, e na Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016. Ressalta-se ainda que, por uma questão bioética, o pesquisador irá ofertar devolutiva aos participantes do estudo (docentes do ensino fundamental e estudantes) após a finalização do estudo, a fim de se garantir uma

perspectiva humana, sensata e de respeito quando o que está em questão é o envolvimento de seres humanos que voluntariamente colaboraram com a presente pesquisa.

A devolutiva irá ocorrer por meio de visita do proponente deste estudo às mesmas escolas às quais visitara anteriormente para a produção de dados. Solicitar-se-á a direção de cada local (escola) uma sala e horário fora do expediente laborativo para o *feedback* aos docentes do ensino fundamental. Esse mesmo *feedback* contemplará resultados alcançados, finalização do estudo, benefícios da pesquisa à sociedade, e agradecimento por terem participado e contribuído para avanços e novos caminhos para o progresso científico. Menciona-se, ainda, que a devolutiva aos participantes estudantes ocorrerá por meio do contato deixado ao final do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (destinado ao responsável legal do estudante)* assinado. A devolutiva aos participantes estudantes também contemplará o mesmo *feedback* ofertado aos docentes do ensino fundamental. Solitar-se-á também a presença dos responsáveis legais caso o resultado da escala de rastreamento tenha indicação de encaminhamento do estudante à um fonoaudiólogo. O proponente desta pesquisa juntamente com o docente orientará os responsáveis legais a procurarem um fonoaudiólogo para que seu filho possa passar por uma consulta e avaliação fonoaudiológica.

Resultados esperados:

Com a finalização deste estudo após sua condução exitosa por meio de todas as etapas rigorosas propostas para esta pesquisa, será proporcionado como resultado à comunidade escolar, mais especificamente aos docentes, um instrumento denominado *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*. Essa escala terá validação científica e devidamente construída com base na psicometria, que se apresenta como uma área da psicologia de grande competência e mundialmente aceita para fins de validação de instrumentos em várias áreas do conhecimento humano.

A escala em questão poderá ser utilizada amplamente por docentes do ensino fundamental como uma ferramenta de auxílio para a promoção, prevenção ou proteção da saúde fonoaudiológica de estudantes. Esse auxílio será proporcionado por meio de encaminhamento que o próprio docente realizará, a fim de repassar e informar ao responsável legal do estudante características de possíveis alterações fonoaudiológicas observadas (com base em sua percepção) em seu estudante durante o tempo de estada no ambiente educacional. A partir do encaminhamento repassado ao responsável legal do estudante, ele terá a oportunidade de acompanhar o estudante a um profissional fonoaudiólogo para se averiguar a condição de saúde.

Logo, o resultado esperado é o de proporcionar aos docentes um instrumento valorativo do trabalho pedagógico que já vem sendo realizado nas escolas por meio de ações em saúde, infantojuvenil devidamente respaldadas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Também será uma ferramenta disponível para uso de políticas públicas de promoção, prevenção e proteção em saúde do escolar.

Diante do exposto, coloco-me à disposição por meio dos contatos disponibilizados ao final deste documento. Ressalta-se, ainda, que, nenhum procedimento do pesquisador trará prejuízos às atividades pedagógicas dos envolvidos, para o goáudio do papel educacional e científico que as instituições buscam exercer em prol do desenvolvimento do município de Campo Grande, MS.

Subscrevo-me com elevada consideração. Desde já estou a seu dispor para qualquer informação suplementar.

.....
Jadson Justi – doutorando em Psicologia (pesquisador)
Avenida Tamandaré, n. 6.000, Jardim Seminário
CEP 79117-900 Campo Grande, MS
E-mail: jadsonjusti@hotmail.com
(67) 9 9229-8318

.....
Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits (orientadora)
Avenida Tamandaré, n. 6.000, Jardim Seminário
CEP 79117-900 Campo Grande, MS
E-mail: rf5465@ucdb.br
(67) 3312-3605

APÊNDICE G – Documento para a solicitação de anuência destinado à Secretaria Municipal de Educação de Campo Grande, MS

CARTA DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Campo Grande, MS, de de 2021.

De: Jadson Justi – pesquisador

Para: Secretário Municipal de Educação

Assunto: Autorização por meio de Termo de Anuência expedido por V.Sa. para a realização de pesquisa nas dependências de instituições escolares municipais de Campo Grande, MS.

Exmo. Secretário municipal de Educação,

Solicito a autorização dessa Secretaria Municipal de Educação, por necessidade de produção de dados para fins científicos, frutos de pesquisa acadêmica em nível de Doutorado em Psicologia que está sendo desenvolvida por Jadson Justi (doutorando), sob orientação da Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits, para adentrar nas escolas municipais de ensino fundamental nesta capital (anexa lista de escolas) e efetuar contato direto com seus dirigentes e docentes. A previsão para a coleta de dados é que aconteça em 2022, desde que esta pesquisa tenha sido aprovada antecipadamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco e que as aulas já tenham sido iniciadas nas escolas do município de Campo Grande, MS. Descreve-se ainda que todos os cuidados de biossegurança serão tomados (utilização de máscara com dupla camada de tecido, distanciamento de dois metros dos participantes da pesquisa e utilização constante de álcool em gel 70%).

Consoante se extrai do projeto de pesquisa intitulado *Construção e Validação de Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes: Instrumento para Docentes*, fundamenta-se na construção e validação de uma escala que norteará docentes no rastreamento por meio da observação de estudantes em relação a comportamentos característicos de possíveis alterações fonoaudiológicas dentro do ambiente escolar. Menciona-se, ainda, que tal instrumento observacional dará suporte para possíveis encaminhamentos de estudantes (por parte de docentes) para conduta adequada a fim de solucionar possível comprometimento em saúde fonoaudiológica existente que esteja ou não interferindo na aprendizagem, qualidade de vida, nas relações interpessoais, na interação docente-estudante, no desenvolvimento global infantojuvenil, entre outras.

Menciona-se que a proposta desta pesquisa também se respalda no direito à atenção à saúde infantojuvenil no que preconiza o artigo 3º do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990):

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

O Estatuto da Criança e do Adolescente também coloca em pauta a responsabilidade da sociedade, de modo geral, na proteção da criança e do adolescente de forma integral, haja vista sua vulnerabilidade e processo de desenvolvimento, e reafirma, em seu artigo 7º, que “A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde”; menciona, ainda, em seu artigo 54, inciso VII, que “É dever do Estado assegurar à criança e ao adolescente: ...; VII - atendimento no ensino fundamental, através de programas suplementares ... e assistência à saúde”.

Tal condição legal assegura que a construção e validação científica de um instrumento de assistência à saúde devidamente orientado pela psicometria é pertinente e essencial como suporte facilitador para a atenção da saúde infantojuvenil de escolares. A presente proposta de elaborar e validar o instrumento denominado de *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes* é inédita e poderá estimular condutas de encaminhamento de estudantes que apresentam algum comportamento perceptível por docentes referente a alterações fonoaudiológicas, de forma a incidir na promoção e prevenção da saúde humana. Acredita-se que, com base nos resultados que serão alcançados nesta pesquisa, é que se poderá acrescentar na práxis escolar a possibilidade de valorizar a saúde.

Para melhor compreensão da competência estrutural da proposta de pesquisa, seguem informações que constam do projeto original já delineado no âmbito do Doutorado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB):

Objetivo da pesquisa:

Construir e validar cientificamente uma escala de rastreamento comportamental que seja eficaz, inteligível, objetiva e de fácil compreensão e preenchimento para ser utilizada por docentes do ensino fundamental a fim de identificar possível comprometimento em saúde fonoaudiológica de estudantes.

Objetivos específicos:

Evidenciar a validade do conteúdo da *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*.

Testar a validade da *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*.

Mensurar a satisfação de docentes em relação à *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes* no que tange à clareza e detalhamento das questões, facilidade no uso, importância do instrumento, praticidade, probabilidade de indicar o uso da escala e confiabilidade. Discutir promoção de saúde de estudantes por meio da observação comportamental realizada por docentes dentro do ambiente educacional.

Propor um instrumento de fácil preenchimento para o docente quando na necessidade de realizar encaminhamentos à conduta fonoaudiológica.

Caracterizar a prevalência de possíveis alterações fonoaudiológicas observadas por docentes por meio de comportamento de estudantes.

Caracterização/tipo de estudo:

Esta pesquisa apresenta-se como descritiva, transversal e de desenvolvimento metodológico do tipo validação, sendo desenvolvida a partir de abordagem mista também denominada de qualiquantitativa.

Participantes:

O presente estudo contará com a participação de docentes e estudantes voluntários de escolas públicas municipais de Campo Grande, MS. Serão selecionados docentes e estudantes que estejam em qualquer período escolar entre o 1º e 9º ano do ensino fundamental. A seleção de docentes será realizada pelo pesquisador deste projeto, e os estudantes serão selecionados pelos próprios docentes participantes da pesquisa. Cada docente selecionará até quatro de seus estudantes que se enquadrem nos critérios de inclusão do referido estudo.

Critérios de inclusão:

Docentes, independentemente de idade, sexo e tempo de atuação profissional na docência escolar, vinculados à rede pública municipal de ensino de Campo Grande, MS.

Crianças e/ou adolescentes na faixa etária entre 6 e 18 anos vinculados à rede pública municipal de ensino de Campo Grande, MS, que estejam cursando do primeiro ao nono ano do ensino fundamental.

Critérios de exclusão:

Possíveis participantes docentes e estudantes que não se enquadrem nos critérios de inclusão.

Participantes docentes que não tenham assinado o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (destinado ao participante docente)* e, logo, decidiram não participar.

Participantes estudantes que não assinarem o *Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (destinado ao participante estudante)* e, logo, decidiram não participar.

Participantes estudantes menores de idade que não forem autorizados pelo responsável legal por meio do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (destinado ao responsável legal do estudante)* e, logo, decidiram pela não participação de seu filho.

Local de produção de dados:

Os locais de produção de dados deste estudo ocorrerão em escolas da rede pública municipal de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Serão selecionadas quatro escolas de todas as regiões do respectivo município a fim de valorizar maior abrangência territorial. Geograficamente, o município é composto de sete regiões urbanas: Anhanduizinho, Bandeira, Centro, Imbiruçu, Lagoa, Prosa e Segredo (Lei Complementar Municipal n. 186, de 12 de dezembro de 2011).

Recursos humanos e materiais:

No que tange aos recursos humanos, esta pesquisa será conduzida unicamente por seu proponente a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco.

Em relação aos recursos materiais, serão necessários dois instrumentos (*Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes* e o *Questionário de Satisfação Referente à Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*), que serão impressos em quantidade necessária para serem entregues aos participantes docentes, após o aceite em participar do estudo por meio do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (destinado ao participante docente)*. Será utilizado, também, um local silencioso com mesa e cadeiras concedidas pela direção

escolar para que o pesquisador possa fazer o contato com os possíveis docentes participantes da pesquisa.

Procedimentos e instrumentos da pesquisa:

O proponente deste projeto de pesquisa visitará as escolas no intervalo do turno escolar para não atrapalhar as atividades laborativas educacionais dos possíveis participantes, ou em horário fora do expediente, caso seja necessário.

Os docentes serão convidados formalmente a participar do estudo que ocorrerá em duas etapas (I e II) e, se concordarem, assinarão o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (destinado ao participante docente)* em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante. Após as assinaturas, os participantes receberão a *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes* a ser utilizada na etapa I, para que possam responder às questões com base na observação comportamental de um de seus estudantes selecionados.

No entanto, antes de qualquer procedimento observacional realizado por parte do docente, será solicitado pelo próprio docente a autorização do responsável legal do estudante por meio de *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (destinado ao responsável legal do estudante)*; o docente enviará ao responsável legal o *Termo de Consentimento* por meio do próprio estudante, que entregará o documento ao seu responsável para assinar confirmação do consentimento. Ainda que após a leitura do Termo de Consentimento o responsável legal do estudante necessite de mais esclarecimentos, poderá saná-los por meio do contato do pesquisador, que está exposto ao final do referido documento.

Descreve-se, ainda, que o *Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (destinado ao participante estudante)* também será entregue aos docentes a fim de que possam ser ofertados aos seus estudantes selecionados para que assinem consentindo em participar do presente estudo. Caso o estudante ainda não tenha conquistado satisfatória alfabetização – geralmente estudantes do primeiro e segundo ano do ensino fundamental – e, logo, não sendo capaz de ler e entender o termo de assentimento, o docente participante poderá ler o respectivo documento e auxiliar o estudante a escrever seu nome e sobrenome, caso este esteja de acordo. Reitera-se que tanto o Termo de Consentimento – destinado ao responsável legal – como o Termo de Assentimento – destinado ao participante estudante – deverão ser assinados para que se possa dar início à observação comportamental em todas as etapas da pesquisa. Caso não se tenha resposta por meio de assinaturas em ambos os documentos, entender-se-á como recusa em participar do estudo ao menos de uma das partes (responsável legal e/ou estudante).

As quantidades de cópias a serem entregues aos docentes do ensino fundamental dos três termos e um instrumentos – na etapa I – estão assim definidas:

- a) *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (destinado ao participante docente)*: 1 cópia, em 2 vias;
- b) *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (destinado ao responsável legal do estudante)*: 1 cópia, em 2 vias, referente ao estudante selecionado pelo docente;
- c) *Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (destinado ao participante estudante)*: 1 cópia, em 2 vias, referente ao estudante selecionado pelo docente;
- d) *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*: 1 cópia, referente ao estudante selecionado pelo docente (instrumento destinado a etapa I).

Após o preenchimento dos termos e instrumento elencados anteriormente, estes serão repassados ao pesquisador de forma conjunta. O prazo que os docentes terão para a observação do estudante selecionado, preenchimento e entrega dos documentos anteriormente referidos, será de dois meses. Os participantes docentes também terão a opção de encaminhar os instrumentos preenchidos por *e-mail*, caso preferirem. Reitera-se, que o docente selecionou apenas um de seus estudantes para ser observado comportamentalmente (etapa I) por ele com base na *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*.

Após a finalização da etapa I, iniciar-se-á a etapa II (última etapa). Nessa última etapa, será novamente realizada a visita as escolas – as mesmas visitadas na etapa I – públicas municipais de Campo Grande, MS. Durante a visita às escolas, far-se-á novamente o contato com os mesmos docentes da etapa anterior.

Descreve-se, ainda, que na etapa II os docentes participantes receberão novamente a *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes* e também o *Questionário de Satisfação Referente à Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*. Este questionário será respondido após o preenchimento da escala em questão.

Dando seguimento, as quantidades de cópias que serão entregues aos docentes do ensino fundamental dos 2 instrumentos foram assim definidas:

- a) *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*: 1 cópia, equivalente ao estudante selecionado pelo docente (instrumento destinado a etapa II);
- b) *Questionário de Satisfação Referente à Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*: 1 cópia.

Após o preenchimento dos instrumentos supracitados, estes deverão ser repassados ao pesquisador de forma conjunta (todos os documentos em um único momento). O prazo que os docentes terão para a observação do estudante selecionado, preenchimento e entrega desses documentos anteriormente referidos será de dois meses.

Riscos:

Os riscos desta pesquisa serão mínimos aos participantes docentes, podendo haver desconforto psicológico com as questões a que eles terão que responder, referentes à observação que farão de seus estudantes por meio da *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*. Apesar de não se prever qualquer tipo de desconforto psicológico, caso ocorra, o docente será orientado pelo pesquisador em relação ao setor de psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, que atende a qualquer eventualidade de ordem biológica ou emocional que possa decorrer da realização da referida pesquisa. Menciona-se, ainda, que os riscos aos participantes estudantes também serão mínimos, haja vista que não haverá contato físico do pesquisador deste estudo nem dos docentes com eles. O que ocorrerá será uma observação que os docentes farão a seus estudantes a fim de identificar possíveis comportamentos sugestivos ou não de alterações em saúde fonoaudiológica, de forma a preencher opções de respostas da escala mencionada anteriormente.

Aspectos éticos da pesquisa:

Esta pesquisa obedecerá às normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde do Brasil, considerando que os aspectos éticos serão devidamente respeitados em concordância com a Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, e na

Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016. Ressalta-se ainda que, por uma questão bioética, o pesquisador irá ofertar devolutiva aos participantes do estudo (docentes do ensino fundamental e estudantes) após a finalização do estudo, a fim de se garantir uma perspectiva humana, sensata e de respeito quando o que está em questão é o envolvimento de seres humanos que voluntariamente colaboraram com a presente pesquisa.

A devolutiva irá ocorrer por meio de visita do proponente deste estudo às mesmas escolas às quais visitara anteriormente para a produção de dados. Solicitar-se-á a direção de cada local (escola) uma sala e horário fora do expediente laborativo para o *feedback* aos docentes do ensino fundamental. Esse mesmo *feedback* contemplará resultados alcançados, finalização do estudo, benefícios da pesquisa à sociedade, e agradecimento por terem participado e contribuído para avanços e novos caminhos para o progresso científico. Menciona-se, ainda, que a devolutiva aos participantes estudantes ocorrerá por meio do contato deixado ao final do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (destinado ao responsável legal do estudante)* assinado. A devolutiva aos participantes estudantes também contemplará o mesmo *feedback* ofertado aos docentes do ensino fundamental. Solitar-se-á também a presença dos responsáveis legais caso o resultado da escala de rastreamento tenha indicação de encaminhamento do estudante à um fonoaudiólogo. O proponente desta pesquisa juntamente com o docente orientará os responsáveis legais a procurarem um fonoaudiólogo para que seu filho possa passar por uma consulta e avaliação fonoaudiológica.

Resultados esperados:

Com a finalização deste estudo após sua condução exitosa por meio de todas as etapas rigorosas propostas para esta pesquisa, será proporcionado como resultado à comunidade escolar, mais especificamente aos docentes, um instrumento denominado *Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes*. Essa escala terá validação científica e devidamente construída com base na psicometria, que se apresenta como uma área da psicologia de grande competência e mundialmente aceita para fins de validação de instrumentos em várias áreas do conhecimento humano.

A escala em questão poderá ser utilizada amplamente por docentes do ensino fundamental como uma ferramenta de auxílio para a promoção, prevenção e proteção da saúde fonoaudiológica de estudantes. Esse auxílio será proporcionado por meio de encaminhamento que o próprio docente realizará, para repassar e informar ao responsável legal do estudante características de possíveis alterações fonoaudiológicas observadas (com base em sua percepção) em seu estudante durante o tempo de estada no ambiente educacional. A partir do encaminhamento repassado ao responsável legal do estudante, ele terá a oportunidade de acompanhar o estudante a um profissional fonoaudiólogo para se averiguar a condição de saúde.

Logo, o resultado esperado é o de proporcionar aos docentes um instrumento valorativo do trabalho pedagógico que já vem sendo realizado nas escolas por meio de ações em saúde infantojuvenis, devidamente respaldadas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Também será uma ferramenta disponível para uso de políticas públicas de promoção, prevenção e proteção em saúde do escolar.

Diante do exposto, coloco-me à disposição por meio dos contatos disponibilizados ao final deste documento. Conto, ainda, com a tradicional e costumeira colaboração dessa Secretaria Municipal de Educação nas pesquisas acadêmicas, para que seja expedido documento de autorização para a realização deste estudo nas escolas públicas municipais com a maior brevidade possível, visando a cumprir prazos do projeto estabelecido por cronograma interno

do Doutorado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco. Ressalta-se, ainda, que, após a autorização da Secretaria Municipal de Educação, o pesquisador solicitará autorização dos gestores escolares para que eles possam autorizar de igual modo os procedimentos científicos, sem prejuízos das atividades pedagógicas dos envolvidos, para o gáudio do papel educacional e científico que as instituições buscam exercer em prol do desenvolvimento do município de Campo Grande, MS.

Esperando uma pronta resposta de V.Sa., subscrevo-me com elevada consideração. Desde já me coloco à disposição para qualquer informação suplementar.

.....
Jadson Justi – doutorando em Psicologia (pesquisador)
Avenida Tamandaré, n. 6.000, Jardim Seminário
CEP 79117-900 Campo Grande, MS
E-mail: jadsonjusti@hotmail.com
(67) 9 9229-8318

.....
Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits (orientadora)
Avenida Tamandaré, n. 6.000, Jardim Seminário
CEP 79117-900 Campo Grande, MS
E-mail: rf5465@ucdb.br
(67) 3312-3605

ANEXOS

ANEXO A – Termo de anuência expedido pela Secretaria Municipal de Educação para realização de pesquisa nas escolas urbanas de Campo Grande, MS



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCACAO

OFÍCIO N. 1.761/CEFOR/SEMED

Campo Grande, 21 de junho de 2021.

Prezada Senhora:

Em resposta à declaração institucional, pela qual se solicita a autorização para Jadson Justi realizar a pesquisa "Construção e validação de escala de rastreamento comportamental de saúde fonoaudiológica de estudantes: instrumento para docentes", por meio da coleta de dados com professores de escolas da Rede Municipal de Ensino/REME, quando retornarem as atividades presenciais, informamos nosso parecer favorável.

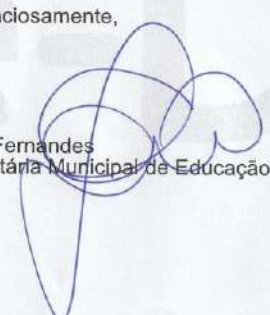
Ressaltamos que, para início do trabalho, faz-se necessário nos apresentar o protocolo de solicitação ao Comitê de Ética e Pesquisa/CEP e proceder aos esclarecimentos sobre a pesquisa aos envolvidos, com apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido.

As atividades deverão ser acompanhadas pela direção e/ou coordenação escolar, sendo que uma cópia desse ofício deverá ser entregue para acerto dos trâmites necessários.

Evidencia-se que, depois da conclusão das atividades, uma cópia do trabalho completo, conforme norma da ABNT, preferencialmente encadernada, deverá ser disponibilizada ao CEFOR/SEMED, para compor o acervo da biblioteca desta Secretaria.

Na oportunidade, colocamo-nos à disposição, pelo telefone n. 2020-3831, falar com Letícia Costa, no Centro de Formação para a Educação/CEFOR deste Órgão Central.

Atenciosamente,


Elza Fernandes
Secretária Municipal de Educação

À Sra. Heloísa Bruna Grubits
Professora - Universidade Católica Dom Bosco - UCDB
- - Campo Grande - MS

ONICIEITO SEVERO MONTEIRO, 460 - VILA MARGARIDA - CEP: 79023200 - Fone: (67)3314-3800 - E-mail: semed.gab.cg@gmail.com



e3f2a737f71cfafe3761868c9e0c7b04554c245a

ANEXO B – Parecer consubstanciado expedido pelo Comitê de Ética Em Pesquisa da
Universidade Católica Dom Bosco

UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE ESCALA DE RASTREAMENTO COMPORTAMENTAL DE SAÚDE FONOAUDIOLÓGICA DE ESTUDANTES: INSTRUMENTO PARA DOCENTES

Pesquisador: JADSON JUSTI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50965121.5.0000.5162

Instituição Proponente: Universidade Católica Dom Bosco

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.950.390

Apresentação do Projeto:

As informações referentes aos tópicos 'Informações do Projeto' foram extraídas do documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1808216.pdf", postado pela autora em 19/08/2021 às 13:28:02.

A Escala de Rastreamento Fonoaudiológico proposta por este estudo será validada cientificamente e devidamente construída com base na psicometria, que se apresenta como uma área da psicologia de grande competência e mundialmente aceita para fins de validação de instrumentos em várias áreas do conhecimento humano. Contudo, a mesma poderá ser utilizada amplamente por docentes escolares como uma ferramenta de auxílio para a promoção e prevenção da saúde fonoaudiológica de estudantes. Esse auxílio será proporcionado por meio de encaminhamento que o próprio docente realizará a fim de repassar e informar ao responsável legal do estudante características de possíveis alterações fonoaudiológicas (com base em sua percepção) observadas em seu estudante, durante o tempo de estada no ambiente educacional. A partir do encaminhamento repassado ao responsável legal do estudante, aquele terá a oportunidade de acompanhar o estudante a um profissional fonoaudiólogo para se averiguar a condição de saúde. Tal conduta de encaminhamento devidamente repassada ao(à) responsável legal do estudante é reforçada com base na premissa de que a "[...] escola tem uma importante relação com a família dos alunos e desempenha papel de destaque na comunidade. Por isso, ela pode ser uma grande

Endereço: Av. Tamandaré, 6000
Bairro: Jardim Seminário **CEP:** 79.117-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3312-3478 **E-mail:** cep@ucdb.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO



Continuação do Parecer: 4.950.390.

referência e influenciar [...] positivamente para que o estudante seja levado para realização de avaliação fonoaudiológica (CERQUEIRA, 2007, p. 35). Logo, o resultado esperado com a conclusão deste estudo é o de proporcionar aos docentes um instrumento valorativo do trabalho pedagógico que já vem sendo realizado – de forma valorativa em outras áreas para além da fonoaudiologia – nas escolas por meio de ações em saúde infanto-juvenis devidamente respaldadas pelo ECA. Ademais, poderá ser uma ferramenta disponível para uso de políticas públicas de promoção e prevenção de saúde do escolar.

Objetivo da Pesquisa:

As informações referentes aos tópicos 'Informações do Projeto' foram extraídos do documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1808216.pdf", postado pela autora em 19/08/2021 às 13:28:02.

Objetivo Primário: Elaborar e validar cientificamente uma escala de rastreamento comportamental que seja eficaz, inteligível, objetiva e de fácil compreensão para a utilização de docentes a fim de identificar possíveis alterações fonoaudiológicas de estudantes.

Objetivo Secundário: Evidenciar a validade do conteúdo da Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes. Testar a validade da Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes. Mensurar a satisfação de docentes em relação à Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes no que tange a clareza e detalhamento das questões, facilidade no uso, importância do instrumento, praticidade, probabilidade de indicar o uso da escala e confiabilidade. Discutir promoção e prevenção de saúde de estudantes por meio da observação comportamental realizada por docentes dentro do ambiente educacional. Propor um instrumento de fácil preenchimento para o docente quando na necessidade de realizar encaminhamentos à conduta fonoaudiológica. Caracterizar a prevalência de possíveis alterações fonoaudiológicas observadas por docentes por meio de comportamento de estudantes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As informações referentes aos tópicos 'Informações do Projeto' foram extraídos do documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1808216.pdf", postado pela autora em 19/08/2021 às 13:28:02.

Riscos: Os riscos desta pesquisa serão mínimos aos participantes docentes, podendo haver desconforto psicológico com as questões a que estes terão que responder, referente à observação que farão de seus estudantes por meio da Escala de Rastreamento Fonoaudiológico. Apesar de não

Endereço: Av. Tamandaré, 6000
Bairro: Jardim Seminário **CEP:** 79.117-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3312-3478 **E-mail:** cep@ucdb.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO



Continuação do Parecer: 4.950.390

se prever qualquer tipo de desconforto psicológico, caso este ocorra, o docente será orientado pelo pesquisador em relação ao setor de psicologia da UCDB, que atende a qualquer eventualidade de ordem biológica ou emocional que possa decorrer da realização da referida pesquisa. Menciona-se, ainda, que os riscos aos participantes estudantes também serão mínimos, haja vista que não haverá contato do pesquisador deste estudo nem dos docentes com os referidos estudantes. O que ocorrerá será uma observação que os docentes farão aos seus estudantes a fim de identificar possíveis comportamentos sugestivos de alterações em saúde fonoaudiológica de forma a preencher opções de respostas da escala mencionada anteriormente.

Benefícios: Não há benefícios diretos aos participantes docentes e estudantes, no entanto a participação deles contribuirá para aumentar o conhecimento científico sobre o tema deste estudo, bem como poderá contribuir para conquistas de novos caminhos em direção ao conhecimento e desenvolvimento da ciência em prol da promoção da saúde humana. Os benefícios indiretos aos docentes incidem na possibilidade de contribuição para avanços no rastreamento em saúde fonoaudiológica em ambiente escolar, de forma a fomentar encaminhamentos (quando houver sugestibilidade para tal de acordo com dados averiguados) devidamente repassados à família do estudante rastreado. Pensa-se que o rastreamento comportamental possa incidir na minimização ou mesmo extinção de possíveis patologias fonoaudiológicas de estudantes após iniciar o tratamento, caso haja necessidade. A aplicação de um instrumento que será validado cientificamente por este estudo, aqui denominado Escala de Rastreamento Comportamental de Saúde Fonoaudiológica de Estudantes (título breve Escala de Rastreamento Fonoaudiológico), poderá incidir como um impulsionador para os encaminhamentos necessários à conduta fonoaudiológica. Contudo o benefício indireto aos participantes docentes incide também na possibilidade de estimular à escola promover uma cultura de observação comportamental de alterações fonoaudiológicas, algo que comumente não se realiza. Logo, pelo quantitativo de estudantes dentro do ambiente escolar, há grande probabilidade de haver patologias fonoaudiológicas tanto na condição aguda como crônica devidamente desconhecida ou ao menos não atentada pelo docente, pelo estudante e sua família. Ainda se menciona que, após o rastreamento comportamental e a realização do encaminhamento à conduta profissional, o repasse deste documento (encaminhamento) será entregue ao responsável legal do estudante para averiguação do estado de saúde junto a um fonoaudiólogo. E tal procedimento se configurará como importante ação promotora de saúde. Já os benefícios indiretos aos participantes estudantes ocorrerão na possibilidade de contribuírem com dados comportamentais que auxiliarão na discussão que envolve a promoção da saúde infanto-juvenil, de forma a colaborar com a

Endereço: Av. Tamararé, 6000
Bairro: Jardim Seminário **CEP:** 79.117-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3312-3478 **E-mail:** cep@ucdb.br

**UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO**



Continuação do Parecer: 4.950.390

elaboração e validação uma ferramenta (escala) comportamental sugestiva ou não de acometimentos (patologias) fonoaudiológicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Recomendações:

Vide "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem Pendências ou Lista de Inadequações

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acompanha o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1808216.pdf	19/08/2021 13:28:02		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_DESTINADO_AOS_PARTICIPANTES_DOCENTES.pdf	19/08/2021 13:26:09	JADSON JUSTI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_DESTINADO_AOS_RESPONSÁVEL_LEGAL_DO_ESTUDANTE.pdf	19/08/2021 13:25:34	JADSON JUSTI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_ASSENTIMENTO_AO_PARTICIPANTE_ESTUDANTE.pdf	19/08/2021 13:25:08	JADSON JUSTI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	19/08/2021 13:24:34	JADSON JUSTI	Aceito
Declaração de concordância	TERMO_DE_ANUENCIA_EXPEDIDO_PELA_SECRETARIA_MUNICIPAL_DE_EDUCACAO_DE_CAMPO GRANDE MS	13/08/2021 14:18:42	JADSON JUSTI	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_PARA_PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS.	13/08/2021 14:12:33	JADSON JUSTI	Aceito

Endereço: Av. Tamandaré, 6000

Bairro: Jardim Seminário

CEP: 79.117-900

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3312-3478

E-mail: cep@ucdb.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO



Continuação do Parecer: 4.950.390

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 02 de Setembro de 2021

Assinado por:
Karla de Toledo Candido Muller
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Tamararé, 6000
Bairro: Jardim Seminário **CEP:** 79.117-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3312-3478 **E-mail:** cep@ucdb.br

ANEXO C – Confirmação de validade estatística de construto



PROFALEXSANTOS.COM.BR

INSTITUTO BIOESTATÍSTICO - CNPJ 43.812.101/0001-70

VALIDAÇÃO DE CONSTRUTO

INSTITUTO BIOESTATÍSTICO, com sede no Conjunto Cidade Nova 6, WE 73, Casa 381 – Ananindeua-PA, 67140-140, inscrito no CNPJ sob o nº 43.812.101/0001-70, neste ato seu representante legal infra-assinado, ALEX DE ASSIS SANTOS DOS SANTOS, confirma que realizou a validação estatística do instrumento de coleta de dados ESC-FONO, da autoria de JADSON JUSTI.

A validação do ESC-FONO constou dos seguintes itens.

Foi realizada em uma amostra de n=106 crianças com tem idade entre 6 anos (mínimo) e 18 anos (máximo), com média = 10.6 anos, Mediana = 10.5 anos e desvio padrão = 3.0 anos, sendo 59.5% do sexo masculino e 40.5 do sexo feminino. O Instrumento ESC-FONO é composto por 17 perguntas e 5 domínios (Audiologia, Disfagia, Linguagem, Motricidade Orofacial e Voz). A confiabilidade, avaliada pelo Alfa de Cronbach, medida no conjunto das 17 perguntas que formam o instrumento ESC-FONO, na fase Teste, obtiveram o Alfa de Cronbach = 0.880 e na fase Reteste, obtiveram o Alfa de Cronbach = 0.901. Na avaliação da validade convergente, todos os domínios tiveram excelente replicabilidade. A avaliação da validade discriminante foi realizada pela medida da prevalência de alterações fonoaudiológicas, a qual teve o IC95% (intervalo de confiança) considerado compatível a prevalência publicada em artigos científicos. A avaliação da validade do construto mostrou que o instrumento ESC-FONO tem sensibilidade suficiente para discriminar a presença de alteração fonoaudiológica referida pelo responsável da criança/adolescente e/ou por outros docentes.



Belém/PA, 27 de MAIO de 2022

Alex de Assis Santos dos Santos

DIRETOR - Instituto BioEstatístico de Ciência e Tecnologia

CNPJ 43.812.101/0001-70

Contato: (91) 98562-7685 Celular/Whatsapp

Alex de Assis Santos dos Santos, brasileiro, natural de Belém-PA, casado, filho de Francisco de Assis dos Santos e Maria Helena Santos dos Santos. Atua como Projetista, Bioestatístico e Cientista de dados. Na área de ciências biológicas e médicas, é autor do BioEstat, atualmente na 5ª edição, livro voltado para pesquisa médica (o software tem mais de 50 mil usuários) é considerado o mais importante livro de bioestatística produzido no Brasil. Já participou de mais de 1100 estudos científicos. Atualmente é Diretor de Tecnologia Bioestatística do Instituto Bioestatístico. Seus estudos são reconhecidos internacionalmente. O interesse e conhecimentos em métodos estatísticos do Professor Alex Santos incluem métodos para estudos epidemiológicos, validação de questionários, estudos experimentais, elaboração de nomogramas e análise multivariada. O trabalho do Instituto Bioestatístico é apoiado pela experiente sanitarista Profa. Delma Santos. Detalhes adicionais referentes a sua atuação como Bioestatístico podem ser encontrados no ResearchGate (alex santos) Na área de tecnologia da informação, já atuou no desenvolvimento de sistemas de automação industrial nas seguintes empresas: ALBRÁS, ALUNORTE, COBAFI, COPENE PETROQUÍMICA DO NORDESTE. Foi gerente de informática da DATAPREV em Manaus/AM. Atuou na área de informática da PHILIPS/ORIGIN. Especialidades: desenvolvimento e aplicação das técnicas estatísticas em estudos epidemiológicos, validação de questionários, estudos experimentais, elaboração de nomogramas, análise multivariada, desenvolvimento de aplicativos incorporados aos resultados estatísticos, programação de computador (Formado pela Microsoft Corp.) e projeto de bancos de dados.

PROFESSOR ALEX DE ASSIS SANTOS DOS SANTOS DOS SANTOS – CNPJ 43.812.101/0001-70

Conjunto Cidade Nova 6, WE 73, Casa 381 – Ananindeua-PA, 67140-140

www.profalexsantos.com.br e-mail: contato@profalexsantos.com.br