

IVANEIDE ALMEIDA BRAGA

**PHDA NA POPULAÇÃO INFANTIL: CONHECIMENTOS/CRENÇAS,
COMPORTAMENTO SOCIAL E LINGUÍSTICO E A INTERVENÇÃO DE AEE
- PERCEÇÕES DE PAIS, PROFESSORES, MONITORES DE EDUCAÇÃO
INCLUSIVA E EQUIPA MULTIPROFISSIONAL**

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

PORTO 2022

IVANEIDE ALMEIDA BRAGA

**PHDA NA POPULAÇÃO INFANTIL: CONHECIMENTOS/CRENÇAS,
COMPORTAMENTO SOCIAL E LINGUÍSTICO E A INTERVENÇÃO DE AEE
- PERCEÇÕES DE PAIS, PROFESSORES, MONITORES DE EDUCAÇÃO
INCLUSIVA E EQUIPA MULTIPROFISSIONAL**

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

PORTO 2022

© 2022

IVANEIDE ALMEIDA BRAGA

“TODOS OS DIREITOS RESERVADOS”

IVANEIDE ALMEIDA BRAGA

**PHDA NA POPULAÇÃO INFANTIL: CONHECIMENTOS/CRENÇAS,
COMPORTAMENTO SOCIAL E LINGUÍSTICO E A INTERVENÇÃO DE AEE
- PERCEÇÕES DE PAIS, PROFESSORES, MONITORES DE EDUCAÇÃO
INCLUSIVA E EQUIPA MULTIPROFISSIONAL**

Tese apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de doutora em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem, sob a orientação da Prof^ª. Doutora Fátima Maia – Orientadora.

RESUMO

IVANEIDE ALMEIDA BRAGA: PHDA na População Infantil:
Conhecimentos/Crenças, Comportamento Social e Linguístico e a Intervenção de AEE -
Perceções de Pais, Professores, Monitores de Educação Inclusiva e Equipa
Multiprofissional.

(Sob orientação da Prof. Doutora Fátima Maia –Orientadora)

Esta investigação teve como finalidade estudar a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) na População Infantil: Conhecimentos/Crenças, Comportamento Social e Linguístico e a Intervenção de Atendimento Educacional Especializado (AEE) - Perceções de Pais, Professores, Monitores de Educação Inclusiva e Equipa Multiprofissional. A amostra foi constituída por 36 crianças com PHDA, 36 pais, 36 professores, 36 monitores e 18 profissionais que compõem uma equipa multiprofissional. A metodologia utilizada foi uma abordagem descritiva, transversal e correlacional, com a integração de dados de carácter quantitativo e qualitativo. Os dados foram recolhidos através dos instrumentos: Questionários Sociodemográfico e Socioprofissional, *Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale (KADDS)* (traduzido e adaptado neste estudo para o Português do Brasil), Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Académica para Crianças (SSRS), ABFW – Teste de Linguagem Infantil (Prova de Fonologia), Percentagem de Consoantes Corretas, Escala de Inteligibilidade em Contexto (ICS): Português, *Speech Participation and Activity Assessment of Children (SPAA-C)* (traduzido e adaptado neste estudo para o Português do Brasil) e um Guião de entrevista semiestruturada. O tratamento dos dados quantitativos foi realizado com recurso à estatística descritiva e inferencial, e os dados qualitativos foram analisados através de análise lexicográfica clássica e análise de conteúdo. Todas as questões éticas foram salvaguardadas.

Os resultados globais obtidos indicaram que os conhecimentos de pais, professores, monitores de educação inclusiva e profissionais da equipa multiprofissional apresentaram-se num nível mediano, sendo identificados vários equívocos que podem comprometer o diagnóstico. As crianças com PHDA apresentaram dificuldades em desenvolver habilidades sociais, o que favorece a ocorrência de problemas de comportamento (internalizantes e externalizantes) e baixo desempenho académico, em específico no desenvolvimento da leitura, escrita e competências matemáticas. Foi constatado que apresentaram também algum tipo de comprometimento na fala e que este afeta o relacionamento com os seus pares, o convívio familiar e o comportamento. No que se refere à intervenção de AEE, esta demonstrou-se eficaz quanto à socialização destas crianças e ao desenvolvimento de suas habilidades. No entanto, identificou-se a necessidade de uma maior coordenação na intervenção entre todos os intervenientes, bem como de uma maior capacitação, para melhoria do apoio prestado.

ABSTRACT

IVANEIDE ALMEIDA BRAGA: ADHD in the Child Population: Knowledge/Beliefs, Social and Linguistic Behavior and AEE Intervention - Perceptions of Parents, Teachers, Inclusive Education Monitors and Multiprofessional Team.

(Under the guidance of Prof. Dr. Fatima Maia - Advisor)

This investigation aimed to study Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in the Child Population: Knowledge/Beliefs, Social and Linguistic Behavior and Specialized Educational Assistance Intervention (SEA) - Perceptions of Parents, Teachers, Inclusive Education Monitors and Multiprofessional Team. The sample consisted of 36 children with ADHD, 36 parents, 36 teachers, 36 monitors and 18 professionals who make up a multidisciplinary team. The methodology used was a descriptive, cross-sectional and correlational approach, with the integration of quantitative and qualitative data. Data were collected through the instruments: Sociodemographic and Socioprofessional Questionnaires, Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale (KADDS) (translated and adapted in this study to Brazilian Portuguese), Inventory of Social Skills, Behavior Problems and Academic Competence for Children (SSRS), ABFW – Child Language Test (Phonology Test), Percentage of Consonants Correct, Intelligibility in Context Scale (ICS): Portuguese, Speech Participation and Activity Assessment of Children (SPAA-C) (translated and adapted in this study for Brazilian Portuguese) and a semi-structured interview guide. The treatment of quantitative data was carried out using descriptive and inferential statistics, and qualitative data were analyzed through classic lexicographical analysis and content analysis. All ethical issues have been safeguarded.

The global results obtained indicated that the knowledge of parents, teachers, inclusive education monitors and professionals from the multidisciplinary team was at an average level, with several misconceptions were identified that could compromise the diagnosis. Children with ADHD showed difficulties in developing social skills, which favors the

occurrence of behavior problems (internalizing and externalizing) and poor academic performance, specifically in the development of reading, writing and mathematical skills. It was found that they also had some kind of impairment in speech and that this affects their relationship with their peers, family life and behavior. With regard to the SEA intervention, it proved to be effective in terms of the socialization of these children and the development of their skills. However, it was identified the need for greater coordination in the intervention between all stakeholders, as well as greater training, to improve the support provided.

RÉSUMÉ

IVANEIDE ALMEIDA BRAGA: Le PHDA dans la population infantile: connaissances/croyances, comportement social et linguistique et l'intervention de l'AEE - Perceptions des parents, des enseignants, des moniteurs d'éducation inclusive et de l'équipe multiprofessionnelle.

(Sous la supervision du Professeur Docteur Fátima Maia - Conseiller)

Cette enquête visait à étudier le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) dans la population enfantine: connaissances/croyances, comportement social et linguistique et intervention d'assistance éducative spécialisée (AEE) - perceptions des parents, des enseignants, des moniteurs d'éducation inclusive et de l'équipe multiprofessionnelle. L'échantillon était composé de 36 enfants atteints de TDAH, 36 parents, 36 enseignants, 36 moniteurs et 18 professionnels qui composent une équipe multidisciplinaire. La méthodologie utilisée était une approche descriptive, transversale et corrélationnelle, avec l'intégration de données quantitatives et qualitatives. Les données ont été recueillies à l'aide des instruments suivants : questionnaires sociodémographiques et socioprofessionnels, échelle de connaissances sur les troubles du déficit de l'attention (KADDS) (traduite et adaptée dans cette étude en portugais brésilien), inventaire des compétences sociales, des problèmes de comportement et des compétences scolaires pour les enfants (SSRS), ABFW - Test de langage pour enfants (test de phonologie), pourcentage de consonnes correctes, échelle d'intelligibilité en contexte (ICS): portugais, participation à la parole et évaluation de l'activité des enfants (SPAA-C) (traduit et adapté dans cette étude pour le portugais brésilien) et un guide d'entretien semi-directif. Le traitement des données quantitatives a été effectué à l'aide de statistiques descriptives et inférentielles, et les données qualitatives ont été analysées par l'analyse lexicographique classique et l'analyse de contenu. Toutes les questions éthiques ont été sauvegardées.

Les résultats globaux obtenus ont indiqué que les connaissances des parents, des enseignants, des moniteurs d'éducation inclusive et des professionnels de l'équipe multidisciplinaire étaient à un niveau moyen, plusieurs erreurs pouvant compromettre le diagnostic ont été relevées. Les enfants atteints de TDAH ont montré des difficultés à développer des habiletés sociales, ce qui favorise la survenue de problèmes de comportement (d'intériorisation et d'extériorisation) et de mauvais résultats scolaires, notamment dans le développement des habiletés en lecture, en écriture et en mathématiques. Il a été constaté qu'ils avaient également une sorte de trouble de la parole et que cela affectait leurs relations avec leurs pairs, leur vie familiale et leur comportement. Quant à l'intervention SEA, elle s'est avérée efficace en termes de socialisation de ces enfants et de développement de leurs compétences. Cependant, il a été identifié la nécessité d'une plus grande coordination dans l'intervention entre tous les acteurs, ainsi que d'une plus grande formation, pour améliorer l'accompagnement fourni.

DEDICATÓRIA

“Nada é sobre mim, sem mim”

(Okumura, 2013)

Este trabalho é dedicado a todas as crianças atendidas no CAEE e que o mesmo possa contribuir para a qualidade de vida delas e todas as crianças do Brasil e do mundo que se encontram na mesma condição.

AGRADECIMENTOS

A palavra de ordem é gratidão

Gratidão a Deus por toda a força e superação que ele me proporcionou.

Gratidão ao meu Filho Maik por está presente em todos os momentos felizes e principalmente nos momentos de extrema angústia.

Gratidão a Professora Joana Rocha pela imensa contribuição dada a este estudo em todo seu processo de construção. Meu imenso carinho, amor e respeito.

Gratidão a Professora Fátima Maia, mulher guerreira, que além de uma orientadora é uma amiga e um ser humano excepcional. Nada seria possível sem a tua dedicação e zelo e as palavras acolhedoras.

Gratidão a todos amigos, pais e profissionais que me ajudaram e que estiveram na torcida o tempo todo.

A todos,

Meu muito obrigado!

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	27
CAPÍTULO I – PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE/DÉFICE DE ATENÇÃO (PHDA)	33
1.1 Definição, Percurso Histórico e Terminologia.....	33
1.2 Diagnóstico, Prevalência e Etiologia.....	40
1.3 Conhecimentos e Crenças sobre PHDA	45
1.4 Comportamento Social de Crianças com PHDA	51
1.5 Intervenções na PHDA.....	56
i. Intervenção farmacológica ou medicamentosa	57
ii. Intervenção cognitivo-comportamental	58
iii. Intervenção combinada	59
iv. Intervenção no âmbito familiar.....	60
v. Intervenção no âmbito escolar	61
vi. Intervenção Pluridisciplinar.....	62
CAPÍTULO II – PERTURBAÇÕES DE LINGUAGEM E FALA NA PHDA.....	64
2.1 Perturbações da Fala e PHDA	68
2.2 PDL e PHDA.....	71
i. Definição e Terminologia da PDL.....	71
ii. Diagnóstico, etiologia e prevalência da PDL.....	73
iii. PDL e PHDA	75
2.3 Défices na Memória de trabalho associados a perturbações da linguagem/fala e a PHDA	80
2.4 Comportamento Social em crianças com PHDA com dificuldades de linguagem/fala associadas.....	82
CAPÍTULO III – NECESSIDADES EDUCACIONAIS ESPECIAIS – NEE	85
3.1 Atendimento Educacional Especializado – AEE	87
3.2 Intervenções do Atendimento Educacional Especializado.....	91
3.3 Caracterização da equipa dos profissionais de AEE	93

3.4 Atendimento Educacional Especializado a Crianças com PHDA.....	97
CAPÍTULO IV – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO.....	101
4.1 Desenho da Investigação	101
i. Questões de Investigação e Objetivos de Investigação.....	103
ii. Critérios de Inclusão e Exclusão	105
4.2 Caracterização da amostra.....	106
i. Caracterização Sociodemográfica da amostra das Crianças (N=36).....	107
ii. Caracterização Sociodemográfica da amostra dos Pais/Responsáveis Legais (N=36)..	108
iii. Caracterização Sociodemográfica e profissional da amostra dos Professores (N=36).	109
iv. Caracterização Sociodemográfica e Profissional da amostra dos Monitores de Educação Inclusiva (N=36)	110
v. Caracterização Sociodemográfica e profissional da amostra da Equipa Multiprofissional (N=18).....	111
4.3 Instrumentos de recolha de Dados	112
i. Questionários Sociodemográficos e Socioprofissionais	113
ii. KADDS – Escala de Conhecimentos sobre Transtorno de Hiperatividade e Déficit de Atenção - versão PB	114
iii. SSRS - Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Académica para crianças.	116
iv. ABFW – Teste de Linguagem Infantil	119
v. Percentagem de consoantes corretas – PCC	121
vi. Escala Inteligibilidade em Contexto (ICS): Português	122
vii. Avaliação da Participação e Atividade de Fala de Crianças – SPAA-C	123
viii. Guião de Entrevista semiestruturada	125
4.4 Recolha de Dados e Procedimentos.....	126
4.5 Métodos de Análise e Tratamento de dados	131
i. Análise dos dados Quantitativos.....	131
ii. Análise dos dados Qualitativos	135
CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	138
5.1 Questão 1 – Quais os conhecimentos e crenças dos pais, professores, monitores de educação inclusiva e equipa multiprofissional sobre a PHDA?.....	138
5.2 Questão 2 - Qual a perceção que os pais, professores, monitores de educação inclusiva e equipa multiprofissional têm sobre o comportamento social e linguístico/fala de crianças com PHDA?.....	156
5.3 Questão 3 - Como é caracterizada a intervenção do AEE realizada em crianças com PHDA que apresentaram PCC severo, pelos pais, professores e equipa multiprofissional? .	200

5.4 Questão 4 - Qual o perfil de fala das crianças com PHDA?	219
5.5 Correlações entre as escalas estudadas	225
CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	227
6.1 Discussão dos Resultados por Questão de Investigação	227
i. Questão 1 - Quais os conhecimentos e crenças dos pais, professores, monitores de educação inclusiva e equipa multiprofissional sobre a PHDA?.....	227
ii. Questão 2 - Qual a percepção que os pais, professores, monitores de educação inclusiva e equipa multiprofissional têm sobre o comportamento social e linguístico/fala de crianças com PHDA?	233
iii. Questão 3 - Como é caracterizada a intervenção do AEE realizada em crianças com PHDA que apresentaram PCC severo, pelos pais, professores e equipa multiprofissional?	247
iv. Questão 4 - Qual o perfil de fala das crianças com PHDA?	253
CONCLUSÕES	255
REFERÊNCIAS.....	268
ANEXOS	298
ANEXO I – Questionário Sociodemográfico Pais.....	299
ANEXO II - Questionário Sociodemográfico e Socioprofissional - Professores	301
ANEXO III - Questionário Sociodemográfico e Socioprofissional – Monitores de Educação Inclusiva.....	303
ANEXO IV - Questionário Sociodemográfico e Socioprofissional – Equipa Multiprofissional	305
ANEXO V - KADDS – Escala de Conhecimentos sobre Transtorno de Hiperatividade e Déficit de Atenção- Versão PB	307
ANEXO VI – Autorização para Adaptação do KADDS	311
ANEXO VII – Autorização para Divulgação KADDS – Versão PB.....	313
ANEXO VIII – SSRS – Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento Social e Competência Académica - Escala para Pais e Professores.....	315
ANEXO IX -ABFW – Teste de Linguagem Infantil (Prova de Fonologia).....	323
ANEXO X – ICS - Escala de Inteligibilidade em Contexto	328
ANEXO XI – Autorização Tradução SPAA-C	330
ANEXO XII - Avaliação da Participação e Atividade de Fala de Crianças (SPAA-C) – Versão PB	333
ANEXO XIII- Guião de Entrevista Semiestruturada AEE - Pais	338
ANEXO XIV - Guião de Entrevista Semiestruturada AEE - Professores.....	340
ANEXO XV - Guião de Entrevista Semiestruturada – Equipa Multiprofissional.....	342
ANEXO XVI – Parecer FAN N° 3.970.846	344

ANEXO XVII – Parecer CONEP N° 4.185.028	349
ANEXO XVIII - Autorização Institucional	383
ANEXO XIX - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Para Pais/Responsável Legal)	385
ANEXO XX - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Pais/Responsável Legal (Participação da Criança de 06 a 12 anos).....	391
ANEXO XXI - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Para crianças de 6 a 12 anos)	397
ANEXO XXII - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Professores, Monitores Educação Inclusiva e Equipa Multiprofissional)	403

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1–Subdonínios das Função Executiva e Possíveis Défices Associados	35
Quadro 2– Linha do Tempo da PHDA	36
Quadro 3 - Critérios diagnósticos apresentados no CID-11 e DSM-5	44
Quadro 4– Domínios Linguísticos por componentes da linguagem	66
Quadro 5 – Instrumentos de Recolha de Dados aplicados a cada grupo de Participantes	112
Quadro 6 - Informação sociodemográfica e socioprofissional recolhida junto dos Participantes	113
Quadro 7 - Unidades de Análise dos Guiões de Entrevista Semiestruturada relativos à caracterização da intervenção de AEE	126
Quadro 8– Comparação entre as habilidades sociais mais desenvolvidas e menos desenvolvidas pelos diferentes grupos de participantes.	181
Quadro 9 – Classes de análises geradas pela CHD – SPAA-C (PB) Questões para Pais.	185
Quadro 10 - Categorias e Subcategorias da perceção dos profissionais sobre o impacto das alterações linguísticas/fala em crianças com PHDA que apresentaram PCC severo (N=5).	196
Quadro 11 – Categorias e Subcategorias da perceção dos Pais sobre a Intervenção de AEE em crianças com PHDA que apresentaram PCC severo (N=6).	200
Quadro 12 - Categorias e Subcategorias da perceção dos professores sobre a Intervenção de AEE em crianças com PHDA que apresentaram PCC severo (N=6).	206
Quadro 13 - Categorias e Subcategorias da perceção dos Profissionais da Equipa Multiprofissional sobre a Intervenção de AEE em crianças com PHDA que apresentaram PCC severo (N=5).	212

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra por grupos de participantes – Crianças (C).....	108
Tabela 2 – Caracterização da amostra por grupos de participantes – Pais (PA)	109
Tabela 3 – Caracterização da amostra por grupos de participantes- Professores (P)	110
Tabela 4 – Caracterização da amostra por grupos de participantes – Monitores de Educação Inclusiva(M).....	110
Tabela 5 – Caracterização da amostra por grupos de participantes – Equipa Multiprofissional (EM).....	111
Tabela 6 - Subescalas do Instrumento KADDS.....	114
Tabela 7 – Escalas e Fatores do Instrumento SSRS.....	117
Tabela 8 – Interpretação dos Percentis da Escala do SSRS	118
Tabela 9 - Índices de ajuste dos modelos testados.....	135
Tabela 10–Os acertos mais frequentes dos pais por subescalas.	139
Tabela 11 – Os equívocos mais frequentes dos pais por subescalas.	140
Tabela 12 – Os “Não Sei” mais frequentes dos pais por subescalas	141
Tabela 13 – Estatísticas descritivas relativas às subescalas da KADDS-PB sobre os conhecimentos dos pais sobre PHDA.....	143
Tabela 14– Os acertos mais frequentes dos professores por subescalas.	143
Tabela 15–Os Equívocos mais frequentes dos professores por subescalas.	144
Tabela 16–Os “Não Sei” mais frequentes dos professores por subescalas.	145
Tabela 17 - Estatísticas descritivas relativas às subescalas da KADDS-PB sobre os conhecimentos dos professores sobre PHDA.	146
Tabela 18– Os acertos mais frequentes dos monitores de educação inclusiva por subescala....	147
Tabela 19 – Os equívocos mais frequentes dos monitores de educação inclusiva por subescala	148
Tabela 20 – Os “não sei” mais frequentes dos monitores de educação inclusiva por subescala	149
Tabela 21–Estatísticas descritivas relativas às subescalas da KADDS sobre os conhecimentos/ dos monitores sobre PHDA.....	150
Tabela 22 – Os acertos mais frequentes da equipa multiprofissional por subescala	150
Tabela 23 - Os “não sei” mais frequentes da equipa multiprofissional por subescala.....	152
Tabela 24 - Estatísticas descritivas relativas às subescalas da KADDS-PB sobre os conhecimentos da equipa multiprofissional sobre PHDA.....	154
Tabela 25- Estatísticas descritivas dos fatores da escala KADDS - PB por grupos de participantes.	155
Tabela 26- Rankings e medianas das comparações realizadas entre os grupos.....	156
Tabela 27 – Estatísticas Descritivas relativas aos itens da escala de Habilidades Sociais do SSRS (itens ordenados por ordem decrescente) – Perceção dos Pais (Frequência)	157

Tabela 28 – Estatísticas descritivas de habilidades sociais, percepção dos Pais, por Fatores. ...	159
Tabela 29 – Frequências Relativas e Absolutas dos itens do inventário de habilidades sociais classificados como “nunca” – Percepção dos Pais.....	159
Tabela 30 – Frequência Relativa e Absoluta dos itens da Escala de Habilidades Sociais do SSRS (itens ordenados por ordem decrescente) – Percepção dos Pais (Importância).....	160
Tabela 31 – Estatísticas Descritivas relativas aos itens da escala de Problemas de Comportamento do SSRS (itens ordenados por ordem decrescente) – Percepção dos Pais.....	161
Tabela 32 – Estatísticas descritivas de problemas de comportamento, na percepção dos Pais, por Fatores.....	161
Tabela 33 – Estatísticas Descritivas relativas aos itens da escala de Habilidades Sociais do SSRS (itens ordenados por ordem decrescente) – Percepção dos Professores (Frequência).....	162
Tabela 34 – Estatísticas descritivas de habilidades sociais, na percepção dos Professores, por Fatores.....	163
Tabela 35 – As 5 habilidades mais frequentes que não são desenvolvidas pelas crianças com PHDA na percepção dos Professores.	163
Tabela 36 – Frequência Relativa e Absoluta dos itens da Escala de Habilidades Sociais do SSRS (itens ordenados por ordem decrescente) - Percepção dos Professores (Importância).	164
Tabela 37 – Estatísticas Descritivas relativas aos itens da escala de Problemas de Comportamento do SSRS (itens ordenados por ordem decrescente) – Percepção dos Professores (Frequência).	165
Tabela 38 – Estatísticas descritivas de Problemas de Comportamento, na percepção dos Professores, por Fatores.	165
Tabela 39 – Frequências Relativas e Absolutas dos itens da Escala de Competência Acadêmica do SSRS – Percepção dos Professores.	166
Tabela 40 – Estatísticas Descritivas dos itens da Escala de Competência Acadêmica – Percepção de Professores.	167
Tabela 41 – Estatísticas Descritivas relativas aos itens da escala de Habilidades Sociais do SSRS – Percepção dos Monitores de Educação Inclusiva (Frequência)	168
Tabela 42 – Estatísticas descritivas de habilidades sociais, na percepção dos monitores de educação inclusiva, por Fatores.....	169
Tabela 43 -As 5 habilidades mais frequentes que não são desenvolvidas pelas crianças com PHDA na percepção dos Monitores de Educação Inclusiva.	170
Tabela 44 – Frequência Relativa e Absoluta dos itens da Escala de Habilidades Sociais do SSRS – Percepção dos Monitores de Educação Inclusiva (importância).	170
Tabela 45 – Estatísticas Descritivas relativas aos itens da escala de Problemas de Comportamento do SSRS – Percepção dos Monitores de Educação Inclusiva (Frequência).....	171
Tabela 46 – Estatísticas descritivas de Problemas de Comportamento, na percepção dos monitores de educação inclusiva, por fatores.	172
Tabela 47 – Frequências Relativas e Absolutas dos itens da Escala de Competência Acadêmica do SSRS – Percepção Monitores de Educação Inclusiva.....	173
Tabela 48 – Estatísticas Descritivas dos itens da Escala de Competência Acadêmica (itens ordenados por ordem decrescente) - Percepções de Monitores de Educação Inclusiva.	174
Tabela 49 – Estatísticas Descritivas relativas aos itens da escala de Habilidades Sociais do SSRS – Percepção da Equipe Multiprofissional (Frequência).	175
Tabela 50 – Estatísticas descritivas de habilidades sociais, na percepção da equipe multiprofissional, por Fatores.....	176

Tabela 51 -As 5 habilidades mais frequentes que não são desenvolvidas pelas crianças com PHDA na percepção da Equipe Multiprofissional.	176
Tabela 52 – Frequência Relativa e Absoluta dos itens da Escala de Habilidades Sociais do SSRS – Percepção da Equipe Multiprofissional (Importância).	177
Tabela 53 – Estatísticas Descritivas relativas aos itens da escala de Problemas de Comportamento do SSRS (itens ordenados por ordem decrescente) – Percepção da Equipe Multiprofissional.	178
Tabela 54 – Estatísticas descritivas de Problemas de Comportamento, na percepção da equipa multiprofissional, por Dimensões/fatores.	178
Tabela 55 – Estatísticas descritivas de habilidades sociais de Pais, Professores, Monitores de Educação Inclusiva e Equipe Multiprofissional.	179
Tabela 56 – Estatísticas descritivas de habilidades sociais por fatores avaliados e por grupos de participantes	181
Tabela 57 - Estatísticas descritivas de problemas de comportamento por grupos de participantes	182
Tabela 58- Estatísticas descritivas das análises dos fatores de problemas de comportamento nos grupos de profissionais, professores e monitores.	183
Tabela 59 - Rankings e medianas das comparações realizadas entre os grupos em função do fator 2 e fator 3 de problemas de comportamento.	183
Tabela 60 - Rankings e medianas dos índices totais de “problemas de comportamento” na comparação em função da escolaridade no grupo de professores.	184
Tabela 61- Estatísticas descritivas das análises dos fatores de Competência Académica nos grupos de professores e monitores.....	184
Tabela 62 - Distribuição dos processos fonológicos evidenciados na prova de nomeação na aplicação do ABFW à amostra de crianças do estudo.	220
Tabela 63 – Idade prevista para desaparecimento dos processos fonológicos e quantidade de processos identificados na amostra, mantidos após esse período.	221

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1– Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente – SPAA-C - Pais	186
Figura 2– Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente – SPAA-C - Professores .	193

LISTA DE ABREVIATURAS E SIMBOLOS

- ABBR - Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação
- ABDA – Associação Brasileira de Défice de Atenção
- ABFW - Teste de Linguagem Infantil nas áreas de fonologia
- ABRA- Criação da Associação Brasileira de Autismo
- ADHD - *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*
- AEE - Atendimento Educacional Especializado
- AH – Altas Habilidades
- AMA - Associação de Amigos do Autista
- ANDEF - Fundação da Associação Niteroiense dos Deficientes Físicos
- APA - Academia Americana de Psiquiatria
- APACEP - Associação de Pais de Crianças Excepcionais
- BR - Brasil
- BNCC - Base Nacional Comum Curricular
- BPC - Benefício de Prestação Continuada
- CA – Características Associadas
- CAAE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
- CAEE – Centro de Atendimento Educacional Especializado.
- CAPs- Centros de Apoio para Atendimento às Pessoas com Deficiência Visual
- CAS - Criação dos de Centros de Capacitação de Profissionais da Educação e de Atendimento às Pessoas com Surdez
- CATALISE - *Criteria and Terminology Applied to Language Impairments: Synthesising and Evidence*
- CENESP - Centro Nacional de Educação Especial
- CEP - Comitê de Ética e Pesquisa
- CHD - Classificação Hierárquica Descendente
- CID- Classificação Internacional de Doenças
- CIPTEA - Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista
- CNE - Conselho Nacional de Educação

CONAE - Conferência Nacional de Educação
ConBraSD-Conselho Brasileiro para Superdotação
CONEP - Comitê Nacional de Ética e Pesquisa
CORDE - Coordenadoria Nacional para a Pessoa Portadora de Deficiência
CPB - Comitê Paralímpico Brasileiro
CRIANES - Crianças com Necessidades Especiais
CRPD - Comitê Brasileiro de Organizações Representativas das Pessoas com Deficiência
DDA - Distúrbio de Déficit de Atenção
DSM -Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DVU -Designações Verbais Usuais
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
EPI- Equipamentos de Proteção Individual
FAN - Faculdade Nobre
FE -Funções Executivas
FENASP - Criação da Federação Nacional das Sociedades Pestalozzi
FENASP - Federação Nacional das Associações Pestalozzi
FENEIDA - Federação Nacional de Educação e Integração dos Deficientes Auditivos
FENEIS - Fundação da Federação Nacional de Educação e Integração dos Surdos
FUNDEB - Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica
IBC - Instituto Benjamin Constant
IBM SPSS - *Statistics Package for the Social Sciences*
IBMAS - *Instructional and Behavior Management Approaches Survey*
ICS - *Intelligibility in ContextScale*
IFES - Instituições Federais de Ensino Superior
IRaMuTeQ -Rpourles Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
ITPA- Teste Illinois De Habilidades Psicolinguísticas
KADDS – Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale
LAVE- Lista de Avaliação do Vocabulário Expressivo
LBI -Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência
LDBEN - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LDS – Developmental Survey
MEC - Ministério da Educação
NAAH/S - Núcleos de Atividades para Altas Habilidades/Superdotação
NAPPB - Núcleos de Apoio e Produção Braille

ND - Não Designação

NEE - Necessidades Educacionais Especiais

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONCB - Organização Nacional de Cegos do Brasil

ONEDEF - Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos

ONU - Organização das Nações Unidas

PADL - Perturbação da Aquisição e Desenvolvimento da Linguagem

PCC - Percentagem de Consoantes Corretas

PDDE - Programa Dinheiro Direto na Escola

PDE - Plano de Desenvolvimento da Educação

PDL - Perturbação de Desenvolvimento da Linguagem

PSF - Perturbação do Desenvolvimento dos Sons da Fala

PEA - Perturbação do Espectro de Autismo

PEDL - Perturbação específica do Desenvolvimento da Linguagem

PHDA - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

PLP - Perturbação da Linguagem Primária

PNAE - Programa Nacional de Alimentação Escolar

PNE - Plano Nacional de Educação

PODCLE - Protocolo para Observação do Desenvolvimento Cognitivo e de Linguagem Expressiva

PROC - Protocolo de Observação Comportamental

QI - Quociente Intelectual

RCSLT – Royal College of Speech and Language Therapists

SD – Sintomas e Diagnósticos

SECAD - Secretaria de Educação a Distância, Alfabetização e Diversidade

SECADI - Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão

SEES - Secretaria de Educação Especial

SEMESP - Secretaria de Modalidades Especializadas de Educação

SEN – Special education need

SENEB - Secretaria Nacional de Educação Básica

SLCN - Speech language and comunicativo needs

SODA - Substituição, Omissão, Distorção e Adição

SPAA-C – *Speech Participation and Activity Assessment of Children*

SSRS - Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica para crianças

ST - Segmento de Texto

TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

TELD - Test of Early Language Development

TR - Tratamento

TOLD-P - Test of Language Development Primary

TVIP - Teste de Vocabulário por Imagens *Peabody*

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

UNCME - União Nacional dos Conselhos Municipais de Educação

VO - Versão Original

INTRODUÇÃO

Este estudo foi desenvolvido no âmbito do Doutorado em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem, ramo de Especialidade Perturbações da Linguagem, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa.

O desejo de se aprofundar nesta temática nasceu da necessidade de entender a si própria, ao ter vivenciado em toda infância e adolescência o “fardo” de ser uma criança com necessidade especial, dotada de uma extrema capacidade de aprender e realizar tarefas muito além daquelas propostas para a faixa etária e apresentar altas habilidades e uma extrema hiperatividade no convívio com os pares. O seu percurso de atuação na área de inclusão, começou de forma voluntária na associação de pais de crianças excepcionais (APACEP), conhecendo as demandas e sobrecargas de pais de crianças com necessidades especiais (CRIANES), participando de grupos de estudos e rodas de conversas para compreensão das particularidades de cada tipo de perturbação.

Após 5 anos de participação ativa como membro da APACEP, surgiu a necessidade de disseminar todo o conhecimento e experiência vivenciada, através de palestras para a comunidade, incentivando os pais a matricularem seus filhos com necessidades especiais nas escolas e os inserirem no contexto social. E diante desse movimento e do surgimento das diversas legislações de inclusão no Brasil, surgiu a ideia de criação e implantação de um Centro de Atendimento Educacional Especializado (CAEE). Com o apoio dos órgãos públicos municipais, esse centro foi criado e já tem uma atuação de 8 anos, em parceria com uma equipa multiprofissional, a qual atua no Atendimento Educacional Especializado (AEE) de crianças com Necessidades Educacionais Especiais (NEE).

Muitas são as NEEs apresentadas pelas crianças atendidas pelo Centro de Atendimento, o que tornou difícil delimitar o tema que seria objeto deste estudo, e a escolha se deu tomando por base a experiência vivenciada na infância e a consciência da dificuldade de

compreensão por parte dos outros, das consequências que determinada perturbação pode trazer para a vida de uma criança.

Assim se justifica a propositura do tema: PHDA na População Infantil: Conhecimentos/Crenças, Comportamento Social e Linguístico e a Intervenção de AEE- Perceções de Pais, Professores, Monitores de Educação Inclusiva e Equipa Multiprofissional, visando contribuir para a melhor compreensão desta perturbação na população infantil, as alterações no comportamento social, os impactos das dificuldades de linguagem e fala e a importância da intervenção de AEE a crianças com PHDA.

Vários são os estudos sobre essa temática, porém, não foi encontrado na literatura, outros que trouxessem a abrangência de se avaliar as perceções de diversos grupos concomitantemente e que os correlacionassem de forma a fornecer um universo maior de constatações, não mais de forma isolada, mas sim, integrada.

Fundamentação do Estudo

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é uma perturbação do neurodesenvolvimento da criança, que afeta nomeadamente o sistema nervoso, surgindo na idade infantil e podendo se prolongar até a vida adulta. É uma perturbação de difícil diagnóstico e os diversos estudos realizados sobre a temática pressupõe uma intervenção precoce e colaborativa, onde a família se destaca como um apoio importante para escola e para as equipas de profissionais inseridos nesse processo de cuidados com essa criança.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) a PHDA está inserida na categoria das Perturbações do Neurodesenvolvimento, sendo caracterizada como um grupo de condições que se apresentam no início do desenvolvimento das pessoas, sendo comumente percebida antes do período escolar, caracterizadas por défices que acarretam prejuízos no seu desempenho pessoal, social, académico ou profissional, podendo variar desde limitações muito específicas na aprendizagem, no desenvolvimento das funções executivas, chegando a causar prejuízos nas habilidades sociais e de inteligência (APA, 2014).

A PHDA representa uma das perturbações mais diagnosticadas em crianças, frequentemente coocorrendo com uma série de perturbações comportamentais do desenvolvimento neurológico e socioemocional, e os sintomas de outras perturbações

podem confundir-se com os sintomas da PHDA, o que torna o diagnóstico diferencial e a identificação de comorbidade essencial (Barkley, 2006; Brock & Hansen, 2009; Ferrin *et al.*, 2012; APA, 2014; Redmond, 2016; Dodangi *et al.*, 2017).

Entre as dificuldades apresentadas pelas crianças diagnosticadas com PHDA, está a tendência a apresentar comprometimentos funcionais na linguagem ou na fala, relacionados tanto aos aspetos fonológicos da linguagem quanto à aprendizagem das competências metalinguísticas. Sendo que uma das áreas afetadas pela PHDA é a atenção e a mesma é um requisito necessário para o processamento da linguagem oral, e os défices nas funções executivas e no controlo inibitório acabam por prejudicar o seu desenvolvimento (Silveira *et al.*, 2009, Fontinele & Silva, 2021). Devido a esses comprometimentos nas funções executivas, principalmente os voltados para o défice de atenção e de controlo inibitório, crianças com PHDA tendem a apresentar dificuldades de linguagem/fala, sendo os aspetos da linguagem mais prejudicados nesses escolares, o fonológico, o sintático e o pragmático (Silva *et al.*, 2011; Guardiano *et al.*, 2014; Batista, 2017; Correia, 2020).

E nesse contexto surge a presente investigação, abordando o entendimento sobre PHDA na População Infantil, o comportamento Social, as dificuldades de linguagem e fala e a intervenção de AEE, na perceção de pais, professores, monitores de educação especial e equipa multiprofissional, composta por educadores clínicos de várias especialidades. O conhecimento e a perceção destes agentes sociais, permitiram auxiliar na melhor compreensão dos mecanismos de intervenção a serem adotados no tratamento e acompanhamento de crianças com PHDA e dificuldades de linguagem e fala associados, dando destaque especial à família como apoio fundamental no processo e no sucesso da intervenção realizada.

Questões de investigação e objetivos do estudo

Frente a amplitude do objeto desse trabalho de investigação, cumpriu-se apresentar as questões de investigação orientadoras da pesquisa, as quais se operacionalizaram nos objetivos indicados abaixo:

Questão 1 - Quais os conhecimentos e crenças dos pais, professores, monitores de educação inclusiva e equipa multiprofissional sobre a PHDA?

Objetivo Específico:

- 1.1 Identificar quais os conhecimentos/crenças que os Pais, Professores, de crianças com PHDA têm sobre essa perturbação;
- 1.2 Identificar quais os conhecimentos/crenças que professores que atuam com crianças com PHDA têm sobre essa perturbação;
- 1.3 Identificar quais os conhecimentos/crenças que monitores de educação inclusiva que atuam com crianças com PHDA têm sobre essa perturbação;
- 1.4 Identificar quais os conhecimentos/crenças que a equipa multiprofissional que atuam com crianças com PHDA têm sobre essa perturbação;
- 1.5 Identificar as semelhanças/diferenças relativamente aos conhecimentos/crenças sobre PHDA dos pais, professores, monitores de educação inclusiva e equipa multiprofissional.

Questão 2 - Quais as perceções dos pais, professores, monitores de educação inclusiva e equipa multiprofissional sobre o comportamento social e linguístico de crianças com PHDA?

Objetivos Específicos:

- 2.1 Identificar a perceção dos pais sobre o comportamento social de crianças com PHDA;
- 2.2 Identificar a perceção dos professores sobre o comportamento social de crianças com PHDA;
- 2.3 Identificar a perceção dos monitores de educação inclusiva sobre o comportamento social de crianças com PHDA;
- 2.4 Identificar a perceção da equipa multiprofissional sobre o comportamento social de crianças com PHDA;
- 2.5 Identificar as semelhanças/diferenças nas perceções dos pais, professores, monitores de educação inclusiva e equipa multiprofissional sobre o comportamento social de crianças com PHDA;
- 2.6 Compreender a perceção dos pais sobre o impacto das alterações linguísticas/fala em crianças com PHDA que apresentaram PCC severo;

PHDA na População Infantil: Conhecimentos/Crenças, Comportamento Social e Linguístico e a Intervenção de AEE.

2.7 Compreender a perceção dos professores sobre o impacto das alterações linguísticas/fala de crianças com PHDA que apresentaram PCC severo;

2.8 Compreender a perceção da equipa multiprofissional sobre o impacto das alterações linguísticas/fala de crianças com PHDA que apresentaram PCC severo;

2.9 Identificar as semelhanças/diferenças nas perceções dos pais, professores e equipa multiprofissional sobre o impacto das alterações linguísticas/fala das crianças com PHDA que apresentaram PCC severo.

Questão 3 - Como é caracterizada a intervenção do AEE realizada em crianças com PHDA que apresentaram PCC severo, pelos pais, professores, monitores de educação inclusiva e equipa multiprofissional?

Objetivos Específicos:

3.1 Caracterizar, de acordo com os pais, a intervenção do AEE realizada em crianças com PHDA que apresentaram PCC severo;

3.2 Caracterizar, de acordo com os professores, a intervenção do AEE realizada em crianças com PHDA que apresentaram PCC severo;

3.3 Caracterizar, de acordo com a equipa multiprofissional, a intervenção do AEE realizada em crianças com PHDA que apresentaram PCC severo;

3.4 Identificar as semelhanças/diferenças nas perceções dos pais, professores e equipa multiprofissional relativamente à caracterização da intervenção do AEE em crianças com PHDA que apresentaram PCC severo.

Questão 4 - Qual o perfil de fala das crianças com PHDA?

Objetivos Específicos:

4.1 Contribuir para a caracterização do perfil linguístico e de fala das crianças com PHDA.

Organização do estudo

A presente investigação encontra-se organizada em duas partes: a primeira parte introdutória abordando a contextualização do tema, a justificativa de realização do estudo,

PHDA na População Infantil: Conhecimentos/Crenças, Comportamento Social e Linguístico e a Intervenção de AEE.

os objetivos gerais e específicos e as questões de investigação, e, a segunda, composta por seis capítulos principais e as conclusões, sendo apresentados da seguinte forma:

Capítulo I – Perturbações de Hiperatividade e Défice de Atenção – PHDA – aborda a definição, terminologia, diagnóstico, prevalência, etiologia, características associadas, conhecimento e crenças sobre PHDA, comportamento social das crianças com PHDA e intervenções na PHDA;

Capítulo II - Perturbações do Desenvolvimento da Linguagem e Fala na PHDA – Faz uma abordagem às perturbações de fala na PHDA, PDL e PHDA, défices na memória de trabalho associados às dificuldades de linguagem e fala e PHDA, comportamento social de crianças com PHDA com dificuldades de linguagem e fala associadas.

Capítulo III – Necessidades Educacionais Especiais – NEE – aborda o Atendimento Educacional Especializado – AEE, as intervenções em AEE, a caracterização da equipa multiprofissional e o AEE a crianças com PHDA

Capítulo IV – Metodologia da Investigação – traz o desenho de investigação, as questões de investigação e os objetivos a serem alcançados, Critérios de inclusão e exclusão, Instrumentos de recolha de dados, procedimentos de recolha de dados, considerações éticas, método de análise e tratamento de dados e a caracterização da amostra;

Capítulo V – Apresentação e Análise dos dados – aborda a análise dos dados quantitativos (análise descritiva e correlacional) e análise dos dados qualitativos (análise lexicográfica clássica/análise de conteúdo) por questão de investigação;

Capítulo VI – Discussão dos resultados – aborda a discussão dos resultados por questão de investigação;

Conclusões – procura-se traçar uma reflexão sobre os resultados que foram obtidos, abordando suas principais contribuições e suas limitações, como proposta para realização de novas pesquisas sobre o tema. Por fim, ainda são incluídas as referências bibliográficas que suportaram a parte teórica do estudo e os apêndices e/ou anexos relevantes para a melhor compreensão dos resultados da investigação.

CAPÍTULO I – PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE/DÉFICE DE ATENÇÃO (PHDA)

1.1 Definição, Percurso Histórico e Terminologia

Nos últimos anos a PHDA emergiu como uma das perturbações do neurodesenvolvimento mais comuns na população de crianças e adolescentes, representando uma das perturbações mais diagnosticadas em crianças, apresentando como características principais, elevada desatenção, hiperatividade e impulsividade, podendo surgir nos primeiros anos de vida e, muitas vezes, persistindo ao longo da vida adulta, afetando o desempenho das pessoas em vários aspetos, nomeadamente a nível educacional, social, vocacional, entre outros (APA, 2014; Ferrin *et al.*, 2012; Redmond, 2016).

A PHDA é vista com uma das perturbações mais comuns entre as crianças que são encaminhadas para instituições de saúde mental, com manifestações relacionadas com o comprometimento da atenção, redução das habilidades sociais, do autocontrolo e da gestão de tempo (Bairde *et al.*, 2000). O seu impacto é refletido em diversas dimensões (ex: educacional, social, familiar), sendo, a melhoria ou o avanço desta perturbação ao longo do tempo dependente do nível de comprometimento e do processo de intervenção (Alkahtani, 2013; Dodangi *et al.*, 2017; Moldavsky & Sayal, 2013).

Nas últimas décadas, a neurobiologia da PHDA tem sido gradualmente desvendada, tornando-se claro que se trata de uma perturbação relacionada com o desenvolvimento do sistema nervoso central, com um forte componente genético. Frequentemente associada a outras comorbilidades, a PHDA necessita de uma abordagem terapêutica multidisciplinar e multiprofissional, já que os seus prejuízos múltiplos requerem tratamentos e abordagens específicas (Louzã Neto, 2010).

A PHDA se inicia na infância, sendo que os sintomas devem estar presentes antes dos 12 anos de idade (APA, 2014), contudo, há o questionamento se isso é um diagnóstico válido

para crianças em idade pré-escolar, tendo em vista a dificuldade de se distinguir entre comportamentos problemáticos clinicamente significativos e aqueles que são transitórios (Geurts e Embrechts, 2008).

Diversos estudos sugerem que as variações neuropsicológicas se constituem como um importante elemento para a incidência de PHDA, em diversas etapas de desenvolvimento (infância, adolescência e idade adulta). Monteiro *et al.* (2010), diz que entre essas variações deve se ressaltar o importante papel das funções executivas, principalmente relacionado ao controlo inibitório, sendo que essas alterações cerebrais são observadas no decorrer do processo de desenvolvimento, envolvendo sobretudo o córtex pré-frontal (Brites *et al.*, 2015, Dodangi *et al.*, 2017; Moura *et al.*, 2019; Willcutt *et al.*, 2012).

As funções executivas, por serem elementos cognitivos ligados ao funcionamento frontal do cérebro, podem ser compreendidas como o conjunto de habilidades desenvolvidas pelo ser humano para assumir com independência e autonomia, toda e qualquer atividade orientada (Monteiro *et al.*, 2010). As funções executivas estão entre os aspetos cognitivos complexos, envolvem uma série de subprocessos, como a seleção de estímulos, a comparação e a integração de estímulos selecionados, a memorização e a aprendizagem, o planeamento, a autocorreção, a supervisão e a flexibilidade cognitiva. As queixas mais frequentes na PHDA são de ordem cognitiva e estão relacionadas com: dificuldades para tomar iniciativa, planear, estabelecer metas e prioridades, disposição para o trabalho, procrastinação, falha no controlo do tempo, lentidão e inconsistência no desempenho, queda brusca da motivação, constante interrupção de tarefas, baixa tolerância à frustração, dificuldades de memorização (Willcutt *et al.*, 2012).

O desenvolvimento das diversas competências relacionadas com as funções executivas obedece a uma variedade de fatores, como a intensidade de respostas afetivas recebidas como incentivo, as quais implicam respostas de reforço e a sua socialização, a capacidade de alerta, a habilidade para direcionar estrategicamente a atenção ou suprimir respostas para regular o afeto e o comportamento, e o desenvolvimento da linguagem. Nesse sentido, também é enfatizado o importante papel dos processos cognitivos e motivacionais nos domínios das funções executivas na PHDA (Green *et al.*, 2014; Monteiro *et al.*, 2010; Willcutt *et al.*, 2012).

Assim, poder-se-á dizer que as funções executivas comandam diversos processo, de forma integrada, objetivando manter equilibrado o estado geral do córtex e controlando o curso das formas essenciais da atividade mental humana, processos estes, relacionados aos aspetos cognitivos primários, como a memória e a atenção, bem como, aos processos emocionais e motivacionais (Monteiro *et al.*, 2010). Deste modo, as funções executivas asseguram a autorregulação e a conformidade do comportamento através da gestão desses processos, constituindo-se como essenciais para a adequação social e ocupacional do indivíduo (Green *et al.*, 2014; Hawkins *et al.*, 2016; Willcutt *et al.*, 2012).

Para Westby & Watson (2004) a PHDA é vista como uma condição de base neurológica com défices nas funções executivas e na memória operacional. O funcionamento executivo vai regular ações, sustentar e guiar comportamentos dentro do contexto de metas e regras, e seu comprometimento dar origem a problemas de inibição, iniciação ou sustentação de respostas a tarefas e estímulos, bem como na adesão a regras ou instruções.

As funções executivas são responsáveis por abrigar um vasto número de subdomínios extremamente importantes para o funcionamento das pessoas e seus possíveis défices podem estar associados à PHDA (APA, 2014; Castro & Lima, 2018; Louzã Neto, 2010; Monteiro *et al.*, 2010; Pereira, 2014; Shayer *et al.*, 2010), como demonstrado no Quadro 1:

Quadro 1–Subdomínios das Função Executiva e Possíveis Défices Associados

Subdomínios das Função Executiva	Possíveis défices associados
Controlo da atenção	Impulsividade, falta de autocontrolo, falta de competências para completar tarefas, facilidade para cometer erros de procedimento os quais tem dificuldade em corrigir, respondendo inapropriadamente ao ambiente.
Processamento de informação	Lentidão nas respostas, em virtude da dificuldade em compreender o que está a ser pedido, hesitação e reações lentas.
Flexibilidade cognitiva	Falta de rigor no raciocínio e nos procedimentos levando a um acometimento de erros repetidos, inaceitabilidade a mudanças de regras, de tarefas e de ambientes.
Estabelecimento de objetivos	Ausência de competências de resolução de problemas, dificuldades no planeamento, organização, estabelecimento de estratégias eficientes, défice no raciocínio abstrato.
Memória operacional	Dificuldade em codificar, armazenar e evocar novas informações e também em lembrar de ações rotineiras.
Controlo inibitório	Persistência de comportamentos inadequados os quais interferem na realização e atividades.

Fonte: Louzã Neto, 2010; Couto, *et al.*, 2010; Pereira, 2014; APA, 2014; Castro & Lima, 2018)

No que se refere à terminologia utilizada atualmente para esta perturbação nos diversos contextos (clínicos, académicos, familiares e sociais) ela é referenciada por PHDA, contudo, ao longo dos tempos, a mesma sofreu grandes alterações. Estas estiveram muito relacionadas com uma melhor compreensão da sua etiologia e do tratamento (Santos & Vasconcelos, 2010), conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2– Linha do Tempo da PHDA

1697	Jean Francois Regnard – Obra literária “O Distraído”
1798	Alexander Crichton – Desatenção Patológica
1845	Heinrich Hoffmann – Obra literária “Felipe, o inquieto e outras histórias”
1902	George Frederick Still – Defeito do Controle Moral
1919	Constantin Von Economo – Transtorno Comportamental Pós-encefálico
1932	Kramer e Pollnow – Síndrome Hipercinética da Infância
1940	Lesão Cerebral Mínima
1960	Disfunção Cerebral Mínima
1968	DSM – II – Reação Hipercinética da Infância ou Adolescência
1980	DSM – III – Distúrbio de Défice de Atenção (DDA)- subtipos: com ou sem hiperatividade
1987	DSM – III – R - Distúrbio de Défice de atenção e Hiperatividade - graus de gravidade: leve, moderado e grave.
1990	DSM – IV - Distúrbio do Défice de Atenção/Hiperatividade – ADHD
2000	DSM – IV- R - Distúrbio do Défice de Atenção/Hiperatividade – subtipos: predominantemente desatento, predominantemente hiperativo-impulsivo e misto
2014	DSM – 5 - Transtorno de Défice de Atenção e Hiperatividade – TDAH (PB) DSM -5 – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção – PHDA (PE) CID – 10 – Transtornos Hipercinéticos
2019	CID – 11 – Transtorno Mentais, Comportamentais e do Neurodesenvolvimento – Transtorno do Neurodesenvolvimento – Transtorno de Défice de Atenção e Hiperatividade – subtipos: Apresentação Predominantemente desatento, Apresentação Predominantemente Hiperativo/Impulsivo, Apresentação Combinado, Outra Apresentação Específica e Apresentação não Específica.

Fontes: (Barkley et al., 2008; Legnani e Almeida, 2008; Louzã Neto, 2010 p.15-16; Santos e Vasconcelos, 2010; De Luccia, 2014; APA, 2014; Pereira, 2014; OPAS, 2020)

Segundo Louzã Neto (2010) a primeira descrição de problemas de atenção surgiu em 1697 quando o escritor Jean François Regnard (1655-1709), na sua comédia “O distraído” (*Le Distrait*), caracterizou o personagem Léandre como “*Monsieur ledistrait*”, “homem sábio e distraído”. O autor da comédia descreve o personagem como um sonhador que vive constantemente mergulhado nos seus sonhos, sendo preciso chamar a sua atenção durante as conversas.

Em 1798 o médico escocês Alexander Crichton (1763-1856) descreveu no seu livro “*Na Inquiry Into the Nature and Origin of Mental Derangement*” um estado mental de incapacidade de manter atenção constante a qualquer objeto. O autor aborda a “Atenção

e suas doenças” afirmando que embora, qualquer pessoa, possa sofrer variações no seu nível de atenção, alguns pacientes apresentavam uma “desatenção patológica” (De Luccia, 2014; Louzã Neto, 2010; Santos & Vasconcelos, 2010).

Em 1845 o médico Heinrich Hoffmann (1809-1894) publicou o livro ilustrado para crianças “*Der Struwwelpeter*”, publicado no Brasil como “João Felpudo”, onde o autor destaca alguns comportamentos que caracterizam o que chamamos hoje de PHDA. O livro chama atenção para dois personagens: Zappel Philipp (Felipe irrequieto), um inquieto à mesa durante uma refeição e que acaba por derrubar tudo, e Hans Guck-in-die-Luft (João olha-para-o-ar), um menino com a “cabeça nas nuvens” o qual não presta atenção a nada, chegando a tropeçar e a cair frequentemente (De Luccia, 2014; Louzã Neto, 2010; Santos & Vasconcelos, 2010).

Em 1902 ocorreu a primeira descrição detalhada de PHDA com critérios médicos, através de trabalho do Pediatra George Frederick Still (1868-1941), sobre condições psíquicas anormais em crianças que demonstravam um déficit permanente ou temporário do controlo moral, e associou esse déficit a algum distúrbio cerebral, denominando esse comprometimento de Defeito na Conduta Moral, em que a criança se apresenta inquieta, desatenta e com dificuldades de cumprir regras e limites (De Luccia, 2014; Legnani & Almeida, 2008; Louzã Neto, 2010; Santos & Vasconcelos, 2010).

Entre 1918-1919, num período marcado pela epidemia de influenza, Constantin Von Ecônomo (1876-1931) descreveu a encefalite letárgica, cujas sequelas em crianças levavam a um quadro de alterações cognitivas e comportamentais denominado Transtorno Comportamental Pós-encefálico (Louzã Neto, 2010), semelhante à PHDA, pois as crianças que sobreviviam à encefalite apresentavam grande parte dos sintomas que hoje são característicos do diagnóstico de PHDA, incluindo inquietação, desatenção e impulsividade (Barkley et al., 2008; De Luccia, 2014; Legnani & Almeida, 2008; Santos e Vasconcelos, 2010).

Em 1932, Franz Kramer (1887-1967) e Hans Pollnow (1902-43) descreveram uma síndrome hipercinética em crianças, na qual os sintomas descritos coincidem com os sintomas apresentados na PHDA (Barkley et al., 2008; Legnani & Almeida, 2008; Louzã Neto, 2010).

Nos anos 1940, a PHDA ganha uma nova designação “lesão cerebral mínima” (*minimal brain damage*). Posteriormente, o termo *damage* foi substituído por *dysfunction*, consagrando na década de 1960 a designação “disfunção cerebral mínima” (*minimal braind ys function*) (Louzã Neto, 2010). Ambos as designações amparam o conjunto de sintomas que integram o atual quadro de PHDA. Essa mudança de terminologia deu-se em virtude da ausência de comprovativos práticos que justificassem a existência de uma lesão cerebral (De Luccia, 2014; Legnani e Almeida, 2008; Santos e Vasconcelos, 2010).

Na conceção de Louzã Neto (2010) a primeira versão do DSM (DSM-I, de 1952) não trouxe nenhuma referência específica a PHDA e, segundo Santos & Vasconcelos (2010), somente em 1962, face à ausência de comprovações empíricas que interligassem os sintomas com uma determinada lesão cerebral, a Disfunção Cerebral Mínima e as suas mudanças no comportamento começaram a ser justificadas por alterações em vias nervosas, não sendo mais justificadas pela eventual existência de uma lesão cerebral. Já o DSM-II (1968) abarcou as “desordens comportamentais da infância e da adolescência” passando a nomear essa perturbação por “reação hipercinética da infância ou adolescência” (Louzã Neto, 2010), sendo caracterizada por hiperatividade, inquietação, distraibilidade e redução da capacidade de manter atenção, fazendo referência à tendência para a redução desses comportamentos na adolescência (De Luccia, 2014; Legnani & Almeida, 2008; Pereira, 2014; Santos & Vasconcelos, 2010).

Na publicação do DSM III (1980), a Academia Americana de Psiquiatria (APA) introduziu a denominação Distúrbio de Défice de Atenção (DDA) subdividindo a perturbação em dois subgrupos: com hiperatividade e sem hiperatividade. Estabelecendo uma lista de sintomas ao quais deveriam ser considerados para o diagnóstico, bem como, outros critérios, como o surgimento antes dos 7 anos, a duração dos sintomas por pelo menos 6 meses e critérios diagnósticos de exclusão, promovendo uma separação da perturbação em relação às perturbações de aprendizagem (De Luccia, 2014; Legnani & Almeida, 2008; Louzã Neto, 2010; Santos & Vasconcelos, 2010).

Em 1987, a versão revista do DSM-III (DSM-III – R), reforçou a ênfase na hiperatividade e alterou novamente a terminologia para Distúrbio de Défice de Atenção e Hiperatividade, deixando de parte a classificação por subtipos, mas sim por grau de gravidade da doença (leve, moderado e grave), de acordo com o prejuízo causado ao paciente (Louzã Neto, 2010; De Luccia, 2014; Santos & Vasconcelos, 2010).

No DSM-IV (1994) e na sua versão revista (DSM-IV-R, 2000), foram acrescentados aspetos cognitivos como a desatenção e a falta de autocontrolo ou a impulsividade. Com base no DSM-IV-R (2000), a tríade sintomatológica inclui a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade, passando a perturbação a ser chamada de “Distúrbio do Défice de Atenção/Hiperatividade – ADHD (*Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*)” (Louzã Neto, 2010). O diagnóstico passou a ser realizado a partir de uma lista contendo 18 sintomas (desatenção (9), hiperatividade (6) e impulsividade (3)), sendo necessária a ocorrência de pelo menos seis sintomas de desatenção ou seis de hiperatividade/impulsividade para o preenchimento dos critérios da perturbação, para além dos outros critérios diagnósticos. Assim, três subtipos passam a ser considerados: predominantemente desatento, predominantemente hiperativo-impulsivo e misto (APA, 2000; De Luccia, 2014; Legnani & Almeida, 2008; Santos & Vasconcelos, 2010).

Em 2014 é publicado o DSM-5 uma classificação de perturbações mentais e critérios associados, desenvolvida para contribuir na determinação de diagnósticos mais confiáveis destas perturbações. Sendo que a classificação das perturbações no DSM-5 foi elaborada em harmonia com a Classificação Internacional de Doenças (CID), recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (APA, 2014).

Na versão DSM-5, com o objetivo de sanar as disparidades na tomada de decisão sobre como classificar uma perturbação perante dados incompletos ou, com maior frequência, que possam suscitar dúvidas, a PHDA foi classificada na categoria das Perturbações do Neurodesenvolvimento. Estas, segundo a APA (2014), são condições com início no desenvolvimento, geralmente, antes da fase escolar e que promove prejuízos no funcionamento pessoal, académico ou profissional e social. Sendo assim, a PHDA é uma Perturbação do Neurodesenvolvimento definida por prejuízos na atenção, na organização e/ou por hiperatividade/impulsividade. A partir desta altura, a terminologia adotada no Português Brasileiro passou a ser Transtorno de Défice de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e no Português Europeu, Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), terminologia esta, adotando neste estudo.

Quanto às terminologias propostas pela CID com a criação da OMS no ano 1948, importa referir que até à 7ª edição, não há especificamente uma referência à PHDA. A partir da 8ª edição citam-se apenas de forma vaga os “distúrbios de comportamento na infância” e na 9ª edição, em 1975, adota-se a terminologia Síndrome Hipercinética da Infância, a qual é

caracterizada como tendo sintomas de desconcentração, distraibilidade e hiperatividade na infância, que se torna hipoatividade na adolescência. Sendo comuns também, comportamentos impulsivos, humor alterado e agressividade (Louzã Neto, 2010; Pereira, 2014).

Em 1992, com a publicação da CID-10, os Transtornos Hiperkinéticos na esfera dos Transtornos Comportamentais e Emocionais iniciados na Infância e na Adolescência são descritos por falta de foco nas atividades que propoem comprometimento cognitivo, inclinação para mudar de uma atividade à outra antes de concluir a primeira, relacionada à atividade demasiada, desregulada e desorganizada (Couto *et al.*, 2010; Louzã Neto, 2010; Pereira, 2014).

Por último, salienta-se que em 2019 foi apresentada para adoção pelos Estados Membros a CID-11, a qual entrou em vigor em janeiro de 2022, onde a PHDA está inserida na classe 6-Perturbações Mentais, Comportamentais ou do Neurodesenvolvimento, categoria Perturbação do Neurodesenvolvimento - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, com referência a cinco subtipos: apresentação predominantemente desatento, apresentação predominantemente hiperativo-impulsivo, apresentação combinada, outra apresentação específica e apresentação não específica (OPAS, 2020).

1.2 Diagnóstico, Prevalência e Etiologia

A PHDA apresenta como critério diagnóstico um parâmetro constante de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade que compromete o funcionamento e o desenvolvimento da criança. Os sintomas da PHDA frequentemente apresentam-se em dois ou mais ambientes e surgem antes dos 12 anos de idade, podendo interferir no desempenho social, académico ou profissional. Apesar de muitos pais observarem uma agitação motora em excesso na criança quando começa a andar, nos primeiros anos de vida é difícil distinguir os sintomas de PHDA dos do comportamento típico, considerando que antes dos 4 anos de idade este é altamente variável. A PHDA costuma ser de mais fácil identificação durante a fase escolar, período em que a desatenção fica mais saliente e prejudicial. Nos anos iniciais da adolescência, os sintomas desta perturbação tendem a ficar mais estáveis, porém existem casos em que há um agravamento do quadro, levando o indivíduo a desenvolver algum tipo de comportamento antissocial (Asbahr *et al.*, 2010; Santos & Vasconcelos, 2010).

A PHDA tem assim o seu início na infância, mas, os seus sintomas tendem a manifestar-se de forma gradual e com maior ênfase em determinadas características, em função da fase do desenvolvimento: na pré-escola, percebe-se a hiperatividade como principal manifestação; no ensino fundamental tem-se a proeminência da desatenção; na adolescência, os problemas comportamentais como inquietude, impaciência e nervosismo são os mais frequentes, sendo menos comuns os sinais de hiperatividade; na vida adulta, há uma maior ênfase na impulsividade associada à desatenção e inquietude, mesmo ocorrendo uma diminuição da hiperatividade (APA, 2014).

Segundo o DSM-5 (APA, 2014, p. 102):

“Atrasos leves no desenvolvimento linguístico, motor ou social não são específicos de PHDA, embora costumem ser comórbidas. As características associadas podem incluir baixa tolerância a frustração, irritabilidade ou labilidade do humor. Mesmo na ausência de um transtorno específico da aprendizagem, o desempenho acadêmico ou profissional costuma estar prejudicado. Comportamento desatento está associado a vários processos cognitivos subjacentes, e indivíduos com PHDA podem exibir problemas cognitivos em testes de atenção, função executiva ou memória, embora esses testes não sejam suficientemente sensíveis ou específicos para servir como índices diagnósticos. No início da vida adulta, a PHDA está associada a risco aumentado de tentativa de suicídio, principalmente quando em comorbidade com transtornos do humor, da conduta ou por uso de substância”.

De acordo com Pereira (2014), ao passar dos anos as pessoas com PHDA desatento, se não sofram alguma intervenção, podem desenvolver diversos problemas comportamentais, como por exemplo, retraimento social, timidez, fobia social; traços obsessivos de personalidade; os sentimentos crônicos de incapacidade; a angústia, depressão; automedicação (com tranquilizantes); o uso de álcool e de tabaco.

A PHDA é uma perturbação do neurodesenvolvimento muito comum na infância, afetando, aproximadamente, 3 a 7% das crianças em fase escolar (Rocha, Del Prette & Del Prette, 2013), tendo como características a desatenção, hiperatividade e impulsividade. A desatenção manifesta-se pela falta de concentração levando a mudanças repentinas de assunto, falta de atenção na narrativa do outro, distração durante as conversas, desobediência no cumprimento de regras, desatenção no cumprimento de tarefas e desorganização. A hiperatividade caracteriza-se pela fala apressada, agitação ao dormir, bem como pela dificuldade de permanecer sentado. Já a impulsividade,

caracteriza-se pelo agir sem pensar, dificuldade de organizar trabalhos, dificuldade de esperar pela sua vez em atividades de grupo e lúdicas (APA, 2014; Asbahr *et al.*, 2010; Santos & Vasconcelos, 2010).

Relativamente à prevalência da PHDA, estudos apontam para a existência de diversas diferenças regionais, com taxas variadas, podendo ser atribuíveis a práticas diagnósticas e metodológicas distintas, além de mudanças culturais, face a atitudes ou interpretação a respeito do comportamento infantil. Willcutt *et al.* (2012), através de estudo realizado nos Estados Unidos, verificou que a prevalência esperada de PHDA é de 5 a 7%. Já Dodangi *et al.*, (2017) diz que se estima que cerca de 5 a 10% das crianças em idade escolar da cidade de Teerã - Irã sejam diagnosticadas com PHDA. Para Alkahtani (2013) a PHDA é uma perturbação que acomete cerca de 3 a 7% da população escolar infantil na Arábia Saudita comprometendo tanto o seu desempenho quanto as relações interpessoais e isso muitas vezes, provoca queda na autoestima da criança. Pardilhão *et al.* (2009), estimam que a PHDA afete cerca de 7% das crianças e adolescentes em idade escolar em Portugal, sendo três a quatro vezes mais comuns no sexo masculino.

A APA (2014), afirma que levantamentos populacionais sugerem a ocorrência da PHDA, na maioria das culturas, em cerca de 5% das crianças e 2,5% dos adultos, sendo que a maior incidência desta perturbação afeta a população masculina. Os estudos de diversos autores (Asbahr *et al.*, 2010; Castro & Lima, 2018; Monteiro *et al.*, 2010; Santos & Vasconcelos, 2010; Te Meerman *et al.*, 2017) sugerem que meninos com PHDA são mais impulsivos e têm menos habilidade para o planeamento do que as meninas com a perturbação. Estima-se que de 30 a 70% dos indivíduos diagnosticados com PHDA na infância continuaram a demonstrar dificuldades significativas na adolescência e na idade adulta (Monteiro *et al.*, 2010, Rocha, Del Prette & Del Prette, 2013).

No que se refere à etiologia, para Leckman & Cols (1997), a PHDA é uma perturbação decorrente da combinação de múltiplos fatores, dentre eles, genéticos, ambientais e neuroquímicos, que determina a identificação de uma pessoa com base no seu conjunto de características, sendo que, o fator genético exerce uma influência considerável no surgimento de PHDA. Pesquisas realizadas com famílias, gémeos e crianças adotadas revelaram grandes probabilidades de fatores genéticos determinarem sintomas de PHDA, sendo que os genes mais estudados parecem ser os relativos à dopamina e noradrenalina, neurotransmissores encarregados pela transmissão das informações entre os neurónios.

Contudo, ainda se desconhece, quais os genes responsáveis pela vulnerabilidade para a PHDA (Couto *et al.*, 2010; Leckman & Cols, 1997; Moura *et al.*, 2019; Pereira, 2014).

Os fatores ambientais também parecem ter uma interferência significativa neste processo, podendo ser de ordem social: número de membros da família, criminalidade dos pais, a exposição ao fumo e álcool durante a gravidez, o desentendimento grave entre familiares, entre outros, que são relatados como tendo associações significativas à manifestação de PHDA em crianças (Castro & Lima, 2018; De Luccia, 2014; Moura *et al.*, 2019; Pereira, 2014). Entre estes fatores, considera-se que o uso de nicotina e álcool durante a gestação, é um dos principais fatores de risco associado ao desenvolvimento de PHDA. O uso dessas substâncias pode provocar alterações no córtex pré-frontal, responsável por filtrar ou inibir os estímulos ambientais, sendo que esse comprometimento torna a criança mais desatenta, hiperativa e impulsiva (Castro & Lima, 2018; Couto, *et al.*, 2010; De Luccia, 2014; Leckman & cols, 1997; Moura *et al.*, 2019; Pereira, 2014). Outros autores constataram que variações na gestação ou no período neonatal podem predispor a criança para a perturbação, tais como: tempo de duração do parto, toxemia, estresse fetal, eclampsia, má saúde materna, baixo peso ao nascer (De Luccia, 2014; Castro & Lima, 2018; Moura *et al.*, 2019).

Atualmente há o reconhecimento de que são muitos os possíveis fatores causais de PHDA, sendo que evidências, baseadas em estudos realizados por meio de exames de neuroimagem, reconhecem que esta condição apresenta um comprometimento na estrutura cerebral dos seus portadores. Esses estudos retratam uma baixa irrigação sanguínea localizada na região pré-frontal e pré-motora do cérebro, caracterizando-se por um menor aporte sanguíneo na região frontal do cérebro das pessoas com PHDA (Moura *et al.*, 2019; Silva, 2014).

Segundo a APA (2014) corroborado por Santos e Vasconcelos (2010) e Louzã Neto (2010), a PHDA é uma perturbação biopsicossocial, ou seja, resultante de uma complicada combinação de fatores genéticos, ambientais, sociais e temperamentais, os quais contribuem para a intensificação desta condição.

Considerando o anteriormente descrito, o diagnóstico de PHDA é fundamentalmente clínico e interdisciplinar, baseando-se em critérios estabelecidos conforme a classificação

proposta pelo DSM – 5 elaborado pela APA e a CID 11 - Classificação de Perturbações Mentais e de Comportamento da Organização Mundial de Saúde (OSM) (Quadro 3).

Quadro 3 - Critérios diagnósticos apresentados no CID-11 e DSM-5

CID-11 6A05 Perturbação de Hiperatividade Déficit de Atenção	DSM-5 - Transtorno de Hiperatividade e Déficit de Atenção
<p style="text-align: center;">Desatenção</p> <ul style="list-style-type: none"> Dificuldade em ficar atentos em atividades que não proporcionam um alto nível de estimulação ou recompensa ou requerem esforço mental sustentado; desatenção aos detalhes; cometer erros por descuido em atividades escolares ou de trabalho; não completar tarefas. 	<p style="text-align: center;">Desatenção</p> <ul style="list-style-type: none"> Dificuldade de manter sua atenção em detalhes e acabam cometendo erros por descuido;
<ul style="list-style-type: none"> Facilmente se distrae por pensamento estranhos e estímulos não relacionados à tarefa em questão; muitas vezes tem dificuldade de ouvir quando se fala diretamente; frequentemente parece estar sonhando acordado ou ter a mente em outro lugar. 	<ul style="list-style-type: none"> Em tarefas lúdicas não consegue se concentrar e manter a atenção; Apresenta dificuldade em ouvir quando alguém lhe dirige a palavra; Dificuldade em seguir instruções de forma completa e finalizar atividades; Evitar o envolvimento em tarefas que exijam esforço mental prolongado; Perder coisas; Distra-se com facilidade por estímulos externos, esquecimento de atividades cotidianas.
<p style="text-align: center;">Impulsividade/Hiperatividade</p> <ul style="list-style-type: none"> Excesso de atividade motora; deixa o assento quando se espera que fique parado; muitas vezes corre; tem dificuldade em ficar parado sem se mexer (crianças mais novas); sensação de inquietação física, sensação de desconforto em ficar quieto ou sentado (adolescentes e adultos). 	<p style="text-align: center;">Hiperatividade/Impulsividade</p> <ul style="list-style-type: none"> Remexer ou balançar as mãos ou pés ou mesmo se contorcer na cadeira; Levantar em situações em que o esperado é permanecer sentado;
<ul style="list-style-type: none"> Provoca respostas na escola, comentários no trabalho; dificuldade em esperar a vez de uma conversa, jogos ou atividades; se intromete ou interrompe outras conversas ou jogos. 	<ul style="list-style-type: none"> Correr ou escalar objetos em situações impróprias; Incapacidade de envolvimento em atividade de lazer de forma calma.
<ul style="list-style-type: none"> Dificuldade em se envolver em atividades silenciosamente; fala demais. Uma tendência a agir em resposta a estímulos imediatos sem deliberação ou consideração de riscos e consequências 	<ul style="list-style-type: none"> Falar demais Responde à pergunta antes que a mesma tenha sido concluída, dificuldade para esperar a vez, interromper.

Fonte: APA (2014); OMS (2021)

1.3 Conhecimentos e Crenças sobre PHDA

A PHDA é uma perturbação de difícil caracterização, pois seus sintomas não estão presentes em todos os momentos e seu diagnóstico final advém do grau de confiança dos relatos de pais e professores, bem como, do conhecimento e experiência de médicos e psicólogos ao interpretar e avaliar os relatos e a história do paciente (Gomes *et al.* 2007). Dessa forma a atenção bem-sucedida aos pacientes com PHDA depende da compreensão da perturbação, das formas de intervenção e dos apoios dos que os cercam.

Segundo Gomes *et al.* (2007) estudos evidenciam falhas nos conhecimentos/crenças de diferentes grupos sobre a PHDA, relativos aos critérios diagnóstico, tratamento e características gerais da PHDA.

Para Mazzoni & Tabaquin (2010), a criança com PHDA caracteriza um verdadeiro desafio para pais e professores que não possuem o conhecimento necessário e que não sabem tratar com a perturbação, desta maneira, faz-se necessário determinar e caracterizar o quadro, tanto na escola como na família, mas, não somente para eles, mas também para a própria criança, clarificando sobre suas complexidades, limitações e potencialidade causadas pela PHDA. Assim, a detenção dos conhecimentos básicos sobre a perturbação, poderá representar um recurso indispensável aos profissionais e familiares, ajudando-os no processo diagnóstico e terapêutico, evitando o incentivo a rótulos equivocados à criança com PHDA.

Muitos pais experimentam uma grande preocupação sobre a sociedade rotular os seus filhos (e a eles próprios) como socialmente isolados e rejeitados e são muito influenciados por opiniões negativas sobre medicamentos para tratamento da PHDA, expressas por parentes próximos ou pela mídia (Moldavsky & Sayal, 2013)

O conhecimento e crenças dos pais sobre a PHDA é um fator de extrema importância no cuidado de crianças com esta perturbação. Alguns estudos apontam no sentido do conhecimento dos pais sobre os sintomas da PHDA ser relativamente bom, contudo, no que se refere a diagnóstico, tratamento e prognóstico a maioria possui um conhecimento muito baixo e até mesmo crenças erradas sobre a perturbação (Dodangi *et al.*, 2017; Moldavsky & Sayal, 2013)

Os sintomas de PHDA estão diretamente ligados a piores desempenho acadêmico, piores notas e alto índice de abandono escolar, diante disso, os professores são os primeiros a perceber as dificuldades associadas a essa perturbação. No entanto, alguns estudos revelaram que o conhecimento dos professores sobre PHDA é muito baixo e que geralmente os mesmos possuem percepções erradas sobre a perturbação, chegando, muitas vezes, a rotulá-los e para que isso não ocorra é imperativo que os professores tenham um conhecimento explícito sobre a PHDA (Alkahtani, 2013; Gudmundsdottir, 2014).

Os professores são fontes valiosas de informações no que diz respeito ao diagnóstico da PHDA devido ao seu contacto diário com as crianças numa variedade de ambientes, pelo que estão frequentemente envolvidos no processo de avaliação. Perante este aspeto, as percepções dos professores sobre os alunos podem afetar suas interações com os mesmos, o que pode influenciar conseqüentemente os resultados académicos. Neste sentido, é plausível que o nível de conhecimento sobre PHDA dos professores contribua para as interações e percepções dos alunos com esta perturbação, e os capacitem a detetar crianças com PHDA, encaminhá-las para um profissional especialista e gerir o seu comportamento adequadamente na sala de aula (Alkahtani, 2013; Dodangi *et al.*, 2017; Gudmundsdottir, 2014).

De acordo com Moldavsky & Sayal (2013), vários estudos internacionais envolvendo profissionais (professores/monitores, profissionais especializados e médicos gerais) destacaram a persistência de equívocos sobre a PHDA e a gestão dos mesmos. Os autores afirmam que apesar das recomendações para que haja uma abordagem multidisciplinar para o diagnóstico e tratamento da PHDA, existem barreiras para a implementação dessa abordagem considerando que a maioria dos profissionais, tanto no âmbito da saúde como na educação só se sentem seguros em atuar com crianças com PHDA se tiverem uma confirmação de um psiquiatra.

Estudos de diversos autores, Alkahtani (2013), Dodangi *et al.*, (2017), Gudmundsdottir (2014), Moldavsky & Sayal, (2013), demonstraram a existência da necessidade de formação contínua para professores, profissionais de saúde e os demais cuidadores de crianças com PHDA, com ênfase especial na sua etiologia e tratamento, que são as principais áreas onde os equívocos são persistentes e reforçam o estigma associado à PHDA.

A atuação dos profissionais especializados integra o quadro de cuidados às crianças e adolescentes com PHDA. Um profissional capaz de identificar a PHDA vai, também, estar atento, para além de todos os sintomas, a toda outra informação que possa ser relevante. É essencial que o profissional especializado se fundamente em informações seguras, auscultando diferentes perspectivas. Sendo, por isso importante recolher informação através de entrevistas e observações nos contextos familiar e escolar. Também é imprescindível o conhecimento sobre a idade em que se iniciaram as manifestações, o funcionamento familiar durante a gravidez, como decorreu o período pré-natal, o parto, o desenvolvimento psicomotor e o histórico de saúde mental da criança, assim como, se existem antecedentes familiares, pois a perda de autocontrolo pode ter uma origem genética (Maia & Confortin, 2015).

No contexto de vivência das crianças com PHDA, os atores mais próximos do seu cuidado e atenção são os pais, professores e os profissionais especializados, dos quais as crianças recebem algum tipo de intervenção. Devido a isso, é de fundamental importância conhecer o nível de crenças e conhecimentos que estes atores envolvidos têm sobre a PHDA.

Relativamente aos estudos sobre os conhecimentos e crenças sobre PHDA, na perceção de pais, professores, profissionais de educação e saúde, cabe nos referir alguns achados importantes que serviram de sustentação teórica para este estudo:

Objetivando avaliar o conhecimento e as perceções equivocadas dos professores sobre PHDA em três áreas de conteúdos específicas: sintomas/diagnósticos, tratamento e informações gerais, Scuitto *et al.* (2000), avaliaram 149 professores do ensino fundamental através da escala KADDS e constataram que as pontuações dos professores na subescala sintomas e diagnósticos foram significativamente maiores do que as pontuações nas subescalas tratamento e informações gerais.

Na Austrália, o estudo de Shaw *et al.* (2003) demonstrou que clínicos gerais atribuíam a PHDA essencialmente à ausência de disciplina e de despreparo dos pais, conceitos estes, que demonstraram o despreparo dos profissionais no que concerne a diagnósticos e tratamento de pacientes com PHDA.

Bekle (2004), avaliou o conhecimento e as atitudes de professores americanos e canadenses, atuantes em relação à PHDA e os resultados confirmaram a existência de algumas lacunas de conhecimento, embora os mesmos possuíssem informações sólidas sobre PHDA, alguns equívocos ainda ocorriam.

Gomes *et al.* (2007) avaliou os conhecimentos e crenças de 2.117 participantes com idade inferior 16 anos, educadores (500), médicos no total de 405 de diversas especialidades (clínicos gerais (128), neurologistas (45), neuropediatras (30), pediatras (72), psiquiatras (130)) e psicólogos (100)) no Brasil e constataram que todos os grupos relataram crenças não respaldadas cientificamente, que podem contribuir para diagnóstico e tratamento equivocado.

Fernandez *et al.* (2007) buscaram analisar o conhecimento, equívocos e falta de conhecimento sobre PHDA em uma amostra de 193 professores, utilizando a escala KADDS, com uma replicação do estudo realizado por Sciutto *et al.* (2000) e constataram que os professores apresentaram significativamente mais conhecimento na escala de sintomas e diagnóstico do que nas demais escalas.

Ohan *et al.* (2008) entrevistaram professores do ensino fundamental em Melbourne, Austrália, para investigar seu conhecimento sobre PHDA e seu impacto no comportamento relatado e percepções de crianças com PHDA. Consistentes com os achados internacionais, os professores demonstraram um bom conhecimento geral sobre PHDA, com pontos fortes na dimensão dos Sintomas/Diagnóstico e mais limitado no que concerne aos tratamentos e características associadas.

Mazzoni & Tabaquim (2010) ao analisarem 17 pais e professores, os quais apresentavam queixas sobre os comportamentos apresentados pelas crianças em fase escolar fundamental, constataram, ao analisarem as queixas das crianças encaminhadas como hiperativas, um elevado grau de informações inconsistentes e contraditórias sobre a PHDA, tanto do professor que atuam diariamente com crianças com PHDA em sala de aula, quanto dos pais das crianças, frente aos seus comportamentos diferenciados.

Um estudo australiano, realizado por Gilmore (2010) com 645 pais, evidenciou que os pais apresentaram um bom conhecimento dos sintomas de PHDA e suas implicações. No entanto, havia lacunas em seu conhecimento; por exemplo, apenas uma minoria

reconheceu a importância dos fatores genéticos na etiologia ou sabia que algumas crianças não superam a PHDA.

Estudo realizado no Sul do Texas, por Swanson *et al.* (2012) examinou o conhecimento de 107 professores do ensino médio e os resultados apontaram que a maior área de conhecimento dos professores estava relacionada a identificação de sintomas e diagnósticos e que os mesmos obtiveram notas mais baixas relacionadas a conhecimentos gerais e tratamento para a PHDA.

Dilaimi (2013) examinou o conhecimento e as percepções de 84 professores do ensino fundamental na Nova Zelândia, utilizando a escala KADDS e os professores pontuaram mais alto na dimensão sintomas e diagnóstico em comparação com características associadas e tratamento e relataram acreditar que a PHDA tem impactos nas experiências educacionais de alunos diagnosticado com PHDA.

Bussing *et al.* (2013), ao estudarem 374 adolescentes e seus respectivos pais, na África, constataram que os pais expressaram maior conhecimento sobre PHDA que os estudantes e, ainda, os resultados sugeriram a ocorrência de percepções errôneas sobre PHDA e seu tratamento.

Alkahtani (2013) realizou um estudo com 429 professores, utilizando a escala KADDS e os resultados indicaram que o conhecimento dos professores sobre o PHDA era insuficiente, sendo positivamente relacionado ao seu treinamento prévio e experiência com crianças com PHDA.

O estudo de revisão realizado por Moldavsky & Sayal (2013) destacou a urgência de formação continuada de professores, profissionais de saúde e de todo o público envolvido com crianças com PHDA, com ênfase na sua etiologia e tratamento, pois segundo os autores, são essas áreas onde as concepções errôneas persistem e reforçam os estigmas associados a PHDA, e essas imprecisões no conhecimento dos diversos grupos podem afetar a busca pelos melhores mecanismos de intervenção. Sendo que essas intervenções tanto terapêuticas como educativas devem melhorar o conhecimento, as atitudes e os comportamentos, e devem ser avaliadas em termos de seus efeitos ao longo prazo.

Alvarez (2014) avaliou 205 educadores do ensino básico e secundário de Lisboa e verificou que o nível de conhecimento evidenciado pelo total dos professores apresenta

um nível médio-baixo, especialmente quando a maioria dos docentes já teve a experiência com aluno com PHDA na sua sala de aula. Os resultados apontam que a área do conhecimento que os professores possuem mais domínio é a do diagnóstico/sintomas da PHDA, opostamente às áreas da intervenção e características associadas, cujo valor médio dos conhecimentos foi negativo.

O estudo de Camilo & Pereria Junior (2014) abordou através de entrevistas, profissionais da saúde pertencentes à equipa multiprofissional do ambulatório Pediátrico do Hospital das Clínicas da Unesp em Botucatu-SP, especialistas no atendimento a crianças com queixas de desatenção, problemas de aprendizagem e socialização e dificuldades com a escrita. Os profissionais demonstraram conhecimento voltados para o diagnóstico e o tratamento, porém, demonstrando alguns equívocos. Os mesmos veem a PHDA como uma perturbação de ordem orgânica ou incapacidade de a criança controlar os seus comportamentos. Infelizmente, a criança é vista, neste contexto, como impotente, sendo essa perturbação considerada, na percepção dos profissionais de saúde, como condição que reorienta seu destino, não restando muita coisa a se fazer, senão a aceitação do rótulo e medicalização.

O estudo de Valido (2016) analisou uma amostra 302 docentes de escolas públicas e privadas da região de Lisboa, com recurso de dois instrumentos: uma versão do KADDS e outra do *Instructional and Behavior Management Approaches Survey* (IBMAS) e evidenciou o baixo conhecimento geral sobre a problemática, por parte dos professores, embora, superior no que toca aos conhecimentos sobre sintomas/diagnóstico e tratamento.

Nomeadamente, ao conhecimento e atitude dos pais sobre PHDA, Dodangi *et al.* (2017) em um estudo descritivo transversal, avaliaram 150 pais, sendo 120 mães e 30 pais, de crianças com PHDA e evidenciaram que o conhecimento dos pais sobre os sintomas da PHDA foi relativamente bom. Mas, em relação ao tratamento, diagnóstico e prognóstico da perturbação, eles têm conhecimento muito baixo e até crenças incorretas.

Effegem *et al.* (2017) investigaram a concepção sobre PHDA de 8 profissionais de saúde, sendo 2 de cada área: Psicologia, Medicina, Fonoaudiologia e Fisioterapia, e os dados indicaram que os profissionais de Psicologia e Medicina demonstraram um maior conhecimento sobre PHDA. Todos os participantes apontaram, de modo geral, para a

importância da equipa interdisciplinar no processo de diagnóstico e tratamento em crianças com PHDA.

1.4 Comportamento Social de Crianças com PHDA

Ao começar a interagir com seu meio, a criança precisa desenvolver um repertório de habilidades sociais mais elaborado. Para Del Prette & Del Prette (2005), essas habilidades constituem características específicas de comportamentos presentes em um repertório, as quais permite lidarmos de forma eficiente com o surgimento de situações interpessoais, contribuindo para um relacionamento saudável entre as pessoas. Quando mal elaborado, esse repertório de habilidades sociais pode ser um preditor de problemas de comportamento (Casali-Robalinho *et al.*, 2015).

Os problemas de comportamento podem ser vistos como défices ou excessos comportamentais que dificultam o envolvimento das crianças com novos estímulos de reforçamentos positivos, importantes para a aprendizagem e impulsores de desenvolvimento (Bolsoni Silva & Del Prette, 2003; Casali-Robalinho *et al.*, 2015; do Valle & Garnica, 2009). Essas dificuldades interpessoais envolvem tanto problema de comportamentos internalizantes (tristeza, timidez, solidão) como problemas externalizantes (agressividade, desobediência), sendo estes, consequência de um repertório de habilidades sociais deficitário, principalmente em termos de empatia, assertividade e resolução de problemas (Del Prette & Del Prette, 2013; Oliveira *et al.*, 2021)

As habilidades sociais iniciam seu desenvolvimento no nascimento e vão se aprimorando com o passar dos tempos e a família é o núcleo inicial para o aprendizado dessas habilidades, em consequência das normas de comportamento impostas pelos pais. E, na medida que a criança se insere em ambiente mais complexos, como por exemplo a escola, consequentemente novas demandas sociais são impostas e exige o aumento do seu repertório de habilidades sociais, pois a escola se apresenta como um ambiente de interação extremamente relevante para o seu desenvolvimento interpessoal (Del Prette & Del Prette, 2001; Del Prette & Del Prette, 2011).

Na conceção de Pakarinem *et al.* (2018), crianças com nível mais elevado de competências sociais têm um bom desenvolvimento escolar e se relaciona positivamente

com colegas e professores, por isso, compreender suas habilidades sociais pode ajudar a identificar as crianças que estão em risco de desenvolver comportamentos antissociais que prejudique seu relacionamento com os pares e reduza o seu desempenho acadêmico.

Relativamente às crianças com PHDA percebe-se que esta perturbação causa prejuízos significativos em áreas importantes da vida, como família, educação, convívio com os pares, contribuindo para problemas comportamentais no seu convívio social (Abrahão & Elias, 2021)

Crianças com PHDA demonstraram ter conhecimento sobre habilidades sociais e comportamento adequado com outras pessoas, insuficientes, e, é comum apresentarem dificuldades em seguir instruções, focar em tarefas e permanecer atentos e sentados, o que compromete significativamente o seu desempenho acadêmico. Para além disso, frequentemente também podem demonstrar vários problemas comportamentais, como comportamento agressivo e desobediência (Gudmundsdottir, 2014; Westby & Watson, 2004).

Pessoas que apresentam sintomas de PHDA na infância apresentam uma maior probabilidade de desenvolverem dificuldades ocasionadas por comportamento de oposição sistemática, delinquência, transtorno de conduta, depressão e ansiedade (APA, 2014). A PHDA em crianças de 6 aos 10 anos, em geral está associada a dificuldades no âmbito escolar e no relacionamento com outras crianças, pais e professores. Na escola, essas crianças são geralmente descritas como tendo maior dificuldade no cumprimento de comandos, controlo da impulsividade (interrompendo aulas) e, por vezes, manifestando comportamentos de agressividade. Tendem a ficar academicamente atrasadas em relação aos alunos sem PHDA, pelo que muitas vezes exigem mais tempo e energia de seus professores. (Alkahtani, 2013; Green *et al.*, 2014; Gresham *et al.*, 2011; Te Meerman *et al.*, 2017).

Devido a esses comportamentos, o ensino de crianças com PHDA pode ser uma tarefa bastante complexa e desgastante para a maioria dos professores, com tendência a deixá-los inseguros em tratar com os problemas de comportamento das mesmas. Em particular, as dificuldades interpessoais e sociais estão bem caracterizadas em crianças com PHDA e incluem frequentes conflitos com adultos e colegas, rejeição por parte de colegas e falta de amizade (Alkahtani, 2013; Green *et al.*, 2014; Te Meerman *et al.*, 2017).

Estudos comparando crianças com diagnóstico de PHDA a outras com desenvolvimento típico mostraram que as crianças com PHDA tendem a ter menos amizades estáveis e tendem a fazer amizades com outros indivíduos relatados como tendo problemas de aprendizagem ou comportamento (Marton *et al.*, 2015) e a baixa amizade pode ser um preditor de problemas de comportamento internalizantes, como ansiedade e até mesmo depressão (Casali-Robalinho *et al.*, 2015; Powell *et al.*, 2021), pois a PHDA tende a preceder a depressão de uma forma consistente comum a relação potencialmente causal (Riglin *et al.*, 2020).

Para Boo e Prins (2007) as crianças com PHDA muitas vezes enfrentam problemas voltados para a interação social com seus pares e que as levam a se sentirem rejeitadas e se isolarem socialmente. Algumas vezes, tendem a ser mais falantes, agressivas, raivosas, desafiadoras, impulsivas, menos cooperativas, e acabam por demandar maior assistência e se apresentarem mais dependentes das mães (Silva, 2010), e, em geral, apresentam problemas nos relacionamentos interpessoais, pois, elas interpretam as ações dos outros como tendo intenções hostis, apresentam dificuldades de empatia, menor estabilidade e mais conflitos nos relacionamentos com colegas (Hampel *et al.*, 2008).

Vários são os estudos voltados para o conhecimento do comportamento social de crianças em fase escolar, das mais diversas condições: crianças sem transtornos aparentes (Barreto *et al.*, 2011; Casali-Robalinho *et al.*, 2015; Cia & Barham, 2009; Teixeira & Silva, 2020); crianças com altas habilidades e superdotação (Oliveira *et al.*, 2021), crianças com diferentes categorias de necessidades educacionais especiais, dentre elas a PHDA (Freitas & Del Prette, 2013; Guidolim *et al.*, 2013; Martins & Pinto, 2022; Mazzoni & Tabaquim, 2010).

O estudo de Cia & Barham (2009) dedicou-se a análise do repertório de habilidades sociais e os problemas de comportamento de 99 crianças, avaliados por ambos os pais e pelos professoras por meio do inventário - SSRS e constataram que para além das dificuldades pontuais na área de habilidades sociais, as professoras perceberam níveis de problemas de comportamento internalizantes e externalizantes acima da média, e os pais perceberam a ocorrência de problemas de comportamento com uma ocorrência mediana.

Barreto *et al.* (2011), avaliando uma amostra de 50 crianças com idades entre 8 e 12 anos, de ambos os sexos, as quais, segundo os professores, apresentavam, simultaneamente,

dificuldade de aprendizagem e problemas de comportamento, compararam os resultados obtidos pela aplicação das escalas para crianças e professores de dois instrumentos: o IMHSC-Del-Prette e SSRS e evidenciaram défices na aquisição e no desempenho nas habilidades sociais das crianças (especialmente habilidades assertivas e empáticas) e a ocorrência de problemas de comportamento com uma alta frequência.

Casali-Robalinho *et al.* (2015), avaliaram 200 crianças do 3º e 6º ano de ensino fundamental, no Estado de São Paulo-BR, através da escala para pais do SSRS e constataram que parte dos respondentes, apontaram um escore mediano de problemas de comportamento e segundo os pais, essas crianças estão mais propensas a terem problema de comportamento internalizantes.

Oliveira *et al.* (2021), buscaram avaliar a capacidade de desenvolvimento de habilidades sociais por parte de alunos do ensino fundamental com Altas Habilidades (AH) e Superdotação (SD). Do estudo participaram 10 pais/responsáveis, 8 professoras e 10 estudantes do Ensino Fundamental pertencentes a escola pública, identificados com AH/SD. Para coleta das percepções foram utilizados: Questionário de Respostas Socialmente Habilidosas (QRSH) escala para pais e professores e o SSRS-BR, escalas para pais, professores e alunos. Na percepção dos pais as meninas, não necessitam de intervenção, possuem bom repertório, entretanto, indicam necessidade de intervenção para os meninos em problemas de comportamento geral e externalizantes. Já, os professores apontaram que meninas e meninos necessitam de atenção preventiva voltada para problemas de comportamento internalizantes e hiperatividade e os meninos para problemas de comportamento geral e externalizantes, e para as meninas, intervenção em assertividade/desenvoltura social.

Na análise das competências acadêmica de grupos de estudantes, meninas e meninos com altas habilidades e superdotação, Oliveira *et al.* (2021), apontaram que nas percepções das professoras os grupos apresentaram competência acadêmica acima da média - considerada alta. Os autores apontaram ainda que os pais consideram ser mais importante as crianças desenvolverem habilidades de cooperação e afetividade. Já as Professoras, consideraram com mais importante as atitudes de responsabilidade.

Teixeira & Silva (2020) buscaram definir a relação entre Habilidades Sociais e dificuldade de aprendizagem em 21 alunos de ambos os sexos, com idades entre 7 e 11

anos, oriundos de uma escola pública, cursando do 1º ao 5º ano do ensino fundamental, utilizando o SSRS-BR, escala para pais, e constataram que essas crianças apresentaram um repertório de habilidades sociais abaixo da média inferior e conseqüentemente, baixa competência acadêmica.

Nomeadamente aos estudos voltados para crianças com PHDA, este estudo faz referência a autores, que utilizaram diversos instrumentos de mensuração das habilidades sociais, problemas de comportamento e competência acadêmica, e, em especial o SSRS.

Mazzoni & Tabaquim (2010) avaliaram através de prontuários, 17 casos com queixa de pais e professores sobre os comportamentos apresentados pelas crianças com PHDA em fase escolar, no Estado de Fortaleza-BR, e constataram que os comportamentos que mais apareceram nas queixas foram a inatenção e agitação, verificados percentuais consideravelmente baixos para impaciência, nervosismo e rebeldia.

Freitas & Del Prette (2013), ao analisarem crianças de 12 diferentes tipos de NEEs: autismo, deficiência visual, deficiência auditiva, deficiência intelectual leve e moderada, desvio fonológico, dificuldades de aprendizagem, AH e SD, problemas de comportamento externalizantes, problemas de comportamento internalizantes e PHDA, através da aplicação da escala para professores do SSRS-BR, destacaram que as crianças com PHDA se distingue de um maior número de grupos nomeadamente no escore global de habilidades sociais e na subescala de autocontrole.

Objetivando avaliar 28 crianças, em idade escolar, que apresentavam queixas de PHDA, com idade entre 6 e 12 anos, as quais compuseram dois grupos GI (Queixas de desatenção) e GII (Queixa de desatenção e hiperatividade), Guidolim *et al.* (2013) utilizaram o IMHSC e constataram que, comparado ao indicador de comportamentos frequentes na reação habilidosa, foi verificado que, nas dimensões empatia/civilidade, a amostra geral pesquisada apresentou-se abaixo da norma de referência do Inventário, constatando-se que o grupo de participante apresentou dificuldade na emissão de comportamentos frequentemente adequados.

O estudo de Martins & Pinto (2022), teve por objetivo analisar 50 escolares da rede pública de 6 a 13 anos, moradores do interior de Minas Gerais - BR correlacionando suas competências acadêmicas com suas habilidades sociais. Para mensurar as competências

acadêmicas foi utilizado Teste de Desempenho Escolar (TDE) e para as habilidades sociais, o SSRS. Os resultados apontaram correlações positivas e significativas entre a habilidade social de Responsabilidade e assertividade com as competências de escrita, aritmética e desempenho acadêmico geral.

1.5 Intervenções na PHDA

O conhecimento insuficiente e as crenças errôneas sobre a PHDA tendem a contribuir para um diagnóstico incorreto da perturbação, portanto, uma avaliação abrangente é necessária para estabelecer o diagnóstico e descartar outras causas e determinar a ausência ou presença de condições coexistente (Sciutto *et al.*, 2000; Valido, 2016). A PHDA tem um diagnóstico clínico, baseando-se, nos sintomas atuais, no caso de crianças, ou combinado com o histórico clínico, no caso de adultos. É uma avaliação que requer tempo e esforço e deve incluir uma história cuidadosa e uma avaliação clínica do funcionamento acadêmico, social, familiar e emocional do indivíduo e do seu nível de desenvolvimento (Valido, 2016).

O tratamento da PHDA é multimodal e requer uma abordagem multiprofissional englobando intervenções, tanto medicamentosa quanto psicoterapêutica, as qual envolvem os diferentes agentes sociais como pais, familiares diversos, professores, profissionais de saúde, além da própria criança (Gomes *et al.*, 2007, Santos & Vasconcelos, 2010).

A PHDA não tem cura, mas seus sintomas e consequências podem ser amenizadas através dos processos de intervenções. Nomeadamente aos tipos de intervenções para tratamento da PHDA, podemos nos referir a três abordagens importantes: a farmacológica, a cognitivo-comportamental e o tratamento combinado, e, a melhor forma de escolha da intervenção é feita a partir do conhecimento específico de cada criança, tendo em vista que os tratamentos têm finalidades diferentes (Valido, 2016). Contudo, frente aos problemas enfrentados pelas crianças com PHDA nos diversos contextos em que vive, torna-se necessário, também, intervenções conjugadas de esforços e empenhamentos por parte da família, da escola e da equipa multiprofissional devidamente preparada para o efeito (Alvarez, 2014).

i. Intervenção farmacológica ou medicamentosa

Na intervenção farmacológica tem se utilizado três tipos de medicamentos: tranquilizantes, antidepressivos e estimulantes, sendo estes últimos o tratamento de eleição (Valido, 2016), mas para que a intervenção farmacológica seja eficaz é necessário que a medicação seja administrada de forma adequada. A Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA), apresenta os medicamentos para tratamento da PHDA, recomendados em consensos por especialista e sugere que a intervenção medicamentosa, orientada por um profissional médico, seja realizada da seguinte forma:

- Primeiro, com a utilização de estimulantes como Lis-dexanfetamina, Metilfenidato de ação curta, Metilfenidato de ação prolongada;
- Segundo, aderindo a outro estimulante, caso o primeiro estimulante não tenha obtido o resultado esperado;
- Terceiro, utilizando o agente neurotônico Atomoxetina;
- Quarto, aderindo a utilização de antidepressivos como, Imipramina, Nortriptilina, Bupropiona;
- Quinto, administrando o segundo antidepressivo, caso o primeiro antidepressivo não tenha obtido o resultado esperado;
- Sexto, utilização de alfa-agonistas como a Clonidina, medicamento anti-hipertensivo;
- E por fim, a utilização de outros medicamentos como Modafinila, medicamento para distúrbios do sono.

No Brasil o medicamento considerado o mais eficiente é o metilfenidato, também conhecido a Ritalina. O metilfenidato reduz ou elimina os sintomas nucleares da perturbação em cerca de 70% dos casos (Azevedo *et al.*, 2021).

Silva *et al.* (2014) avaliaram o uso de metilfenidato em pacientes com PHDA e trouxe questionamentos, tendo em vista, que os resultados mostraram profissionais críticos a respeito do diagnóstico de PHDA e seu tratamento medicamentoso com metilfenidato, pois, segundo o autor, este quando em uso prologando pode acarretar sérios riscos a saúde, seu uso em crianças aumenta a frequência cardíaca e pressão arterial, podendo

evoluir para complicações renais, sendo recomendado ao profissional de saúde está sempre atento aos efeitos adversos nos pacientes.

Nesse sentido, Van der Schans *et al.* (2017) evidenciaram desempenho escolar menor dos usuários de metilfenidato com relação às crianças sem histórico de uso de medicamentos para PHDA. Segundo os autores, isso indica que o metilfenidato não é efetivo em normalizar o desempenho e muito menos no tratamento em longo prazo.

Na concepção de Brzozowski (2020), ao longo do tempo foi sendo naturalizada a intervenção com base no uso de medicamentos para tratar problemas de comportamento e aprendizagem escolar, mesmo esses produtos apresentando efeitos negativos.

Refutando os achados dos demais autores, Azevedo *et al.* (2021), constataram em seu estudo, que o metilfenidato, promove melhora significativa para crianças que alcançaram grande avanço após um curto tempo fazendo uso do medicamento, o estudo evidenciou melhoras no comportamento em um período de 3 meses, propiciando progresso na comunicação humana, na leitura e escrita.

Diversas são as opiniões relativas à eficácia do tratamento medicamentoso. Alguns estudos demonstraram os benefícios desse tipo de intervenção, enquanto outros contestaram esses resultados, chamando atenção para os efeitos adversos.

ii. Intervenção cognitivo-comportamental

Caracteriza-se pela reestruturação cognitiva, ou seja, a redução do sofrimento psicológico das crianças através de alterações dos processos cognitivos e dos padrões de comportamento disfuncionais, ou seja, objetiva melhorar o autocontrole, com base nas estratégias de automonitorização, capacidade das crianças prestarem atenção ao seu comportamento e a se autoavaliarem; autorreforço, capacidade da criança aprender e aplicar os seus reforços, quer sejam positivos, quer sejam negativos; autoinstrução, objetiva o desenvolvimento de competências de controle do próprio comportamento; e, *role play* visa ensinar às crianças maneiras mais funcionais de agir em determinadas situações (Paula & Mognon, 2017; Valido, 2016).

Para Ribeiro (2016) a intervenção com base na teoria cognitivo-comportamental, é um método capaz de contribuir efetivamente para a melhora das condições das crianças no

que tange a mudança do seu comportamento e a transformação de seus pensamentos, sendo uma técnica a qual tem por finalidade promover mudanças que as possibilitem novas emoções e comportamentos.

A intervenção Cognitiva-comportamental, vai buscar identificar as percepções centrais do paciente, relativas aos sentimentos de fracassos frequentes, motivados pela perturbação, vai contribuir para o desenvolvimento do autocontrole, da restauração da autoestima, da normalização da atenção e da resolução de problemas, promovendo modificações efetivas de modo a melhorar a qualidade de vida ao paciente e à sua família, além de lidar com os problemas de comportamento internalizantes da criança, voltados para a ansiedade e depressão, decorrentes de experiências de rejeição, fracasso e exclusão social (Ribeiro, 2016).

iii. Intervenção combinada

Alvarez (2014) diz que as teorias cognitivas-comportamentais geram melhores resultados no tratamento da PHDA quando combinadas com o tratamento medicamentoso, contribuindo para uma maior aceitação das normas, planeamento de atividades e tarefas e autocontrole. Os remédios conseguem resultados mais rápidos no controlo das condutas inadequadas e a terapia cognitiva-comportamental é eficaz na melhora do rendimento académico.

Bento *et al.* (2019) buscaram avaliar o desempenho escolar de crianças diagnosticadas com PHDA que fazem o uso de metilfenidato em comparação com desempenho das crianças diagnosticadas que não fazem o uso do medicamento, constataram que para combate de uma perturbação multifatorial como a PHDA, o tratamento medicamentoso isolado apresenta-se pouco eficaz requerendo sua associação com as intervenções cognitivas-comportamentais, pois as crianças com PHDA sem uso de medicamentos obtiveram melhor desempenho escolar que as medicadas.

Costa & Porto (2022) reconheceram a importância da intervenção medicamentosa no melhora da concentração, no controlo a impulsividade e na diminuição da agitação psicomotora, porém ressaltaram a importância também da terapia comportamental aplicada por pais e professores e reforça o entendimento de que o tratamento deve ser multimodal, ou seja, para além da terapia medicamentosa de se inserir a psicoterapia na

infância e adolescência, bem como, a capacitação dos pais para intervirem com seus filhos.

Duarte *et al.* (2021) ressaltaram que as evidências atuais apontaram para a eficácia do tratamento medicamentoso, associado com a abordagem psicossocial, em curto prazo, com efeitos significativos em até 2 anos. Os autores recomendaram, para além da intervenção psicossocial e farmacológica, a utilização de jogos, brincadeiras e programações visuais no processo de intervenção e o acompanhamento multidisciplinar incluindo psicopedagogia, psicologia infantil e abordagem escolar.

Paula & Mongon (2017) constataram em seu estudo que apesar da avaliação diagnóstica da PHDA ser clínica, a mesma deve levar em consideração a contextualização dos sintomas baseados na história de vida da criança e o tratamento deve envolver uma combinação entre psicofármacos e intervenções psicossociais, enfatizando se também, o uso de técnicas diversificadas e a participação ativa da família e da escola.

iv. Intervenção no âmbito familiar

Os estudos de Benczik & Casella (2015), demonstraram que no âmbito familiar, a PHDA é sentida como uma condição que insere dificuldades no convívio e no dia a dia, e as interações familiares são marcadas, frequentemente, por conflitos, promovendo um ambiente desarmonioso e de discórdias impactando na qualidade de vida de todos os membros da estrutura familiar. Além da dificuldade de convivência com seus filhos, os pais se deparam com frequente rotina de desculpas, postergação e esquecimentos, que acabam por provocar estresse familiar e os pais tendem a reagir com maior rigidez, controlo e sugestão de condutas. O que reforça a necessidade de intervenção psicoterapêutica também no âmbito familiar, não só para as crianças com PHDA, mas, para seus membros familiares, em especial, o cuidador.

Os sintomas da PHDA em crianças podem evoluir para uma melhora significativa, assim como, pode piorar, por isso, torna-se urgente a adoção de projetos que contemplem intervenções no ambiente familiar, pois à medida que os pais passarem a ter um repertório de competências sociais mais elaborados para cumprirem os seus papéis, tornar-se-ão mais habilidosos para lidar cotidianamente com as diferentes demandas inerentes às dificuldades de seu filho, mas para isso necessitam de suporte para o desenvolvimento

dessas habilidades pessoais consideradas fundamentais para a interação social, tanto no âmbito familiar como extrafamiliar e de habilidades específicas para promoverem o desenvolvimento dos seus filhos (Benczik & Casella, 2015).

O estudo de Neto (2014) confirma a opinião de que, as famílias das crianças com PHDA manifestam, geralmente dificuldades em controlar suas emoções, pelo que têm dificuldades acrescidas em ensinar os filhos como devem fazê-lo adequadamente. Educar uma criança com PHDA é uma tarefa difícil e desgastante, sendo necessário um grande equilíbrio emocional.

O estudo de Bertoldo *et al.* (2018) traz a abordagem dos tratamentos psicossociais, focada na família como parte das medidas terapêuticas, os resultados apontaram que existem claras evidências de que a participação dos pais no processo de intervenção em crianças com PHDA traz benefícios para ambas as partes. Através de treinamentos os pais desenvolvem habilidades relacionadas ao conhecimento e manejo da perturbação e aprendem a ajudar a criança em relação a diferentes aspetos, levando a diminuição de sintomas, favorendo o desenvolvimento infantil e melhorando relações familiares.

v. Intervenção no âmbito escolar

Crianças com PHDA tende a se tornar retraídas e antissociais devido à falta de habilidades sociais específicas que moldem o seu comportamento social. A escola tem a função social de inserir essa criança de forma inclusiva no ambiente escolar, e nesse sentido, a escolarização tem grande relevância, ao reduzir a influência que era inerente à família e ao promove a socialização de pares, exigindo o desempenho de diferentes papéis, que inclusive podem ser mais flexíveis, levando ao processo de particularização e comparação com os demais (Vieira et al. 2020).

O papel da escola e do professor é de suma importância na intervenção de crianças com PHDA, pois, a escola e todo seu contexto surge como o lugar propício para identificar problemas relacionados ao comportamento, pois ao descumprirem as regras da escola, como por exemplo, ficarem sentadas, caladas e prestando atenção nas aulas por várias horas e seu comportamento não corresponder às expectativas dos professores, estes, mobilizam os pais e mencionam suas queixas. Assim, os pais, ao considerarem legítimas as queixas dos professores, encaminham seus filhos para uma avaliação com outros

profissionais especializados, o que promove a identificação da perturbação e também uma intervenção precoce (Martinho, 2018). Dessa maneira, os professores tornam-se aliados do tratamento por conjugar de estratégias as quais são estimuladas nas clínicas de tratamento e são efetivadas em outros ambientes frequentados pelos alunos (Nunes, 2017).

vi. Intervenção Pluridisciplinar

A PHDA é considerada como uma perturbação multifatorial e heterogênea do aspeto clínico e é reconhecida como um dos maiores desafios a ser enfrentado por pais, professores e especialistas, em função da imensidão de comprometimentos que seus sintomas promovem (Benczik & Casella, 2015).

Diante disso, para que se favoreça uma intervenção pluridisciplinar, o diagnóstico e tratamento da PHDA, deve ser guiado por cinco passos importantes: primeiro é sugerido que um profissional de saúde realize o primeiro atendimento para avaliação dos comprometimentos que demonstrem que a criança possua problemas no desempenho académico ou de comportamento, ou seja desatento, hiperativo ou impulsivo; segundo, determinar a existência dos critérios, tomando por base, os relatos de pais, professores, médicos e outros profissionais da saúde que estão envolvidos no trato com criança ou adolescente; terceiro, inclusão de um processo de triagem das comorbilidades, incluindo condições emocionais ou comportamentais, desenvolvimental e físicas; quarto, gerenciar crianças e adolescentes com uma abordagem abrangente e pluridisciplinar da mesma forma que fariam com outras crianças e jovens com necessidades especiais de saúde; e, por fim, prescrever treinamento aos pais e aos professores em gestão de comportamento que promova o desenvolvimento de competências sociais e/ou intervenções comportamentais (Duarte *et al.*, 2021).

É fundamental que pais, professores, médicos, psicólogos e demais profissionais da saúde e educação, busquem maior compreensão dos aspetos do desenvolvimento e da perturbação, trazendo a melhoria da qualidade de vida da criança. Para isso, faz-se necessário divulgar nos meios de comunicação, informações básicas de identificação da perturbação, suficientes para promover a compreensão da condição e minimizar os efeitos negativos de um diagnóstico equivocado (Mazzoni & Tabaquim, 2010).

Dentro de uma abordagem pluridisciplinar surgem as intervenções psicoeducativas, orientadas pelos profissionais que atuam em equipas multidisciplinares, as quais se referem à educação e à aprendizagem de pais, professores e paciente acerca da perturbação, promovendo a prática de estratégias de manejo dos sintomas de modo a proporcionar transformações na rotina (Teixeira, 2013).

Para Cordinhã & Boavida (2008) é necessária a aceitação e compreensão da perturbação, criando uma integração terapêutica entre a criança, os pais, o médico e o professor; essa ação visa, sobretudo, a orientação e aconselhamento adequado de todos os intervenientes, possibilitando a implementação de mudanças de atitudes e adaptação a diversas situações, além do reforço positivo aos comportamentos adequados.

No tratamento da PHDA deve ser feita uma abordagem pluridisciplinar, associando intervenções medicamentosas e psicossociais. Especialistas atuantes nessa área reconhecem que o tratamento realizado na intervenção pluridisciplinar, associado ou não à terapia medicamentosa, tem sido o ideal. O tratamento da PHDA, necessita da intervenção da equipa multidisciplinar, incluindo o psicólogo, psicopedagogos, psiquiatras, terapia ocupacional, neurologista, neuropsicólogos, pois a junção desses profissionais irá proporcionar ao portador da PHDA, suporte para superar as suas limitações, e por se tratar de uma perturbação neurobiológica, a medicação se faz necessária, associada às psicoterapias e as terapias (Azevedo *et al*, 2021).

Dentro dessa perspetiva de intervenção pluridisciplinar, as políticas de inclusão no Brasil, estabelece normativos (Resolução CNE/CEB nº 4/2009), para criação de sala de recursos multifuncionais e criação de Centros de Atendimentos Educacionais Especializados, de forma a operacionalizar um espaço, no contraturno ao ensino regular, de oferta de AEE a alunos com deficiência, transtorno global do neurodesenvolvimento e altas habilidades e superdotação. E para promover a inclusão dos alunos com PHDA a lei nº 14254/2021, vem garantir acompanhamento integral para educandos com dislexia, PHDA, ou outro transtorno de aprendizagem. Criando assim, um espaço de ação integrada onde pais, escola e equipa multiprofissional possam atuar na intervenção eficaz com crianças com as mais diversas NEEs.

CAPÍTULO II – PERTURBAÇÕES DE LINGUAGEM E FALA NA PHDA

A PHDA é considerada uma perturbação de difícil diagnóstico exatamente por coocorrer com uma variedade de outras perturbações comportamentais do desenvolvimento neurológico e socioemocional, e os sintomas de outras perturbações podem confundir-se com os sintomas de PHDA (Redmond, 2016; Westby & Watson, 2004).

Dentro do ambiente clínico, muita literatura apoia a ideia de que as crianças com PHDA tendem a apresentar comprometimento de Linguagem e Fala. Para Machado-Nascimento *et al.*, (2016), a PHDA e as perturbações de linguagem e fala, bem como, as perturbações fonológicas, relacionam-se a diversas alterações na cognição e não apenas um déficit cognitivo primário. Ambas partilham défices cognitivos relacionados com a rapidez de processamento, em consequência de interferência genéticas que alargam os riscos de dificuldade de leitura e de PHDA, além de favorecerem o baixo desempenho nas competências da organização fonológica como consciência fonológica, memória de trabalho e acesso lexical (Martins *et al.*, 2020).

Se por um lado o problema de desatenção pode ser sintomático da PHDA e surgir de uma causa separada, os défices na linguagem e na comunicação parecem aumentar o risco de comportamentos desatentos (Tomblin & Muller, 2012). Sendo importante ressaltar que enquanto as evidências indicam que crianças com PHDA são mais propensas a apresentarem dificuldades de linguagem, o inverso não necessariamente acontece (Al-Dakrouy, 2018; Green, 2014).

Para se compreender a influência que as perturbações de linguagem e fala exercem no processo comunicativo e no desenvolvimento em crianças com PHDA, faz-se necessário entender (ainda que de um modo global) alguns conceitos.

Goulart & Chiari (2007), enfatizaram que a **comunicação humana** tem áreas que excedem a esfera biológica, uma vez que é formado por um conjunto de elementos de

difícil compreensão que se conectam, envolvendo o meio social, económico e afetivo. Contudo, existe um parâmetro de desenvolvimento para a comunicação verbal, que quando não seguido pode indicar algum tipo de comprometimento de linguagem e/ou de fala. A comunicação humana desenvolve-se desde cedo, podendo ser expressa de várias formas, seja através do choro, das expressões faciais, do olhar ou de movimentos corporais, servindo o propósito maior da socialização. As interações verbais são necessárias para satisfazer as necessidades comunicativas do ser humano, sendo concretizadas de um modo natural através da fala. O desenvolvimento de todas estas competências encontra-se interligado com a aquisição e desenvolvimento da linguagem (Goldin-Meadow, 2015)

Nas conceções de Gil (2010) e Franco *et al.* (2003) a **linguagem** é um sistema estruturado de signos que apresentam ideias as quais são manifestadas através da fala, sendo considerada um veículo privilegiado de comunicação inter-humana e do pensamento.

Quando da aquisição e desenvolvimento da linguagem é essencial a receção de um *input* linguístico em contextos de interação social, assim como a integridade e um adequado desenvolvimento das estruturas neurobiológicas que suportam estas funções. A linguagem concretiza-se através de um processo de interação, o qual envolve a manipulação, combinação e integração de formas linguísticas e de regras, que permitem o desenvolver, tanto da linguagem compreensiva quanto da linguagem expressiva (Feldman, 2019; Franco *et al.*, 2003; Ladányi *et al.*, 2020; Viana *et al.*, 2017). Progressivamente, e tendo por base o conhecimento linguístico implícito, que a criança vai adquirindo de um modo inconsciente ao longo da primeira infância, a criança irá desenvolver um conhecimento linguístico explícito. Este é alicerçado no anterior, e construído de um modo consciente, através da análise das estruturas e regras gramaticais (Duarte, 2008), a qual é sustentada pelo desenvolvimento de competências metalinguísticas, que surgem e se desenvolvem marcadamente a partir da idade escolar. O desenvolvimento linguístico da criança pode apresentar dificuldades e atrasos de variados níveis, podendo estes, estar diretamente relacionados com os mais diversos fatores, nomeadamente, sociais, biológicos, psicológicos e/ou neurobiológicos (Feldman, 2019; Franco *et al.*, 2003; Ladányi *et al.*, 2020; Viana *et al.*, 2017).

O processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem estrutura-se em cinco domínios linguísticos correlacionados: o fonológico, (perceção, produção e consciência de sons na

construção das palavras); o semântico (referência das palavras, o seu significado e relações), o morfológico (constituintes e regras morfológicas para a organização das palavras), o sintático (regras sintáticas para a organização das palavras em enunciados e em frases) e, por fim, o pragmático (o uso da linguagem em contexto social) (Batista, 2017; Correia, 2020; Schirmer *et al.*, 2004) (Quadro 4).

Quadro 4– Domínios Linguísticos por componentes da linguagem

Componentes da Linguagem	Domínios Linguísticos
Forma	Sintaxe – organização das palavras em frases (Sim-Sim, 1998), ou seja, a forma através da qual as palavras são encadeadas para formarem palavras com significado (tratado). Morfologia – formação e estrutura interna das palavras (Sim-Sim, 1998), ou seja, princípios gramaticais referentes à composição das palavras e as relações que desta forma são expressas (Zorzi & Hage, 2002) Fonologia – regras adquiridas que dizem respeito aos sons e respetivas combinações (Sim-Sim,1998). No canal receptor a fonologia diz respeito à forma como se ouve e discrimina os sons da fala, já o canal expressivo refere-se à produção dos fonemas (Ferreira et al., 2004).
Conteúdo	Semântica – regras referentes ao conteúdo que servem o significado das palavras e a interpretação das combinações de palavras (Sim-Sim, 1998).
Uso	Pragmática – funcionamento da linguagem em contextos sociais e comunicativos, ou seja, o conjunto de regras que explicam ou regulam o uso intencional da linguagem (Acosta et al., 2006). De uma forma mais simples, a pragmática diz respeito ao uso ou ao funcionamento da linguagem no dia a dia do indivíduo, visando a adequação ao contexto de comunicação (Ferreira et al., 2004, Sim-Sim, 1998)

Fonte: Batista, 2017; Correia, 2020; Schirmer *et al.*, 2004

Considerando o referido anteriormente, as crianças com desenvolvimento atípico de linguagem podem apresentar diversas características que espelham esse comprometimento, referindo-se de seguida algumas das que poderão ser verificadas. Assim, no domínio sintático, as crianças tendem a apresentar comprometimentos na compreensão e expressão de estruturas gramaticais simplificadas, bem como de estruturas sintáticas complexas. No domínio morfológico, tendem a apresentar erros em substituições de palavras e apresentam em sua maioria dificuldades em tarefas que envolvem concordância nominal em género, número e produção de determinantes linguísticos. No domínio fonológico, as perturbações fonológicas prendem-se com o uso de um repertório infantil de sons da fala e a persistência de padrões de erros constantes e, muitas vezes, atípicos durante a fala. No domínio semântico, as crianças tendem a apresentar um vocabulário reduzido, demorar mais tempo a aprender palavras novas, têm dificuldade em reter novos rótulos (exigindo mais exposição a palavras novas para as aprender), codificar novos recursos semânticos de itens recém aprendidos, com

dificuldade na construção e organização das redes semânticas, bem como dificuldades no acesso lexical. No domínio da pragmática, apresentam lacunas na integração da linguagem e o contexto, resultando em dificuldades nas inferências inerentes ao discurso, na compreensão da linguagem figurativa e na construção de narrativas coerentes. Transversalmente, são muitas vezes identificadas limitações nas capacidades de atenção, memória e velocidade de processamento. (Batista, 2017; Correia, 2020; Goldin-Meadow, 2015; Terra, 2008; Wertzner & Galea., 2002).

A **fala**, apresenta-se como um acontecimento complexo, que integra competências motoras e neurolinguísticas, que impactam significativamente em contexto social, pois é esta a forma mais natural do ser humano concretizar as suas intenções comunicativas que servem a sua natureza social. Neste sentido, as dificuldades que afetam a fala podem trazer consequências nocivas para o desempenho das crianças em todos os âmbitos, social, familiar, académico e futuramente, profissional (Andrade, 2012; Gudmundsdottir, 2014; Lima, 2009; Pakarinen *et al.*, 2018).

A fala realiza-se através do processo de articulação dos sons, sendo considerada como a concretização da linguagem e o seu desenvolvimento adequado é fator fundamental para o desenvolvimento infantil de forma harmoniosa, favorecendo o seu convívio social e relacional e também a aprendizagem de leitura e escrita (Franco *et al.*, 2003; Lima, 2009; Mousinho *et al.*, 2008).

Para ser compreensível a fala tem que ser inteligível e essa inteligibilidade delinea-se pelo grau com que a mensagem do falante é descodificada e compreendida pelo ouvinte, envolvendo também, a capacidade de entender a fala do interlocutor. Pois, à medida que as crianças aprendem a falar, maior é o entendimento por parte daqueles que a rodeiam (Bowen, 2011).

Durante o processo de aquisição da fala, a criança tenta apropriar-se dos fonemas, de modo a que consiga produzir as palavras o mais corretamente possível e para isso recorre aos processos fonológicos, os quais são inatos, naturais e universais, pois fazem parte do desenvolvimento típico da criança (Othero, 2005). À medida que a fala da criança vai se tornando mais inteligível e se vai completando a aquisição fonológica, o inventário fonológico se expande de forma gradual com a idade e a sua intercorrencia reduz entre as crianças. Contudo, a aquisição fonológica não ocorre de forma diferente entre as crianças,

mas algumas vezes, apresentam atrasos e desvios nesse processo (Ceron *et al.*, 2017; Mezzomo & Luiz, 2012; Silva *et al.*, 2012).

A detecção precoce das perturbações de linguagem e de fala é de suma importância para que seja possível uma intervenção atempada e adequada. Para isso, é preciso reconhecer de forma específica cada caso e realizar o diagnóstico específico quando necessário, no sentido de realizar uma intervenção eficaz (APA, 2014; Barella, *et. al.* 2014; Befi-Lopes, 2011; Crestani, *et al.* 2012; Feldman, 2019; Gallagher *et al.*, 2019; Lima & Cunha, 2017; Nicolielo, *et al.*, 2014; Polity, 2004; Schirmer, Fontoura, Nunes, 2004; ; Tyler *et al.*, 2002; Undheim, 2003; Viana *et al.*, 2017).

Pelo anteriormente exposto considerou-se pertinente abordar em maior detalhe as perturbações da Fala e da Linguagem, com especial referência à sua relação com a PHDA.

2.1 Perturbações da Fala e PHDA

O Consórcio CATALISE ao discutir a terminologia a ser adotada para as perturbações da linguagem concluiu que a baixa consciência fonológica não é suficiente para um diagnóstico de Perturbação do Desenvolvimento da Linguagem e que as dificuldades fonológicas em crianças em idade pré-escolar que não são acompanhadas de outros problemas de linguagem (e são um motivo relativamente comum de direcionamento para terapia da fala), e sendo improvável que os problemas persistam durante toda a infância, a terminologia Perturbação dos sons da fala (PSF) é a mais recomendado para esses casos (RCSLT, 2020).

Historicamente, a PSF recebeu diversas denominações, sendo que, no Brasil, os nomes mais utilizados foram: dislalia, distúrbio articulatorio, distúrbio fonológico, desvio fonológico evolutivo e desvio fonológico. Contudo em 2003, a ASHA aconselhou a adoção da terminologia PSF para problemas relacionados com a articulação, com a alteração da programação motora da fala ou com a fonologia (Ramos, 2017), sendo esta terminologia adotada no decorrer de todo o presente estudo.

A PSF é diagnosticada quando a produção de fala das crianças não ocorre como esperado, obedecendo aos estágios de desenvolvimento e à idade da criança e quando os comprometimentos não são atribuíveis a circunstâncias congénitas ou obtidas, como

paralisia cerebral, surdez ou perda auditiva, fenda palatina, lesão cerebral traumática ou outras circunstâncias neurológicas ou médicas (APA, 2014).

A PSF é caracterizada por atraso na produção dos fonemas em fase de aquisição fonológica ou posterior a ela; pelo uso incorreto de sons, de acordo com a idade e com variações regionais, podendo incluir erros na produção, percepção ou organização dos sons (Rossi-Barbosa, et al., 2011; Ceron, et al., 2017), sendo uma das perturbações mais recorrentes na população infantil (Pagan-Neves & Wertzner, 2010), afetando a produção da fala e que pode decorrer de problemas na representação mental dos sons da fala, no que concerne ao domínio do conhecimento interiorizado da língua (Dias & Mezzomo, 2016; Wertzner *et al.*, 2012).

Deste modo, Rombert (2013) salienta que as crianças com PSF podem apresentar dificuldades na fala, denominadas de perturbação da articulação ou perturbação fonética, ou ao nível da linguagem denominada de perturbação fonológica. Quando as crianças apresentam falhas no processamento fonológico e comprometimentos específicos na aprendizagem da linguagem, afetando a produção da fala, na ausência de fatores com etiologia conhecida e identificável pode dizer-se que as mesmas possuem perturbações fonológicas, as quais prendem-se com o uso de um repertório infantil de sons da fala e a persistência de padrões de erro constantes e, muitas vezes, atípicos durante a fala (Correia, 2020; Wertzner & Galea, 2002). As PSF são consequentes de uma variedade de etiologias e resultam em prejuízos em diferentes níveis de produção da fala podendo afetar tanto o nível linguístico fonológico, apresentando omissões e substituições (perturbações fonológicas) como o nível motor, alterações no planeamento articulatorio da fala (Keske-Soares *et al.*, 2018). Segundo DSM-5 a PSF é um termo heterogéneo ao qual inclui a perturbação fonológica e a perturbação articulatoria. Na literatura existem diversas classificações para os diversos quadros de PSF (e.g. Dodd *et al.*, 2005; Giacchini et al., 2011; Shriberg *et al.*, 2010).

Neste estudo, relativamente às PSF que podem estar relacionadas com a PHDA, foram consideradas as perturbações fonológicas.

Essas perturbações são consideradas como sendo de causas desconhecidas, possivelmente multicausais, contudo, pode dizer-se que, por algum motivo, a criança não usa uma ou várias regras fonológicas e isso se manifesta como omissão ou substituição de sons ou

estruturas silábicas, afetando a inteligibilidade da fala (Gonçalves-Guedim, *et al.*, 2017; Feldman, 2019; Wertzner *et al.*, 2005). As perturbações fonológicas tendem a ocorrer quando da inexistência de comprometimento envolvendo as estruturas responsáveis pela fala, contudo a criança não consegue produzir corretamente o som da fala. Essas perturbações podem ser compreendidas como uma alteração de linguagem que se manifesta na fala. No caso dessas perturbações, as singularidades relacionadas à produção dos sons da fala, à percepção auditiva, e à organização das regras fonológicas podem estar alterados (Wertzner, 2004). Entre as características mais frequentes das perturbações dos sons da fala a nível fonológico podem ser referidas: limitações no repertório de consoantes e vogais, omissões frequentes, alta ocorrência de erros de vogais, articulação inconsistente, aumento do número de erros em unidades maiores da fala, dificuldades significativas em emitir palavras e frases e uso preponderante de formas silábicas simples (Keske-Soares *et al.*, 2018). Sendo assim, crianças com PSF, possuem habilidades sociais, emocionais e cognitivas preservadas requerendo a necessidade de uma avaliação fonológica para verificar seu inventário fonológico (APA, 2014; Batista, 2017; Haas *et al.*, 2021; Ladányi *et al.*, 2020; Prates e Martins, 2011).

Crianças que possuem perturbações dos sons da fala no âmbito fonológico geralmente apresentam défices na consciência fonológica (Sotero & Pagliarin, 2018), sendo que o desenvolvimento dessa consciência é condição fundamental, pois propicia o acesso ao nível fonológico do sistema linguístico e a manipulação cognitiva das representações nesse nível (Dias e Mezzono, 2016). A aquisição da consciência fonológica em crianças com perturbações fonológicas promove a reorganização do seu sistema fonológico aprimorando a sua capacidade de fala, evitando que a mesma forneça respostas equivocadas por não possuir uma representação subjacente correta (Dias & Mezzomo, 2016). A maioria das crianças com PSF tem boa resposta ao tratamento e os comprometimentos de fala melhoram com o tempo; não sendo a perturbação persistente. Quando, todavia, a perturbação da linguagem também está presente, a perturbação da fala tem pior prognóstico, podendo estar correlacionado a perturbações específicas da aprendizagem (APA, 2014). Neste sentido, crianças com perturbações dos sons da fala, no âmbito fonológico, merecem atenção, quando estas perturbações permanecem na fase escolar, pois alterações no sistema fonológico podem englobar tanto a produção do som como a percepção da fala ou ainda a disposição e compreensão das regras fonológicas. Muitas das crianças que possuem perturbações fonológicas apresentam também

dificuldades em outras áreas da linguagem como sintaxe, morfologia e léxico, pois o processamento fonológico apresenta-se em três tipos: acesso ao léxico, consciência fonológica e memória de trabalho fonológica (Sotero & Pagliarin, 2018; Wesbly e Watson, 2004), tratando-se nestes casos de crianças com diagnóstico de Perturbação do Desenvolvimento de Linguagem.

A prevalência de perturbações da fala, mais precisamente das perturbações fonológicas é uma preocupação tanto em estudos nacionais quanto internacionais. Em geral a prevalência das perturbações fonológicas na população é de 6% a 8% (Alencar, *et al.*, 2020). O estudo realizado por McLeod *et al.* (2009), na Austrália constatou uma prevalência de 13%; já nos Estados Unidos, apontam-se uma prevalência 3,8% a 7,5% (Angst, 2015), enquanto no estudo de Ceron *et al.*, (2017), realizado no Brasil indicou uma média entre 8,26% e 20,63% de ocorrência de perturbações fonológicas em sua amostra, todos destacando para uma maior incidência em crianças do sexo masculino (Indrusiak & Rockenbach, 2012).

2.2 PDL e PHDA

A PDL é uma das perturbações que mais frequentemente coocorre com o diagnóstico de PHDA em diferentes populações (Al-Dakroury, 2018; Baird *et al.*, 2000; Bruce *et al.*, 2006; Green *et al.*, 2014; Geurts & Embrechts, 2008; Mueller & Tomblin, 2012; Sciberras *et al.*, 2014).

i. Definição e Terminologia da PDL

A PDL é uma alteração no desenvolvimento da linguagem configurada pela ausência de déficit sensorio-motor e intelectual, de privação sensorial ou lesão cerebral evidente e de transtornos globais do desenvolvimento, sendo caracterizada por um desenvolvimento incomum e destoante das habilidades de linguagem, ou seja, por uma ausência de sincronia na aquisição de seus componentes em virtude de comprometimentos específicos em certos aspetos. Este diagnóstico é confirmado em crianças que apresentam comprometimento em mais de uma avaliação de linguagem, manifestando um padrão frequente das suas dificuldades (Barella, *et al.*, 2014; Befi-Lopes, 2011; Nicolielo, *et al.*, 2014).

Essa perturbação geralmente é diagnosticada na população infantil, podendo ser observadas falhas na memória operacional, consciência fonológica e acesso rápido às representações no léxico, ou seja, falhas no processamento fonológico, além de alterações no processamento visual e auditivo. Dentre as principais características da PDL destacam-se os défices no vocabulário, a baixa capacidade de formular ideias e o atraso no desenvolvimento das estruturas dos enunciados, o que pode influenciar no desenvolvimento de competências sociais e académicas (APA, 2014; Gomes, 2011; Norbury et al., 2016; Prates & Martins, 2011; Peres de Vitto & Cury Feres, 2005; Santos, 2010). Crianças com este diagnóstico em idade escolar podem indicar dificuldades no aprendizado da leitura e da escrita, sendo que as lacunas a nível lexical costumam ser um dos primeiros sinais observados, podendo persistir por toda a vida, impactando no desenvolvimento social, emocional e educacional (Barella, *et. al.*, 2014; Befi-Lopes, 2005; McGregor, 2020; Prates & Martins, 2011).

A detecção precoce desta condição possibilita uma intervenção adequada, colaborando, dessa forma, para diminuir o agravamento e a persistência dessas alterações, permitindo potenciar os resultados para uma intervenção mais eficaz (Cristian Tudorean & Ghergut, 2020; Feldman, 2019; Ladányi, *et al.*, 2020; Lindau *et al.*, 2015).

Relativamente à terminologia, vários são os termos usados para descrevê-la (Feldman, 2019; Ash, *et al.*, 2020): Afasia de Desenvolvimento & Disfasia, Perturbação Específica da Linguagem (PEL), Perturbação específica do Desenvolvimento da Linguagem (PEDL), Perturbação da Linguagem Primária (PLP) e recentemente o termo adotado é Perturbação do Desenvolvimento da Linguagem, quando não associado com uma condição biomédica conhecida (Bishop, *et al.*, 2017; Cáceres-Assenço, *et al.*, 2020; Costa, *et al.*, 2017; Leonard, 2020).

Com o objetivo de alcançar um consenso sobre uma terminologia diagnóstica para perturbações de linguagem em crianças, em 2016 um grupo de 59 especialistas representando dez disciplinas (incluindo educação, psicologia, terapia da fala e pediatria) de países de língua inglesa (Austrália, Canadá, Irlanda, Nova Zelândia, Reino Unido e EUA) reuniram-se através do Projeto “*Criteria and Terminology Applied to Language Impairments: Synthesising and Evidence*” (CATALISE, Bishop *et al.*, 2016, 2017a), usando a técnica *Delphi online* para verificar se era possível obter consenso entre os profissionais sobre os critérios apropriados para identificar crianças que poderiam

beneficiar de serviços especializados, e, com o objetivo de alcançar um consenso sobre a terminologia diagnóstica para perturbações de linguagem em crianças.

O Projeto “*Criteria and Terminology Applied to Language Impairments: Synthesising and Evidence*” (CATALISE, Bishop, *et al.*, 2016, 2017a) sugeriu o termo “*Developmental Language Disorder*”, Perturbação do Desenvolvimento da Linguagem (termo adotado e recomendado pela Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala), quando a perturbação de linguagem não está associada a nenhuma condição biomédica conhecida (Bishop, 2017a; Cáceres-Assenço, *et al.* 2020). Contudo, ainda há necessidade, de clínicos e pesquisadores de países que não falam inglês, discutirem as recomendações do painel CATALISE e a sua aplicação em outros idiomas (Campos & Halliday, 2020).

A terminologia é adotada para crianças cujo perturbação da linguagem não ocorre com outra condição biomédica, mas podem ocorrer concomitantemente prejuízos nos domínios cognitivo, motor ou comportamental, mas que não são usados para excluir o diagnóstico de PDL, tais como: PHDA, perturbação de desenvolvimento da coordenação, dispraxia, dislexia, dificuldades de fala, limitações do comportamento adaptativo e/ou distúrbios comportamentais e emocionais (RCSLT, 2020).

ii. Diagnóstico, etiologia e prevalência da PDL

No que se refere aos critérios diagnósticos da PDL, o Projeto CATALISE estabeleceu duas etapas: a primeira, visando identificar se os comprometimento linguísticos apresentadas pela criança são persistentes e significativos e a segunda, identificar a existência ou não de quadro associado (Cáceres-Assenço, *et al.*2020; Feldman, 2019), pois, de acordo com Bishop (2017a), embora a perturbação de linguagem seja o achado mais relevante, condições associadas também podem estar presentes e as causas dessas condições são frequentemente complexas e multifatorias, podendo resultar de diversos fatores etiológicos.

Ladányi, *et al.* (2020) reforçam que a etiologia das perturbações de linguagem, pela sua diversidade, pode envolver fatores genéticos, ambientais, orgânicos, intelectuais e também a sua estrutura familiar relacional e suas emoções, ocorrendo, muitas vezes, uma relação recíproca entre todos esses fatores.

Quanto à classificação proposta pelo DSM-5 (APA, 2014), no que concerne aos seus critérios diagnósticos, as perturbações da linguagem são:

A. Dificuldades persistentes na aquisição e no uso da linguagem em suas diversas modalidades (i.e., falada, escrita, linguagem de sinais ou outra) devido a défices na compreensão ou na produção, inclusive: 1. Vocabulário reduzido (conhecimento e uso de palavras). 2. Estrutura limitada de frases (capacidade de unir palavras e terminações de palavras de modo a formar frases, com base nas regras gramaticais e morfológicas). 3. Prejuízos no discurso (capacidade de usar vocabulário e unir frases para explicar ou descrever um tópico ou uma série de eventos, ou ter uma conversa).

B. As capacidades linguísticas estão, de forma substancial e quantificável, abaixo do esperado para a idade, resultando em limitações funcionais na comunicação efetiva, na participação social, no sucesso académico ou no desempenho profissional, individualmente ou em qualquer combinação.

C. O início dos sintomas ocorre precocemente no período do desenvolvimento.

D. As dificuldades não são atribuíveis a deficiência auditiva ou outro prejuízo sensorial, a disfunção motora ou a outra condição médica ou neurológica, não sendo mais bem explicadas por deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) ou por atraso global do desenvolvimento. (APA, 2014 p. 42)

Estas alterações da linguagem apresentam-se como uma das preocupações frequentes no desenvolvimento infantil, sendo mais perceptíveis a partir dos três anos de idade. O seu diagnóstico tardio e a sua pouca valorização levam a um aumento de dificuldades futuras nos seus componentes fundamentais, leitura e escrita, socialização e comportamento. Sendo que este tipo de dificuldades pode tornar mais lentos os processos de aprendizagem em geral e da linguagem, tanto oral como escrita (Amorim, 2011; Batista, 2017; Caldeira *et al.*, 2004; Law *et al.*, 2000; Norbury *et al.*, 2016). Quando detetadas precocemente, as PDL podem sofrer intervenções de terapeutas da fala, as quais podem promover melhorias, porém em casos em que existem comorbilidades, recomenda-se uma intervenção com carácter pluridisciplinar (Ladányi, *et al.*, 2020; Lima & Cunha, 2017; Schirmer, Fontoura, Nunes, 2004).

No que concerne à prevalência da PDL vários estudos internacionais realizados com crianças em idade escolar, mostraram que a prevalência geral de perturbações da aquisição e desenvolvimento da linguagem se encontra entre 0,6% e 36%. Estudos em Portugal indicaram uma prevalência entre 3% e 19% (Amorim, 2011; Silva & Peixoto,

2008); Estudos nos Estados Unidos evidenciaram prevalências entre 0,6% a 36% (Black *et al.*, 2015; Mclaughlin, 2011); as prevalências encontradas em estudos da Inglaterra, entre 9,92% e 15,7% (Lindsay & Strand, 2016; Norbury *et al.*, 2016).

Percebe-se que o conhecimento de fatores epidemiológicos que possibilitem a realização de diagnósticos e identificação de fatores de risco é de fundamental importância, bem como se conhecer a incidência de perturbações de linguagem em crianças, quer para pais, professores e clínicos, para que se adequem as políticas públicas e recursos de saúde às reais necessidades dessas crianças, dando acesso a terapias e acompanhamento precoce, definindo estratégias de prevenção e intervenção adequadas, que auxiliem na diminuição dos seus efeitos adversos nos indivíduos e na sociedade (Coutinho, 2012; Johnson, 2007).

Por se tratar de um estudo relacionado a crianças com PHDA importa referir os estudos que tratam da PDL e PHDA associadas.

iii. PDL e PHDA

Na concepção de Akuda, *et al.* (2011), os problemas de linguagem podem vir associados à PHDA, apresentando dificuldades na estrutura sintático-semântica, na produção e compreensão dos enunciados, com vocabulário limitado e falhas no processamento de informações.

Os estudos realizados por Amorim (2011), Feldman (2019), Lima (2015), Schirmer *et al.* (2004), Solot *et al.*, (2019), veem demonstrar que o atraso do desenvolvimento da linguagem é uma das principais razões de referência para consultas a especialistas, podendo ter uma patologia associada e estar fortemente associadas a outras perturbações do neurodesenvolvimento, como por exemplo, à PHDA (APA, 2014), sendo que está coocorre com muita frequência com a PDL, estando diretamente relacionada às deficiências na função executiva e na memória operacional (Westby & Watson, 2004).

Uma das áreas afetadas pela PHDA é a atenção e a mesma é um requisito necessário para o processamento da linguagem oral, e os défices nas funções executivas e no controlo inibitório acabam por prejudicar o seu desenvolvimento (Fontinele & Silva, 2021; Silveira *et al.*, 2009). O Comprometimento nas funções executivas de crianças com PHDA, incluem dificuldade em resolver problemas, inibição cognitiva e comportamental,

flexibilidade mental, controlo motor e autorregulação (Barini & Hage, 2015; Redmond, 2004). Devido a esses comprometimentos nas funções executivas, principalmente os voltados para o défice de atenção e de controlo inibitório, crianças com PHDA tendem a apresentar dificuldades de linguagem e atraso na fala, sendo os aspetos da linguagem mais prejudicados nesses escolares, o fonológico, o sintático e o pragmático (Batista, 2017; Correia, 2020; Guardiano *et al.*, 2014; Silva *et al.*, 2011).

A disfunção executiva pode explicar os principais défices comportamentais na PHDA e alguns problemas pragmáticos na linguagem, mas não explica toda a gama de défices linguísticos ou os problemas comportamentais vistos nessas perturbações (Hawkins *et al.*, 2016; Moura *et al.*, 2019; Mueller & Tomblin, 2012). Crianças com PHDA apresentam dificuldades de linguagem, demonstrando rendimento baixo em avaliações de fluência, vocabulário, sintaxe, discurso e memória operacional (Wesbly e Watson, 2004).

Alguns autores consideram que dificuldades na semântica, na fonologia e na pragmática, observadas nas crianças com PHDA, tendem a ser causadas, mais pela falta de atenção e de controlo inibitório, do que por uma incapacidade específica para conduzir os aspetos linguísticos (Da Silva *et al.*, 2011; Gonçalves-Guedim *et al.*, 2017; Guardiano *et al.*, 2014; Martins *et al.*, 2020). A fala de crianças com PHDA é desorganizada, podendo apresentar-se comprometida em vários aspetos: na produção dos sons (por alterações fonológicas), na velocidade da fala e na qualidade vocal. Podem estar presentes repetições e taquifemia, ou revelar problemas relacionados principalmente com o abuso vocal, sendo as perturbações fonológicas, as alterações de fala mais comuns em crianças com PHDA (Lima & Albuquerque, 2003; Oliveira *et al.*, 2012).

De acordo com Hawkins *et al.*, (2016), as crianças com elevados sintomas de desatenção e hiperatividade têm conhecimento intacto da pragmática, mas problemas nas habilidades executivas necessárias para aplicá-lo em contextos sociais. E as dificuldades comportamentais concomitantes e problemas de comunicação pragmáticos podem ser sustentados por um défice comum no funcionamento executivo. Habilidade pragmática como revezar-se na conversa e não falar excessivamente, e a capacidade de controlar comportamentos hiperativos/impulsivos podem depender tanto de habilidades executivas como de autorregulação e inibição.

Para Green (2014), crianças com PHDA ou sintomas de PHDA exibem dificuldades na linguagem pragmática principalmente nas seguintes áreas: fala excessivamente quando deveria apenas escutar; tem dificuldades de produzir um discurso coerente, tende a querer dominar a conversa e não responde adequadamente as perguntas, apresentam dificuldade de compreensão da linguagem num nível mais avançado. Além de mostrarem mais conversas estereotipadas, mais problemas de relacionamento conversacional e demonstrarem mais problemas com relacionamentos sociais em comparação com crianças que não apresentam desvios em seu desenvolvimento de linguagem (Bishop & Baird, 2001). No entanto, concentrar-se apenas na pragmática, sem levar em conta outras habilidades e deficiências cognitivas e de linguagem, não contará a história completa da criança e poderá, portanto, resultar em metas de tratamento definidas de maneira muito restrita (Geurts & Embrechts, 2008; Hawkins *et al.*, 2016).

Segundo Silveira *et al.* (2009), o relato de atraso de linguagem em crianças com PHDA é de 6% a 35%, entretanto na população sem PHDA é de 2% a 6%, o que demonstra na opinião destes autores, que os défices na função executiva afetam também o processo de aquisição da linguagem. Para Redmond (2004), estudos epidemiológicos têm indicado que níveis significativos de alterações de linguagem podem ocorrer entre 35% e 50% em crianças com PHDA, sendo as mesmas consideradas de risco para as alterações de linguagem. Pardilhão *et al.* (2009), apontam que cerca de 25% a 35% das crianças com PHDA apresentam PDL. De acordo com Cohen *et al.*, (2000), estudos relacionados a tal comorbidade mostraram que dos 63,6% das crianças entre 7 e 14 anos de idade diagnosticadas com problemas de linguagem, 46% apresentam também PHDA e são três vezes mais suscetíveis a apresentarem sintomas dessa síndrome que as crianças sem a perturbação. E a possível explicação para a ocorrência dessas duas perturbações, é a influência de fatores genéticos associados (Mueller & Tomblin, 2012).

Diversas características podem ser descritas no processo linguístico das crianças com PHDA: conduta linguística inconsistente com certa ineficiência para se ajustar no contexto comunicativo; atraso na aquisição de aspetos linguísticos; dificuldades na realização de tarefas linguísticas que demandam controlo inibitório; rendimento muito prejudicado nas tarefas que se referem a capacidade de processamento simultâneo da informação; e distúrbios de competências comunicativas e deficiência na pragmática (Rohde & Halpern, 2004). Crianças com PHDA podem compreender detalhes

superficiais, mas fracassam em atividades que exigem alto grau de atenção, esforço e controlo do processamento da linguagem e enfatizam a importância do rastreamento para perturbações de linguagem ao examinar défices neuropsicológicos na PHDA (Castro & Lima, 2018; Green *et al.*, 2014; Louzã Neto, 2010; Snowling *et al.* 2006).

Martins *et al.* (2020) evidenciaram que as alterações de linguagem e de fala são frequentemente percebidas em crianças com PHDA. E dentre essas alterações, principalmente no que concerne ao desempenho escolar, estão: escassez de habilidades linguísticas, textos desorganizados, dificuldade para decodificar a leitura, levando a apresentação de processos de substituições ou omissões de fonemas e de palavras, podendo ocorrer, na escrita, produção textual desorganizada, alteração de ordem lógica das orações e, alterações na organização temporal e sequencial na fala e na escrita (Gonçalves-Guedim, 2017; Martins *et al.*, 2020).

Escarce *et al.* (2020) ressaltaram que com relação ao resultado na prova de consciência fonológica e nas tarefas de desempenho escolar (leitura e escrita) aplicada a crianças com PHDA, não se apurou um resultado adequado entre as competências metalinguísticas de consciência fonológica, o que prejudica o desenvolvimento da leitura. E ressaltam ainda, que para uma leitura adequada é necessário, além da adequação da consciência fonológica, que não ocorra comprometimento quanto à memória de trabalho, atenção e função executiva, aspetos também comprometidos em indivíduos com PHDA.

Segundo Barini & Hage. (2015), a criança com PHDA tem dificuldade em se manter concentrado no tema abordado durante a conversa ou responde de forma impulsiva antes que algo lhe seja perguntado. Para a autora há várias hipóteses sobre a relação entre PDL e PHDA, que vão desde a possibilidade de um défice influenciar o outro até ambos terem um défice neurodesenvolvimental como causa subjacente. De toda forma, mesmo que em graus diferentes, defasamentos linguísticos têm sido observados nos quadros de PHDA.

Embora a PHDA não seja acompanhada de atrasos significativos no uso da sintaxe ou da semântica, as evidências mostram uma forte associação entre PHDA e PDL, particularmente nos défices expressivos, pragmáticos e de organização do discurso, sendo evidentes em ambos os casos, domínios interpessoais e intrapessoais. Deficiências precoces de linguagem são preditivas de atenção e dificuldades sociais na adolescência. Problemas expressivos de linguagem parecem estar mais associados com dificuldades de

atenção, enquanto a combinação, com dificuldades linguísticas (Snowling *et al.*, 2006; Westby & Watson, 2004).

Cordinha e Boavida (2008) constataram que as dificuldades escolares, na maioria das crianças com PHDA, são determinadas não só pela perturbação propriamente dita, mas também pela ocorrência simultânea de dificuldades específicas de aprendizagem (como dislexia e discalculia) e perturbações da linguagem, mais prevalentes do que na população geral (25 a 35% vs 10 a 16%). Entre as comorbilidades mais frequentes em crianças com PHDA em fase escolar estão as perturbações da linguagem, podendo apresentar problemas na sua linguagem recetiva, capacidade de ouvir e entender a comunicação e na linguagem expressiva, capacidade de partilhar crenças, conhecimentos e habilidades com outras pessoas (Feldman, 2019; Ladányi *et al.*, 2020; Lima, 2015; Moura *et al.*, 2019; Nakamura *et al.*, 2010; Pardilhão *et al.*, 2009; Pereira, 2014; Sciberras *et al.*, 2014).

Shimizu e Miranda (2012) constataram em seu estudo que a coexistência dos transtornos de aprendizagem com a PHDA encontra-se entre 20% e 30%, configurando riscos de dificuldade de leitura, de desenvolvimento de dificuldades na linguagem ou ainda de défice em matemática. Os estudos realizados por Fragoso *et al.* (2013) e Cunha *et al.* (2013) apontaram que há evidências de que crianças diagnosticadas com PHDA tendem a ter um mau aproveitamento na escola e mais dificuldades de aprendizado, essencialmente relacionadas a transtornos de leitura e escrita e de expressão de linguagem. Gonçalves-Guedim (2017) evidenciou em seu estudo que crianças com PHDA apresentam dificuldades no aprendizado por interferência de desvios expressivos de linguagem e/ou por dificuldades na apropriação da escrita, quadros que podem ocasionar em prejuízos ao desempenho académico.

Todas as crianças querem ser entendidas, contudo as crianças com PHDA, muitas vezes, não alcançam esse objetivo, e a sociedade e muitas vezes a família, percebem a dimensão destas atitudes, levando a concluir o quanto é importante o trabalho de orientação às famílias e aos profissionais, a exemplo, do professor, que precisa lidar com essas crianças no cotidiano escolar (Oshima e Parra, 2015).

2.3 Défices na Memória de trabalho associados a perturbações da linguagem/fala e a PHDA

Para este estudo considerou-se importante incluir alguma informação sobre os défices na memória de trabalho, em virtude das evidências de que os mesmos exercem influências diretas na linguagem e na fala de crianças com PHDA. Muitos pesquisadores propõem que as dificuldades de linguagem em crianças com PHDA podem ser atribuídas aos seus supostos défices na função executiva, tendo em vista, que a função executiva contribui para a capacidade do indivíduo de responder de forma adaptável e flexível às demandas da comunicação social, e para isso, depende das funções executivas da atenção sustentada e da memória do trabalho (Green *et al*, 2014; Geurts *et al.*, 2010; Mueller & Tomblin, 2012).

A memória está presente em diversos momentos da nossa vida, facilitando a codificação, armazenamento e recuperação de informação. E, dificuldades na memória podem transformar atividades diárias em um grande desafio. A aprendizagem depende principalmente da memória e défices em qualquer aspeto dessa função cognitiva, podem reduzir a aquisição de conhecimentos novos, fundamentais para o sucesso académico (Dehn, 2008).

Atreladas à memória estão as funções executivas, as quais representam um conjunto de competências cognitivas que, ao se integrarem, propicia aos seres humanos, coordenar comportamentos e metas, planeando e realizando ações sequenciadas e voluntárias para alcançar os objetivos. Além de serem responsáveis por organizar, auto-monitorar e sequenciar as ideias, escolhendo as estratégias mais apropriadas e eficientes para equacionar problemas a curto, médio ou longo prazo (Malloy-Diniz, *et al.*, 2008; Mourão-Junior & Melo, 2011).

Para que ocorra uma conexão entre a memória e as funções executivas é preciso um complexo sistema cognitivo chamado memória de trabalho. A memória de trabalho ou memória operacional, é uma espécie de memória de curto prazo que zela pelo armazenamento e manutenção da informação. Este sistema está envolvido em atividades cognitivas superiores como a compreensão da linguagem, leitura, aritmética e resolução de problemas (Aquino & Borges Paraná, 2019). A memória de trabalho desenvolve um papel importante em muitas atividades cognitivas complexas, tais como a compreensão

da linguagem, o raciocínio, a aprendizagem, e, sendo assim, imprecisões nesse sistema podem provocar défices no desenvolvimento da linguagem e da fala, no léxico, na aprendizagem, na leitura e na compreensão de um texto, bem como, na resolução de problemas de matemática (Gonçalves e Guedim, 2017).

A memória de trabalho refere-se à capacidade de retenção e manipulação temporária da informação. E apresentado défices, prejudica o processamento de informação, tendo em vista que a mesma é uma estrutura conciliadora das informações (Bolden *et al.*, 2012), possuindo um papel fundamental nas atividades que requerem consciência fonológica, já que o material verbal deverá ser retido para execução de tais atividades (Gonçalves & Guedim, 2017). A memória de trabalho define-se por ser um elemento fundamental para a organização perceptiva e para outros processos cognitivos importantes e, principalmente, define-se pelo facto de analisar a atenção e a concentração, assim como está ligada diretamente com a aprendizagem e às realizações (Buttow & Figueiredo, 2019).

Os estudos de Alves, Neme & Cardia (2015) destacaram que crianças com PHDA podem apresentar mais dificuldades que seus pares sem a perturbação, em atividades que requerem a memória operacional. Effgem *et al.* (2017), destacaram que, além dos défices escolares, as crianças com PHDA, podem apresentar também prováveis défices cognitivos na atenção, nas funções executivas ou na memória de trabalho.

Entre as dificuldades apresentadas pelas crianças diagnosticadas com PHDA, está a tendência a apresentar comprometimentos funcionais na linguagem ou na fala, relacionados tanto aos aspetos fonológicos da linguagem quanto à aprendizagem das competências metalinguísticas, o que pode ser resultante dos défices na associação entre memória de trabalho e desempenho em atividades, o que traz como consequência o comprometimento no desenvolvimento da consciência fonológica e pode dificultar a aprendizagem da leitura (Avancini & Vithoft, 2021; Machado-Nascimento *et al.*, 2016).

Crianças com PHDA tendem a apresentar défices ao nível das funções executivas do cérebro, reguladas pelos neurotransmissores e, portanto, impossibilitando estas de executarem um conjunto de tarefas ou ter determinadas atitudes, entendidas como socialmente corretas e os défices na memória de trabalho reduzem a capacidade de

realizarem a quantidade de coisas que o cérebro faria num determinado momento (Rodrigues, 2013).

Os estudos de Martins *et al.*, (2020) demonstraram que avaliando a memória de trabalho das crianças com PHDA em idade escolar, com problemas de aprendizagem, verificou-se a inexistência de diferença significativa na capacidade geral de armazenamento de informações na memória de trabalho, contudo, notou-se diferença significativa no armazenamento de informações na memória de trabalho fonológica, demonstrando comprometimento de informação de caráter fonológico ao serem comparadas às crianças mais habilidosas (Gonçalves-Guedim, 2017).

Os défices na memória operacional e nas funções executivas podem acarretar prejuízos na linguagem e os comprometimentos relacionados a habilidades de inferências, poderão estar relacionados aos aspetos semânticos da linguagem oral, também, se relacionam aos processos de funcionamento executivo (Barrozo *et al.*, 2017; Befi-Lopes *et al.*, 2012; Machado-Nascimento *et al.*, 2016; Souza e Souza *et al.*, 2020; Vohr, 2014; Westby & Watson, 2004). Sendo assim, para o desenvolvimento da aprendizagem de crianças com PHDA é fundamental que os aspetos cognitivos, os processos de informações e competências fonológica, acesso lexical e memória fonológica de trabalho estejam integrados (Alves *et al.*, 2014; Gonçalves-Guedim *et al.*, 2017).

Os défices na memória do trabalho e nas funções executivas em crianças com PHDA, além dos problemas de atenção podem gerar também atrasos no seu desenvolvimento linguístico e de fala, o que acaba se tornando também um preditor de problemas de comportamento, sendo assim, torna-se fundamental contextualizar, mesmo que de forma sucintas, o Comportamento social de crianças com PHDA com dificuldades de linguagem e fala associadas.

2.4 Comportamento Social em crianças com PHDA com dificuldades de linguagem/fala associadas.

Crianças com PHDA com dificuldades de linguagem e fala associadas, não apenas demonstram problemas de comportamento, mas também baixos níveis de competência social, redução de desempenho acadêmico em relação a crianças da mesma idade e dificuldades no estabelecimento de relações sociais e pior qualidade de vida (Eadie *et al.*,

2018; Lima & Albuquerque, 2003; Macharey & von Suchodoletz, 2008; Oshima e Parra, 2015; Puglisi, 2016; Rice, 2017; Tomblin, 2005)

Ao apresentarem essas dificuldades essas crianças estão propensas a terem dificuldades de socialização e podem apresentar uma série de problemas psicoemocionais, pois uma boa habilidade de competências linguísticas é fundamental para o desenvolvimento de competências acadêmicas e sociais bem-sucedidas (Oshima e Parra, 2015; Tomblin, 2005), tendo em vista que as mesmas podem limitar a capacidade das crianças de expressar desejos, necessidades e emoções, causando um impacto negativo nas relações entre pares, aumentando o risco de comportamento agressivo, oposição, retraimento de perfil social e ansiedade (Macharey & Von Suchodoletz, 2008; St Clair, *et al.*, 2011).

Na concepção de Lima & Albuquerque (2003), as dificuldades linguísticas podem causar grande comprometimento acadêmico com maiores implicações negativas para a autoestima e para a vida social de portadores de PHDA. Essas crianças tendem a ter fracasso escolar, perturbações emocionais e um desempenho negativo ao se tornarem adultas, quando comparado aos outros (Silva & Souza, 2004). Na opinião de Macharey & Von Suchodoletz (2018) crianças com problemas de linguagem e distúrbios comportamentais adicionais são especialmente propensos a experimentar observações negativas e rejeição, tendo em vista, que essas crianças tendem a ter habilidades sociais mais pobres, se afastam das interações sociais, têm menos comportamento pró-social e menos integração em grupos de pares do que crianças sem comprometimentos de linguagem (Durkin & Conti-Ramsden, 2007; Rice *et al.* 1991), ou seja, as habilidades linguísticas são de extrema importância para o desenvolvimento de suas competências sociais (Pakarinem *et al.*, 2018).

Os critérios diagnósticos para a PHDA sugerem uma série de dificuldades nos aspectos pragmáticos da linguagem como uso apropriado e eficaz da linguagem em contextos interpessoais, afetando a capacidade das crianças de se relacionarem bem no ambiente familiar, escolar e com os colegas, sendo essas dificuldades relatadas ao longo de várias décadas em estudos sobre as habilidades de crianças com PHDA (Green *et al.*, 2014).

Crianças e adolescente com PHDA apresentam dificuldades em expressar-se, pois as palavras e a fala não acompanham a velocidade da sua mente. Em grupos tendem a falar sem parar, não se dando conta de desejo das outras pessoas de emitir opiniões, fazer

colocações, transformando a conversa num monólogo em vez de um diálogo. A comunicação costuma ser compulsiva, gerando respostas inadequadas, o que na maioria das vezes, provoca situações constrangedoras e/ou ofensivas. Algumas, vezes exibem temperamento explosivo, por não aceitar críticas, provocações e/ou rejeições, ocorrendo com certa facilidade o rompimento de relacionamentos profissionais, sociais e/ou afetivos (Barini & Hage, 2015; Nogueira & Correia, 2019; Oliveira *et al.*, 2012; Oshima & Parra, 2015).

Segundo Oshima & Parra (2015) muitas vezes as crianças que apresentam PHDA, não se enquadram nas características gerais de crianças com desenvolvimento típico, por não apresentarem comunicação efetiva, o que as leva a demonstrar comportamentos impulsivos e agressivos, não estabelecer vínculos e ficar muitas vezes isoladas. Estes, constataram que cada vez mais, no acompanhamento fornecido no âmbito da Terapia da Fala, se percebe o aumento de casos de alterações da linguagem e os prejuízos sociais que elas acompanham, nas crianças diagnosticadas com PHDA.

Nomeadamente aos impactos que as dificuldades de linguagem e fala associados a PHDA podem trazer para as crianças portadoras dessa perturbação, podemos referir: crianças com PHDA e dificuldades de linguagem e fala tendem a apresentar mais problemas de comportamento, menor autoestima e maior taxa de abandono escolar (Guardiano *et al.*, (2014), apresentam tendência a comportamentos depressivos (Shimizu e Miranda (2012), as ligações entre linguagem e atenção são evidentes, acarretando alterações na vida dos indivíduos as quais vão interferir e repercutir nas atividades cotidianas, na aprendizagem escolar e nas relações sociais (Silveira *et al.*, 2009), o que promove a redução das habilidades de leitura e escrita (Fontinele e Silva, 2021).

Diante do que foi exposto, percebe-se a necessidade de melhor se capacitar pais, professores e profissionais especializados para atender às demandas apresentadas por essas crianças tanto no âmbito académico, familiar e social e também para a necessidade de promover políticas de inclusão dessas crianças focadas no AEE para um melhor apoio prestado as suas NEEs.

CAPÍTULO III – NECESSIDADES EDUCACIONAIS ESPECIAIS – NEE

Desde o início da história da humanidade, os conceitos de igualdade e desigualdade, vêm sendo fortemente incorporados e a escola vem ao longo dos tempos, sendo vista como fornecedora de uma escolarização com privilégios de um grupo, apresentando uma exclusão de outros, legitimada por políticas e práticas educacionais pouco ou nada inclusivas. Um primeiro passo, para se sanar esse grande impasse, foi a universalização do acesso à escola, contudo, alguns indivíduos ou grupos ainda continuaram a ser excluídos pelos seus novos padrões homogeneizadores, tendo em vista, que dentro desse contexto, buscou-se explicitar os regulamentos normativos de distinção dos educandos em função de atributos físicos, intelectuais, culturais, sociais e linguísticos, entre outras.

Com o surgimento da Educação Especial, organizando-se através do AEE substitutivo ao ensino comum, levou à constituição de órgãos especializados, escolas e classes especiais, reforçando dessa forma, o conceito de normalidade/anormalidade, determinando formas de atendimento clínico e terapêutico, fortemente ancorados em avaliações psicométricas que, por meio de diagnósticos, definindo as condutas escolares para os estudantes com deficiência (Gomes, 2012).

Considera-se como Necessidades Educacionais Especiais (NEEs) as dificuldades acentuadas de aprendizagem e/ou as limitações no desenvolvimento do processo educacional das crianças. Estas podem ser divididas em duas dimensões: as não relacionadas a fatores orgânicos específicos e as relacionadas com condições, limitações, deficiências e disfunções, altas habilidades e superdotação que os leve a comandar conceitos, procedimentos e atitudes de maneira muito rápida (Brasil, 2001a).

As NEEs ganharam força a partir das discussões propostas no “movimento pela inclusão” pelo debate realizado na Conferência Mundial sobre Educação Especial, realizada em 1994 em Salamanca, na Espanha. Com esse movimento a definição de NEEs, passou a

incluir não apenas crianças com deficiências, mas também aquelas que possuam qualquer tipo de dificuldades temporárias ou permanentes na escola; que esteja em defasagem série-idade devido a repetências contínuas; que por motivo de trabalho não tenha conseguido frequentar a escola; as que vivem nas ruas ou as que moram em locais distantes de quaisquer escolas; as em condições de vulnerabilidade econômico-social ou que sejam desnutridas; as que sejam vítimas de guerra ou conflitos armados; as que sofrem de abusos físicos, emocionais e sexuais; ou as que simplesmente estão fora da escola, por qualquer motivo que seja (Menezes, 2001).

Esse novo cenário, promoveu o encontro do ensino regular com o especial, na proporção em que esse novo modelo deixa claro que todos possuem ou podem possuir, temporária ou permanentemente NEEs, e para isso, deve existir um sistema único, capaz de ofertar educação para todos os alunos, independente de serem ou estarem nessa condição, abrindo caminho para um novo paradigma educacional, a Educação Especial na Perspetiva da Educação Inclusiva.

Relativamente à Política Nacional de Educação Especial na Perspetiva da Educação Inclusiva, sua finalidade principal é promover meios, recursos e/ou serviços que assegurem a educação equitativa e inclusiva nas salas de aula regulares, nas escolas e classes especiais, nas escolas bilíngues, nos polos escolares, em salas de recursos multifuncionais e nos CAEEs. Ofertar também o serviço de AEE gratuito ao público-alvo da Educação Especial, complementando ou suplementando o ensino, no contraturno a escola regular, em todos os níveis educacionais, etapas e modalidades de ensino, de forma que cada estudante tenha garantida a sua aprendizagem, de acordo com sua necessidade, nas escolas regulares inclusivas, nas escolas bilíngues de surdos ou nas escolas especializadas quando os educandos não se beneficiarem dos processos educacionais nas escolas regulares inclusivas (BRASIL, 2020).

Nesse sentido a Constituição Federal/1988 (CF), define o direito de todos à educação gratuita e de qualidade, de forma a garantir seu pleno desenvolvimento, seu direito como cidadão e sua qualificação para o trabalho e estabelece que o Estado deverá prezar pela igualdade de condições de acesso e permanência do aluno na escola, além da oferta do AEE, preferencialmente na rede regular de ensino. Direito este, também reforçado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei nº 8.069/90, o qual disciplina que, para

além do dever do Estado, cabe os pais e/ou família a obrigação de matricular seus filhos ou protegido nas escolas da rede regular de ensino.

E a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), Lei nº 9.394/96, veio disciplinar a obrigatoriedade da criação de oportunidades para que o aluno tenha acesso a educação, levando-se em consideração as características individuais de cada um, seus interesse, suas condições profissionais e de vida, assegurando-lhes currículo, métodos, recursos e organização específicas de modo a atender suas particularidades e necessidades e assegurando a terminalidade específica àqueles que não conseguiram concluir o ensino fundamental por não atingiram o nível exigido, em virtude de suas deficiências; bem como, conclusão do programa escolar pelos superdotados, através da aceleração de estudos.

A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, nº 13.146/2015 reforça a importância do profissional de apoio escolar, como suporte aos alunos com NEE, auxiliando-os na execução de atividades de alimentação, higiene e locomoção e no acompanhamento em todas as atividades escolares, sempre que houver necessidade, em instituições pública e privadas, em todas as modalidades e níveis de ensino.

O Decreto nº 10.502 de 30 de setembro de 2020, que instituiu a Política Nacional de Educação Especial: Equitativa, inclusiva e com aprendizado ao longo da vida, aborda a valorização das singularidades e também o direito do estudante com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação e da família decidirem sobre as alternativas mais adequadas para o AEE (Brasil, 2020).

Todos os avanços alcançados e todas as políticas públicas criadas trazem como ponto de partida a compreensão de que tipo de apoio deve ser ofertado aos educandos da educação especial, de forma a respeitar suas características e peculiaridades, garantido, seu pleno desenvolvimento e sua inclusão social, acadêmica, cultural e profissional (Brasil, 2020).

3.1 Atendimento Educacional Especializado – AEE

O AEE, de acordo com o Ministério da Educação (MEC) (BRASIL, 2013), se apresenta como “um conjunto de atividades e recursos pedagógicos e de acessibilidade, organizados institucionalmente”. Este apoio é prestado aos alunos matriculados no ensino regular e que apresentam NEEs, visando complementar ou suplementar a sua formação. A

realização desse apoio, requer a atuação efetiva de diversos profissionais, em especial do professor, na realização do processo de intervenção.

Na concepção de Pereira *et al.* (2019, p. 128), “Atendimento Educacional Especializado (AEE) é um método mediador da educação inclusiva que visa dar suporte à educação regular, para avanços no processo ensino-aprendizagem de alunos com limitações”.

A proposta de AEE no Brasil foi apresentada no ano de 2008, através da Política Nacional de Educação Especial na Perspetiva da Educação Inclusiva, com o propósito de identificar, organizar, elaborar todos os recursos necessários para promoção da acessibilidade, de forma a eliminar os entraves que venham a impossibilitar a participação plena dos educandos frente à suas necessidades específicas, não substituindo a escolarização mas complementando e/ou suplementando a sua formação (Felício *et al.*, 2016).

De acordo com o MEC/BR, o AEE tem por objetivo, disponibilizar serviços e estratégias, que complemente e/ou suplemente a formação do educando, visando a eliminação de barreiras que impeçam a participação e o desenvolvimento eficaz da aprendizagem dos mesmos, promovendo sua autonomia, independência, alfabetização e aprendizagem dos conteúdos (Brasil, 2008).

Ao longo de todo o seu contexto histórico, o AEE vem sendo disciplinado por diversas legislações, as quais estabelecem as diretrizes reguladoras e define os papéis dos diferentes atores que participam do processo de inclusão nos diferentes contextos.

A CF/88, determina que a educação inclusiva seja consolidada mediante a garantia de AEE aos alunos com deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino. Porém, em situações especiais pode ser oferecido fora da sala de aula regular. A LDBEN/96 diz que o AEE será garantido de forma transversal a todos os níveis, etapas e modalidades, preferencialmente na rede regular de ensino, mas quando não for possível a integração do educando no ensino regular, nas classes comuns, poderá ser ofertada em classes, escolas ou serviços especializados.

O MEC (Brasil, 2008), determina que o AEE, pelo seu caráter complementar, deve ser ofertado no contraturno ao ensino regular, visando uma ação interventiva com objetivos,

metas e procedimentos educacionais distintos dos aplicados nas escola comum, visando atender as particularidades dos educandos com NEE. Este, financia os recursos e serviços de AEE para as escolas das redes públicas de ensino e orienta através das políticas de Inclusão, a atuação dos CAEEs, tendo em vista que na perspectiva da educação inclusiva, o AEE pode ser ofertado aos educandos oriundos das classes comuns da educação básica, em instituições comunitárias, confessionais ou filantrópicas sem fins lucrativos, desde que especializadas em educação especial/inclusiva, e que sua atuação se dê por meio da reorientação das escolas especiais, que objetivam transformar-se em CAEE (Brasil, 2015).

O CAEE, dentro de sua perspectiva inclusiva, não funciona como substitutivo a escola regular, mas sim, representa uma alternativa para reorientação das instituições especiais de ensino, tendo como foco a participação das mesmas na inclusão escolar de educando com NEE, visando fortalecer as ações adotadas no contexto das escolas regulares, colaborar para a adoção de medidas de apoio para a efetivação do direito de todos à educação, promovendo os meios necessários para a escolarização das pessoas com NEE de forma a assegurar um sistema educacional inclusivo, em todos os níveis, em igualdade de condições com as outras pessoas (Brasil, 2013).

O Governo Federal presta apoio técnico e financeiro aos sistemas públicos de ensino dos Estados, Municípios e do Distrito Federal (Decreto nº 7.611/2011), assegurando a dupla contabilização da matrícula do educando com NEE, sem prejuízo da contabilização da matrícula no ensino regular, no âmbito do FUNDEB – Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica (Decreto nº 6.253/2007), além de destinar anualmente, recursos do PDDE (Resolução CD/FNDE nº 10/2013) e do PNAE -Programa Nacional de Alimentação Escolar, para oferecimento do AEE aos educandos matriculados no CAEE.

Em 2001 as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica - Resolução CNE/CEB nº 2/2001, determinou a obrigatoriedade dos sistemas de ensino acolher as matrículas de todos os educandos, assegurando aos educandos com NEE o direito ao AEE, complementar ou suplementar à escolarização, sempre que se torne evidente a necessidade, mediante avaliação e interação com a família e a comunidade, de forma a promover ensino inclusivo e de qualidade.

O Plano Nacional de Educação (PNE), Lei nº 10.172/2001, preceitua a construção de uma escola inclusiva com garantia do atendimento à diversidade humana e estabelece como objetivos e metas a serem alcançadas a adequação dos sistemas de ensino para atender aos educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação e aponta como principais dificuldades os défices nas oferta de matrículas desses educandos em classes de ensino regular, a necessidade de formação docente e acessibilidade física e estrutural para o desenvolvimento do AEE.

Frente as essas demandas, o MEC/BR, implantou em 2003 o Programa Educação Inclusiva: direito à diversidade, visando promover a transformação do sistema de ensino em um sistema de ensino inclusivo, através de um amplo processo de formação de gestores e educadores em todos os municípios do Brasil, capacitando-os a garantir a escolarização dos educandos com NEE, através da oferta de AEE e garantia de acessibilidade para todos.

Com a finalidade de se organizar esses sistemas inclusivos de educação a Resolução CNE/CEHB, 04/2009, veio operacionalizar o AEE na Educação Básica, definindo seu caráter complementar ou suplementar, planejando a institucionalização do AEE no Projeto Político Pedagógico da Escola, ratificando o caráter não substitutivo e transversal da Educação Especial Inclusiva e regulamentando sua oferta nas salas de recursos multifuncionais ou em CAEE da rede pública ou de instituições comunitárias, confessionais ou filantrópicas sem fins lucrativos

A Lei nº 13.005/2014, que institui PNE/2014, em sua meta 4 prega a universalização do acesso à educação básica e ao AEE para as pessoas com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação, na faixa etária de 4 a 17 anos, ofertado, para além da rede regular de ensino, através de convênios com instituições especializadas, sem prejuízo do sistema educacional inclusivo.

Em 2014, o Decreto nº 8.368 que regulamenta a Lei do Autismo – nº 12.764/2012, determinou a disponibilização de um acompanhante especializado para a pessoa com a Perturbação do Espectro Autista ou com outra deficiência, matriculada em Instituições de

PHDA na População Infantil: Conhecimentos/Crenças, Comportamento Social e Linguístico e a Intervenção de AEE.

Ensino, quando comprovada a necessidade de apoio às necessidades de comunicação, locomoção, alimentação, cuidados pessoais e interação social.

A Política Nacional de Educação Especial: Equitativa, Inclusiva e com Aprendizado ao Longo da Vida, veio reforçar a valorização da singularidade dos educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, valorizando também o papel da família na tomada de decisão sobre as alternativas de aplicação do AEE (Brasil, 2000).

A Lei nº 14.254/2021, veio regulamentar o acompanhamento integral dos educandos com dislexias, PHDA ou outros transtornos de aprendizagem, sanando os questionamentos quanto à legitimidade dos mesmos como público-alvo do AEE.

Muitos são os impasses para garantia da qualidade do AEE ofertado a crianças com NEE no Brasil, dentre os quais, podemos citar: a formação adequada dos profissionais que atuam em AEE, a falta de tecnologias assistivas, a integração escola, família e serviços especializados (Pereira, 2019). E para que ele se concretiza faz-se necessário a ação de vários atores (família, escola, sociedade e profissionais especializados), através de um processo de intervenção integrado, com o objetivo de reduzir as limitações das crianças com NEE e potencializar a sua autonomia e aprendizado.

3.2 Intervenções do Atendimento Educacional Especializado

Ao se tomar conhecimento da existência das NEEs, abre-se o campo para o paradigma da inclusão e passa a se pensar numa intervenção com base no AEE, o qual irá servir como estímulo, à eliminação das limitações relevantes do funcionamento multidimensional da criança com deficiência intelectual e desenvolvimental, instruindo toda a organização educacional para um processo que proporcione o desenvolvimento da aprendizagem e siga um critério concebido não pelas limitações presentes em razão de déficit, e sim, por aquilo que a criança pode ter êxito a partir do processo de mudanças (Barbosa, 2015).

A intervenção de AEE realizada pela equipa multiprofissional é uma estratégia importantíssima no percurso para a concretização do processo de inclusão escolar, pois, são esses profissionais que em parceria com a escola e a família que irão oferecer aos alunos com NEE ou que apresentam graves comprometimentos motores, condições de

acesso e permanência, bem como, sua participação na sala de ensino regular (Tenório *et al.*, 2019).

Esse processo de intervenção deve ocorrer em horário oposto ao estabelecido pelo ensino regular, assim sendo, não o substitui; pelo seu caráter complementar torna necessário a realização de um trabalho diferenciado, discutindo conteúdos e adotando metodologias que venham acrescentar novos métodos ao trabalho realizado na escola regular, focado nas características e necessidades da criança, pautando assim, todo o atendimento nas necessidades e particularidades do aluno de forma a promover o desenvolvimento das competências necessários. Contudo, ambos (AEE e Escola regular) precisam acontecer concomitantemente, uma vez que uma beneficia o trabalho da outra (Batista, 2013; Ferreira, 2016).

Antes de se inserir uma criança com necessidade especiais no convívio escolar, inúmeros fatores precisam ser observados: o número ideal que serão atendidos pelo professor; a adequação do espaço escolar às crianças que participarão das aulas; a seleção do pessoal relacionado ao atendimento; a escolha de métodos, técnicas, procedimentos e materiais de ensino apropriados ao educando e a importância do envolvimento da equipa escolar com os pais num trabalho conjunto, e, no caso de AEE a integração entre pais, escola e equipa multiprofissional (BRASIL, 2001b).

A Resolução CNE/CEB nº 2/2001, a qual institui as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, dispõe sobre o apoio pedagógico especializado a ser prestado na sala de aula comum, mediante: atuação colaborativa de profissionais especializados em Educação Especial; atuação dos professores de libras; atuação de professores de sala de aula comum e outros profissionais externos de apoio ao AEE; disponibilização de outros apoios necessários à aprendizagem, a locomoção e à comunicação, além de uma rede de apoio integrada com os sistemas de saúde de forma a organizar o AEE a alunos impossibilitados temporariamente de frequentar as aulas em razão de qualquer acometimento de saúde” (BRASIL, 2001a).

Kauffman e seus colaboradores (2014) afirmam que, no decorrer do século XX e nas primeiras décadas do século XXI, passou-se a discutir a importância dos professores da educação especial trabalhar juntos com os professores do ensino regular, de forma a melhorar a qualidade do apoio prestado, no que concerne à educação de todas as crianças

com deficiência e com NEE. O que ressalta a importância da capacitação e preparo dos professores que irão atuar no AEE, para que o processo de intervenção se concretize como um potencializador da aprendizagem das crianças e como ferramenta de apoio à família no processo de inclusão dos seus filhos.

Para realização do AEE faz-se necessário uma rede colaborativa de apoio à inclusão, visando o acesso a recursos, serviços e trabalho, através da participação em ações intersetoriais, envolvendo a escola e as demais políticas de saúde, educação e assistência social, ou seja, deverá haver uma parceria colaborativa entre a escola, a família e outros profissionais, com visão interdisciplinar (Hornby, 2015).

Para atuação nesse tipo de atendimento, o MEC/BR ressalta que o professor que irá atuar no AEE precisa ter em sua base de formação inicial e continuada, conhecimentos gerais para o exercício da docência e conhecimentos específicos da área de Educação Inclusiva. Esse nível de qualificação possibilitará uma atuação efetiva em AEE, possibilitando-o a atuar de forma interativa e interdisciplinar nas salas comuns de ensino regular, nas salas de recursos multifuncionais, nos CAEE, nos núcleos de acessibilidades das instituições de educação superior, nas classes hospitalares e nos ambientes domiciliares, dinamizando a oferta dos serviços e recursos de educação especial (Brasil, 2020).

A criança com NEE exige dos profissionais que atuam com ela um olhar sensibilizado, compreensivo e que adapte as atividades de acordo com as particularidades e singularidades de cada aluno, tendo em vista que a sua necessidade especial não a torna um ser inerte, pois ela pode aprender e desenvolver suas habilidades. Sendo assim, profissionais especializados e com elevando nível de qualificação são necessários para suprir tais demanda (Hornby, 2015).

3.3 Caracterização da equipa dos profissionais de AEE

Muitas das NEEs, ao longo do tempo, tendem a evoluir para outras comorbilidades e quando as mesmas ocorrem, o trabalho de intervenção terapêutica necessitará ser corroborado por uma equipa multidisciplinar e com uma intervenção mais acentuada (Lima & Cunha, 2017).

De acordo com o art. 8º do Decreto nº 10.502/2020, o qual institui a Política Nacional de Educação Especial: Equitativa, Inclusiva e com aprendizado ao longo da vida (Brasil, 2020):

Atuarão, de forma colaborativa, na prestação de serviços da educação especial:

I - Equipes multiprofissionais e interdisciplinares de educação especial;

II - Guias-Intérpretes;

III - professores bilíngues em Libras e língua portuguesa;

IV - Professores da educação especial;

V - Profissionais de apoio escolar ou acompanhantes especializados, de que tratam o inciso XIII do **caput** do art. 3º da Lei nº 13.146, de 2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência, e o parágrafo único do art. 2º da Lei nº 12.764, de 2012; e

VI - Tradutores-Intérpretes de Libras e língua portuguesa.

Para que o AEE seja efetivo faz-se necessário uma ação coordenada entre todos os envolvidos. A parceria entre pais e profissionais é essencial para o sucesso do processo de intervenção, com o reconhecimento, de que os respectivos papéis mudam à medida que ambos passam a construir um relacionamento recíproco com contribuições de todas as partes (Davies, 2014). Além disso, a parceria entre os professores, ou seja, a escola, e o CAEE, deve refletir sintonia, para que os objetivos sejam traçados de forma que o trabalho seja interdisciplinar e colaborativo, possibilitando avaliar o educando com NEE de acordo com as suas necessidades e potencialidades (Araújo *et al.*, 2019; Osório & Sardagna, 2020). Neste processo de acompanhamento, salienta-se a importância do diagnóstico precoce, seja da parte dos professores ou dos profissionais especializados (Avancini & Vithoft, 2021), o qual será determinante para que a resposta possa surgir de modo mais atempado possível, visando a máxima participação e aprendizado.

Cabe à Equipe Multidisciplinar (Fonoaudiólogos, Psicólogos, Pedagogos e Psicopedagogo, Educadores Físicos, Fisioterapeutas, Enfermeiros, dentre outros) a responsabilidade da análise e deferimento, dos alunos com NEE, que necessitam do acompanhamento do profissional especializado de apoio escolar, para suprir as dependências descritas pelos critérios da Lei de Inclusão.

Segundo a Nota Técnica nº 055/2013/MEC/SECADI/DPEE, o professor de AEE deve participar da elaboração do Projeto Político Pedagógico do CAEE a fim de conhecer os objetivos e atividades propostas, as quais devem ter sido elaborados levando em consideração os desafios vivenciados pelos estudantes, público-alvo da educação especial

no ensino comum; identificar as habilidades e as limitações impostas pela NEE para cada educando em específico, de forma a estabelecer a carga horária individual ou em grupo para atendimento a esses educandos; acompanhar e avaliar a funcionalidade e aplicabilidade dos recursos pedagógicos utilizados pelos estudantes; orientar os professores da sala de aula comum e às famílias, sobre a utilização dos recursos pedagógicos e de acessibilidade, além de promover a autonomia e independência do educando.

Na concepção de Bedaque (2014), muitas vezes o professor de sala regular de ensino, não é capaz de entender a inclusão escolar e essa dificuldade, não permite que este acolha o aluno com necessidade especial, e o ensino se transforma em um desafio a ser vencido por ele, por isso, a interação com o profissional especializado requer um conjunto de ações integradas, levando-os a se reorganizarem, mudarem concepções e postura e propiciarem ações pedagógicas que proporcione reconstruir um novo modelo educativo, tendo como elementos essencial, a criatividade na perspectiva de um trabalho coletivo consciente.

É dever da escola fornecer uma educação inclusiva e acessível aos alunos com NEE e o Professor de AEE precisa estar preparado para atuar com esse público-alvo. Neste sentido, para além do âmbito pedagógico e curricular, terá de considerar o planejamento e a aplicação das atividades a serem realizadas com as crianças com NEE, as quais deverão dispor de métodos e técnicas que se adequem ao ritmo de cada criança, respeitando o seu tempo de desenvolvimento e as suas individualidades.

O AEE deve ocorrer de forma integrada, onde a parceria família-escola é fundamental para sua efetivação. A família é um elemento fundamental na vida da criança e uma importante parceira no acompanhamento da mesma. Os professores e a equipa multiprofissional possui experiências, habilidades e conhecimento para uma avaliação rápida das necessidades e para recomendação da intervenção, mas são os pais que contribuem com as informações relevantes sobre a criança, e isso, realça a importância do respeito mútuo pelas competências e perícias de cada agente no processo, os profissionais têm experiência em ajudar os pais a tomar decisões informadas, definindo problemas e objetivos; os pais têm conhecimento do momento certo, de como e por quem as intervenções devem ser implementadas (Carlhed *et. al.*, 2003), e isso, reforça a

necessidade de se conhecer as percepções dos mesmos sobre a eficácia da atuação dos profissionais no AEE.

Em se tratando de comprometimento motor e de fala, os profissionais de saúde necessitam utilizar instrumentos adaptados e adequados às especificidades de cada criança (Paura & Deliberato, 2011). Em virtude das diversas necessidades educacionais apresentadas pelas crianças, um profissional que merece destaque no processo de intervenção no AEE, são os fonoaudiólogos ou terapeutas da fala. Com alta prevalência e consequências ao longo da vida, é fundamental que os profissionais de saúde e educação compreendam a natureza da PDL e aspectos relacionados ao bem-estar e qualidade de vida da criança (Eadie, *et al.*, 2018; Feldman, 2019).

Segundo Roulstone *et al.*, (2015), anteriormente, o normal era as crianças serem levadas para as clínicas e, após avaliação e diagnóstico, receberem intervenção direta dos terapeutas da fala, contudo, nas últimas décadas tem havido o uso crescente de abordagens indiretas de intervenção, que visam otimizar o ambiente de comunicação na família, treinando diretamente os pais na interação pai-filho (Law *et al.*, 2017), modelo este, também proposto pelas equipas de AEE. Os pais podem simplesmente monitorar a terapia levando materiais para casa e estimulando o interesse da criança, ou podem realmente realizar atividades destinadas ao desenvolvimento de habilidades específicas, desde que preparados pelos profissionais especializados (Feldman, 2019).

Para Davies (2014) é de fundamental importância o papel do profissional especializado frente a tomada de decisão quanto a forma de intervenção a ser realizada com crianças com NEE, principalmente no que concerne às dificuldades de fala e de linguagem. Para a autora, esse profissional possui experiências, habilidades e conhecimento para uma avaliação rápida das necessidades e para recomendação da intervenção, ou seja, a tomada de decisão quanto a mesma é orientada pelos profissionais especializados, com os pais contribuindo com as informações relevantes sobre a criança, e isso, realça a importância do respeito mútuo pelas competências e perícias de cada agente no processo, os profissionais têm experiência em ajudar os pais a tomar decisões informadas, definindo problemas e objetivos.

3.4 Atendimento Educacional Especializado a Crianças com PHDA

Por muito tempo no Brasil, relativamente as políticas de educação especial perdurou o entendimento de se tratar de uma modalidade de educação mais apropriada para a aprendizagem dos educandos com deficiências, problemas de saúde ou qualquer inadequação referente à estrutura organizada pelos sistemas de ensino, reforçando um caráter mais exclusivo que inclusivo.

Frente as demandas que foram surgindo no contexto educacional, tornou-se eminente a necessidade de criação de novas políticas educacionais voltadas para uma perspectiva mais inclusiva. Legislações como a Constituição Federal/88, a LDBEN/1996 e Declaração de Salamanca/1994 e as demais legislações emitidas pelo MEC/BR, vieram ampliar as possibilidades de atendimento às NEEs. Facto que, ampliou o conceito de NEE, aumentando o desafio de todos, em atender as diferenças, considerando as particularidades e limitações de cada educando. Contudo, mesmo diante dessa perspectiva transformadora, ainda não há efetividade nas políticas educacionais implementadas, de levar a escola comum a assumir o desafio de atender as NEEs de todos os alunos.

Nessa perspectiva inclusiva, as propostas pedagógicas das escolas definiram com público-alvo da educação especial os alunos com deficiência - aqueles dotados de limitações permanentes ou transitórias que influenciam em seu desenvolvimento físico, mental e intelectual; transtornos globais de desenvolvimento – os quais apresentam alterações qualitativas nas interações sociais e comunicação; e, altas habilidades/superdotação- aqueles como potencial elevado em diversas áreas e com elevado nível de criatividade, aprendizagem e capacidade de realização de tarefas complexas (Brasil, 2020). Além, de englobar os transtornos funcionais específicos como elegíveis ao AEE, onde estão: dislexia, disortografia, disgrafia, discalculia, PHDA, entre outros (Brasil, 2008).

A PHDA juridicamente não é considerada deficiência, por não haver descrição científica sobre o seu enquadramento, sendo considerada pedagogicamente como uma Perturbação de Aprendizagem, o que a torna elegível para o AEE. Porém durante muito tempo, sofreu vários questionamentos quanto ao direito de serem atendidos como educandos com necessidades especiais.

Lei nº 14.254/2021, referencia o acompanhamento integral para educandos com dislexia ou PHDA ou outro transtorno de aprendizagem, visando a identificação precoce da perturbação, o diagnóstico dado por especialistas, o apoio educacional e o apoio terapêutico especializado na rede de saúde, com vistas ao seu pleno desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, com auxílio das redes de proteção social, existentes no território, de natureza governamental ou não governamental.

Diante de todos os estímulos para desenvolvimento das Políticas de Inclusão Educacional, a mesma ainda se encontra em um processo de construção, tanto no Brasil, como em outros países. Por esse motivo, é importante proporcionar aos envolvidos nesse processo uma adequada formação para desenvolvimento de práticas que aumentem o acesso desses estudantes à educação de qualidade, apesar das dificuldades inerentes da perturbação. Abrahão, *et al.* (2020), alertam para a necessidade de se abandonar a perspectiva patologizante e biologizante em relação a PHDA a fim de aproximá-la da inclusão educacional, de forma efetiva, através da reformulação das práticas nos contextos escolares.

Inúmeros são os obstáculos para a inclusão escolar do aluno com PHDA, primeiramente por apresentarem um bloqueio no aprendizado levando ao mau desempenho escolar e consequentemente dificuldades na sua inclusão, e segundo devido a ambientes desprovidos de uma estrutura física adequada, falta de conhecimento dos professores sobre a perturbação, falta de profissionais capacitados para lidar diretamente com a educação dos mesmos, grande número de alunos em salas de aula, excesso na carga horária de trabalho, ausência da família na vida escolar desses alunos e falta de recursos financeiros para trabalhar diretamente com o aluno diagnosticado com PHDA (Benicio & Menezes, 2017; Maia & Confortin, 2015).

No que concerne ao atendimento educacional de crianças com PHDA a grande preocupação de pais, professores, profissionais de saúde e educação é que há ainda muita controvérsia em relação a validade do diagnóstico e o processo de identificação, encaminhamento, diagnóstico e tratamento é altamente influenciado pelo conhecimento e perspectivas que todos esses indivíduos possuem sobre a temática, sendo essencial abordar os diferentes pontos de vista, a fim de se obter uma compreensão compartilhada (Moldavsky & Sayal, 2013; Moura *et al.*, 2019).

Santos & Vasconcelos (2010) afirmam que no sistema educacional brasileiro é muito comum professores diagnosticando crianças de maneira intuitiva por apresentarem padrões de comportamento que perpassam a PHDA. Sendo essas crianças fonte de medo e insegurança por parte dos educadores devido à falta de conhecimento e por não terem uma ampla visão de desenvolvimento e estratégias pedagógicas que favoreçam a aprendizagem daqueles que se apresentam diferentes ou que desafiam a rotina escolar.

A criança com PHDA precisa ser incluída no ambiente escolar e os profissionais que irão atuar com ela, precisam estar capacitados, pois a inclusão na vida cultural, acadêmica, profissional e política, só ocorrerá se ao educando for garantido o direito ao AEE em momento oportuno em função de suas demandas específicas. Essa intervenção precoce em classe ou escola especializada, no início do desenvolvimento neural, é crucial, pois a mesma poderá favorecer o sucesso no processo de inclusão nos anos seguintes e essa oportunidade pode ser perdida se for enfatizada apenas a inclusão na sala de aula comum desde o início da escolarização da criança (Brasil, 2020).

Alencar *et al.* (2020) ressaltaram a importância de o professor ter conhecimento sobre a PHDA, sabendo diferenciar seus sintomas, direcionando as queixas aos pais de forma a orientá-los a encaminhá-lo para um diagnóstico seguro com o profissional da área. E também, que os educadores realizem cursos de especialização e procurem ajuda com a equipa multidisciplinar, para sanar todas as suas dúvidas ao se deparar com alunos com PHDA. Que estude e participe de treinamentos e cursos de qualificação, bem como, práticas seguras e ativas com a presença de profissionais experientes no assunto.

O estudo de Bogossian (2021) ao discutir a inclusão e o processo de aprendizagem de crianças com PHDA evidenciou a necessidade que os professores têm de se sentir seguros e preparados para atuar com os educandos com PHDA, e esses, devem ser bem acolhidos e incluídos de forma a favorecer seu processo de ensino aprendizagem, ocorrendo de facto à inclusão do aluno no ambiente escolar e não apenas a integração.

Brandt *et al.* (2020) buscaram demonstrar a importância da gestão escolar para a formação continuada de professores que atuarão com educando com PHDA, e concluíram que os processos de formação trazem significativas contribuições acerca da forma como a comunidade escolar promove o atendimento aos educandos com PHDA, levando em consideração as suas especificidades.

Diante de todos os estudos apresentado percebe-se que não basta apenas se criar políticas de inclusão para atender as NEEs de alunos com PHDA ou com as mais diversas necessidades. Há necessidade de um trabalho profissional conjunto, no atendimento a esses estudantes, o qual inclui a participação da família como ponto culminante para uma formação acadêmica de sucesso, juntamente com todos os segmentos da comunidade escolar que o educando frequenta (professores, funcionários, equipa pedagógico-administrativa e serviços especializados).

CAPÍTULO IV – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

Este capítulo compreende a apresentação e fundamentação da metodologia de investigação empregada neste trabalho, com a descrição e o esclarecimento dos procedimentos metodológicos utilizados em cada uma das fases da investigação, salientando-se o respeito pelos princípios científicos e éticos referentes à mesma. As alternativas metodológicas assumidas foram as que se consideraram ser as mais apropriadas em função dos objetivos elaborados e da própria motivação da investigadora.

Assim, inicialmente é apresentado o desenho da investigação, com referenciação ao fenómeno estudado, às questões de investigação e objetivos do estudo, seguindo-se a definição da amostra e critérios de inclusão e exclusão. Posteriormente, são apresentados os instrumentos utilizados na recolha de dados, bem como os procedimentos adotados, destacando-se as considerações éticas. Por fim, são referidos os métodos de análise e tratamento dos dados (quantitativos e qualitativos) e a caracterização da amostra do estudo por grupos de participantes.

4.1 Desenho da Investigação

Esta investigação objetivou estudar “A PHDA na População Infantil - Conhecimento/Crenças, o Comportamento Social e Línguístico e a intervenção de AEE, na perceção de pais, professores, monitores de educação inclusiva e equipa multiprofissional”. Para tal, o desenho delineado possuiu uma abordagem descritiva, transversal e correlacional, com a integração de dados de carácter quantitativo e qualitativo. Esta confluência teve por objetivo ampliar o universo das perceções obtidas de forma a ampliar os resultados e a discussão sobre a temática estudada. A reunião de dados quantitativos e qualitativos é entendida como um fator enriquecedor no processo de investigação (Almeida & Freire, 2008; Field, 2005; Pestana & Gagueiro, 2005; Santos *et al*, 2017).

Assim, no estudo aqui apresentado pretendeu-se, num primeiro momento, recolher as perceções dos diversos atores que lidam com as crianças com PHDA no que se refere ao conhecimento que possuem sobre a problemática, bem como relativamente ao comportamento social e linguístico/fala que, muitas vezes, se encontra comprometido.

Para tal, recorreu-se à aplicação de diversos instrumentos aos pais, professores, monitores de educação inclusiva e equipa multiprofissional que integram a amostra. De seguida, e considerando a resposta existente no contexto brasileiro quanto ao apoio a crianças com esta condição em idade escolar, entendeu-se pertinente explorar a compreensão sobre o mesmo, através da recolha de perceções junto dos vários intervenientes, relativamente às características do apoio prestado num CAEE. Com este propósito foram realizadas entrevistas semiestruturadas a todos os grupos de participantes, com exceção do grupo dos monitores de educação inclusiva, por constrangimentos relacionados com a Pandemia COVID-19.

No entanto, importa referir que também numa fase inicial desta investigação, foi reunida alguma informação sobre as características de fala das crianças que integram a amostra. Este constitui-se um modesto contributo para a evidência quanto à existência desta comorbidade referenciada na literatura (Tomblin e Muller, 2012; Green, 2014; Al-Dakroury, 2018). Estes dados permitiram ainda a determinação de um critério para a seleção dos participantes dos diversos grupos aos quais foi aplicado o instrumento relativo à recolha de perceções sobre o impacto das alterações linguísticas/fala, bem como a entrevista para a caracterização do AEE. Em ambas as situações foram selecionados os participantes que se relacionavam com crianças com PHDA que apresentaram comprometimento de fala com gravidade severa, tendo por base a PCC.

Importa ainda clarificar que não foi objetivo deste estudo fazer uma caracterização aprofundada das características de fala das crianças com PHDA. No entanto, considerou-se pertinente a realização de uma breve caracterização à luz dos instrumentos selecionados. Neste sentido, e de modo a salvaguardar a extração de conclusões inadequadas, optou-se por fazer referência às crianças que integraram este estudo como possuindo dificuldades “linguísticas/fala”, uma vez que ambas podem existir e não foi realizada uma avaliação aprofundada para distinguir/caracterizar de um modo detalhado e inequívoco as mesmas.

i. Questões de Investigação e Objetivos de Investigação

Este estudo foi orientado através de quatro questões de investigação, as quais se operacionalizam nos objetivos indicados de seguida.

Questão 1 - Quais os conhecimentos e crenças dos pais, professores, monitores de educação inclusiva e equipa multiprofissional sobre PHDA?

Objetivos Específicos:

- 1.1 Identificar quais os conhecimentos/crenças que os pais de crianças com PHDA têm sobre essa perturbação;
- 1.2 Identificar quais os conhecimentos/crenças que os professores que atuam com crianças com PHDA têm sobre essa perturbação;
- 1.3 Identificar quais os conhecimentos/crenças que os monitores de educação inclusiva que atuam com crianças com PHDA têm sobre essa perturbação;
- 1.4 Identificar quais os conhecimentos/crenças que a equipa multiprofissional que atua com crianças com PHDA tem sobre essa perturbação;
- 1.5 Identificar as semelhanças/diferenças relativamente aos conhecimentos/crenças sobre PHDA dos pais, professores, monitores de educação inclusiva e equipa multiprofissional.

Questão 2 - Qual a perceção que os pais, professores, monitores de educação inclusiva e equipa multiprofissional têm sobre o comportamento social e linguístico/fala de crianças com PHDA?

Objetivos Específicos:

- 2.1 Identificar a perceção dos pais sobre o comportamento social de crianças com PHDA;
- 2.2 Identificar a perceção dos professores sobre o comportamento social de crianças com PHDA;
- 2.3 Identificar a perceção dos monitores de educação inclusiva sobre o comportamento social de crianças com PHDA;

PHDA na População Infantil: Conhecimentos/Crenças, Comportamento Social e Linguístico e a Intervenção de AEE.

2.4 Identificar a perceção da equipa multiprofissional sobre o comportamento social de crianças com PHDA;

2.5 Identificar as semelhanças/diferenças nas perceções dos pais, professores, monitores de educação inclusiva e equipa multiprofissional sobre o comportamento social de crianças com PHDA;

2.6 Compreender a perceção dos pais sobre o impacto das alterações linguísticas/fala em crianças com PHDA que apresentaram PCC severo;

2.7 Compreender a perceção dos professores sobre o impacto das alterações linguísticas/fala de crianças com PHDA que apresentaram PCC severo;

2.8 Compreender a perceção da equipa multiprofissional sobre o impacto das alterações linguísticas/fala de crianças com PHDA que apresentaram PCC severo;

2.9 Identificar as semelhanças/diferenças nas perceções dos pais, professores e equipa multiprofissional sobre o impacto das alterações linguísticas/fala das crianças com PHDA que apresentaram PCC severo.

Questão 3 - Como é caracterizada a intervenção do AEE realizada em crianças com PHDA que apresentaram PCC severo, pelos pais, professores e equipa multiprofissional?

Objetivos Específicos:

3.1 Caracterizar, de acordo com os pais, a intervenção do AEE realizada em crianças com PHDA que apresentaram PCC severo;

3.2 Caracterizar, de acordo com os professores, a intervenção do AEE realizada em crianças com PHDA que apresentaram PCC severo;

3.3 Caracterizar, de acordo com a equipa multiprofissional, a intervenção do AEE realizada em crianças com PHDA que apresentaram PCC severo;

3.4 Identificar as semelhanças/diferenças nas perceções dos pais, professores e equipa multiprofissional relativamente à caracterização da intervenção do AEE em crianças com PHDA que apresentaram PCC severo.

Questão 4 - Qual o perfil de fala das crianças com PHDA?

Objetivo Específico:

4.1 Contribuir para a caracterização do perfil de fala das crianças com PHDA.

ii. Critérios de Inclusão e Exclusão

A pesquisa teve como critérios de inclusão:

Para as crianças:

- Ter o português do Brasil como língua materna;
- Ter sido diagnosticado com PHDA e apresentar Relatório Clínico comprovativo do diagnóstico de PHDA;
- Ter idade escolar entre 6 e 12 anos.

Para os pais/representantes legais:

- Ter o português do Brasil como língua materna;
- Ser pai/mãe ou representante legal das crianças diagnosticadas com PHDA que integraram este estudo.

Para os professores:

- Ser professor de ensino regular que atuava com crianças diagnosticadas com PHDA atendidas no CAEE onde decorreu a pesquisa.

Para os monitores de educação inclusiva:

- Ser monitor de educação inclusiva que atuava com crianças diagnosticadas com PHDA atendidas no CAEE onde decorreu a pesquisa.

Para a equipa multiprofissional:

- Integrar a equipa de AEE do CAEE onde decorreu a pesquisa;

Foram considerados como critérios de exclusão:

Para as crianças:

- Possuir outro diagnóstico clínico (comorbidade), para além da PHDA (não se considerando eventual existência de dificuldades linguísticas/fala);

Para os professores:

- Ser professor de ensino regular que atuava com crianças diagnosticadas com PHDA, mas que não eram atendidas no CAEE onde decorreu a pesquisa.

Para os monitores de educação inclusiva:

- Ser monitor de educação inclusiva que atuava com crianças diagnosticadas com PHDA, mas que não eram atendidas no CAEE onde decorreu a pesquisa.

4.2 Caracterização da amostra

Considerando a particularidade da temática deste estudo a escolha da amostra teve por base o método de amostragem não probabilístico, com uma amostra de conveniência. A pesquisa foi realizada num CAEE vinculado a uma Instituição Pública Brasileira, na região do Nordeste. A amostra integrou: crianças diagnosticadas com PHDA, na faixa etária entre os 6 e os 12 anos, matriculadas nesse centro, as quais já se encontravam em processo de intervenção realizado por profissionais especializados; os pais ou outros responsáveis legais dessas crianças; os professores e monitores de educação inclusiva que atuavam com essas crianças no ensino regular nas escolas públicas e privadas; e a equipa multiprofissional que atuava no centro.

Assim, inicialmente foram identificadas 80 crianças diagnosticadas com PHDA matriculadas no CAEE, das quais foram selecionadas 53 na faixa etária entre os 6 e os 12 anos, tendo-se obtido autorização para a participação no estudo de 36 crianças. Deste modo, trata-se de uma amostra por conveniência, composta da seguinte forma:

- 36 crianças diagnosticadas com PHDA, de acordo com os critérios definidos pela DSM-5, na faixa etária 6-12 anos, que recebiam atendimento no CAEE;
- 36 pais/representantes legais das crianças com PHDA selecionadas para o estudo; de modo a facilitar a leitura, ao longo da apresentação deste estudo optou-se por denominar este grupo de participantes por “pais”, embora se salvasse que também integraram,

ainda que em número muito reduzido, outros cuidadores que se assumiam como representantes legais das crianças;

- 36 professores do ensino fundamental que atuavam no ensino regular com as crianças selecionadas para o estudo, nas escolas públicas e privadas;
- 36 monitores de educação inclusiva, das escolas públicas e privadas, que atuavam no ensino regular com as crianças selecionadas para o estudo;
- 18 Profissionais que integravam a equipa multiprofissional e atuavam no CAEE com as crianças selecionadas para o estudo: 1 enfermeiro; 3 psicólogos; 1 fonoaudiólogo; 3 fisioterapeutas; 1 educador físico; 2 nutricionistas; 2 assistentes sociais; 1 pedagogo e 4 psicopedagogos.

No que se refere, aos professores e monitores, vale aqui referir que os mesmos, são profissionais que atuavam com as crianças com PHDA em salas de aula comuns do ensino regular, não sendo os mesmos caracterizados como profissionais de AEE. O AEE é prestado às crianças com PHDA no contraturno ao ensino regular, de forma complementar e suplementar (Resolução CNE/CEB nº 4/2009), no CAEE, através de uma equipa multiprofissional, cujos profissionais que atuavam com as crianças com PHDA matriculadas no centro, foram objeto deste estudo.

A amostra total foi constituída por 162 participantes, os quais foram divididos por categorias identificadas por letras (C=crianças; PA=Pais; P=Professores; M=Monitores de educação inclusiva; e, EM=Equipa Multiprofissional), de forma a manter o sigilo e a confidencialidade das suas identidades. A caracterização da amostra deste estudo está descrita a seguir, abordando individualmente cada um dos cinco grupos que a compõe, no sentido de facilitar a leitura e análise dos dados.

i. Caracterização Sociodemográfica da amostra das Crianças (N=36)

Participaram neste estudo 36 crianças (C) na faixa etária de 6 a 12 anos com PHDA, as quais recebiam intervenção de AEE, no contraturno ao ensino regular, num CAEE do Brasil, o qual presta este tipo de apoio desde 2015 até os dias atuais.

Os dados relativos à caracterização sociodemográfica das crianças, objeto deste estudo, estão apresentados na Tabela 5. Observada a mesma, pode-se apurar que as crianças da amostra, estavam na faixa etária média, entre os 6 e os 10 anos.

A larga maioria era do sexo masculino, corroborando os estudos de outros pesquisadores, quanto a prevalência da PHDA ser em crianças do sexo masculino. Quanto a escolaridade, a grande maioria encontra-se na fase escolar e estuda em escolas públicas.

Tabela 1 – Caracterização da amostra por grupos de participantes – Crianças (C)

Caraterização da amostra (Crianças = C)		
Idade (Anos)	Frequência absoluta	Frequência Relativa (%)
[6 – 8[	15	41,67
[9 – 10[	14	38,89
[11 – 12 anos]	7	19,44
Sexo	Frequência absoluta	Frequência Relativa (%)
Masculino	28	77,78%
Feminino	8	22,22%
Fase Escolar	Frequência absoluta	Frequência Relativa (%)
Pré-escolar	2	5,56%
Escolar	34	94,44%
Tipo de Escola	Frequência absoluta	Frequência Relativa (%)
Pública	32	88,89%
Privada	4	11,11%

ii. Caracterização Sociodemográfica da amostra dos Pais/Responsáveis Legais (N=36)

Participaram neste estudo 36 pais/responsáveis (PA) de crianças na faixa etária de 6 a 12 anos, diagnosticadas com PHDA e assistidas por um CAEE no Brasil.

Os dados referentes à caracterização sociodemográfica dos pais/responsáveis legais que colaboraram nesta investigação são apresentados na Tabela 6. Da análise da mesma constatou-se que os indivíduos da amostra tinham, em média entre 20 e 40 anos de idade.

A grande maioria era do sexo feminino e metade encontrava-se casado/união estável e/ou permanecia solteiro. Por sua vez, a escolaridade mais frequente apresentou-se entre o Ensino Fundamental Incompleto (6º a 9º ano) e o Ensino Médio Completo.

Importa ainda mencionar que metade dos indivíduos deste grupo exerciam apenas atividades domésticas e a maioria dos cuidadores eram mães, o que pode sugerir que as mesmas fazem a opção de se manterem em casa para se dedicar ao cuidado de seus filhos.

Tabela 2 – Caracterização da amostra por grupos de participantes – Pais (PA)

Caraterização da amostra (Pais = PA)		
Idade (Anos)	Frequência absoluta	Frequência Relativa (%)
[20 – 30[	13	36,11%
[31 – 40[	11	30,56%
[41 – 50[	5	13,89%
[51 – 60[	6	16,67%
[Acima de 60 anos [	1	2,78%
Sexo	Frequência absoluta	Frequência Relativa (%)
Masculino	4	11,11%
Feminino	32	88,89%
Nível Educacional	Frequência absoluta	Frequência Relativa (%)
Analfabeto	4	11,11%
Ensino Fundamental Incompleto	10	27,78%
Ensino Fundamental Completo	4	11,11%
Ensino Médio Incompleto	5	13,89%
Ensino Médio Completo	11	30,56%
Ensino Superior Completo	2	5,56
Estado Civil	Frequência absoluta	Frequência Relativa (%)
Solteiro (a)	18	50%
Casado (a)	12	33,33%
União estável	5	13,89%
Ocupação Profissional	Frequência absoluta	Frequência Relativa (%)
Aposentado	2	5,56%
Atendente	1	2,78%
Auxiliar de escritório	1	2,78%
Balconista	1	2,78%
Cabelereira	1	2,78%
Comerciante	2	5,56
Cozinheira	2	5,56
Doméstica	18	50,00%
Lavadora	3	8,33%
Manicure	2	5,56
Nutricionista	1	2,78%
Servidor Público	2	5,56
Parentesco	Frequência absoluta	Frequência Relativa (%)
Mãe	29	80,56%
Pai	4	11,11%
Avó	2	5,56%
Tia	1	2,78%

iii. Caracterização Sociodemográfica e profissional da amostra dos Professores

(N=36)

Participaram neste estudo 36 professores (P) que atuavam com crianças com PHDA na faixa etária de 6 aos 12 anos, matriculadas no ensino regular no ano de 2021 e atendidas no contraturno no CAEE.

Da observação da Tabela 7, apurou-se que os professores que compõe a amostra tinham em sua maioria idade superior a 39 anos, estando a maior parte entre 40 e 50 anos de idade, sendo todas do sexo feminino. Relativamente ao grau de escolaridade, a larga maioria possuía especialização seguida de ensino superior completo.

Tabela 3 – Caracterização da amostra por grupos de participantes- Professores (P)

Caraterização da amostra (Professores = P)			
Idade (Anos)		Frequência absoluta	Frequência Relativa (%)
[20 – 30[		2	5,56%
[31 – 40[		7	19,44%
[41 – 50[		22	61,11%
Acima de 50 anos		4	11,11%
Sexo		Frequência absoluta	Frequência Relativa (%)
Masculino		0	0,00%
Feminino		36	100,00%
Nível Educacional		Frequência absoluta	Frequência Relativa (%)
Ensino Médio Completo		2	5,56%
Ensino Superior Incompleto		3	8,33%
Ensino Superior Completo		14	38,89%
Especialização		17	47,22%
Tempo Profissional (Anos)	Experiência	Frequência absoluta	Frequência Relativa (%)
[1 – 10[		6	16,67%
[11 – 20[		15	41,67%
[21 – 30[		13	36,11%
Acima de 30 anos		2	5,56%
Tempo de Atuação em AEE (Anos)		Frequência absoluta	Frequência Relativa (%)
[1 – 10[		30	83,33%
[11 – 20[		5	13,89%
Acima de 20 anos		1	2,78%

iv. Caracterização Sociodemográfica e Profissional da amostra dos Monitores de Educação Inclusiva (N=36)

Participaram neste estudo 36 monitores de educação Inclusiva (M) que atuavam como profissional de apoio educacional, auxiliando os professores na condução dos trabalhos realizados em sala de aula com crianças com PHDA, na faixa etária de 6 a 12 anos, matriculadas no ensino regular, no ano de 2021.

Com base no contido na Tabela 8, apurou-se que os monitores que compõe a amostra tinham em sua maioria idade entre 21 e 30 anos de idade, tendo maior predominância no sexo feminino. Relativamente ao grau de escolaridade, a larga maioria possuía ensino médio completo.

Notadamente, grande parte possuíam em média entre 1 e 5 anos de experiência profissional, atuando em AEE no mesmo período equivalente.

Tabela 4 – Caracterização da amostra por grupos de participantes – Monitores de Educação Inclusiva(M)

Caraterização da amostra (Monitores = M)		
Idade (Anos)	Frequência absoluta	Frequência Relativa (%)

Caraterização da amostra (Monitores = M)		
[18 – 20[	3	8,33%
[21 – 30[	22	61,11%
[31 – 40[	8	22,22%
[Acima de 40 anos [	3	8,33%
Sexo	Frequência absoluta	Frequência Relativa (%)
Masculino	4	11,11%
Feminino	32	88,89%
Nível Educacional	Frequência absoluta	Frequência Relativa (%)
Ensino Médio Completo	25	69,44%
Ensino Superior Incompleto	1	2,78%
Ensino Superior Completo	8	22,22%
Especialização	2	5,56%
Tempo Profissional (Anos)	Frequência absoluta	Frequência Relativa (%)
[1 – 5[	20	55,56%
[6 – 10]	16	44,44%
Tempo de Atuação em AEE (Anos)	Frequência absoluta	Frequência Relativa (%)
[1 – 5[	30	83,33%
[6 – 10]	6	16,67%

v. Caracterização Sociodemográfica e profissional da amostra da Equipa Multiprofissional (N=18)

Participaram neste estudo 18 profissionais da equipa multiprofissional (EM) do CAEE que prestavam apoio a crianças com PHDA, na faixa etária de 6 a 12 anos e a suas famílias. A equipa multiprofissional era composta por profissionais das mais diversas especialidades como demonstrado na Tabela 9, havendo uma maior prevalência de psicopedagogos, psicólogos e fisioterapeutas. Esses profissionais, de acordo com a caracterização da amostra, possuem idades que variam entre 31 e mais de 40 anos, sendo na sua larga maioria do sexo feminino.

Quanto à experiência profissional dos sujeitos deste grupo de participantes a larga maioria possui entre 1 e cinco anos de experiência na profissão, o mesmo se passando no que se refere ao trabalho com crianças com NEE.

Tabela 5 – Caracterização da amostra por grupos de participantes – Equipa Multiprofissional (EM)

Caraterização da amostra (Equipa Multiprofissional= EM)		
Idade (Anos)	Frequência absoluta	Frequência Relativa (%)
[20 – 30[	3	16,67%
[31 – 40[	7	38,89%
[Acima de 40[	8	44,44%
Sexo	Frequência absoluta	Frequência Relativa (%)
Masculino	2	11,11%
Feminino	16	88,89%
Nível Educacional	Frequência absoluta	Frequência Relativa (%)
Ensino Superior Completo	2	11,11%
Especialização	16	88,89%

Caraterização da amostra (Equipa Multiprofissional= EM)			
Profissão		Frequência absoluta	Frequência Relativa (%)
Assistente Social		2	11,11%
Educador Físico		1	5,56%
Enfermeiro		1	5,56%
Fisioterapeuta		3	16,67%
Fonoaudiólogo		1	5,56%
Nutricionista		2	11,11%
Pedagogo		1	5,56%
Psicólogo		3	16,67%
Psicopedagógico		4	22,22%
Tempo Profissional (Anos)	Experiência	Frequência absoluta	Frequência Relativa (%)
[1 – 5[		12	66,67%
[6 – 10]		6	33,33%
Tempo de Atuação em AEE (Anos)		Frequência absoluta	Frequência Relativa (%)
[1 – 5[		14	77,78%
[6 – 10]		4	22,22%

4.3 Instrumentos de recolha de Dados

Para a recolha de dados junto dos diferentes grupos de participantes foram utilizados diversos instrumentos, os quais se encontram indicados no Quadro 5, e são posteriormente descritos nas suas principais características.

Quadro 5 – Instrumentos de Recolha de Dados aplicados a cada grupo de Participantes

Grupos de Participantes	Instrumentos de Recolha de Dados
Crianças	ABFW – Teste de Linguagem Infantil <ul style="list-style-type: none"> • Prova de Fonologia
	PCC – Percentagem de Consoantes Corretas
Pais	Questionário Sociodemográfico – Pais (recolha de informação sobre as crianças e sobre os pais)
	KADDS – Escala de Conhecimentos sobre Transtorno de Hiperatividade e Déficit de Atenção -versão PB
	SSRS – Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Académica para Crianças (Escala para Pais) <ul style="list-style-type: none"> • Habilidades Sociais • Problemas de Comportamentos
	ICS - Escala Inteligibilidade em Contexto: português
	SPAA-C – Avaliação da Participação e Atividade de fala de Crianças – versão PB <ul style="list-style-type: none"> • Questões para os pais
	Guião de Entrevista Semiestruturada – AEE
Professores	Questionário Sociodemográfico e Socioprofissional - Professores
	KADDS – Escala de Conhecimentos sobre Transtorno de Hiperatividade e Déficit de Atenção -versão PB
	SSRS – Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Académica (Escala para Professores) <ul style="list-style-type: none"> • Habilidades Sociais • Problemas de Comportamentos • Competência Académica

Grupos de Participantes	Instrumentos de Recolha de Dados
	SPAA-C – Avaliação da Participação e Atividade de fala de Crianças – versão PB <ul style="list-style-type: none"> • Questões para Professor
	Guião de Entrevista Semiestruturada – AEE
Monitores de Educação Inclusiva	Questionário Sociodemográfico e Socioprofissional – Monitores de Educação Inclusiva
	KADDS – Escala de Conhecimentos sobre Transtorno de Hiperatividade e Déficit de Atenção -versão PB
	SSRS – Inventário de habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Académica (Escala para Professores) <ul style="list-style-type: none"> • Habilidades Sociais • Problemas de Comportamentos • Competência Académica
Equipa Multiprofissional em AEE	Questionário Sociodemográfico e Socioprofissional – Equipa Multiprofissional
	KADDS – Escala de Conhecimentos sobre Transtorno de Hiperatividade e Déficit de Atenção -versão PB
	SSRS – Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Académica (Escala para Professores adaptada) <ul style="list-style-type: none"> • Habilidades Sociais • Problemas de Comportamentos
	SPAA-C – Avaliação da Participação e Atividade de fala de Crianças – versão PB <ul style="list-style-type: none"> • Questões para outros
	Guião de Entrevista Semiestruturada – AEE

i. Questionários Sociodemográficos e Socioprofissionais

Para a caracterização sociodemográfica e socioprofissional dos participantes, foram criados especificamente para este estudo, questionários ajustados às particularidades de cada um dos grupos, os quais podem ser consultados em anexos. Cada um dos instrumentos foi aplicado a um elemento com características idênticas aos participantes no estudo, seguindo-se de uma breve reflexão falada com os respondentes acerca das questões colocadas, nomeadamente no que se refere à sua clareza, tendo sido realizados ligeiros ajustes.

No quadro 6 encontram-se indicadas as informações recolhidas com estes instrumentos.

Quadro 6 - Informação sociodemográfica e socioprofissional recolhida junto dos Participantes

Questionário Sociodemográfico – Pais (Anexo I)
Informação relacionada com as crianças Idade, género, fase escolar (pré-escolar ou escolar), tipo de escola (pública ou privada).
Informação relacionada com os pais/responsáveis legais Idade, género, nível educacional, ocupação profissional, grau de parentesco com a criança, e tempo como cuidador
Questionário Sociodemográfico e Socioprofissional – Professores (Anexo II)
Idade, género, nível educacional, tempo de experiência profissional, tempo de experiência no AEE
Questionário Sociodemográfico e Socioprofissional – Monitores de Educação Inclusiva (Anexo III)
Idade, género, nível educacional, tempo de experiência profissional, tempo de experiência no AEE

Questionário Sociodemográfico e Socioprofissional – Equipa Multiprofissional (Anexo IV)
Idade, género, nível educacional, profissão, tempo de experiência profissional, tempo de experiência no AEE.

ii. KADDS – Escala de Conhecimentos sobre Transtorno de Hiperatividade e Déficit de Atenção - versão PB

Escala originalmente intitulada de “*Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale (KADDS)*” criada por Scitutto & Terjesen (1994), composta inicialmente por 36 itens, utilizando um formato de resposta com as opções de verdadeiro (V), falso (F) ou não sei (NS). Porém, em 2005, os autores Scitutto & Feldhamer, fizeram uma nova adaptação acrescentado mais 3 itens, perfazendo um total 39 itens para a escala atual, divididos em três subescalas, conforme demonstrado na tabela 1.

Tabela 6 - Subescalas do Instrumento KADDS

Subescalas KADDS:	Nº de Itens
Características associadas	15 itens
Sintomas/Diagnóstico	10 itens
Tratamento	14 itens

Fonte: Scitutto&Feldhamer (2005)

O KADDS – *Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale*, foi construído de forma gradual e testado por Scitutto desde 1994, iniciando com apenas duas hipóteses de resposta (verdadeiro ou falso). Posteriormente, foi acrescentada a terceira alternativa, “não sei”, fazendo com que o valor correlacional obtido fosse bastante superior, tornando o KADDS uma escala válida e consistente para a investigação do conhecimento sobre PHDA. Essa escala foi construída para avaliar áreas importantes do conhecimento sobre PHDA (ou seja, características associadas, sintomas e diagnóstico, tratamento) entre pais, professores e profissionais de saúde mental. Este formato visa diferenciar o que os entrevistados não sabem daquilo que eles acreditam ser incorretos (ou seja, equívocos).

Este instrumento foi traduzido e adaptado para o Português Brasileiro como KADDS – Escala de Conhecimentos sobre Transtorno de Hiperatividade e Déficit de Atenção - versão PB (Anexo V). A autorização para tradução e adaptação foi obtida do professor Mark Scitutto, que concedeu permissão para o uso do KADDS nesta pesquisa (Anexo VI) e a sua utilização teve por objetivo recolher as percepções dos pais, professores, monitores de educação inclusiva e equipa multiprofissional acerca da PHDA, tendo por base os seus conhecimentos e crenças sobre a problemática. Utilizou-se o método descritivo de

tradução e adaptação cultural de instrumentos de pesquisas baseado nos estudos de Guillemín *et al.* (1993), Rodrigo *et al.* (2014), Esperón *et al.* (2018) e Souza *et al.* (2012). Este processo foi constituído pelas seguintes etapas: duas traduções independentes, síntese das traduções independentes, retrotradução e análise por comitê de peritos. Para validação da escala traduzida foi realizada análise confirmatória e testada a consistência interna da escala para este estudo.

Assim, relativamente aos procedimentos efetuados para a utilização do instrumento KADDS, primeiramente foi solicitada a autorização aos autores, sendo que, após a obtenção da mesma, foi realizada a tradução do instrumento por dois tradutores independentes para a língua portuguesa (variante Português do Brasil), buscando preservar-se a máxima fidelidade aos instrumentos originais. De seguida, com o apoio da orientadora deste estudo, foi efetuada a revisão das traduções e a síntese das mesmas. Posteriormente, foi realizada a retroversão dessa mesma revisão por um profissional bilingue, validando-se assim a tradução realizada, no que concerne à constância do significado original do instrumento, não sendo identificados problemas relativos à polissemia (Hill & Hill, 2009; Moreira, 2009; Vilelas, 2009). Após este processo, a retroversão foi avaliada e aprovada por um comitê de peritos. Ao ser obtida a autorização dos autores para utilização do instrumento KADDS, os mesmos, solicitaram que fosse enviado uma cópia dos resultados quando disponíveis e que não se reproduzisse a escala na íntegra em nenhum documento publicado. Posteriormente, foi autorizado se anexar a escala a tese, devendo conter seguinte ressalva “O KADDS não deve ser copiado, reimpresso ou usado sem o consentimento por escrito de Mark J. Scitutto, Ph.D., scitutto@muhlenberg.edu” (Anexo VII).

O instrumento foi escolhido por se tratar de um instrumento com uma boa consistência interna, aplicado em estudos de diversos países, como Austrália (Ohan *et al.*, 2008); Estados Unidos (Swanson *et al.*, 2012); Nova Zelândia (Dilaimi, 2013); Portugal (Alvarez, 2014 e Valido 2016). Outro motivo foi o facto de se tratar de um instrumento que, segundo os autores, pode ser usado para investigar os conhecimentos de pais, professores, assistentes sociais e profissionais de saúde e saúde mental que desempenham um papel ativo no processo de intervenção junto de crianças com PHDA (Scitutto & Feldhamer, 2005).

Relativamente à recolha dos dados, o instrumento KADDS-Versão PB, foi utilizado na íntegra (39 itens), com todos os grupos de participantes (pais, professores, monitores de educação inclusiva e equipa multiprofissional), por se considerar o mais adequado para a finalidade do estudo, apesar dos estudos anteriores encontrados, utilizando o KADDS, serem voltados apenas, para os conhecimentos e crenças de professores sobre PHDA.

iii. SSRS - Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Académica para crianças.

No que concerne a recolha da perceção dos diversos participantes deste estudo, quanto ao comportamento social de crianças com PHDA, o instrumento utilizado foi o SSRS – Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Académica para Crianças (Anexo VIII), originalmente chamado de *Social Skills Rating System*, desenvolvido por Frank M. Gresham e Stephen N. Elliott em 1990, nos Estados Unidos, o qual foi submetido a estudos psicométricos em diferentes países, como Alemanha (Hess *et al.*, 2013), Eslováquia (Vasil'ová & Baumgartner, 2004), Irã (Shahim, 2004), Portugal (Mota *et al.*, 2011), Noruega (Ogden, 2003), Holanda (Van der Oord & cols., 2005) e Porto Rico (Jurado *et al.*, 2006).

No Brasil o processo de adaptação cultural deste instrumento iniciou-se em 2002, com o pós-doutorado de Zilda A. P. Del Prette junto ao Professor Dr. Frank Gresham, nos Estados Unidos, seguido de um intensivo investimento em estudos de adaptação e análise das propriedades psicométricas. Em 2009, foi publicada a validação do Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Académica para Crianças (SSRS) para o ensino fundamental (Bandeira, Del Prette, Del Prette & Magalhães, 2009), com o objetivo de permitir a avaliação do repertório de habilidades sociais e indicadores de comportamento de crianças entre os 6 e os 13 anos. Sendo considerado o único instrumento disponível no Brasil que integra três domínios importantes no desenvolvimento infantil, especialmente na idade escolar: habilidades sociais, problemas de comportamento e competência académica (Del Prette *et al.*, 2016).

A versão utilizada para este estudo foi a constante do Manual de aplicação, apuração e interpretação, SSRS – Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Académica para crianças, adaptação e padronização brasileira realizada (Del Prette, Z., Freitas, L., Bandeira, M. e Del Prette, A., 2016). A escolha do instrumento

deu-se em virtude do mesmo se constituir em um sistema de avaliação para crianças em risco de desenvolver dificuldades interpessoais como é o caso de crianças com PHDA. Sendo que o conhecimento do nível de funcionamento dos três domínios permite levantar hipóteses sobre as causas das dificuldades em desenvolver as habilidades necessárias para o convívio social em crianças em fase escolar e também orientar o planejamento necessário da intervenção.

A versão do SSRS para o português do Brasil, relativamente a sua confiabilidade, indicou valores altos para as escalas gerais de Habilidades Sociais (criança $\alpha=0,73$; pais $\alpha=0,85$; professores $\alpha=0,92$), Problemas de Comportamento (pais $\alpha=0,85$; professores $\alpha=0,89$) e competência acadêmica (professores $\alpha=0,98$). Para as subescalas (fatores), os valores de alpha foram mais baixos, porém considerados razoáveis, para Habilidades Sociais (criança $\alpha=0,41$ a $0,63$; pais $\alpha=0,58$ a $0,75$; professores $\alpha=0,82$ a $0,91$), Problemas de Comportamento (pais $\alpha=0,66$ a $0,85$; professores $\alpha=0,79$ a $0,89$) (Bandeira et al. 2009).

O SSRS destina-se à população infantil do ensino fundamental e é composto por três formulários (formulário para crianças, pais e professores), que permitem mapear três áreas do repertório: habilidades sociais, problemas de comportamento e competência acadêmica. Os mesmos produzem indicadores de frequência e de importância dos comportamentos que poderão influenciar o desenvolvimento de competências sociais e o convívio no ambiente escolar e familiar. Na tabela 2 estão apresentados os fatores associados a cada uma das escalas.

Tabela 7 – Escalas e Fatores do Instrumento SSRS

Escala de Habilidades Sociais		
Respondente	Fator	Nº de Itens
Crianças	F1 – Empatia/Afetividade	5 itens
	F2 – Responsabilidade	5 itens
	F3 – Autocontrole/civilidade	6 itens
	F4 – Assertividade	4 itens
Pais	F1 – Responsabilidade	4 itens
	F2 – Autocontrole	5 itens
	F3 – Afetividade/Cooperação	6 itens
	F4 – Desenvoltura Social	4 itens
	F5 – Civilidade	4 itens
Professores	F1 – Responsabilidade	5 itens
	F2 – Autocontrole	5 itens
	F3 – Assertividade/Desenvoltura Social	6 itens
	F4 – Cooperação/Afetividade	4 itens
Escala de Problemas de comportamento		
Pais	F1 – PC Externalizantes	10 itens

	F2 – PC Internalizantes	5 itens
Professores	F1- PC Externalizantes	6 itens
	F2 – Hiperatividade	4 itens
	F3 – PC Internalizantes	4 itens
Escala de Competência Acadêmica		
Professores	F1 – Competência Acadêmica Geral	9 itens

Fonte: Del Pettre; Freitas; Bandeira; Del Pettre (2016)

A recolha de informação realizada através das escalas de Habilidades Sociais e de Problemas de Comportamento é efetuada com recurso de uma escala de frequência, que varia de 0 a 2 (0=nunca, 1=algumas vezes e 2=muito frequente) e uma escala de importância, a qual varia, também, de 0 a 2 (0=não importante, 1=importante e 2=indispensável). No que se refere à escala de Competência Acadêmica, são apresentadas cinco alternativas de resposta, as quais visam classificar a aprendizagem e o desempenho académico das crianças em relação à sua turma, em que 1 indica o desempenho mais baixo ou menos favorável e 5 indica o desempenho mais alto ou mais favorável (1= entre os 10% piores, 2= entre os 20% piores, 3= entre os 40% médios, 4= entre os 20% bons e 5= entre os 10% ótimos).

Após a aplicação o SSRS produz pontuações gerais e fatoriais e a interpretação desses valores baseia-se na posição em termos de percentis. Pressupondo-se que quanto maiores os valores de frequência e menores os escores de dificuldades, mais elaborado será o repertório de habilidades sociais do respondente e vice-versa. Para além, de avaliar a frequência com que as crianças desenvolvem as habilidades sociais, o SSRS avalia também a importância que o desenvolvimento destas habilidades, por parte das crianças, tem para os respondentes. Já quanto aos problemas de comportamento quanto maior a pontuação obtida, maior o indicativo de necessidade de intervenção relacionada. A pontuação obtida na escala de competência académica avalia o desempenho em leitura, matemática, motivação, apoio parental e funcionamento cognitivo geral (Del Prette *et al.*, 2016), sendo que quanto maior o percentil obtido, maior o indicativo de desenvolvimento nas áreas avaliadas (Tabela 3)

Tabela 8 – Interpretação dos Percentis da Escala do SSRS

Habilidades Social	
Percentis	Interpretação
76-100	Repertório altamente elaborados.
66-75	Repertório elaborado de habilidades sociais.
36-65	Bom repertório de habilidades sociais.
26-35	Repertório médio inferior de habilidades sociais.

Habilidades Social	
01-25	Repertório abaixo da média.

Problemas de Comportamento	
Percentis	Interpretação
76-100	Repertório acima da média superior de problemas de comportamento.
66-75	Repertório médio superior para problemas de comportamento.
36-65	Repertório mediano para problemas de comportamento.
26-35	Repertório baixo para problemas de comportamento.
01-25	Repertório muito baixo para problemas de comportamento.

Competências Acadêmicas	
Percentis	Interpretação
76-100	Competência acadêmica muito alta.
66-75	Competência acadêmica alta.
36-65	Competência acadêmica mediana.
26-35	Competência acadêmica média inferior.
01-25	Competência acadêmica abaixo da média inferior.

Fonte: Del Pettre; Freitas; Bandeira; Del Pettre (2016)

Para o presente estudo foram aplicados ao grupo de pais a escala para os pais (frequência e importância das habilidades sociais e a frequência dos problemas de comportamento), ao grupo dos professores a escala para professores (frequência e a importância das habilidades sociais, frequência dos problemas de comportamento e competência acadêmica). A escala para professores foi também utilizada na íntegra para os monitores, em virtude de os mesmos atuarem junto com os professores em sala de aula, bem como, para a equipa multiprofissional de AEE. Porém, para esta última, foram excluídos os 9 itens que avaliam a competência acadêmica, considerando a atuação específica destes profissionais.

iv. ABFW – Teste de Linguagem Infantil

O ABFW – Teste de Linguagem Infantil (Befi-Lopes, D. M., Andrade, C. R. F., Fernandes, F. D. M., & Wertzner, H. F., 2004) é um teste que envolve quatro áreas distintas: Fonologia, Vocabulário, Fluência e Pragmática, sendo aplicado para a avaliação de crianças na faixa etária entre os 2 e os 12 anos. Surgiu a partir da experiência das autoras enquanto fonoaudiólogas, docentes e pesquisadoras do Curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Brasil). O ABFW é um teste inteiramente direcionado para o Português falado no Brasil, devendo salientar-se que é assumido pelas autoras o seu caráter geral para estipulação de um perfil global das áreas de linguagem abrangidas pelo teste pelo que é efetuada a recomendação para a adoção de procedimentos metodológicos mais precisos para as situações em que tal se justifique (Andrade *et al.*, 2004).

O teste ABFW apresenta-se dividido em quatro partes:

Parte A – Prova de Fonologia tem por objetivo “verificar o inventário fonético da criança, bem como, as regras de fonologia usadas, que abrangem os fonemas usados contrastivamente, sua distribuição, e ainda o tipo de estrutura silábica observada” (Wertzner, 2004, p. 5). A sua aplicação está prevista em crianças dos 3 aos 12 anos e engloba duas avaliações: Prova de Nomeação (composta por 34 figuras) e Prova de Imitação (composta por 39 vocábulos). O teste integra a avaliação do inventário fonético e de catorze processos fonológicos (10 processos observados durante o período de desenvolvimento da linguagem e 4 que podem vir a ser observados nos casos de perturbações fonológicas), analisados qualitativa e quantitativamente.

Parte B – Prova de Vocabulário tem por objetivo “a verificação da competência lexical pela avaliação do vocabulário” (Befi-Lopes, 2004, p.41) e é composta da avaliação dos mecanismos utilizados pelas crianças, quer em relação à quantidade de vocábulos (designações por vocábulos usuais, não designações e processos de substituição utilizados), quer em relação à tipologia dos referidos processos (recursos de interpretação que a criança utiliza na iniciativa de nomear a palavra-alvo). São apresentadas 118 figuras divididas em nove campos conceptuais, analisados de forma quantitativa e qualitativa. Para a realização do teste, é solicitada à criança a nomeação das figuras apresentadas, devendo os nove campos conceptuais ser avaliados sempre na mesma ordem: (1) vestuário, (2) animais, (3) alimentos, (4) meios de transporte, (5) móveis e utensílios, (6) profissões, (7) locais, (8) formas e cores, (9) brinquedos e instrumentos musicais.

Parte C – Prova de Fluência tem por objetivo “obter o perfil da fluência da fala” (Andrade, 2004, p. 61) e é composta da avaliação de três áreas – tipologia das rupturas, velocidade de fala e frequência de rupturas, analisadas de forma qualitativa e quantitativa. A prova de fluência é obtida a partir de uma amostra de fala gravada, preferencialmente em vídeo, a qual deve ser transcrita na sua totalidade.

Parte D – Prova de Pragmática tem como objetivo “a análise dos aspetos funcionais da comunicação, ou seja, a investigação do uso da linguagem” (Fernandes, 2004, p. 77), com avaliação em três áreas – número de atos comunicativos, meios e funções comunicativas. A sua aplicação envolve o registo em vídeo de um período de trinta minutos de interação

com um adulto familiar, o registo dos dados no protocolo específico e a transcrição dos dados em ficha própria.

Para o presente estudo foram aplicadas, por uma fonoaudióloga experiente, as provas de Fonologia (Anexo X). Na Prova de Fonologia, foram aplicadas as provas de Nomeação e Imitação. Contudo, para a análise dos processos fonológicos foram utilizados apenas os resultados da prova de nomeação.

v. Percentagem de consoantes corretas – PCC

O comprometimento no domínio linguístico da Fonologia pode encontrar-se quer nas PSF quer na PDL, apresentando graus variados de gravidade, afetando a inteligibilidade da fala. Nesse sentido, torna-se necessário a adoção de procedimentos capazes de quantificar a gravidade e o impacto na comunicação, auxiliando o diagnóstico e o planeamento de intervenções terapêuticas (Wertzner *et al.*, 2005, Goulart & Chiari, 2014).

Visando atender a essa necessidade, Shriberg e Kwiatkowski (1982) desenvolveram o procedimento denominado *Percentage of Correct Consonants*, traduzida para o Português do Brasil como Percentagem de Consoantes Corretas (PCC), como medida para quantificar a gravidade das perturbações fonológicas. A PCC é calculada a partir de amostras de fala (fala espontânea ou prova de nomeação), pela divisão das consoantes corretas pelo número total de consoantes da amostra (consoantes corretas mais consoantes incorretas), multiplicando-se o resultado por 100 (Shriberg, Kwiatkowski, 1982).

Com base na PCC a classificação da gravidade da perturbação fonológica varia conforme o número e a qualidade de processos utilizados e o nível de ininteligibilidade da fala, sendo classificado em quatro níveis: leve (PCC – 85% a 100%), levemente moderado (PCC – 65% a 85%), moderadamente severo (PCC - 50% a 65%) e severo (PCC – abaixo de 50%). De acordo com Shriberg e Kwiatkowski (1982), ao realizar a avaliação, deve considerar-se somente as consoantes que foram produzidas corretamente. Nesta contagem, as omissões, substituições e distorções comuns e não comuns possuem o mesmo peso, ou seja, todas elas são consideradas como incorretas (Wertzner *et al.*, 2005).

No presente estudo a PCC foi calculada a partir do resultado da Prova de Nomeação (integrada na Prova de Fonologia) do ABFW, aplicada ao grupo de crianças da amostra, por uma fonoaudióloga experiente. Foi utilizada a análise SODA, considerando como

erros a substituição, a omissão, a distorção e a adição (Bowen, 2015). Neste cálculo foram apenas contabilizadas as consoantes que a criança teve intenção de produzir nas palavras que foram completamente perceptíveis.

vi. Escala Inteligibilidade em Contexto (ICS): Português

De acordo com Prelock e Hutchins (2018) a Inteligibilidade é o aspeto mais confiável do discurso de uma criança para que os cuidadores relatem com clareza o que elas falam e a quantidade de fala que um ouvinte pode entender prontamente. A inteligibilidade das crianças pequenas é afetada pelo contexto da fala, bem como a experiência do ouvinte com a criança. Ainda segundo os mesmos autores, os prestadores de cuidados primários podem estar mais sintonizados com a produção da fala dos seus filhos do que estranhos ou mesmo adultos familiares, sendo que no desenvolvimento típico, o aumento na idade cronológica está associado a maiores graus de inteligibilidade.

A inteligibilidade da fala é um dos fatores mais influentes na redução da comunicação participativa em vários ambientes, especialmente na escola ou no lazer, por isso, os cuidadores que atuam com crianças com perturbações de linguagem e fala devem estar cientes dos possíveis impactos negativos do comprometimento de fala e de linguagem na inteligibilidade e, portanto, na comunicação participativa em diversos contextos sociais. Esta situação é enfatizada pela correlação existente entre a inteligibilidade da fala e a atitude das crianças em relação à sua comunicação e capacidade de participar em atividades sociais e atividades de aprendizagem (Roulstone & McLeod, 2011; McLeod, 2015).

Neste contexto, a avaliação da inteligibilidade torna-se fundamental. McLeod, Harrison e McCormack, (2012) projetaram a *Intelligibility in Context Scale (ICS)*, uma medida subjetiva da funcionalidade de inteligibilidade da fala de crianças. O ICS é um questionário preenchido pelos pais, composto por 7 itens, com o valor máximo de 5 pontos para cada item da escala, para avaliar o grau em que a fala das crianças é entendida por diferentes parceiros de comunicação: os pais, os membros próximos da família, os membros distantes da família, os amigos, conhecidos, professores e estranhos, utilizando uma escala *Likert* de 5 pontos (1 = nunca, 2 = raramente, 3 = às vezes, 4 = geralmente, 5 = sempre).

O ICS também pode ser útil como ferramenta de triagem em contextos clínicos e de pesquisa. Este instrumento foi traduzido para mais de 20 idiomas, sendo que a tradução para o português do Brasil, ICS - Escala de Inteligibilidade em Contexto: Português, foi realizada por Jacqueline Aquino do Nascimento, Universidade de São Paulo, Brasil e Brenda Louw, *East Tennessee State University*, USA, no ano de 2012 (anexo XI). Esta tradução foi utilizada no presente estudo, aplicada aos 36 pais das crianças com PHDA. Apesar da ICS ser geralmente aplicada a pais de crianças na faixa etária entre 4 e 5 anos, considerou-se pertinente utilizá-la como instrumento complementar com o objetivo de avaliar o grau em que a fala das crianças é entendida pelos diferentes parceiros de comunicação.

vii. Avaliação da Participação e Atividade de Fala de Crianças – SPAA-C

O SPAA-C - *Speech Participation and Activity Assessment of Children* foi desenvolvido por Sharynne McLeod em conjunto com 120 participantes do *Speech Pathology Australia National Conference*, Hobart (May, 2003) e os 100 participantes do *Speech Pathology Australia Professional Development workshop*, Perth (June, 2003). Publicado no site www.csu.edu.au/research/multilingual-speech/spaa-c, nos idiomas: africano, inglês, alemão, turco e vietnamita, tem sido usado em pesquisa e prática em diferentes países.

O SPAA-C é um instrumento de avaliação complementar, o qual possibilita avaliar a participação da fala das crianças através da autoavaliação e da percepção de pais, irmãos, amigos, professores e outras pessoas de convívio próximo, e principalmente, avaliar como são vivenciadas essas dificuldades geradas por essa alteração que comprometem a comunicação oral. Tem como objetivo apoiar profissionais e pesquisadores na compreensão da vida da criança e de outras pessoas do seu convívio familiar e social (Simoni *et al.*, 2019). A maioria das questões é em forma de entrevista, porém, há uma seção para as crianças indicarem suas respostas por meio de desenhos.

Face à necessidade de se compreender o nível das dificuldades de linguagem/fala de crianças em fase escolar, é necessário que se tenham instrumentos que possam medir as dificuldades apresentadas nesse contexto, sendo que na literatura brasileira não se encontrou um instrumento validado que possa ser utilizado para esse fim. Porém, na literatura internacional há citações do *Speech Participations and Activity Assessment of Children – SPAA-C*, originalmente desenvolvido para fornecer aos patologistas da fala

informações sobre crianças com distúrbios do som da fala, mas também pode ser relevante por considerar a comunicação infantil de maneira mais ampla (por exemplo, com crianças multilíngues, crianças com gaguez, crianças com perturbações de linguagem, crianças com perda auditiva), podendo as perguntas ser adaptadas para se adequarem a cada contexto.

Para utilização do SPAA-C neste estudo foi solicitada a autorização à autora original e após sua autorização realizou-se o processo inicial de tradução e adaptação cultural do SPAA-C, tendo em vista que a adaptação transcultural de instrumentos elaborados em outros idiomas e validados em outras culturas requer máxima equivalência semântica, de idioma e expressões, entre o texto original e sua versão traduzida. A utilização de um instrumento estrangeiro sem a sua devida adaptação pode colocar em risco a validade e a precisão das investigações desenvolvidas (Esperón, *et al.* 2018; Guillemin, *et al.*, 1993; Rodrigo, *et al.*, 2014).

A adaptação cultural do SPAA-C deu-se em quatro etapas distintas:

Inicialmente foi solicitada a autorização da autora do instrumento original (Anexo XII). A primeira etapa correspondeu à tradução da versão original (VO) do SPAA-C, para o português brasileiro por dois estudantes, um de medicina e outro de relações internacionais, ambos possuidores de domínios linguístico e cultural dos dois idiomas, dando origem às duas novas versões traduzidas (V1 e V2); em seguida realizou-se a análise de consenso dos dois instrumentos traduzidos, por um estudante de enfermagem e uma linguista para a primeira validação qualitativa, opinando sobre a adequação cultural dos termos linguísticos adotados, emergindo a síntese das traduções (V3).

Num terceiro momento, foi realizada a retrotradução (V4), a qual consistiu na tradução reversa por um bilíngue da área de linguística, com domínio em ambos os idiomas e estudioso do tema. E, por fim, as versões originais (V0), traduzidas (V1 e V2), síntese das traduções (V3) e retro traduzida (V4) foram entregues para avaliação do comitê de peritos. Este comitê foi integrado por 2 peritos, de forma a analisar a clareza da linguagem, adequação dos termos do idioma, ao conceito de gênero e à cultura brasileira. Como resultado da intervenção textual do Comitê de Peritos originou-se, além da versão em inglês (V4), a primeira versão do SPAA-C em português (V5) a qual foi encaminhada para autora do questionário original para aprovação. Após isso, a autora solicitou que a

tradução fosse transcrita na matriz de publicação e enviada para seu e-mail, para que após a sua aprovação, fosse publicada no site www.csu.edu.au/research/multilingual-speech/spaa-c. A versão traduzida denominada “SPAA-C - Avaliação da Participação e Atividade de Fala de Crianças -versão PB” (Anexo XIII) foi enviada para a autora para aprovação.

O instrumento foi traduzido na íntegra, porém para este estudo foram utilizadas apenas as entrevistas para os pais, professores e outros (aplicado à equipa multiprofissional) visando caracterizar o comportamento linguístico/fala de crianças com PHDA que apresentaram PCC severo, calculado com base no resultado da prova de nomeação do ABFW. As entrevistas foram aplicadas a um grupo de 6 pais, 6 professores e 5 profissionais da equipa multiprofissional, como um instrumento de avaliação complementar, o qual possibilitou conhecer o impacto das alterações linguísticas/fala. Devido a constrangimentos relacionados a Pandemia da COVID-19, não foi possível a aplicação ao grupo dos monitores de educação inclusiva.

viii. Guião de Entrevista semiestruturada

Com um intuito de caracterizar a intervenção realizada pelo AEE com crianças com PHDA, nomeadamente crianças que também apresentavam comprometimento linguístico/fala, foram elaborados guiões de entrevista semiestruturada a serem aplicados aos grupos de 6 pais (Anexo XIV), 6 professores (Anexo XV) e 5 profissionais da equipa multiprofissional (Anexo XVI). Estes guiões foram construídos especificamente para este estudo tendo por base a experiência vivenciada pela autora na área da inclusão, a literatura relacionada, bem como os principais documentos legislativos dentro deste âmbito na realidade brasileira.

Deste modo, foram identificadas as principais unidades de análise (UA) sobre as quais se pretendia recolher informação e aumentar a compreensão. Os guiões de entrevista foram discutidos em painel de 3 peritos relacionados com a temática. Posteriormente, para cada um dos grupos foi realizada uma aplicação da entrevista, seguindo-se uma reflexão falada quanto à pertinência e clareza das questões colocadas. No Quadro 7 são apresentadas as Unidades de análise que integraram os guiões de entrevista construídos, com a respetiva indicação do grupo de participantes a quem foram aplicados, bem como a referenciação às questões que estão associadas a cada UA.

Quadro 7 - Unidades de Análise dos Guiões de Entrevista Semiestruturada relativos à caracterização da intervenção de AEE

Respondentes	Unidade de Análise	Questões
Pais	UA - EXPERIÊNCIA – Características da criança, identificação das dificuldades, encaminhamentos, profissionais envolvidos.	1-3
	UA - APOIO PRESTADO – Caracterização do apoio (tempo, frequência, forma de atendimento, recursos), apoio à família pelos profissionais	4-5
	UA - INTERVENÇÃO: Mecanismos utilizados, Envolvimento da família, trabalho em equipa e resultados.	6-10
Professores	UA - EXPERIÊNCIA - Caracterização da atuação do Professor, identificação das dificuldades, encaminhamentos e profissionais envolvidos.	1-4
	UA - APOIO PRESTADO – Caracterização do apoio (frequência, forma de atendimento, recursos) articulação entre os profissionais.	5-7
	UA - INTERVENÇÃO: Mecanismos utilizados, Envolvimento dos profissionais, intervenções no Centro de AEE e Resultados.	8-11
Equipa Multiprofissional	UA EXPERIÊNCIA – Caracterização e Atuação dos profissionais, Profissionais envolvidos, encaminhamentos.	1-4
	UA APOIO PRESTADO – Caracterização do apoio (tipo, frequência, forma de atendimento, recursos), articulação entre os profissionais	5-7
	UA INTERVENÇÃO: Mecanismos utilizados, caracterização da intervenção no centro de AEE, Trabalho em Equipa.	8-11

A Entrevista semiestruturada foi aplicada a cada grupo de participante, tendo como critério de seleção, ser cuidador ou atuar com as crianças com PHDA que apresentaram PCC com gravidade severa (identificado através da prova de nomeação do ABFW). Desta forma, pretendeu-se extrair a perceção destes diferentes grupos sobre a prática, apoio e intervenção prestados a estas crianças no âmbito do AEE, realizado no CAEE.

4.4 Recolha de Dados e Procedimentos

Para a realização desta pesquisa foram utilizadas e obedecidas as exigências e recomendações do Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 466/12, considerando que o tema, além de ter o seu foco na Educação, também aborda o AEE, bem como pelo facto de integrar metodologias de Ciências Humanas e Sociais, pelo que se atendeu ao disposto na Resolução CNS nº 510 de 2016.

O Projeto de pesquisa foi assim submetido à Plataforma Brasil em 30 de julho de 2019, sob CAAE nº 23059219.0.0000.5654, sendo submetido pelo Comitê Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP) e ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Nobre de Feira de Santana – (CEP/FAN) em 7 de agosto de 2019 e recebeu a aprovação do mesmo em 14 de abril de 2020, através do Parecer CEP/FAN nº 3.970.846 (Anexo XVII). Este, foi posteriormente submetido para apreciação final ao CONEP, sendo que a 8 de agosto de 2020, teve a sua aprovação final através do Parecer CONEP nº 4.185.828 (Anexo XVIII), após estabelecidas as medidas necessárias para realização da pesquisa de forma a garantir, além do sigilo (em função do compromisso de confidencialidade e respeito à proteção da individualidade), a garantia de segurança dos participantes em tempos de pandemia.

A proposta inicial era que o contato para recrutamento dos pais, professores, monitores e equipa multiprofissional, fosse realizado através do CAEE, ao qual as crianças estão vinculadas, sendo estes convidados a participar da pesquisa.

De seguida, considerando o novo cenário social vivenciado pela população brasileira e a necessidade de adequação das pesquisas científicas às medidas sanitárias impostas pelo Ministério da Saúde, relacionadas com o combate à Pandemia COVID-19, foi necessária a adoção de medidas para a prevenção e gestão das atividades de pesquisa de forma a minimizar os potenciais riscos, quer para os participantes, quer para a investigadora. Deste modo, para a realização desta pesquisa foram adotados todos os protocolos necessários para que fosse garantida a segurança de todos os envolvidos. Foi evitado ao máximo o contato direto com os participantes, e, sempre que necessário, o mesmo foi realizado seguindo todas as normas, como o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) por parte dos profissionais envolvidos e da investigadora, e havendo especial atenção na preparação do ambiente de atendimento. Do mesmo modo, de início foi priorizada a recolha de dados através da utilização de recursos eletrónicos com a total orientação e disponibilidade da investigadora para esclarecimento de dúvidas. Assim, pretendeu-se evitar o contato físico e prezar pela saúde e integridade física e emocional de todos os envolvidos, posteriormente com o afrouxamento das medidas de prevenção e combate a pandemia, foi possível a coleta de parte dos dados de forma presencial, atentando-se para as medidas de segurança necessária.

De acordo com o anteriormente exposto, foram instituídos os seguintes procedimentos:

1- Primeiramente foi feita uma visita ao CAEE para expor o objetivo da realização da pesquisa e solicitar a autorização da realização da mesma nessa entidade. Houve uma excelente receptividade por parte da direção e da equipa multiprofissional do centro, frente a relevância do estudo para melhoria das práticas realizadas por eles. A autorização para realização da pesquisa foi concedida através de carta de autorização institucional para coleta de dados e declaração de infraestrutura necessária para realização do referido estudo (Anexo XIX).

Após a autorização ser concedida, foi disponibilizada relação das crianças matriculadas no CAEE, contendo o tipo de deficiência ou perturbação apresentadas por elas. Depois de selecionadas às crianças com PHDA e através da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foi selecionada a amostra que seria objeto deste estudo.

Em face da amostra selecionada, a investigadora entrou em contato com a concedente para obtenção dos dados necessários para recrutamento dos participantes. Sendo assim, foram disponibilizados pelo CAEE os contatos telefônicos dos pais, dos professores, dos monitores de educação inclusiva e dos profissionais da equipa multiprofissional.

2- O primeiro contato foi com os pais/responsáveis, realizado telefonicamente, onde se explicou de forma clara o objetivo da pesquisa e a justificação para a realização da mesma, bem como, os potenciais benefícios que o resultado da pesquisa traria, sendo os mesmos convidados a participar no estudo;

Confirmada a aceitação dos pais/responsáveis, o segundo contato foi realizado com os demais participantes (professores, monitores de educação inclusiva e equipa multiprofissional), também telefonicamente, explicando o objetivo da pesquisa, a justificativa da mesma e os potenciais benefícios, efetuando-se o convite à participação no estudo.

3- Após aceitação, foram enviados por e-mail os Termos de Consentimento Livre Esclarecido: Modelo 1 – Para Pais/Responsáveis (Anexo XX) e Modelo 2 – Para Pais/Responsáveis, autorizando a participação de criança de 06 a 12 anos (Anexo XXI), Termo de Assentimento Livre Esclarecido – Para criança de 06 a 12 anos (Anexo XXII) e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido - Modelo 3 - Para Professores, Monitores de Educação Inclusiva e Profissionais da Equipa Multiprofissional (Anexo XXIII). Estes

modelos foram elaborados conforme exigências do CONEP em conformidade com a Resolução CNS nº 510/2016, e foram enviados para que os lessem, analisassem, aprovassem e assinassem, podendo eventualmente recusar participar da pesquisa. No caso das pessoas que aceitaram, o termo foi escaneado e devolvido por *email*, sendo que nos casos em que os participantes não dispunham desse recurso de digitalização, os respondentes reafirmaram por *email* o seu consentimento a participarem da pesquisa nas condições que foram propostas. O termo de Assentimento Livre Esclarecido foi enviado aos pais/responsáveis legais, que leram para seus filhos, assinaram e coletaram suas assinaturas, quando possível. Os referidos termos assinados, foram posteriormente recolhidos num ponto de recolha, pré-determinado. Esta fase decorreu com tranquilidade, uma vez que todos já estavam mais adaptados com a tecnologia, em virtude dos atendimentos e das aulas serem realizadas de forma remota.

4- Para a recolha dos dados, a abordagem aos pais/responsáveis legais que aceitaram participar da pesquisa, foi realizada através do agendamento de um encontro virtual com a investigadora, através de *WhatsApp*, onde se apresentou e explicou o questionário sociodemográfico e o KADDS-PB. Nesse momento foi também efetuado o convite para a participação de *Webinar* realizado por uma psicóloga para apresentação do SSRS, de modo a facilitar a compreensão do instrumento pelo grupo. Posteriormente, os participantes foram convocados a comparecerem em horários previamente agendados ao CAEE para responderem aos instrumentos, sendo assessorados pela pesquisadora e pela psicóloga.

5- Para os grupos de participantes professores, monitores de educação inclusiva e profissionais da equipa multiprofissional, foram seguidos os mesmos procedimentos determinados para a recolha de dados dos pais: Foi realizada uma reunião *online* com a investigadora para apresentação do questionário sociodemográfico e socioprofissional e do KADDS-PB; foi também solicitada a participação em *webinar* com uma psicóloga para orientações de como responder as questões da SSRS. Os instrumentos foram posteriormente respondidos em encontro previamente agendado com os participantes, sendo realizado no CAEE sob supervisão da investigadora e da psicóloga.

6- Posteriormente, as análises das escalas SSRS foram realizadas pela psicóloga e os resultados cedidos para a pesquisa, sempre garantindo o sigilo e a confidencialidade dos dados e integridade dos participantes. Nesse processo, visando manter a segurança dos

participantes, foram seguidas as determinações da Resolução nº 04 de 26 de março de 2020, do Conselho Federal de Psicologia, a qual dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de tecnologia da informação e da comunicação durante a pandemia do COVID – 19;

7 - Relativamente às crianças, estas foram avaliadas através da aplicação do ABFW- Teste de Linguagem Infantil, pela fonoaudióloga que as acompanhava no processo de intervenção realizado no CAEE, sendo que, naquela altura, estavam a ser acompanhadas através de visitas domiciliares, previamente agendadas pela profissional. A fonoaudióloga atuava conforme o protocolo de recomendações para assistência e atendimento em fonoaudiologia emitido pelo Conselho Regional de Fonoaudiologia - 4ª Região, o qual tinha as diretrizes para o retorno das atividades laborais levando em consideração três importantes recomendações para a segurança do público-alvo dos serviços de fonoaudiologia, do fonoaudiólogo e de seus colaboradores: distanciamento social; medidas de cuidados individuais e do ambiente e uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) e medidas de monitoramento de casos suspeitos para o COVID-19.

Os dados relativos às provas de fonologia do ABFW foram registados em gravação de áudio num gravador SONY (IC Recorder, ICD – PX240), com microfone acoplado, tendo sido posteriormente transcritos para os respetivos formulários. No que se refere ao cálculo da PCC, foi a mesma fonoaudióloga que o efetuou, tendo por base os resultados obtidos na Prova de Fonologia do ABFW. O cálculo foi efetuado através da realização da análise SODA (Bowen, 2015).

Após o cálculo da PCC, os resultados obtidos foram utilizados como critério para seleção dos participantes pais, professores e profissionais da equipa multiprofissional aos quais foram aplicados o Guião de Entrevista de AEE e o SPAA-C (PB), tomando por base as crianças com gravidade severa na PCC.

8- Aplicação das entrevistas semiestruturadas de caracterização do AEE, bem como do SPAA-C (PB), foram realizadas com os pais, professores e profissionais da equipa multiprofissional, que atuavam com as crianças que apresentaram o nível de comprometimento linguístico/fala mais elevado, tendo como indicador a PCC severa, sendo todas as entrevistas gravadas com auxílio de um gravador. Para a realização das mesmas, foi necessário aguardar-se o afrouxamento das medidas de isolamento social,

seguindo-se todos os protocolos de segurança determinados para o novo cenário. Deste modo, os dados relativos ao KADDS (PB), SSRS, SPAA-C (PB) e ICS, foram recolhidos no CAEE, em local reservado, tendo sido respeitada a disponibilidade de horário dos respondentes e garantidas as condições de tranquilidade e confidencialidade inerentes à recolha de dados num formato de entrevista.

9- No que concerne ao sigilo e confidencialidade das informações prestadas pelos participantes, previstos pela Resolução CNS nº 510 de 2016, art. 9º, Inciso V; art. 17, Inciso IV, todos os dados recolhidos são de uso específico para o desenvolvimento da pesquisa em questão. Ficou salvaguardado o compromisso de ser assegurada a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes, sendo protegidas as suas identidades ou qualquer tipo de identificação. Os instrumentos de pesquisa ou qualquer outro documento contendo dados dos participantes, foram identificados por um código, sendo que a investigadora manteve o registo de inclusão dos participantes de maneira sigilosa e confidencial.

4.5 Métodos de Análise e Tratamento de dados

Esse item destina-se a apresentar os métodos de análise e tratamento dos dados quantitativos e qualitativos, sendo os mesmos descritos nos subitens que se seguem:

i. Análise dos dados Quantitativos

O tratamento dos dados referentes à escala de conhecimentos sobre PHDA (KADDS - Versão PB), ao Inventário de habilidades sociais, problemas de comportamento e competência académica (SSRS), ao resultado das provas de nomeação do ABFW, da PCC e da Escala de Inteligibilidade em Contexto, foi efetuado com recurso à estatística descritiva e inferencial, através da utilização do software *Statistical Package for the Social Sciences – IBM® SPSS® for Windows*, versão 28.0, para a análise estatística. Numa primeira fase, com vista a descrever e a caracterizar a amostra, foi feita uma análise descritiva dos dados, em função da natureza do estudo. Calcularam-se as seguintes medidas: frequências absolutas (n); frequências relativas (%); estatísticas descritivas de tendência central (média e mediana); de dispersão (desvio padrão); e ainda, os valores extremos (mínimo e máximo). Na segunda fase, buscou-se correlacionar as variáveis propostas em cada instrumento.

Importa ainda referir que, quanto aos dados quantitativos os mesmos foram catalogados inicialmente em planilhas do *Excel* e posteriormente importados para o SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 28 para windows, de forma a facilitar as análises estatísticas e as devidas relações das variáveis desejadas, sendo todos os dados armazenados sem qualquer identificação dos participantes do estudo.

Primeiramente, buscou-se realizar as análises da escala KADDS-PB que avalia o conhecimento dos pais, professores, monitores de educação inclusiva e equipa multiprofissional sobre PHDA. Para tal, utilizou-se de estatística descritiva e correlacional, avaliando as medidas de tendência central e análise de dispersão. Posteriormente, buscou-se comparar os índices gerais e fatoriais da KADDS-PB entre os grupos. Num primeiro momento, realizou-se o teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov*, a fim de verificar quais os testes estatísticos, que seriam mais adequados. Como resultado, constatou-se que o Fator geral (K-S (126) = 0,142; $p < 0,001$), Fator 1 (K-S (126) = 0,117; $p < 0,001$), Fator 2 (K-S (126) = 0,134; $p < 0,001$) e Fator 3 (K-S (126) = 0,110; $p < 0,001$) não apresentaram distribuição normal, sendo os testes não-paramétricos mais adequados. Para as comparações entre os grupos, utilizou-se o teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* e para as correlações utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* (Pestana e Gageiro, 2008; Vilelas, 2009). O grau de confiança aplicado em todos os testes foi de 95%, exceto quando devidamente informado, sendo o nível de significância estatística mínimo adotado de 0.05 ($p < 0,05$).

Num segundo momento, para análise do Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Académica para Crianças (SSRS), foram separados os grupos distintamente, considerando que há uma escala específica para os pais e para professores. Ressalta-se que para os monitores de educação inclusiva foi aplicada a mesma escala de professores e para a equipa multiprofissional, foi adaptada a escala de professores, excluindo-se a subescala relativa ao comportamento académico. Para todos os grupos, utilizando os critérios de correção recomendados pelo manual da escala, foram realizadas estatísticas descritivas, considerando medidas de tendência central e análise de dispersão de todos os fatores do instrumento. Em seguida, buscou-se verificar se havia diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Para as comparações, foi utilizado o teste de *Kruskal-Wallis* nas comparações de 3 grupos e o teste *U de Mann-Whitney* para comparações de variáveis com dois agrupamentos

(Field, 2018). A escolha dos testes não paramétricos justifica-se, pois, todos os fatores, em todos os grupos pesquisados, apresentaram, por meio do teste de *Shapiro-Wilk*, distribuição de dados diferente da normal, para todas as variáveis em todos os grupos ($p < 0,05$) (Field, 2018).

Para as correlações de variáveis realizadas, foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman*, também considerando a distribuição não normal dos dados. Para interpretar as correlações do estudo, foram considerados os parâmetros estruturados por Dancey e Reidy (2020) em que uma correlação entre 0,1 até 0,3 é considerada fraca; 0,4 até 0,6 é considerada moderada; e uma correlação de 0,7 até 1 é considerada forte.

No que se refere às análises referentes à prova de nomeação do ABFW, buscou-se realizar, primeiramente, análises de estatísticas descritivas (média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo), possibilitando uma compreensão geral dos dados. Em seguida, foram testadas comparações amostrais desses índices em função do género, buscando-se também correlacionar com a idade e o nível de escolaridade. Para as correlações, utilizou-se os parâmetros de interpretação estruturados por Dancey e Reidy (2020).

Relativamente à análise dos resultados da aplicação da Escala de inteligibilidade em contexto, aplicada aos pais das crianças com PHDA, foi utilizada estatística descritiva (média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo).

Por fim, também foram verificadas estatísticas descritivas do resultado da PCC, da prova de nomeação do ABFW, e, em seguida, foram avaliadas as frequências relativas e absolutas de género e idade em função da classificação (leve, levemente moderado e severo), bem como, as correlações entre os fatores das escalas utilizadas, considerando os critérios de Dancey e Reidy (2020) nas interpretações.

Estudo Psicométrico do Instrumento KADDS

Para este estudo, o instrumento KADDS foi traduzido e adaptado para o português do Brasil e sendo assim, importa referir a necessidade de se apresentar aqui o estudo psicométrico do mesmo. Relativamente às características psicométricas do instrumento, por constrangimentos de tempo relacionados com a condução dos trabalhos, optou-se por realizar apenas a análise de fiabilidade, através da análise de consistência interna.

A escala inicial foi composta de 27 itens, usando um formato verdadeiro-falso (Sciutto & Terjesen, 1994), e apresentou coeficiente alfa resultante para a escala total de 0,38. A segunda versão no formato verdadeiro/falso/não sei, foi composta por 36 itens de acordo com os autores Sciutto e Feldhamer (2005). Com a realização de cinco novos estudos (Sciutto, Terjesen & Bender-Frank (2000); Sciutto, Nolfi & Bluhm (2004); Sciutto & Terjesen (2004); Herbert et al. (2004) e Bender (1996)), através da realização de estatísticas descritivas e dos coeficientes alfa, os dados desses estudos sugerem que a escala total do KADDS (36 itens) tem alta consistência interna ($0,80 < x < 0,90$) e as três escalas (Características Associadas, Sintomas/Diagnóstico e Tratamento) apresentaram níveis moderados de consistência interna ($0,52 < x < 0,75$). Para os autores, os coeficientes alfas foram um pouco menores para as subescalas individuais quando comparados ao coeficiente alfa para a escala total. Sendo que, essa discrepância provavelmente se deve, em parte, ao menor número de itens que compõem cada subescala, em comparação com toda a escala KADDS (Sciutto & Feldhamer, 2005).

Na avaliação da consistência interna da escala do KADDS-PB para esse estudo, pode-se constatar que o instrumento traduzido apresentou consistência interna aceitável, segundo o critério de Hair *et al.* (2014), nos fatores “Características associadas” ($\alpha = 0,605$; $\omega = 0,604$), “Tratamento” ($\alpha = 0,688$; $\omega = 0,687$) e no fator geral ($\alpha = 0,800$; $\omega = 0,805$), porém, ressalta-se uma limitação da consistência interna no fator “Sintomas/Diagnóstico” ($\alpha = 0,570$; $\omega = 0,544$). Ressalta-se também que no estudo original, os autores apresentaram consistência interna similar à aqui apresentada, considerando que essa consistência interna pode ser baixa devido a alguma característica do instrumento, como por exemplo, a diferença da quantidade de itens que compõe cada subescala, em comparação com a escala total, não sendo considerado assim, limitação para o uso da escala KADDS-PB neste estudo.

Devido a isso, foi realizada uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC), no programa JASP, com o objetivo de averiguar a plausibilidade de uma estrutura multifatorial original da KADDS na versão em português brasileiro. O procedimento foi configurado por meio do método de estimação *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (RDWLS), adequado para dados categóricos (Di Stefano & Morgan, 2014). Os índices de ajuste utilizados foram: χ^2 ; χ^2/gf ; *Comparative Fit Index* (CFI); *Tucker-Lewis Index* (TLI);

Standardized Root Mean Residual (SRMR) e *Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)* (Brown, 2015).

O objetivo da realização da mesma foi testar o modelo fatorial original da KADDS-PB, composta por três fatores. Como resultados, a razão de χ^2 apresentou-se satisfatória, porém averiguou-se limitações no Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI); Standardized Root Mean Residual (SRMR) e Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA). Em suma, quanto as qualidades psicométricas, a partir da AFC realizada, constatou-se dificuldades nas evidências psicométricas do modelo fatorial original. (Tabela 3).

Tabela 9 - Índices de ajuste dos modelos testados

X² (gl)	c²/gl	CFI	TLI	SRMR	RMSEA (90% IC)
1443.291(591)	0,244	0,276	0,228	0,123	0,107(0,100-0,114)

X²= qui-quadrado; gl = graus de liberdade; CFI = Comparative Fit Index; TLI = Tucker-Lewis Index; SRMR = Standardized Root Mean Square Residual; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation.

ii. Análise dos dados Qualitativos

A recolha dos dados qualitativos foi realizada junto aos três grupos (Pais/Responsáveis Legais, Professores e Equipa Multiprofissional), não sendo possível a aplicação ao grupo dos Monitores de Educação Inclusiva, devido a constrangimentos decorrentes da Pandemia COVID-19.

A análise e interpretação dos dados qualitativos foi realizada tendo por base a análise das transcrições das entrevistas realizadas através do SPAA-C (PB), utilizando a análise lexicográfica clássica e análise de conteúdo. Para a análise das entrevistas sobre a intervenção e AEE, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin.

A análise lexográfica clássica, consiste num tipo de análise de dados, que trata especificamente da análise de material verbal transcrito (Camargo & Justo, 2013), através do Software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Testes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ).

O IRaMuTeQ é um software gratuito e desenvolvido sob a lógica da *OPEN SOURCE*, licenciado por GNU GPL (v2). Foi desenvolvido inicialmente em língua francesa, onde estudos já o empregam como ferramenta de análise de dados e começou a ser utilizado

no Brasil em 2013. É a separação clássica entre quantitativo e qualitativo na análise de dados, na medida em que possibilita que se mensure e aplique cálculos estatísticos sobre variáveis essencialmente qualitativas, os textos. Ele ancora-se no ambiente estatístico do software R e na linguagem *python* (www.python.org) e viabiliza variados tipos de análise de dados textuais, tais como: estatísticas textuais clássicas; pesquisa de especificidades de grupos; classificação hierárquica descendente; análises de similitude e nuvem de palavras. (Camargo & Justo, 2013).

Para este estudo, foram realizadas as análises lexicográficas clássicas, para verificação de estatística de quantidade de segmentos de texto (ST), sendo processada a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), para reconhecimento do dendrograma de classes para a maioria das entrevistas. Contudo, quando não havia segmentos de texto suficiente para que as análises ocorressem no software, recorreu-se à técnica de Análise de Conteúdo (Bardin, 1977), nomeadamente à técnica de análise temática ou categorial, a qual consiste em operações de desmembramento do texto em unidades (categorias), segundo reagrupamentos analógicos (Vilelas, 2009).

Primeiramente foi inserido no software o corpus do texto, o qual constituiu-se no conjunto de texto que se pretendia analisar, sendo composto pelo conjunto das entrevistas realizadas com cada grupo de participantes separadamente, onde cada uma das entrevistas foi considerada um texto. Logo após, os textos foram separados em linhas de comandos e divididas em segmentos de textos. De seguida, foram realizadas análises lexicográficas clássicas visando identificar e reformatar as unidades textuais, identificando a quantidade de palavras, pesquisando vocábulos e reduzindo as mesmas com base em suas raízes. A partir daí, realizou-se a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) onde os segmentos de texto foram classificados em função da frequência das suas formas reduzidas, organizando a análise dos dados em dendrograma com classes emergentes, onde quanto maior o χ^2 , mais associada está a palavra com a classe, e desconsiderando as palavras com $\chi^2 < 3,80$ ($p < 0,05$).

Relativamente à Análise de Conteúdo, pretendeu-se identificar os núcleos de sentido, considerando a frequência dos mesmos, sob a forma de dados segmentáveis e comparáveis, para tal, utilizou-se como unidade de análise o tema, por se tratar de respostas a questões abertas (Bardin, 2008). Primeiramente foi realizada a leitura dos dados fornecidos nas respostas do SPAA-C (PB) e às entrevistas sobre a Intervenção de

AEE. De acordo com o as referências identificadas foram criadas categorias e, com base nas análises dos dados de cada categoria, foram criadas subcategorias. Feito isso, foi solicitado a um perito na área da Educação Inclusiva, que agrupasse os dados de acordo com a listagem de categorias e subcategorias fornecidas pela investigadora. Posteriormente foi efetuada a comparação entre a análise feita pela mesma e a realizada pelo perito, verificando-se concordância entre ambos, o que forneceu um caráter mais robusto à análise efetuada.

CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

De modo a facilitar a leitura dos resultados optou-se por apresentar os mesmos de acordo com as questões de investigação do estudo. Assim, são apontadas as percepções recolhidas junto aos pais/responsáveis, professores, monitores de educação inclusiva e equipa multiprofissional, acerca dos conhecimentos e crenças sobre PHDA, seu comportamento social e linguístico/fala, a intervenção de AEE a essas crianças e a caracterização do perfil linguístico das mesmas.

5.1 Questão 1 – Quais os conhecimentos e crenças dos pais, professores, monitores de educação inclusiva e equipa multiprofissional sobre a PHDA?

A primeira questão visa apresentar os conhecimentos e crenças de pais, professores, monitores de educação inclusiva e equipa multiprofissional sobre a PHDA e para tal, foi utilizada a escala KADDS-PB, visando extrair essa percepção. De seguida são apresentados os resultados obtidos a partir do conhecimento de cada um dos grupos de participantes e as semelhanças/diferenças entre os mesmos.

Os resultados apontam os acertos, os quais correspondem às respostas certas, os equívocos, os quais se referem às conceções erradas que têm sobre a problemática, e as repostas não sei, que se referem ao que não se conhece, sendo os mesmos categorizados em subescalas (CA-Características associadas, TR-tratamento e SD-sintomas e diagnósticos).

Através da análise dos dados coletados com aplicação da KADDS-PB, extraiu-se as frequências relativas e absolutas concernentes às respostas dos participantes a cada uma das 39 proposições sobre os conhecimentos e crenças sobre PHDA. Sendo assim, optamos por apurar os acertos, equívocos e “não sei” por subescalas, os quais aparecem com maior frequência nos resultados. A metodologia para determinação dos itens mais frequentes foi a que se segue: para os “Acertos” e “Equívocos” foi considerada a média de todos os

itens com percentagens entre 100% e 50%; para os “Não Sei”, em virtude da quantidade reduzida de itens, optou-se pelo cálculo da média de todos os itens com percentagem superior a zero.

Conhecimentos/Crenças de Pais sobre PHDA

Para análise dos “Acertos” na percepção dos pais foram selecionados 22 itens com médias entre 100% e 50%, cuja média se fez em 81,8%, sendo selecionados como mais frequentes 12 itens, seguido os critérios estabelecidos.

Na Tabela 10 apresentam-se as frequências relativas e absolutas dos itens da escala KADDS-PB por subescalas, onde os pais demonstraram maior nível de conhecimento sobre PHDA. No que se refere aos itens que compõem a subescala CA, 3 itens apresentaram uma maior frequência nas respostas dos respondentes. A subescala SD foi a que os pais apresentaram maior nível de conhecimento sobre PHDA, perfazendo-se em 6 acertos ocorridos com mais frequência, e, na subescala TR, 3 itens foram os que apresentaram maior frequência de acertos. Deste modo, na análise por itens, percebe-se que os itens relativos à subescala SD foram os mais pontuados pelos pais. Contudo, vale referir que a percentagem de acertos para as subescalas CA e SD é extremamente elevada (na quase totalidade entre 97,2% e 91,7%) e muito elevada para a subescala TR (entre 86% e 83%).

Tabela 10–Os acertos mais frequentes dos pais por subescalas.

Itens – KADDS-PB		Frequência Relativa e Absoluta						Subescalas	
		Acerto		Equívocos		Não Sei			
		n	%	n	%	n	%		
13	É possível que um adulto seja diagnosticado com PHDA.	V	35	97,2	0	0,0	1	2,8	CA
32	A maioria das crianças com PHDA evidenciam algum grau de deficiência de desempenho escolar nos anos de ensino fundamental.	V	35	97,2	1	2,8	0	0,0	CA
22	Se uma criança com PHDA é capaz de demonstrar atenção permanente a vídeo games ou televisão por mais de uma hora, essa criança também é capaz de manter atenção por pelo menos uma hora em aula ou realizando o dever de casa.	F	33	91,7	2	5,6	1	2,8	CA
3	Crianças com PHDA são frequentemente distraídos por estímulos externos.	V	36	100	0	0,0	0	0,0	SD

Itens – KADDS-PB		Frequência Relativa e Absoluta						Subescalas	
		Acerto		Equívocos		Não Sei			
		n	%	n	%	n	%		
21	Para que se faça o diagnóstico de PHDA, a criança deve ter exibido sintomas relevantes em dois ou mais ambientes (por ex., em casa, na escola).	V	36	100	0	0,0	0	0,0	SD
26	Crianças com PHDA frequentemente têm dificuldades em organizar tarefas e atividades.	V	35	97,2	1	2,8	0	0,0	SD
9	Crianças com PHDA frequentemente ficam inquietas ou se contorcem em seus assentos.	V	34	94,4	2	5,6	0	0,0	SD
16	O conhecimento atual sobre PHDA sugere dois grupos de sintomas: um de desatenção e outro constituído de hiperatividade/impulsividade.	V	34	94,4	1	2,8	1	2,8	SD
5	Para que seja diagnosticada com PHDA, os sintomas da criança devem se apresentar antes dos 7 anos de idade.	V	33	91,7	2	5,6	1	2,8	SD
18	Psicoterapia individual é, em geral, suficiente para o tratamento da maior parte das crianças com PHDA.	F	31	86,1	5	13,9	0	0,0	TR
35	Eletroconvulsoterapia (por ex., tratamento com choques) foi constatado ser um tratamento efetivo para casos severos de PHDA.	F	31	86,1	2	5,6	3	8,3	TR
2	Pesquisas recentes sugerem que PHDA é substancialmente resultado de habilidades parentais ineficazes.	F	30	83,3	5	13,9	1	2,8	TR

(V) Verdadeiro (F) Falso

No que concerne aos equívocos comentidos por itens, pelos pais ao serem questionados sobre PHDA, foram selecionados 16 itens com percentagens entre 100% e 50%, cuja média se fez em 68,6%, sendo selecionados como mais frequentes 8 itens, seguido os critérios estabelecidos, evidenciando que a maior frequência de equívocos acontecem na subescala das CA (86% a 72%) e com menos frequência nos itens que se referem ao TR (94%) e SD (83% a 80%), contudo, apesar de serem menos frequentes, ambas ocorrem numa percentagem mais elevada que as demais e bastante significativa, como demonstrado na Tabela 11.

Tabela 11 – Os equívocos mais frequentes dos pais por subescalas.

Itens – KADDS-PB		Frequência Relativa e Absoluta						Subescalas	
		Acerto		Equívocos		Não Sei			
		n	%	n	%	n	%		
29	Nas crianças em idade escolar, a prevalência do PHDA em meninos e meninas é equivalente.	F	5	13,9	31	86,1	0	0,0	CA

Itens – KADDS-PB			Frequência Relativa e Absoluta						Subescalas
			Acerto		Equívocos		Não Sei		
			n	%	n	%	n	%	
1	A maioria das estimativas sugerem que o PHDA ocorre em aproximadamente 15% das crianças em idade escolar.	F	1	2,8	28	77,8	7	19,4	CA
24	O diagnóstico do PHDA por si só torna a criança elegível para vaga em educação especial.	F	9	25	27	75	0	0,0	CA
27	Crianças com PHDA geralmente enfrentam mais problemas em situações novas do que situações conhecidas.	F	5	13,9	27	75	4	11,1	CA
4	Crianças com PHDA são tipicamente mais compatíveis com seus pais do que com suas mães.	V	9	25	26	72,2	1	2,8	CA
39	Crianças com PHDA geralmente apresentam adesão inflexível a rotinas/rituais específicos.	F	5	13,9	30	83,3	1	2,8	SD
11	É comum às crianças com PHDA ter um senso inflado de autoestima e grandiosidade.	F	7	19,4	29	80,6	0	0,0	SD
34	Intervenções psicológicas ou no comportamento para crianças com PHDA focam primordialmente nos problemas de atenção da criança.	F	1	2,8	34	94,4	1	2,8	TR

(V) Verdadeiro (F) Falso

No que se refere ao “não sei” para a análise foram selecionados 27 itens com percentagem superior a zero, cuja média se fez em 8,3%, sendo selecionados como mais frequentes 14 itens, porém, com percentagens entre 19% e 8,3%, ou seja, resultados diminutos no que se refere ao “não sei”, estando distribuídos em 9 itens relativos a TR (13,9% a 8,3%) e 5 itens referentes a CA (19% a 13%). Vale salientar que CA, apesar de apresentar menos frequência, possui maiores percentuais de frequência e os itens relativos a TR estão relacionados, em sua maioria com o tratamento, nomeadamente com o recurso à medicação (Tabela 12).

Tabela 12 – Os “Não Sei” mais frequentes dos pais por subescalas

Itens – KADDS-PB			Frequência Relativa e Absoluta						Subescalas
			Acerto		Equívocos		Não Sei		
			n	%	n	%	n	%	
1	A maioria das estimativas sugerem que o PHDA ocorre em aproximadamente 15% das crianças em idade escolar.	F	1	2,8	28	77,8	7	19,4	CA
17	Sintomas de depressão são encontrados mais frequentemente em crianças com PHDA do que nas crianças que não têm PHDA.	V	13	36,1	18	50	5	13,9	CA

Itens – KADDS-PB		Frequência Relativa e Absoluta						Subescalas	
		Acerto		Equívocos		Não Sei			
		n	%	n	%	n	%		
19	A maioria das crianças com PHDA “supera” os sintomas pelo estabelecimento da puberdade e posteriormente atuam normalmente na vida adulta.	F	23	63,9	8	22,2	5	13,9	CA
6	O PHDA é mais comum no primeiro grau de parentesco biológico (por ex., mãe, pai) de crianças com PHDA do que na população em geral.	V	10	27,8	22	61,1	4	11,1	CA
27	Crianças com PHDA geralmente enfrentam mais problemas em situações novas do que situações conhecidas.	F	5	13,9	27	75	4	11,1	CA
8	Drogas antidepressivas têm sido efetivas em reduzir os sintomas para muitas crianças com PHDA.	V	21	58,3	8	22,2	7	19,5	TR
20	Em casos severos de PHDA, a medicação é frequentemente usada antes da tentativa de uso de técnicas de modificação do comportamento.	V	12	33,3	17	47,2	7	19,5	TR
23	A redução da ingestão de açúcar ou conservantes alimentares é geralmente efetivo na redução dos sintomas do PHDA.	F	8	22,2	21	58,3	7	19,5	TR
15	Efeitos colaterais de drogas estimulantes usadas no tratamento do PHDA podem incluir insônia leve e redução do apetite.	V	25	69,4	6	16,7	5	13,9	TR
10	O treinamento de pais e professores no manejo do PHDA infantil são, em geral, efetivos quando combinados ao tratamento medicamentoso.	V	22	61,1	10	27,8	4	11,1	TR
12	Quando o tratamento de uma criança com PHDA é finalizado, é raro que os sintomas retornem.	F	26	72,2	6	16,7	4	11,1	TR
25	Drogas estimulantes são o tipo mais comum de droga utilizados no tratamento de crianças com PHDA.	V	28	77,8	5	13,9	3	8,3	TR
35	Eletroconvulsoterapia (por ex., tratamento com choques) foi constatado ser um tratamento efetivo para casos severos de PHDA.	F	31	86,1	2	5,6	3	8,3	TR
38	Se uma criança responde a medicamentos estimulantes (por ex., Ritalina), ela provavelmente tem PHDA.	F	10	27,8	23	63,9	3	8,3	TR

(V) Verdadeiro (F) Falso

Relativamente ao nível de conhecimento geral sobre PHDA, pelos pais, verificou-se na escala geral, um percentual satisfatório de acertos, demonstrando uma quantidade de equívocos ocorridos e a falta de conhecimento, inferiores, porém, passíveis de serem

observados e melhorados. Sendo que a subescala TR, na escala geral, foi onde os pais mais demonstraram ter conhecimento (Tabela 13).

Tabela 13 – Estatísticas descritivas relativas às subescalas da KADDS-PB sobre os conhecimentos dos pais sobre PHDA.

Dimensões/Subescalas	Estatística Descritiva			
	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Características Associadas	50,55	8,48	26,67	66,67
Sintomas e Diagnósticos	51,66	11,83	40,00	80,00
Tratamento	58,92	15,68	21,43	85,71
Escala Geral	53,71	6,88	40,95	69,52

Conhecimentos/Crenças de Professores sobre PHDA

Para análise dos conhecimentos/crenças sobre PHDA, foram utilizados os mesmos mecanismos propostos na análise da aplicação realizada aos pais. Com base nas frequências relativas e absoluta obtidas na aplicação do KADDS aos professores, foi possível identificar 21 itens com percentuais entre 100% e 50% cuja média se perfez em 71%, sendo selecionados como mais frequentes 8 itens, seguido os critérios estabelecidos.

Os acertos mais frequentes apresentados pelos professores estão indicados na Tabela 14, onde se observa que os itens relativos a SD (6 itens com percentagens entre 97,2 e 72,2%) ocorreram com uma maior frequência do que os relativos às CA (2 itens com percentagens entre 91,7% e 88%) demonstrando um maior conhecimento dos professores em SD, porém vale salientar que os itens relativos as CA se apresentaram como uma menor frequência, porém com percentagem relativamente altas.

Tabela 14– Os acertos mais frequentes dos professores por subescalas.

Itens – KADDS-PB		Frequência Relativa e Absoluta						Subescalas
		Acerto		Equívocos		Não Sei		
		n	%	n	%	n	%	
32 A maioria das crianças com PHDA evidenciam algum grau de deficiência de desempenho escolar nos anos de ensino fundamental.	V	33	91,7	2	5,6	1	2,8	CA
13 É possível que um adulto seja diagnosticado com PHDA.	V	32	88,9	0	0,0	4	11,1	CA
21 Para que se faça o diagnóstico de PHDA, a criança deve ter exibido sintomas relevantes em dois ou mais ambientes (por ex., em casa, na escola).	V	35	97,2	0	0,0	1	2,8	SD

Itens – KADDS-PB	Frequência Relativa e Absoluta						Subescalas	
	Acerto		Equívocos		Não Sei			
	n	%	n	%	n	%		
26 Crianças com PHDA frequentemente têm dificuldades em organizar tarefas e atividades.	V	35	97,2	0	0,0	1	2,8	SD
16 O conhecimento atual sobre PHDA sugere dois grupos de sintomas: um de desatenção e outro constituído de hiperatividade/impulsividade.	V	34	94,4	0	0,0	2	5,6	SD
9 Crianças com PHDA frequentemente ficam inquietas ou se contorcem em seus assentos.	V	32	88,9	3	8,3	1	2,8	SD
3 Crianças com PHDA são frequentemente distraídas por estímulos externos.	V	31	86,1	3	8,3	2	5,6	SD
7 Um dos sintomas de crianças com PHDA é que elas são fisicamente cruéis com outros indivíduos.	F	26	72,2	6	16,7	4	11,1	SD

No que concerne aos equívocos cometidos pelos professores, 4 itens foram identificados dentro dos critérios de seleção estabelecidos, a média determinada para escolhas dos mais frequentes foi de 60%, sendo encontrados 2 itens relativos a CA (75% e 63,9%), estando os mesmos relacionados aos problemas de comportamento das crianças com PHDA (Tabela 15).

Tabela 15–Os Equívocos mais freqüentes dos professores por subescalas.

Itens – KADDS/PB	Frequência Relativa e Absoluta						Subescalas	
	Acerto		Equívocos		Não Sei			
	n	%	n	%	n	%		
27 Crianças com PHDA geralmente enfrentam mais problemas em situações novas do que situações conhecidas.	F	5	13,9	27	75	4	11,1	CA
30 Em crianças muito novas (menores de 4 anos de idade), os problemas de comportamento do PHDA (por ex., hiperatividade, desatenção) são distintamente diferentes dos comportamentos apropriados à idade de crianças que não têm PHDA.	F	4	11,1	23	63,9	9	25	CA

Quanto a nível de “não sei” dos respondentes, em todos os 39 itens houve afirmação por parte de algum professor de não conhecer determinado detalhe sobre PHDA, dentre eles foram selecionados 21 itens mais frequentes com percentuais entre 44,4% e 22,2%, sendo 8 referentes a CA (36,1% a 22,2%), 2 sobre SD (38,9% a 22,2%) e 11 (44,44% a 25%) relacionados a TR, demonstrando que os itens com mais frequência em que os professores disseram não saber as respostas, estão relacionados a subescala TR e se referem especialmente ao tratamento medicamentoso (Tabela 16).

Tabela 16—Os “Não Sei” mais frequentes dos professores por subescalas.

Itens – KADDS-PB		Frequência Relativa e Absoluta						Subescalas	
		Acerto		Equívocos		Não Sei			
		n	%	n	%	n	%		
4	Crianças com PHDA são tipicamente mais compatíveis com seus pais do que com suas mães.	V	7	19,4	16	44,5	13	36,1	CA
19	A maioria das crianças com PHDA “supera” os sintomas pelo estabelecimento da puberdade e posteriormente atuam normalmente na vida adulta.	F	16	44,4	7	19,4	13	36,1	CA
17	Sintomas de depressão são encontrados mais frequentemente em crianças com PHDA do que nas crianças que não têm PHDA.	V	11	30,6	14	38,9	11	30,6	CA
28	Existem características físicas específicas que podem ser identificadas por médicos (por ex., pediatras) no diagnóstico definitivo de PHDA.	F	18	50	7	19,4	11	30,6	CA
1	A maioria das estimativas sugerem que o PHDA ocorre em aproximadamente 15% das crianças em idade escolar.	F	13	36,1	14	38,9	9	25	CA
29	Nas crianças em idade escolar, a prevalência do PHDA em meninos e meninas é equivalente.	F	14	38,9	13	36,1	9	25	CA
30	Em crianças muito novas (menores de 4 anos de idade), os problemas de comportamento do PHDA (por ex., hiperatividade, desatenção) são distintamente diferentes dos comportamentos apropriados à idade de crianças que não têm PHDA.	F	4	11,1	23	63,9	9	25	CA
39	Crianças com PHDA geralmente apresentam adesão inflexível a rotinas/rituais específicos.	F	7	19,4	15	41,7	14	38,9	SD
14	Crianças com PHDA frequentemente têm o histórico de furto ou de destruir pertences alheios.	F	23	63,9	5	13,9	8	22,2	SD
8	Drogas antidepressivas têm sido efetivas em reduzir os sintomas para muitas crianças com PHDA.	V	12	33,3	8	22,2	16	44,4	TR
25	Drogas estimulantes são o tipo mais comum de droga utilizados no tratamento de crianças com PHDA.	V	14	38,9	6	16,7	16	44,4	TR
20	Em casos severos de PHDA, a medicação é frequentemente usada antes da tentativa de uso de técnicas de modificação do comportamento.	V	19	52,8	2	5,6	15	41,7	TR
35	Eletroconvulsoterapia (por ex., tratamento com choques) foi constatado ser um tratamento efetivo para casos severos de PHDA.	F	21	58,3	1	2,8	14	38,9	TR
12	Quando o tratamento de uma criança com PHDA é finalizado, é raro que os sintomas retornem.	F	23	63,9	0	0,0	13	36,1	TR

Itens – KADDS-PB		Frequência Relativa e Absoluta						Subescalas	
		Acerto		Equívocos		Não Sei			
		n	%	n	%	n	%		
23	A redução da ingestão de açúcar ou conservantes alimentares é geralmente efetivo na redução dos sintomas do PHDA.	F	12	33,3	1	30,6	13	36,1	TR
2	Pesquisas recentes sugerem que PHDA é substancialmente resultado de habilidades parentais ineficazes.	F	10	27,8	14	38,9	12	33,3	TR
38	Se uma criança responde a medicamentos estimulantes (por ex., Ritalina), ela provavelmente tem PHDA.	F	15	41,7	9	25	12	33,3	TR
36	Tratamentos para PHDA que focam primordialmente na punição demonstraram-se os mais efetivos na redução dos sintomas do PHDA.	F	24	66,7	1	2,8	11	30,6	TR
37	Pesquisas têm mostrado que o uso prolongado de medicamentos estimulantes leva a um aumento na dependência de substâncias (por ex., drogas, álcool) na vida adulta.	F	9	25	17	47,2	10	27,8	TR
15	Efeitos colaterais de drogas estimulantes usadas no tratamento do PHDA podem incluir insônia leve e redução do apetite.	V	23	63,9	4	11,1	9	25	TR

(V) Verdadeiro (F) Falso

A partir de uma análise mais descritiva da escala percebe-se, de maneira geral, um nível mediano de conhecimento por parte dos professores, sendo que a subescala SD destacou-se com maior média de conhecimentos dos professores sobre PHDA, enquanto a CA foi a subescala, relativamente à qual se identificou que os professores possuem menos conhecimento, embora com valores relativamente próximos da subescala TR (Tabela 17).

Tabela 17 - Estatísticas descritivas relativas às subescalas da KADDS-PB sobre os conhecimentos dos professores sobre PHDA.

Subescalas	Estatística Descritiva			
	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Características Associadas	44,07	18,73	6,67	93,33
Sintomas e Diagnósticos	73,05	16,53	20,00	90,00
Tratamento	48,01	22,62	7,14	92,86
Escala Geral	55,04	15,18	13,65	92,06

Conhecimentos/Crenças de Monitores de Educação Inclusiva sobre PHDA

Para análise da frequência dos “Acertos” apurados na escala aplicada aos monitores de educação inclusiva, foram seguidos os mesmos critérios estabelecidos para análise dos participantes anteriores, sendo apontados 19 itens com percentagens entre 100% e 50%,

tendo por média para seleção dos itens mais frequentes 73,8%. Com base na média encontrada, foram selecionados 10 itens com percentagem entre 97,2% e 77,8%, sendo 3 relativos a CA (91,7% a 77,8%), 6 itens referentes a SD (97,2% a 80,6%) e TR, 1 item (88,9%).

Os dados apresentados na Tabela 18, demonstraram que os itens ocorridos com maior frequência corresponderam a SD apresentado percentagens elevadas de acertos, demonstrando um maior nível de conhecimento por parte dos monitores nesta subescala. Contudo, CA e TR apesar de terem apresentado menos frequências de acertos, também apresentaram percentagens semelhantes as SD.

Tabela 18– Os acertos mais frequentes dos monitores de educação inclusiva por subescala

Itens – KADDS-PB		Frequência Relativa e Absoluta						Subescalas	
		Acerto		Equívocos		Não Sei			
		n	%	n	%	n	%		
32	A maioria das crianças com PHDA evidenciam algum grau de deficiência de desempenho escolar nos anos de ensino fundamental.	V	33	91,7	2	5,6	1	2,8	CA
13	É possível que um adulto seja diagnosticado com PHDA.	V	32	88,9	0	0,0	4	11,1	CA
31	Crianças com PHDA são mais distinguíveis no ambiente de sala de aula do que brincando livremente em grupo.	V	28	77,8	7	19,4	1	2,8	CA
9	Crianças com PHDA frequentemente ficam inquietas ou se contorcem em seus assentos.	V	35	97,2	1	2,8	0	0,0	SD
26	Crianças com PHDA frequentemente têm dificuldades em organizar tarefas e atividades.	V	35	97,2	1	2,8	0	0,0	SD
16	O conhecimento atual sobre PHDA sugere dois grupos de sintomas: um de desatenção e outro constituído de hiperatividade/impulsividade.	V	33	91,7	1	2,8	2	5,6	SD
21	Para que se faça o diagnóstico de PHDA, a criança deve ter exibido sintomas relevantes em dois ou mais ambientes (por ex., em casa, na escola).	V	32	88,9	1	2,8	3	8,3	SD
7	Um dos sintomas de crianças com PHDA é que elas são fisicamente cruéis com outros indivíduos.	F	30	83,3	6	16,7	0	0,0	SD
3	Crianças com PHDA são frequentemente distraídas por estímulos externos.	V	29	80,6	4	11,1	3	8,3	SD
10	O treinamento de pais e professores no manejo do PHDA infantil são, em geral, efetivos quando combinados ao tratamento medicamentoso.	V	32	88,9	1	2,8	3	8,3	TR

Com base nos 8 itens referentes aos “Equívocos” com percentagens entre 100% e 50%, foi extraída a média de 64,25% para seleção dos itens mais frequentes, se perfazendo em 4 itens com percentagens entre 83,3% e 66,7%. Relativamente aos equívocos cometidos pelos monitores de educação inclusiva, os itens que se apresentaram com maior frequência foram os relativos a CA (2 itens com percentagens entre 83,3% e 75%), relativos aos problemas de comportamento de crianças com PHDA. E, 1 item relativo a TR e outro referente aos SD, ambos com percentagem de 66,7%), todos apresentando uma percentagem significativa (Tabela 19).

Tabela 19 – Os equívocos mais frequentes dos monitores de educação inclusiva por subescala

Itens – KADDS-PB		Frequência Relativa e Absoluta						Subescalas	
		Acerto		Equívocos		Não Sei			
		nº	%	nº	%	nº	%		
30	Em crianças muito novas (menores de 4 anos de idade), os problemas de comportamento do PHDA (por ex., hiperatividade, desatenção) são distintamente diferentes dos comportamentos apropriados à idade de crianças que não têm PHDA.	F	0	0,0	30	83,3	6	16,7	CA
27	Crianças com PHDA geralmente enfrentam mais problemas em situações novas do que situações conhecidas.	F	3	8,3	27	75	6	16,7	CA
39	Crianças com PHDA geralmente apresentam adesão inflexível a rotinas/rituais específicos.	F	5	13,9	24	66,7	7	19,4	SD
34	Intervenções psicológicas ou no comportamento para crianças com PHDA focam primordialmente nos problemas de atenção da criança.	F	7	19,4	24	66,7	5	13,9	TR

Da soma dos 32 itens apontados com “Não Sei” pelos monitores, com percentagens superiores a zero (63,9% a 2,8%), extraiu-se a média de 28,82% utilizada para seleção dos itens encontrados com maior frequência nos resultados. Da análise se extraiu 15 itens com médias entre 63,9% e 30,6%, dos quais 5 se referem a CA (63,9% a 30,6%) e 10 ao TR (63,9% a 33,3%). Apesar de TR apresentar-se com os itens que os monitores de educação inclusiva assumiram desconhecer, foi possível perceber que CA e TR apresentaram valores semelhantes e que a maioria dos itens apresentados em TR se referem ao tratamento medicamentoso (Tabela 20).

Tabela 20 – Os “não sei” mais frequentes dos monitores de educação inclusiva por subescala

Itens – KADDS-PB		Frequência Relativa e Absoluta						Subescalas	
		Acerto		Equívocos		Não Sei			
		n	%	n	%	n	%		
4	Crianças com PHDA são tipicamente mais compatíveis com seus pais do que com suas mães.	V	1	2,8	12	33,3	23	63,9	CA
17	Sintomas de depressão são encontrados mais frequentemente em crianças com PHDA do que nas crianças que não têm PHDA.	V	5	13,9	14	38,9	17	47,2	CA
6	O PHDA é mais comum no primeiro grau de parentesco biológico (por ex., mãe, pai) de crianças com PHDA do que na população em geral.	V	5	13,9	15	41,7	16	44,4	CA
29	Nas crianças em idade escolar, a prevalência do PHDA em meninos e meninas é equivalente.	F	2	5,6	21	58,3	13	36,1	CA
19	A maioria das crianças com PHDA “supera” os sintomas pelo estabelecimento da puberdade e posteriormente atuam normalmente na vida adulta.	F	22	61,1	3	8,3	11	30,6	CA
35	Eletroconvulsoterapia (por ex., tratamento com choques) foi constatado ser um tratamento efetivo para casos severos de PHDA.	F	10	27,8	3	8,3	23	63,9	TR
23	A redução da ingestão de açúcar ou conservantes alimentares é geralmente efetivo na redução dos sintomas do PHDA.	F	5	13,9	11	30,6	20	55,6	TR
12	Quando o tratamento de uma criança com PHDA é finalizado, é raro que os sintomas retornem.	F	15	41,7	5	13,9	16	44,4	TR
25	Drogas estimulantes são o tipo mais comum de droga utilizados no tratamento de crianças com PHDA.	V	19	52,8	1	2,8	16	44,4	TR
37	Pesquisas têm mostrado que o uso prolongado de medicamentos estimulantes leva a um aumento na dependência de substâncias (por ex., drogas, álcool) na vida adulta.	F	10	27,8	11	30,6	15	41,7	TR
38	Se uma criança responde a medicamentos estimulantes (por ex., Ritalina), ela provavelmente tem PHDA.	F	9	25	13	36,1	14	38,9	TR
8	Drogas antidepressivas têm sido efetivas em reduzir os sintomas para muitas crianças com PHDA.	V	20	55,6	3	8,3	13	36,1	TR
2	Pesquisas recentes sugerem que PHDA é substancialmente resultado de habilidades parentais ineficazes.	F	16	44,4	8	22,2	12	33,3	TR
15	Efeitos colaterais de drogas estimulantes usadas no tratamento do PHDA podem incluir insônia leve e redução do apetite.	V	16	44,4	8	22,2	12	33,3	TR
36	Tratamentos para PHDA que focam primordialmente na punição	F	21	58,3	3	8,3	12	33,3	TR

Itens – KADDS-PB	Frequência Relativa e Absoluta						Subescalas
	Acerto		Equívocos		Não Sei		
	n	%	n	%	n	%	
demonstraram-se os mais efetivos na redução dos sintomas do PHDA.							

No que se refere à média geral da escala KADDS-PB obtida com aplicação aos monitores de educação inclusiva, foi possível constatar que o conhecimento deste grupo sobre PHDA se encontrava num nível mediano, e que a subescala na qual apresentaram a maior média de acertos foi a subescala de SD, demonstrando assim um maior nível de conhecimento por parte dos respondentes, sendo que a subescala onde se verificou maiores fragilidades foi CA, seguida de TR (Tabela 21).

Tabela 21–Estatísticas descritivas relativas às subescalas da KADDS sobre os conhecimentos/ dos monitores sobre PHDA.

Dimensões/Subescalas	Estática Descritiva			
	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Características Associadas	38,70	9,53	20,00	53,33
Sintomas e Diagnósticos	70,55	13,92	40,00	90,00
Tratamento	44,04	22,09	7,14	78,57
Escala Geral	51,10	11,66	29,05	68,25

Conhecimentos/Crenças da Equipa Multiprofissional sobre PHDA

As frequências relativas e absolutas obtidas na aplicação da escala KADDS-PB à equipa multiprofissional, foram avaliadas seguindo os mesmos critérios estabelecidos aos demais sujeitos da pesquisa (pais, professores, monitores de educação inclusiva). Destas, foram extraídos 36 itens de um total de 39 com percentagens entre 100 e 50%, demonstrando o maior nível de conhecimento sobre PHDA por parte da equipa multiprofissional. A partir da soma dessas percentagens, chegou-se à média de 73,6, a qual se fez em 15 itens (100% a 77,8%) selecionados para a análise, sendo 4 itens sobre CA (88,9% a 83,3%), 6 itens relativos aos SD (100% a 88,9%) e 5 itens referentes ao TR (94,4% a 77,8%), todos com percentagens extremamente altas, demonstrando um conhecimento considerável sobre PHDA, em todas as subescalas analisadas.

Tabela 22 – Os acertos mais frequentes da equipa multiprofissional por subescala

Itens – KADDS-PB		Frequência Relativa e Absoluta						Subescalas	
		Acerto		Equívocos		Não Sei			
		n	%	n	%	n	%		
13	É possível que um adulto seja diagnosticado com PHDA.	V	16	88,9	1	5,6	1	5,6	CA

Itens – KADDS-PB		Frequência Relativa e Absoluta						Subescalas	
		Acerto		Equívocos		Não Sei			
		n	%	n	%	n	%		
22	Se uma criança com PHDA é capaz de demonstrar atenção permanente a vídeo games ou televisão por mais de uma hora, essa criança também é capaz de manter atenção por pelo menos uma hora em aula ou realizando o dever de casa.	F	15	83,3	1	5,6	2	11,1	CA
31	Crianças com PHDA são mais distinguíveis no ambiente de sala de aula do que brincando livremente em grupo.	V	15	83,3	1	5,6	2	11,1	CA
32	A maioria das crianças com PHDA evidenciam algum grau de deficiência de desempenho escolar nos anos de ensino fundamental.	V	15	83,3	0	0,0	3	16,7	CA
3	Crianças com PHDA são frequentemente distraídos por estímulos externos.	V	18	100	0	0,0	0	0,0	SD
7	Um dos sintomas de crianças com PHDA é que elas são fisicamente cruéis com outros indivíduos.	F	18	100	0	0,0	0	0,0	SD
9	Crianças com PHDA frequentemente ficam inquietas ou se contorcem em seus assentos.	V	18	100	0	0,0	0	0,0	SD
21	Para que se faça o diagnóstico de PHDA, a criança deve ter exibido sintomas relevantes em dois ou mais ambientes (por ex., em casa, na escola).	V	17	94,4	1	5,6	0	0,0	SD
26	Crianças com PHDA frequentemente têm dificuldades em organizar tarefas e atividades.	V	17	94,4	1	5,6	0	0	SD
16	O conhecimento atual sobre PHDA sugere dois grupos de sintomas: um de desatenção e outro constituído de hiperatividade/impulsividade.	V	16	88,9	1	5,6	1	5,6	SD
10	O treinamento de pais e professores no manejo do PHDA infantil são, em geral, efetivos quando combinados ao tratamento medicamentoso.	V	17	94,4	0	0,0	1	5,6	TR
18	Psicoterapia individual é, em geral, suficiente para o tratamento da maior parte das crianças com PHDA.	F	16	88,9	0	0,0	2	11,1	TR
12	Quando o tratamento de uma criança com PHDA é finalizado, é raro que os sintomas retornem.	F	15	83,3	1	5,6	2	11,1	TR
20	Em casos severos de PHDA, a medicação é frequentemente usada antes da tentativa de uso de técnicas de modificação do comportamento.	V	14	77,8	1	5,6	3	16,7	TR
38	Se uma criança responde a medicamentos estimulantes (por	F	14	77,8	2	11,1	2	11,1	TR

Itens – KADDS-PB	Frequência Relativa e Absoluta						Subescalas
	Acerto		Equívocos		Não Sei		
	n	%	n	%	n	%	
ex., Ritalina), ela provavelmente tem PHDA.							

Obedecendo aos critérios estabelecidos, em se considerar como itens mais frequentes aqueles dentro da média apurada através da soma dos percentuais acima de 50%, não houve “Equívocos” para serem analisados, tendo em vista que os mesmos demonstraram frequências abaixo de 50% indicando que os profissionais cometem poucos equívocos quando indagados sobre seu conhecimento/crenças sobre PHDA.

Dos 39 itens avaliados, 32 foram indicados pela equipa multiprofissional como itens para as quais os profissionais não teriam respostas. A partir desses itens foi calculada a média de 16,7% como base para escolha das percentagens com maior nível de frequência, perfazendo-se em 21 itens com percentagem entre 38,9% e 16,7%, dos quais 11 se referem a CA (27,8% a 16,7%), 2 referentes aos SD (27,8% a 16,7%) e 7 relativos a TR (38,9% a 16,7%). Relativamente à frequência em que os respondentes optaram pela alternativa “não sei”, apresentaram-se também no nível razoavelmente baixo, demonstrando que os mesmos, tem um nível muito bom de conhecimento sobre PHDA. Porém, alegam certos desconhecimentos nos itens relativos a CA e TR (Tabela 23).

Tabela 23 - Os “não sei” mais frequentes da equipa multiprofissional por subescala

Itens – KADDS - PB		Frequência Relativa e Absoluta						Escalas	
		Acerto		Equívocos		Não Sei			
		n	%	n	%	n	%		
4	Crianças com PHDA são tipicamente mais compatíveis com seus pais do que com suas mães.	V	5	27,8	8	44,4	5	27,8	CA
6	O PHDA é mais comum no primeiro grau de parentesco biológico (por ex., mãe, pai) de crianças com PHDA do que na população em geral.	V	13	72,2	1	5,6	4	22,2	CA
28	Existem características físicas específicas que podem ser identificadas por médicos (por ex., pediatras) no diagnóstico definitivo de PHDA.	F	12	66,7	2	11,1	4	22,2	CA
33	Sintomas de crianças com PHDA são comumente vistos em crianças que não têm PHDA e que vieram de um ambiente familiar caótico e inadequado.	V	10	55,6	4	22,2	4	22,2	CA
1	A maioria das estimativas sugerem que o PHDA ocorre em aproximadamente 15% das crianças em idade escolar.	F	12	66,6	3	16,7	3	16,7	CA

Itens – KADDS - PB		Frequência Relativa e Absoluta						Escalas	
		Acerto		Equívocos		Não Sei			
		n	%	n	%	n	%		
17	Sintomas de depressão são encontrados mais frequentemente em crianças com PHDA do que nas crianças que não têm PHDA.	V	11	61,1	4	22,2	3	16,7	CA
19	A maioria das crianças com PHDA “supera” os sintomas pelo estabelecimento da puberdade e posteriormente atuam normalmente na vida adulta.	F	11	61,1	4	22,2	3	16,7	CA
24	O diagnóstico do PHDA por si só torna a criança elegível para vaga em educação especial.	F	10	55,6	5	27,8	3	16,7	CA
27	Crianças com PHDA geralmente enfrentam mais problemas em situações novas do que situações conhecidas.	F	10	55,6	5	27,8	3	16,7	CA
29	Nas crianças em idade escolar, a prevalência do PHDA em meninos e meninas é equivalente.	F	11	61,1	4	22,2	3	16,7	CA
32	A maioria das crianças com PHDA evidenciam algum grau de deficiência de desempenho escolar nos anos de ensino fundamental.	V	15	83,3	0	0,0	3	16,7	CA
4	Crianças com PHDA são tipicamente mais compatíveis com seus pais do que com suas mães.	V	5	27,8	8	44,4	5	27,8	CA
14	Crianças com PHDA frequentemente têm o histórico de furto ou de destruir pertences alheios.	F	11	61,1	2	11,1	5	27,8	SD
39	Crianças com PHDA geralmente apresentam adesão inflexível a rotinas/rituais específicos.	F	8	44,4	7	38,9	3	16,7	SD
37	Pesquisas têm mostrado que o uso prolongado de medicamentos estimulantes leva a um aumento na dependência de substâncias (por ex., drogas, álcool) na vida adulta.	F	9	50	2	11,1	7	38,9	TR
37	Pesquisas têm mostrado que o uso prolongado de medicamentos estimulantes leva a um aumento na dependência de substâncias (por ex., drogas, álcool) na vida adulta.	F	9	50	2	11,1	7	38,9	TR
35	Eletroconvulsoterapia (por ex., tratamento com choques) foi constatado ser um tratamento efetivo para casos severos de PHDA.	F	8	44,4	4	22,2	6	33,3	TR
36	Tratamentos para PHDA que focam primordialmente na punição demonstraram-se os mais efetivos na redução dos sintomas do PHDA.	F	13	72,2	0	0,0	5	27,8	TR
23	A redução da ingestão de açúcar ou conservantes alimentares é geralmente efetivo na redução dos sintomas do PHDA.	F	9	50	5	27,8	4	22,2	TR

Itens – KADDS - PB		Frequência Relativa e Absoluta						Escalas	
		Acerto		Equívocos		Não Sei			
		n	%	n	%	n	%		
2	Pesquisas recentes sugerem que PHDA é substancialmente resultado de habilidades parentais ineficazes.	F	10	55,6	5	27,8	3	16,7	TR
15	Efeitos colaterais de drogas estimulantes usadas no tratamento do PHDA podem incluir insônia leve e redução do apetite.	V	13	72,2	2	11,1	3	16,7	TR

As estatísticas descritivas apresentadas na Tabela 24 demonstraram que a equipa multiprofissional possui um nível significativamente bom de conhecimento sobre PHDA, tanto na análise por subescalas quanto na escala geral. Porém, o maior destaque apresentado no nível de conhecimento por subescala, foi para SD. Já nas subescalas CA e TR também demonstraram níveis bons de conhecimento, poderá inferiores aos apresentados em SD.

Tabela 24 - Estatísticas descritivas relativas às subescalas da KADDS-PB sobre os conhecimentos da equipa multiprofissional sobre PHDA.

Subescalas	Estatística Descritiva			
	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Características Associadas	64,44	25,15	33,33	100,00
Sintomas e Diagnósticos	81,66	14,65	60,00	100,00
Tratamento	69,84	25,87	35,71	100,00
Escala Geral	71,98	20,56	43,02	100,00

Semelhanças/Diferenças relativamente aos conhecimentos/crenças sobre PHDA dos pais, professores, monitores de educação inclusiva e equipa multiprofissional.

Ao avaliar quais os conhecimentos dos pais, professores, monitores de educação inclusiva e equipa multiprofissional, primeiramente por um aspeto geral, foi possível constatar que os profissionais especializados integrantes da equipa multiprofissional, foram os que demonstraram maior conhecimento sobre PHDA e os demais participantes apresentaram conhecimentos medianos (Tabela 25).

Para a Subescala 1, CA, a média geral da amostra obtida demonstrou que a equipa multiprofissional apresentou maior conhecimento sobre PHDA e os monitores os piores resultados. A Subescala 2, SD, averiguou-se que equipa multiprofissional, professores e monitores demonstraram um nível de conhecimento maior que a média geral da amostra e que apenas os pais demonstraram conhecimento insuficiente. Por fim, a Subescala 3, TR, foi possível constatar que equipa multiprofissional e pais apresentaram maiores

índices de conhecimento, demonstrando que por mais que os pais saibam pouco sobre SD, eles lidam melhor com o processo de intervenção realizado com crianças com PHDA.

Tabela 25- Estatísticas descritivas dos fatores da escala KADDS - PB por grupos de participantes.

Grupos de Partipantes	Escala Geral	Subescala 1	Subescala 2	Subescala 3
		CA	SD	TR
	M ; DP	M ; DP	M ; DP	M ; DP
Pais	53,71 ; 6,88	50,50 ; 8,488	51,66 ; 11,83	58,92 ; 15,68
Equipa Multiprofissional	71,98 ; 20,56	64,44 ; 25,15	81,66 ; 14,65	69,84 ; 25,87
Professores	55,04 ; 15,18	44,07 ; 18,73	73,05 ; 16,53	48,01 ; 22,62
Monitores	51,10 ; 11,66	38,70 ; 9,53	70,55 ; 13,92	44,04 ; 22,09
Amostra geral	55,92; 14,79	47,30; 17,31	67,46 ; 17,66	53,11 ; 22,80

M = Média; DP = Desvio Padrão

Em seguida, buscou-se comparar os valores encontrados em função dos grupos pesquisados (pais, professores, monitores de educação inclusiva e equipa multiprofissional). Para o fator geral da escala averiguou-se diferença estatisticamente significativa [$\chi^2(3) = 12,635$; $p < 0,05$]. Especificamente, constatou-se que a equipa multiprofissional apresentou maiores pontuações do que os pais, professores e os monitores de educação inclusiva (Tabela 26).

Para a Subescala 1, pode-se verificar diferença estatisticamente significativa entre os grupos estudados [$\chi^2(3) = 23,620$; $p < 0,001$]. Especificamente, os monitores apresentaram menores pontuações do que os pais e equipa multiprofissional. E os professores apresentaram menores pontuações do que a equipa multiprofissional.

Para a Subescala 2, também foi possível encontrar diferença estatisticamente significativas entre os grupos [$\chi^2(3) = 46,276$; $p < 0,001$]. Nesse fator, pode-se verificar diferença entre os pais com os demais grupos, onde os pais apresentaram menores valores do que os professores, monitores e profissionais.

Por fim, para a Subescala 3, também foi possível encontrar diferença estatisticamente significativa [$\chi^2(3) = 16,815$; $p < 0,001$]. Neste fator, os monitores apresentaram menores índices aos comparados com os pais e equipa multiprofissional. Também se verificou diferença entre equipa multiprofissional e professores, onde os professores apresentam menores valores do que a equipa multiprofissional.

Tabela 26- Rankings e medianas das comparações realizadas entre os grupos.

Escala/Subescala	Grupo de Participantes	Rankings	Mediana
Escala geral	Pais	59,03	53,62
	Equipa Multiprofissional	89,72	61,42
	Professores	64,96	55,55
	Monitores	53,40	50,95
Subescala 1- CA	Pais	77,13	53,30
	Equipa Multiprofissional	86,61	63,33
	Professores	57,69	40,00
	Monitores	44,13	40,00
Subescala 2- SD	Pais	30,64	50,00
	Equipa Multiprofissional	91,39	80,00
	Professores	76,06	70,00
	Monitores	69,86	70,00
Subescala 3-TR	Pais	75,33	64,29
	Equipa Multiprofissional	84,50	64,28
	Professores	54,57	50,00
	Monitores	50,10	42,85

Posteriormente, para o grupo de pais, buscou-se verificar se o fator geral da escala estaria correlacionado a idade, porém não foi possível encontrar correlação estatisticamente significativa. Também não se verificou diferença estatisticamente significativa no índice em função da escolaridade ou género.

Para os grupos de profissionais, professores e monitores, buscou-se verificar correlações com idade e tempo de experiência e diferença entre os diferentes géneros e escolaridade, porém não houve correlações ou diferenças significativas nas variáveis avaliadas.

5.2 Questão 2 - Qual a percepção que os pais, professores, monitores de educação inclusiva e equipa multiprofissional têm sobre o comportamento social e linguístico/fala de crianças com PHDA?

Esta questão apresenta num primeiro momento as percepções de pais, professores, monitores de educação inclusiva e equipa multiprofissional sobre o comportamento social de crianças com PHDA, através dos resultados obtidos pela aplicação do SSRS, por grupos, e sendo depois feita a comparação entre as semelhanças/diferenças na percepção dos mesmos. Posteriormente apresenta-se a percepção dos pais, professores e equipa multiprofissional, sobre o comportamento linguístico/fala de crianças com PHDA que apresentaram PCC severo (apurado através da prova de nomeação do ABFW), sendo utilizado para a coleta de dados a SPAA-C (PB). Primeiro apresenta-se os resultados por escalas para cada grupo de participantes, seguindo-se as semelhanças e diferenças verificadas entre os grupos.

Análise de dados Quantitativos – SSRS

Este tópico apresenta as principais estatísticas descritivas, bem como as frequências relativas e absolutas referentes às respostas dadas pelos diferentes participantes da pesquisa a cada item das escalas: **habilidades sociais** e **problemas de comportamento** para os pais; **Habilidades sociais, problemas de comportamento e competência acadêmica** para professores e monitores de educação inclusiva; e, **habilidades sociais e problemas de comportamento** para equipa multiprofissional.

Perceção dos pais sobre o comportamento social de crianças com PHDA

Na Tabela 27 apresentam-se as principais estatísticas descritivas referentes às respostas dos pais de crianças com PHDA a cada um dos itens da escala de **habilidades sociais** do SSRS. Os resultados foram ordenados por ordem decrescente visando demonstrar a perceção dos pais sobre a **frequência** com que as crianças com PHDA conseguem desenvolver habilidades sociais, relativamente aos cinco fatores da escala: **F1–Responsabilidade, F-2 Autocontrolo, F3–Afetividade/Cooperação, F4-Desenvoltura Social e F5-Civilidade.**

Na perceção dos pais as habilidades sociais que as crianças com PHDA têm mais facilidade de desenvolver são: “aceita elogios ou cumprimento de amigos” e “faz elogios para amigos e outras crianças na família”, ambas do fator *Afetividade e cooperação* (F3); seguindo-se “em casa, fala em tom de voz apropriado”, “pede permissão para usar coisas de outros da família”, e “pede permissão antes de sair de casa”, do fator *Civilidade* (F5), sendo que maior dificuldade apontada está em “Aceita críticas”, habilidade voltada para o *Autocontrolo* (F2).

Tabela 27 – Estatísticas Descritivas relativas aos itens da escala de Habilidades Sociais do SSRS (itens ordenados por ordem decrescente) – Perceção dos Pais (Frequência)

Itens – SSRS (Escala de Habilidades Sociais - Frequência)	Estatística Descritivas				Fatores
	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	
23 Aceita elogios ou cumprimento de amigos.	1,53	0,696	0	2	F3
17 Faz elogios para amigos e outras crianças na família.	1,36	0,833	0	2	F3
2 Em casa, fala em tom de voz apropriado.	1,22	0,591	0	2	F5
19 Pede permissão para usar coisas de outros da família.	1,22	0,929	0	2	F5
20 Pede permissão antes de sair de casa.	1,22	0,898	0	2	F5

Itens – SSRS (Escala de Habilidades Sociais - Frequência)	Estatística Descritivas				Fatores
	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	
1 Usa o tempo livre em casa de maneira aceitável.	1,19	0,710	0	2	F3
10 Atende ao telefone de forma adequada.	1,17	0,775	0	2	F5
6 Elogia familiares pelas suas realizações.	1,14	0,833	0	2	F3
14 Inicia uma conversação em vez de ficar esperando que os outros o faça.	1,14	0,762	0	2	F4
4 Apresenta-se a novas pessoas sem ser mandado.	1,03	0,910	0	2	F4
7 Evita situações que podem trazer problemas.	1,03	0,736	0	2	F2
16 Controla irritação em situação de conflito com você.	1,03	0,736	0	2	F2
15 Finaliza discordância calmamente com você.	0,92	0,732	0	2	F2
3 Junta-se a grupo de atividade sem ser mandado.	0,86	0,798	0	2	F4
21 Usa apropriadamente o tempo enquanto espera sua ajuda na tarefa escolar ou outra tarefa.	0,86	0,723	0	2	F3
18 Completa as tarefas domésticas em um tempo razoável.	0,83	0,737	0	2	F1
22 Cooperar com membros da família sem ser solicitado.	0,83	0,737	0	2	F3
13 Controla sua irritação quando discute com os outros.	0,75	0,806	0	2	F2
12 Tenta fazer as tarefas antes de pedir sua ajuda.	0,72	0,659	0	2	F1
8 Guarda seus brinquedos ou outras coisas de casa.	0,69	0,822	0	2	F1
11 Faz as tarefas domésticas que são estabelecidas como sua obrigação sem precisar.	0,67	0,793	0	2	F1
5 Pede informação ou assistência a vendedores nas lojas.	0,42	0,604	0	2	F4
9 Aceita críticas.	0,39	0,645	0	2	F2

Avaliando as estatísticas descritivas dos diferentes fatores que compõem o inventário de habilidades sociais e tomando por base o escore geral obtido na escala, verificou-se que na percepção dos pais, as crianças com PHDA apresentaram um repertório mediano de habilidades sociais e constatou-se que os fatores *Afetividade/cooperação* (F3) e *Desenvoltura social* (F4) estão no rol das habilidades sociais que os seus filhos têm mais facilidade em desenvolver, sendo que parecem apresentar maiores dificuldades em desenvolver habilidades voltadas para a *Responsabilidade* (F1), seguindo-se o *Autocontrole* (F2) e a *Civilidade* (F5) (Tabela 28).

Tabela 28 – Estatísticas descritivas de habilidades sociais, percepção dos Pais, por Fatores.

Habilidades Sociais – Frequência Fatores	Estatística Descritiva			
	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
F1 - Responsabilidade	36,45	23,97	0,00	75,00
F2 - Autocontrole	41,11	22,90	0,00	100,00
F3 - Afetividade/Cooperação	57,63	23,43	0,00	100,00
F4 - Desenvoltura Social	57,63	23,98	0,00	75,00
F5 - Civilidade	43,05	26,47	12,50	100,00
Escore Geral	47,73	14,86	17,50	77,83

Os itens que integram o inventário de habilidades sociais foram classificados dentro da escala em “nunca”, “algumas vezes” e “muito frequente”, visando demonstrar com que frequência as crianças com PHDA demonstram tais habilidade. A Tabela 29 apresenta as habilidades que, segundo a percepção da maioria dos pais, as crianças com PHDA não conseguem desenvolver e que podem interferir com no seu relacionamento interpessoal e no seu comportamento social, sendo estas relacionadas à *Civilidade* (item 9), *Desenvoltura social* (item 5) e *Responsabilidade* (item 8 e 11).

Tabela 29 – Frequências Relativas e Absolutas dos itens do inventário de habilidades sociais classificados como “nunca” – Percepção dos Pais.

Itens –SSRS (Escala de Habilidades Sociais - Frequência)	Frequência Relativa e Absoluta					
	Nunca		Algumas Vezes		Muito frequente	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
9 Aceita críticas.	25	69,4	8	22,2	3	8,3
5 Pede informação ou assistência a vendedores nas lojas.	23	63,9	11	30,6	2	5,6
8 Guarda seus brinquedos ou outras coisas de casa.	19	52,8	9	25	8	22,2
11 Faz as tarefas domésticas que são estabelecidas como sua obrigação sem precisar.	19	52,8	10	27,8	7	19,4

Para além das análises realizadas, foi verificado o **grau de importância** para os pais, quanto a seus filhos desenvolverem as habilidades sociais propostas no inventário. Neste sentido, a Tabela 30, apresenta os principais resultados, os quais demonstraram que a grande maioria dos pais consideraram o desenvolvimento das habilidades propostas, indispensáveis, com destaque para as habilidades sociais de *Civilidade* (item 20), *Autocontrole* (itens 16 e 7) e *Responsabilidade* (item 8) e, de seguida, os importantes, *Afetividade/cooperação* (itens 1 e 17) e *Civilidade* (item 10). Sendo que alguns pais, ainda que em percentagem reduzida, consideraram algumas das habilidades sociais como não importantes: “junta-se a grupo de atividade sem ser mandado”, “apresenta-se a novas pessoas sem ser mandado”, “pede informação ou assistência a vendedores nas lojas”,

“guarda seus brinquedos ou outras coisas de casa”, “aceita críticas”, e, “inicia uma conversação em vez de ficar esperando que os outros o faça”.

Tabela 30 – Frequência Relativa e Absoluta dos itens da Escala de Habilidades Sociais do SSRS (itens ordenados por ordem decrescente) – Percepção dos Pais (Importância)

Itens –SSRS (Escala de Habilidades Sociais - Importância)	Frequência Relativa e Absoluta						
	Não importante		Importante		Indispensável		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
20	Pede permissão antes de sair de casa.	0	0,0	9	25	27	75
16	Controla irritação em situação de conflito com você.	0	0,0	12	33,3	24	66,7
7	Evita situações que podem trazer problemas.	0	0,0	14	38,9	22	61,1
8	Guarda seus brinquedos ou outras coisas de casa.	1	2,8	13	36,1	22	61,1
19	Pede permissão para usar coisas de outros da família.	0	0,0	15	41,7	21	58,3
13	Controla sua irritação quando discute com os outros.	0	0,0	16	44,4	20	55,6
15	Finaliza discordância calmamente com você.	0	0,0	16	44,4	20	55,6
11	Faz as tarefas domésticas que são estabelecidas como sua obrigação sem precisar.	0	0,0	17	47,2	19	52,8
9	Aceita críticas.	1	2,8	18	50	17	47,2
12	Tenta fazer as tarefas antes de pedir sua ajuda.	0	0,0	19	52,8	17	47,2
18	Completa as tarefas domésticas em um tempo razoável.	0	0,0	19	52,8	17	47,2
22	Coopera com membros da família sem ser solicitado.	0	0,0	20	55,6	16	44,4
4	Apresenta-se a novas pessoas sem ser mandado.	1	2,8	20	55,6	15	41,7
2	Em casa, fala em tom de voz apropriado.	0	0,0	22	61,1	14	38,9
21	Usa apropriadamente o tempo enquanto espera sua ajuda na tarefa escolar ou outra tarefa.	0	0,0	22	61,1	14	38,9
23	Aceita elogios ou cumprimento de amigos.	0	0,0	22	61,1	14	38,9
3	Junta-se a grupo de atividade sem ser mandado.	1	2,8	22	61,1	13	36,1
14	Inicia uma conversação em vez de ficar esperando que os outros o faça.	2	5,6	21	58,3	13	36,1
6	Elogia familiares pelas suas realizações.	0	0,0	24	66,7	12	33,3
1	Usa o tempo livre em casa de maneira aceitável.	0	0,0	25	69,4	11	30,6
5	Pede informação ou assistência a vendedores nas lojas.	1	2,8	24	66,7	11	30,6
10	Atende ao telefone de forma adequada.	0	0,0	25	69,4	11	30,6
17	Faz elogios para amigos e outras crianças na família.	0	0,0	26	72,2	10	27,8

Relativamente aos problemas de comportamento, a Tabela 31 demonstra que na percepção dos pais, os problemas de comportamento mais recorrentes em crianças com PHDA são: “desconcentra-se facilmente” e “é irrequieto e se mexe excessivamente” e menos recorrente “ameaça ou intimida os outros”, todos considerados como *Comportamentos Externalizantes* (F1).

Tabela 31 – Estatísticas Descritivas relativas aos itens da escala de Problemas de Comportamento do SSRS (itens ordenados por ordem decrescente) – Perceção dos Pais

Itens –SSRS (Problemas de Comportamento - Frequência)	Estatística Descritivas				Dimensão
	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	
37 Desconcentra-se facilmente.	1,81	0,40	1	2	F1
32 É irrequieto e se mexe excessivamente.	1,58	0,60	0	2	F1
34 Retruca quando os adultos lhe corrigem.	1,33	0,63	0	2	F1
38 Tem acessos de birra.	1,33	0,67	0	2	F2
35 Age impulsivamente.	1,31	0,74	0	2	F1
33 Desobedece a regras e pedidos.	1,19	0,66	0	2	F1
36 Não ouve o que os outros dizem.	1,19	0,57	0	2	F1
30 Demonstra ansiedade quanto a estar com grupos de amigos.	1,14	0,72	0	2	F2
29 Perturba as atividades em andamento.	0,86	0,72	0	2	F1
24 Briga com os outros.	0,83	0,60	0	2	F1
31 Discute com os outros.	0,81	0,71	0	2	F1
25 Mostra-se triste ou deprimido.	0,78	0,63	0	2	F2
26 Parece solitário (a).	0,78	0,72	0	2	F2
27 Tem baixa autoestima.	0,72	0,74	0	2	F2
28 Ameaça ou intimida os outros.	0,50	0,73	0	2	F1

Ainda, em relação aos **problemas de comportamento**, pode-se averiguar um escore geral mediano. Com relação ao fator 1 “*Externalizantes*” e ao fator 2 “*Internalizantes*”, verificou-se que na perceção dos pais, as crianças com PHDA apresentavam problemas de comportamento na mesma proporcionalidade, apresentando um repertório mediano para tal (Tabela 32).

Tabela 32 – Estatísticas descritivas de problemas de comportamento, na perceção dos Pais, por Fatores.

Problemas de Comportamento Fatores	Estatística Descritiva			
	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Externalizantes (F1)	54,72	20,63	20	100,00
Internalizantes (F2)	52,22	22,43	10	90,00
Escore Geral	53,88	18,19	20	96,67

Perceção dos professores sobre o comportamento social de crianças com PHDA

Na análise da perceção dos professores sobre o comportamento social de alunos com PHDA, foi possível mensurar a frequência com que essas crianças desenvolvem suas habilidades sociais, como: **Responsabilidade (F1)**, **Autocontrolo (F2)**, **Assertividade/Desenvoltura Social (F3)** e **Cooperação/Afetividade (F4)**, a importância deste desenvolvimento para os professores, a frequência com que apresentam problemas de comportamento, **Externalizantes (F1)**, **Hiperatividade (F2)** e **Internalizante (F3)** e qual o seu nível de competência académica.

A Tabela 33 apresenta as estatísticas descritivas das habilidades das crianças com PHDA, na percepção de seus professores, relativamente à **frequência**. Conforme afirmaram os professores, as **habilidades sociais** que seus alunos com PHDA mais facilmente desenvolvem estão voltadas para o seu bom relacionamento com pessoas consideradas diferentes (*Autocontrole-F2*) e o compromisso de guardar o material ou objetos os quais utilizou nas atividades em sala de aula (*Responsabilidade-F1*), porém apresentaram dificuldades em “ajudar voluntariamente os colegas” (*Cooperação/afetividade-F4*).

Tabela 33 – Estatísticas Descritivas relativas aos itens da escala de Habilidades Sociais do SSRS (itens ordenados por ordem decrescente) – Percepção dos Professores (Frequência)

Itens –SSRS (Escala de Habilidades Sociais - Frequência)	Estatística Descritivas				Fatores
	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	
22 Se dá bem com as pessoas que são diferentes.	1,47	0,56	0	2	F2
14 Guarda o material ou objetos utilizados nas atividades.	1,42	0,69	0	2	F1
7 Faz amigos facilmente.	1,31	0,62	0	2	F3
13 Segue suas orientações	1,25	0,55	0	2	F1
12 Aceita ideias dos colegas em atividades grupais.	1,22	0,63	0	2	F2
20 Mantém a carteira limpa e arrumada sem que alguém precise lembrá-lo.	1,19	0,66	0	2	F1
15 Cooperar com os colegas sem ter que lhe pedir.	1,06	0,58	0	2	F4
17 Junta-se a um grupo ou atividade em curso sem que lhe peçam	1,03	0,69	0	2	F4
21 Presta atenção a suas instruções	1,03	0,56	0	2	F1
5 Diz coisas boas sobre si mesmo quando a situação é apropriada.	1,0	0,82	0	2	F3
1 Controla a irritação em situações de conflitos com os colegas.	1,0	0,71	0	2	F2
10 Faz corretamente as tarefas estipuladas.	0,97	0,69	0	2	F1
11 Defende-se verbalmente quando acha que você a tratou de forma injusta	0,94	0,79	0	2	F3
6 Termina as tarefas no tempo estabelecido.	0,92	0,64	0	2	F1
2 Apresenta-se a novas pessoas sem precisar mandar.	0,86	0,83	0	2	F3
8 Responde apropriadamente a gozações dos colegas.	0,86	0,72	0	2	F2
18 Responde de forma apropriada quando é empurrado ou provocado por outra criança.	0,83	0,65	0	2	F2
9 Controla a irritação em situações de conflitos com adultos.	0,83	0,60	0	2	F2
3 Questiona de forma educada as regras que considera injustas.	0,75	0,73	0	2	F3
4 Reage de forma apropriada à pressão dos colegas.	0,72	0,56	0	2	F2
19 Ignora distrações dos colegas durante as tarefas e atividades	0,67	0,58	0	2	F2

Itens –SSRS (Escala de Habilidades Sociais - Frequência)	Estatística Descritivas				Fatores
	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	
16 Ajuda voluntariamente os colegas nas tarefas ou atividades.	0,44	0,69	0	2	F4

Analisando os resultados por fatores, foi possível constatar que na percepção dos professores as crianças com PHDA apresentaram os melhores resultados no desenvolvimento de habilidades sociais voltadas para a *Responsabilidade* e repertório medianos de habilidades sociais concernentes à *Assertividade/desenvoltura social*, *Autocontrole e Cooperação/afetividade* (Tabela 34).

Tabela 34 – Estatísticas descritivas de habilidades sociais, na percepção dos Professores, por Fatores.

Habilidades Sociais – Frequência	Estatística Descritiva			
Fatores	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
F1 - Responsabilidade	56,48	20,71	8,33	91,67
F2 - Autocontrole	47,56	15,32	18,75	75,00
F3 - Assertividade/Desenvoltura social	48,61	23,07	0,00	90,00
F4 - Cooperação/Afetividade	42,13	25,34	0,00	100,00
Escore Geral	48,69	21,88	0,00	88,71

A partir da percepção da maioria dos professores é possível elencar uma série de habilidades sociais que as crianças com PHDA aparentemente não conseguem desenvolver de forma apropriada no ambiente escolar, as quais estão relacionadas aos fatores: F4 (item 16) demonstrando deficiência no desenvolvimento de habilidades voltadas para “*Cooperação/Afetividade*” com uma percentagem bastante significativa e, de seguida, *Assertividade/desenvoltura social* (itens 5 e 2) e *Autocontrole* (itens 8 e 19). As 5 mais frequentes apontadas por este grupo são apresentadas na Tabela 35.

Tabela 35 – As 5 habilidades mais frequentes que não são desenvolvidas pelas crianças com PHDA na percepção dos Professores.

Itens –SSRS (Escala de Habilidades Sociais -Frequência)	Frequência Relativa e Absoluta						Fatores
	Nunca		Algumas Veze		Muito frequente		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
16 Ajuda voluntariamente os colegas nas tarefas ou atividades.	24	66,7	10	27,8	1	2,8	F4
2 Apresenta-se a novas pessoas sem precisar mandar.	15	41,7	11	30,6	10	27,8	F3
3 Questiona de forma educada as regras que considera injusta	15	41,7	15	41,7	6	16,7	F3
19 Ignora distrações dos colegas durante as tarefas e atividades	14	38,9	20	55,6	2	5,6	F2
8 Responde apropriadamente a gozações dos colegas.	12	33,3	17	47,2	7	19,4	F2

O inventário de habilidades sociais permitiu que se avaliasse também a **importância** que o desenvolvimento das habilidades sociais por parte das crianças, tem para os professores. Com base nas frequências relativas e absolutas apresentadas na Tabela 36, percebe-se que parte dos professores acredita que o desenvolvimento de algumas habilidades sociais, são dispensáveis ou sem importância, como por exemplo as relativas ao *Autocontrole* (item 19) e *Cooperação/Afetividade* (item 16). Contudo, a grande maioria, percebe as mesmas como importante, com destaque para *Afetividade/cooperação* (item 5), *Autocontrole* (item 8) e *Cooperação/Afetividade* (itens 17 e 15) com percentagem extremamente significativas ou indispensável, como o *Autocontrole* (item 22) e a Responsabilidade (itens 21 e 14).

Tabela 36 – Frequência Relativa e Absoluta dos itens da Escala de Habilidades Sociais do SSRS (itens ordenados por ordem decrescente) - Percepção dos Professores (Importância).

Itens –SSRS (Escala de Habilidades Sociais - Importância)	Frequência Relativa e Absoluta					
	Não importante		Importante		Indispensável	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
22 Se dá bem com as pessoas que são diferentes.	0	0	16	52,8	17	47,2
21 Presta atenção a suas instruções	1	2,8	19	52,8	16	44,4
14 Guarda o material ou objetos utilizados nas atividades.	0	0	21	58,3	15	41,7
7 Faz amigos facilmente.	2	5,6	20	55,6	14	38,9
12 Aceita ideias dos colegas em atividades grupais.	1	2,8	21	58,3	14	38,9
13 Segue suas orientações	0	0	22	61,1	14	38,9
9 Controla a irritação em situações de conflitos com adultos.	3	8,3	20	55,6	13	36,1
20 Mantém a carteira limpa e arrumada sem que alguém precise lembrá-lo.	1	2,8	22	61,1	13	36,1
10 Faz corretamente as tarefas estipuladas.	2	5,6	22	61,1	12	33,3
1 Controla a irritação em situações de conflitos com os colegas.	2	5,6	23	63,9	11	30,6
3 Questiona de forma educada as regras que considera injustas.	2	5,6	23	63,9	11	30,6
2 Apresenta-se a novas pessoas sem precisar mandar.	2	5,6	24	66,7	10	27,8
4 Reage de forma apropriada à pressão dos colegas.	2	5,6	24	66,7	10	27,8
6 Termina as tarefas no tempo estabelecido.	1	2,8	25	69,4	10	27,8
11 Defende-se verbalmente quando acha que você a tratou de forma injusta	4	11,1	23	63,9	9	25
18 Responde de forma apropriada quando é empurrado ou provocado por outra criança.	2	5,6	25	69,4	9	25
19 Ignora distrações dos colegas durante as tarefas e atividades	5	13,9	24	66,7	7	19,4
16 Ajuda voluntariamente os colegas nas tarefas ou atividades.	5	13,9	25	69,4	6	16,7
5 Diz coisas boas sobre si mesmo quando a situação é apropriada.	4	11,1	26	72,2	6	16,7
8 Responde apropriadamente a gozações dos colegas.	4	11,1	26	72,2	6	16,7
17 Junta-se a um grupo ou atividade em curso sem que lhe peçam	4	11,1	26	72,2	6	16,7
15 Cooperar com os colegas sem ter que lhe pedir.	1	2,8	31	86,1	4	11,1

Da observação da Tabela 37 apura-se que, de modo geral, a maioria dos professores da amostra atribuíram às crianças com PHDA um grau mediano de **problemas de comportamento**. Destaca-se que os problemas citados com mais frequência pelos professores estão relacionados com a *Hiperatividade* (F2). Já, os problemas *Externalizantes* (F1), como “ameaça ou intimida os outros” ou “briga com os outros” são indicados como os menos frequentes de ocorrerem.

Tabela 37 – Estatísticas Descritivas relativas aos itens da escala de Problemas de Comportamento do SSRS (itens ordenados por ordem decrescente) – Percepção dos Professores (Frequência).

Itens –SSRS (Problemas de Comportamento -Frequência)	Estatística Descritivas				Fatores
	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	
36 Mostra-se irrequieto ou se mexe excessivamente	1,36	0,762	0	2	F2
30 Não ouve o que os outros dizem.	1,08	0,649	0	2	F2
33 Fica com raiva facilmente	1,08	0,732	0	2	F1
34 Tem ataques de birra	1,03	0,774	0	2	F1
27 Interrompe a conversa dos outros	0,97	0,774	0	2	F2
29 Demonstra ansiedade quanto a estar com um grupo de crianças.	0,94	0,754	0	2	F3
35 Mostra-se triste e deprimido	0,94	0,583	0	2	F3
26 Parece solitário	0,92	0,649	0	2	F3
28 Perturba as atividades em andamento	0,83	0,811	0	2	F2
32 Retruca quando os adultos lhe corrigem	0,81	0,786	0	2	F1
24 Tem baixa autoestima	0,78	0,681	0	2	F3
31 Discute com os outros	0,78	0,760	0	2	F1
23 Briga com os outros.	0,75	0,732	0	2	F1
25 Ameaça ou intimida os outros	0,47	0,696	0	2	F1

Verificando a categorização dos problemas de comportamento, percebe-se que, na percepção dos professores, os itens relativos à *Hiperatividade* são os mais comentados praticados pelas crianças com PHDA, seguido pelos fatores *Internalizantes* voltados para o nervosismo, ansiedade e até mesmo depressão, contudo, deve-se referir que na percepção deste grupo de respondentes, essas crianças possuem um repertório mediano de problemas de comportamento (Tabela 38).

Tabela 38 – Estatísticas descritivas de Problemas de Comportamento, na percepção dos Professores, por Fatores.

Problemas de Comportamento Fatores	Estatística Descritiva			
	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
F1 - Externalizantes	40,97	30,75	0,00	100,00
F2 - Hiperatividade	53,12	27,11	0,00	100,00
F3 - Internalizante	44,79	19,67	0,00	75,00
Escore Geral	45,53	21,88	0,00	88,71

A Escala SSRS para professores, se propõe a avaliar três grandes áreas do comportamento da criança: as habilidades sociais, os problemas de comportamento e a competência académica. Relativamente à avaliação da **competência académica** pelos professores, pode referir-se que o desempenho académico geral se apresentou entre os 40% médios; as competências e habilidades de leitura, estão entre os 10% piores; as competências e habilidades em matemática no mesmo patamar que a leitura, entre os 10% piores; a motivação da criança para o êxito académico, entre os 40% médios; o estímulo dos pais, entre os 40% médio; e, não menos importantes, o funcionamento intelectual e o comportamento geral, também se encontraram avaliados, entre os 40% médios (Tabela 39).

Tabela 39 – Frequências Relativas e Absolutas dos itens da Escala de Competência Académica do SSRS – Percepção dos Professores.

Itens – SSRS (Competência Académica)	Frequência Relativa e Absoluta									
	Entre os 10% Piores		Entre os 20% Piores		Entre os 40% Médios		Entre os 20% Bons		Entre os 10% Ótimos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
37 Comparado com outras crianças da minha classe, o desempenho académico geral desta criança está:	8	22,2	5	13,9	16	44,4	6	16,7	1	2,8
38 Em leitura , como está criança se situa em relação às demais?	12	33,3	5	13,9	11	30,6	4	11,1	4	11,1
39 Em matemática , como esta criança se situa em relação às demais?	11	30,6	10	27,8	10	27,8	4	11,1	1	2,8
40 Em termos da expectativa para este nível ou grau, a habilidade de leitura desta criança está:	12	33,3	6	16,7	10	27,8	2	5,6	6	16,7
41 Em termos da expectativa para este nível ou grau, a habilidade de matemática desta criança está:	11	30,6	10	27,8	10	27,8	4	11,1	1	2,8
42 A motivação geral desta criança para o êxito académico está:	7	19,4	7	19,4	17	47,2	3	8,3	2	5,6
43 O estímulo dos pais para o êxito desta criança está:	10	27,8	6	16,7	13	36,1	3	8,3	4	11,1
44 Comparada com outras crianças da minha sala, o funcionamento intelectual desta criança está:	8	22,2	8	22,2	14	38,4	4	11,1	2	5,6

Itens – SSRS (Competência Académica)	Frequência Relativa e Absoluta										
	Entre os 10% Piores		Entre os 20% Piores		Entre os 40% Médios		Entre os 20% Bons		Entre os 10% Ótimos		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
45	Comparada com outras crianças da minha sala, o comportamento geral desta criança em classe está:	6	16,7	10	27,8	14	38,9	2	5,6	4	11,1

Na análise das estatísticas descritivas apuradas percebe-se que, na percepção dos professores, as crianças com PHDA do estudo apresentaram um repertório de competências académicas mediano. Importa verificar, que os maiores comprometimentos identificados pelos professores no desenvolvimento de competências académicas das crianças com PHDA, estão nas habilidades matemáticas e que, apesar das dificuldades, as competências que apresentaram os melhores níveis de frequência foram o comportamento geral em classe, o desempenho académico comparado com as outras crianças, a motivação geral das crianças para o êxito académico e o estímulo dos pais (Tabela 40).

Tabela 40 – Estatísticas Descritivas dos itens da Escala de Competência Académica – Percepção de Professores.

Itens –SSRS (Competência Académica)	Estatística Descritivas			
	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
45 Comparada com outras crianças da minha sala, o comportamento geral desta criança em classe está:	2,67	1,171	1	5
37 Comparado com outras crianças da minha classe, o desempenho académico geral desta criança está:	2,64	1,099	1	5
42 A motivação geral desta criança para o êxito académico está:	2,61	1,076	1	5
43 O estímulo dos pais para o êxito desta criança está:	2,58	1,296	1	5
40 Em termos da expectativa para este nível ou grau, a habilidade de leitura desta criança está:	2,56	1,443	1	5
44 Comparada com outras crianças da minha sala, o funcionamento intelectual desta criança está:	2,56	1,132	1	5
38 Em leitura , como está criança se situa em relação às demais?	2,53	1,362	1	5
39 Em matemática , como esta criança se situa em relação às demais?	2,28	1,111	1	5
41 Em termos da expectativa para este nível ou grau, a habilidade de matemática desta criança está:	2,28	1,111	1	5

Percepção dos monitores de educação inclusiva sobre o comportamento social de crianças com PHDA.

Para se extrair as percepções dos monitores de educação inclusiva, foi utilizada a mesma escala do SSRS utilizada para extração das percepção dos professores, sendo assim, apuraram-se as frequências e a importância do desenvolvimento de habilidades sociais, os problemas de comportamento e as competências acadêmicas de crianças com PHDA.

Relativamente ao desenvolvimento das **habilidades sociais**, no que se refere à **frequência**, foi possível apurar que, utilizando os critérios de “nunca”, “algumas vezes” e “muito frequente”, as habilidades sociais apontadas pelos monitores de educação inclusiva, como as mais frequentemente desenvolvidas pelas crianças com PHDA foram: “se dá bem com as pessoas que são diferentes” (*Autocontrole-F2*), “guarda o material ou objetos utilizados nas atividades” (*Responsabilidade-F1*) e “faz amigos facilmente” (*Assertividade/desenvoltura social-F3*). Notadamente, entre as habilidades desenvolvidas com menos frequência, apresentaram-se “Ajuda voluntariamente os colegas nas tarefas ou atividades” (*Cooperação/afetividade-F4*) (Tabela 41).

Tabela 41 – Estatísticas Descritivas relativas aos itens da escala de Habilidades Sociais do SSRS – Percepção dos Monitores de Educação Inclusiva (Frequência)

Itens –SSRS (Escala de Habilidades Sociais - Frequência)	Estatística Descritivas				Fatores
	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	
22 Se dá bem com as pessoas que são diferentes.	1,39	0,599	0	2	F2
14 Guarda o material ou objetos utilizados nas atividades.	1,36	0,723	0	2	F1
7 Faz amigos facilmente.	1,33	0,676	0	2	F3
13 Segue suas orientações	1,17	0,561	0	2	F1
12 Aceita ideias dos colegas em atividades grupais.	1,08	0,604	0	2	F2
10 Faz corretamente as tarefas estipuladas.	1,06	0,630	0	2	F1
17 Junta-se a um grupo ou atividade em curso sem que lhe peçam	1,03	0,696	0	2	F4
21 Presta atenção a suas instruções	1,03	0,560	0	2	F1
1 Controla a irritação em situações de conflitos com os colegas.	1,0	0,586	0	2	F2
11 Defende-se verbalmente quando acha que você a tratou de forma injusta	0,89	0,747	0	2	F3
20 Mantém a carteira limpa e arrumada sem que alguém precise lembrá-lo.	0,89	0,708	0	2	F1
9 Controla a irritação em situações de conflitos com adultos.	0,86	0,639	0	2	F2
6 Termina as tarefas no tempo estabelecido.	0,83	0,561	0	2	F1
15 Cooperar com os colegas sem ter que lhe pedir.	0,78	0,591	0	2	F4
2 Apresenta-se a novas pessoas sem precisar mandar.	0,75	0,770	0	2	F3
3 Questiona de forma educada as regras que considera injustas.	0,75	0,692	0	2	F3

Itens –SSRS (Escala de Habilidades Sociais - Frequência)	Estatística Descritivas				Fatores
	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	
8 Responde apropriadamente a gozações dos colegas.	0,72	0,741	0	2	F2
4 Reage de forma apropriada à pressão dos colegas.	0,67	0,586	0	2	F2
5 Diz coisas boas sobre si mesmo quando a situação é apropriada.	0,67	0,717	0	2	F3
18 Responde de forma apropriada quando é empurrado ou provocado por outra criança.	0,67	0,632	0	2	F2
19 Ignora distrações dos colegas durante as tarefas e atividades	0,67	0,676	0	2	F2
16 Ajuda voluntariamente os colegas nas tarefas ou atividades.	0,33	0,535	0	2	F4

Na análise descritiva por fatores percebe-se que o fator *Responsabilidade* foi o que apresentou maior média e *Cooperação/afetividade* foi apontado como o fator de habilidades sociais, menos desenvolvido pelas crianças com PHDA (Tabela 42).

Tabela 42 – Estatísticas descritivas de habilidades sociais, na percepção dos monitores de educação inclusiva, por Fatores.

Habilidades Sociais – Frequência	Estatística Descritiva			
Fatores	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
F1 - Responsabilidade	52,77	18,79	8,33	91,67
F2 - Autocontrole	44,09	13,68	12,50	68,75
F3 - Assertividade/Desenvoltura social	43,89	19,46	0,00	80,00
F4 - Cooperação/Afetividade	35,64	22,59	0,00	83,33
Escore Geral	44,10	21,26	10,71	92,86

Para a identificação das habilidades sociais as quais, na percepção dos monitores de educação inclusiva, que não são desenvolvidas por um grande número de crianças com PHDA, foram extraídas as frequências relativas e absolutas de cada um dos 39 itens avaliados na escala. Da análise das 5 habilidades mais frequentemente referidas como nunca desenvolvidas pela maioria das crianças com PHDA, a com maior nível de frequência relacionou-se ao fator *Cooperação/afetividade* (item 16) e as demais à *Assertividade/Desenvoltura Social* (itens 5 e 2) e *autocontrole* (itens 8 e 19), necessitando de mecanismos de intervenção para desenvolvimento das mesmas (Tabela 43)

Tabela 43 -As 5 habilidades mais frequentes que não são desenvolvidas pelas crianças com PHDA na percepção dos Monitores de Educação Inclusiva.

Itens –SSRS (Escala de Habilidades Sociais - Frequência)	Frequência Relativa e Absoluta						Fatores
	Nunca		Algumas Vezes		Muito frequente		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
16 Ajuda voluntariamente os colegas nas tarefas ou atividades.	25	69,4	10	27,8	1	2,8	F4
5 Diz coisas boas sobre si mesmo quando a situação é apropriada.	17	47,2	14	38,9	5	13,9	F3
2 Apresenta-se a novas pessoas sem precisar mandar.	16	44,4	13	36,1	7	16,7	F3
8 Responde apropriadamente a gozações dos colegas.	16	44,4	14	38,9	6	16,7	F2
19 Ignora distrações dos colegas durante as tarefas e atividades	16	44,4	16	44,4	4	11,1	F2

Relativamente à avaliação dos monitores de educação inclusiva quanto a importância das crianças com PHDA desenvolverem determinadas habilidades sociais (Tabela 44), constataram-se que, de modo geral, todos os aspetos apresentados foram classificados, na maioria dos casos, como “importante”, com percentual elevado no que concerne à *Cooperação e Assertividade* ou “indispensável”, com o maior peso para a *Responsabilidade*, destacando-se a importância do desenvolvimento das habilidades sociais para essas crianças. Por outro lado, vale salientar a existência de alguns itens apontados como “não importante para alguns monitores de educação inclusiva, como por exemplo o item 2 da Tabela, “Apresenta-se a novas pessoas sem precisar mandar” e item 16 “Ajuda voluntariamente os colegas nas tarefas ou atividades”.

Tabela 44 – Frequência Relativa e Absoluta dos itens da Escala de Habilidades Sociais do SSRS – Percepção dos Monitores de Educação Inclusiva (importância).

Itens – SSRS (Escala de Habilidades Sociais - Importância)	Frequência Relativa e Absoluta					
	Não importante		Importante		Indispensável	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 Controla a irritação em situações de conflitos com os colegas.	0	0	24	66,7	12	33,3
2 Apresenta-se a novas pessoas sem precisar mandar.	8	22,2	26	72,2	2	5,6
3 Questiona de forma educada as regras que considera injustas.	2	5,6	27	75	7	19,4
4 Reage de forma apropriada à pressão dos colegas.	6	16,7	18	50	12	33,3
5 Diz coisas boas sobre si mesmo quando a situação é apropriada.	3	8,3	26	72,2	7	19,4
6 Termina as tarefas no tempo estabelecido.	2	5,6	24	66,7	10	27,8
7 Faz amigos facilmente.	3	8,3	24	66,7	9	25
8 Responde apropriadamente a gozações dos colegas.	4	11,1	28	77,8	4	11,1

Itens – SSRS (Escala de Habilidades Sociais - Importância)	Frequência Relativa e Absoluta					
	Não importante		Importante		Indispensável	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
9 Controla a irritação em situações de conflitos com adultos.	2	5,6	24	66,7	10	27,8
10 Faz corretamente as tarefas estipuladas.	2	5,6	21	58,3	13	36,1
11 Defende-se verbalmente quando acha que você a tratou de forma injusta	4	11,1	25	69,4	7	19,4
12 Aceita ideias dos colegas em atividades grupais.	2	5,6	24	66,7	10	27,8
13 Segue suas orientações	0	0	25	69,4	11	30,6
14 Guarda o material ou objetos utilizados nas atividades.	1	2,8	19	52,8	16	44,4
15 Cooperar com os colegas sem ter que lhe pedir.	1	2,8	32	88,9	3	8,3
16 Ajuda voluntariamente os colegas nas tarefas ou atividades.	7	19,4	25	69,4	4	11,1
17 Junta-se a um grupo ou atividade em curso sem que lhe peçam.	6	16,7	26	72,2	4	11,1
18 Responde de forma apropriada quando é empurrado ou provocado por outra criança.	3	8,3	28	77,8	5	13,9
19 Ignora distrações dos colegas durante as tarefas e atividades.	5	13,9	24	66,7	7	19,4
20 Mantém a carteira limpa e arrumada sem que alguém precise lembrá-lo.	0	0	26	72,2	10	27,8
21 Presta atenção a suas instruções.	1	2,8	23	63,9	12	33,3
22 Se dá bem com as pessoas que são diferentes.	0	0	18	50	18	50

Analisando as estatísticas descritivas dos **problemas de comportamento** das crianças com PHDA, na percepção dos monitores de educação inclusiva, numa relação inversamente proporcional ao desenvolvimento de habilidades sociais, percebe-se que os monitores de educação inclusiva apontaram 6 problemas de comportamento que as crianças desenvolvem com uma maior frequência (Tabela 46), relacionados com os fatores *Hiperatividade* (4 itens) e *Externalizantes* (2 itens). No entanto vale ressaltar, que para todos os itens avaliados na escala, perceberam-se a ocorrência de problemas de comportamento, mesmo que num nível de frequência menor.

Tabela 45 – Estatísticas Descritivas relativas aos itens da escala de Problemas de Comportamento do SSRS – Percepção dos Monitores de Educação Inclusiva (Frequência).

Itens –SSRS (Problemas de Comportamento -Frequência)	Estatística Descritivas				
	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Dimensão
36 Mostra-se irrequieto ou se mexe excessivamente.	1,58	0,649	0	2	F2
27 Interrompe a conversa dos outros.	1,19	0,749	0	2	F2
33 Fica com raiva facilmente.	1,19	0,749	0	2	F1
30 Não ouve o que os outros dizem.	1,17	0,655	0	2	F2
28 Perturba as atividades em andamento.	1,14	0,762	0	2	F2
34 Tem ataques de birra.	1,14	0,723	0	2	F1
23 Briga com os outros.	1,0	0,756	0	2	F1

Itens –SSRS (Problemas de Comportamento -Frequência)	Estatística Descritivas				Dimensão
	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	
29 Demonstra ansiedade quanto a estar com um grupo de crianças.	0,97	0,736	0	2	F3
35 Mostra-se triste e deprimido.	0,89	0,622	0	2	F3
26 Parece solitário.	0,86	0,683	0	2	F3
31 Discute com os outros.	0,86	0,762	0	2	F1
24 Tem baixa autoestima.	0,81	0,710	0	2	F3
32 Retruca quando os adultos lhe corrigem.	0,81	0,786	0	2	F1
25 Ameaça ou intimida os outros.	0,78	0,797	0	2	F1

Na análise geral, notou-se um repertório de problemas de comportamento mediano e na análise por fatores percebeu-se maior prevalência dos itens relativos à *Hiperatividade*, e menor média de ocorrência para os problemas de comportamentos *Internalizantes* (Tabela 46).

Tabela 46 – Estatísticas descritivas de Problemas de Comportamento, na percepção dos monitores de educação inclusiva, por fatores.

Problemas de Comportamento Fatores	Estatística Descritiva			
	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
F1 - Externalizantes	48,14	31,18	0,00	100,00
F2 - Hiperatividade	63,54	25,94	0,00	100,00
F3 - Internalizante	44,09	21,64	0,00	75,00
Escore Geral	51,38	21,26	10,71	92,86

No que se refere à **competência acadêmica**, a percepção dos monitores de educação inclusiva apontou que, na competência voltada para o desempenho acadêmico geral, as crianças com PHDA avaliadas, foram classificadas entre os 40% médios; quanto às competências e habilidades de leitura com relação às outras crianças, estão entre os 40% médios, porém, avaliando as expectativas para seu nível de leitura, as mesmas estão entre os 20% piores; nas competências em matemática, se classificaram entre os 20% piores; a motivação geral para o êxito acadêmico, ficou entre 40% médios; o estímulo dos pais para o êxito acadêmico da criança, foi classificado entre os 10% piores; o funcionamento intelectual, entre os 20% piores; e, por fim, o comportamento geral em classe, em comparação com as outras crianças da sala, entre os 40% médio (Tabela 47).

Tabela 47 – Frequências Relativas e Absolutas dos itens da Escala de Competência Acadêmica do SSRS – Percepção Monitores de Educação Inclusiva.

Itens – SSRS (Competência Acadêmica)	Frequência Relativa e Absoluta									
	Entre os 10% Piores		Entre os 20% Piores		Entre os 40% Médios		Entre os 20% Bons		Entre os 10% Ótimos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
37 Comparado com outras crianças da minha classe, o desempenho acadêmico geral desta criança está:	4	11,1	7	19,4	18	50	6	16,7	1	2,8
38 Em leitura , como está criança se situa em relação às demais?	8	22,2	6	16,7	15	41,7	4	11,1	3	8,3
39 Em matemática , como esta criança se situa em relação às demais?	8	22,2	20	55,6	5	13,9	3	8,3	0	0
40 Em termos da expectativa para este nível ou grau, a habilidade de leitura desta criança está:	10	27,8	13	36,1	6	16,7	4	11,1	3	8,3
41 Em termos da expectativa para este nível ou grau, a habilidade de matemática desta criança está:	7	19,4	20	55,6	6	16,7	3	8,3	0	0
42 A motivação geral desta criança para o êxito acadêmico está:	1	2,8	10	27,8	17	47,2	6	16,7	2	5,6
43 O estímulo dos pais para o êxito desta criança está:	12	33,3	6	16,7	9	25	6	16,7	3	8,3
44 Comparada com outras crianças da minha sala, o funcionamento intelectual desta criança está:	4	11,1	15	41,7	10	27,8	6	16,7	1	2,8
45 Comparada com outras crianças da minha sala, o comportamento geral desta criança em classe está:	4	11,1	9	25	14	38,9	4	11,1	5	13,9

As análises descritivas da percepção dos monitores de educação inclusiva, apontaram, como maiores médias de desenvolvimento das competências acadêmicas, a motivação para o êxito acadêmico e o comportamento geral em comparação com as outras crianças da sala e como piores as competências voltadas para matemática (Tabela 48).

Tabela 48 – Estatísticas Descritivas dos itens da Escala de Competência Acadêmica (itens ordenados por ordem decrescente) - Percepções de Monitores de Educação Inclusiva.

Itens – SSRS (Competência Acadêmica)	Estatística Descritivas			
	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
42 A motivação geral desta criança para o êxito acadêmico está:	2,94	0,893	1	5
45 Comparada com outras crianças da minha sala, o comportamento geral desta criança em classe está:	2,92	1,180	1	5
37 Comparado com outras crianças da minha classe, o desempenho acadêmico geral desta criança está:	2,81	0,951	1	5
38 Em leitura , como está criança se situa em relação às demais?	2,67	1,195	1	5
44 Comparada com outras crianças da minha sala, o funcionamento intelectual desta criança está:	2,58	0,996	1	5
43 O estímulo dos pais para o êxito desta criança está:	2,50	1,342	1	5
40 Em termos da expectativa para este nível ou grau, a habilidade de leitura desta criança está:	2,36	1,246	1	5
41 Em termos da expectativa para este nível ou grau, a habilidade de matemática desta criança está:	2,14	0,833	1	4
39 Em matemática , como esta criança se situa em relação às demais?	2,08	0,481	1	4

Percepção da equipa multiprofissional sobre o comportamento social de crianças com PHDA

Relativamente à avaliação das habilidades sociais desenvolvidas pelas crianças com PHDA, na percepção da equipa multiprofissional, os dados foram extraídos da aplicação da escala utilizada para os professores, contudo, foram retirados os itens de avaliação das competências académicas, em virtude de os respondentes não estarem diretamente envolvidos no convívio escolar destas crianças.

Da análise por itens das percepções da equipa multiprofissional, quanto à **frequência** foram extraídas as seguintes evidências: as **habilidades sociais** mais desenvolvidas pelas crianças, segundo a equipa multiprofissional, foram as relativas à *Responsabilidade* (“Segue suas orientações”), *Autocontrolo* (“Se dá bem com as pessoas que são diferentes”) e *Assertividade/desenvoltura social* (“Faz amigos facilmente” e “Defende-se verbalmente quando acha que você a tratou de forma injusta”) e a com menos incidência está a *Assertividade/desenvoltura social* (“Questiona de forma educada as regras que considera injustas”) (Tabela 49).

Tabela 49 – Estatísticas Descritivas relativas aos itens da escala de Habilidades Sociais do SSRS – Percepção da Equipe Multiprofissional (Frequência).

Itens – SSRS (Escala de Habilidades Sociais - Frequência)	Estatística Descritivas				Fatores
	Média	Desvio padrão	Minimo	Máximo	
13 Segue suas orientações	1,17	0,383	1	2	F1
22 Se dá bem com as pessoas que são diferentes.	1,17	0,383	1	2	F2
7 Faz amigos facilmente.	1,11	0,471	0	2	F3
11 Defende-se verbalmente quando acha que você a tratou de forma injusta	1,11	0,583	0	2	F3
5 Diz coisas boas sobre si mesmo quando a situação é apropriada.	1,06	0,639	0	2	F3
14 Guarda o material ou objetos utilizados nas atividades.	1,06	0,539	0	2	F1
17 Junta-se a um grupo ou atividade em curso sem que lhe peçam	1,06	0,416	0	2	F4
1 Controla a irritação em situações de conflitos com os colegas.	1,0	0	1	1	F2
2 Apresenta-se a novas pessoas sem precisar mandar.	1,0	0,485	0	2	F3
12 Aceita ideias dos colegas em atividades grupais.	1,0	0,343	0	2	F2
15 Cooperar com os colegas sem ter que lhe pedir.	0,94	0,416	0	2	F4
10 Faz corretamente as tarefas estipuladas.	0,89	0,323	0	1	F1
16 Ajuda voluntariamente os colegas nas tarefas ou atividades.	0,89	0,471	0	2	F4
21 Presta atenção a suas instruções	0,83	0,383	0	1	F1
4 Reage de forma apropriada à pressão dos colegas.	0,78	0,548	0	2	F2
6 Termina as tarefas no tempo estabelecido.	0,78	0,548	0	2	F1
18 Responde de forma apropriada quando é empurrado ou provocado por outra criança.	0,72	0,575	0	2	F2
20 Mantém a carteira limpa e arrumada sem que alguém precise lembrá-lo.	0,72	0,575	0	2	F1
19 Ignora distrações dos colegas durante as tarefas e atividades	0,67	0,686	0	2	F2
8 Responde apropriadamente a gozações dos colegas.	0,61	0,502	0	1	F2
9 Controla a irritação em situações de conflitos com adultos.	0,61	0,502	0	1	F2
3 Questiona de forma educada as regras que considera injustas.	0,56	0,511	0	1	F3

Analisando a percepção dos respondentes foi possível extrair as médias por fatores quanto ao desenvolvimento das habilidades sociais por parte das crianças com PHDA. Constatou-se que as habilidades mais frequentemente observadas são as voltadas para a *Assertividade/desenvoltura social* e *Cooperação/afetividade* e que a deficiência maior no desenvolvimento de habilidades sociais está nas habilidades relativas ao *Autocontrole*. Quanto ao escore geral, na percepção da equipa multiprofissional, a média de desenvolvimento de habilidades sociais nas crianças com PHDA foi mais significativa do

que na percepção dos outros grupos avaliados (pais, professores e monitores de educação inclusiva) (Tabela 50).

Tabela 50 – Estatísticas descritivas de habilidades sociais, na percepção da equipa multiprofissional, por Fatores.

Habilidades Sociais – Frequência Fatores	Estatística Descritiva			
	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
F1 - Responsabilidade	45,37	14,91	8,33	66,67
F2 - Autocontrolo	40,97	12,16	25,00	68,75
F3 - Assertividade/Desenvoltura social	48,33	13,39	20,00	70,00
F4 - Cooperação/Afetividade	48,14	17,04	16,67	100,00
Escore Geral	45,70	19,05	21,43	89,29

Quanto aos aspetos relativos às habilidades sociais que não são desenvolvidas por parte das crianças com PHDA, tomando por base as 5 habilidades sociais mais frequentes, e que vão influenciar no seu desempenho e comportamento social, a avaliação feita pela equipa multiprofissional, levou à constatação de que as maiores dificuldades de desenvolvimento de habilidades sociais de crianças com PHDA estão relacionadas maioritariamente ao *Autocontrolo* (Tabela 51)

Tabela 51 -As 5 habilidades mais frequentes que não são desenvolvidas pelas crianças com PHDA na percepção da Equipa Multiprofissional.

Itens –SSRS (Escala de Habilidades Sociais -Frequência)	Frequência Relativa e Absoluta						Fatores
	Nunca		Algumas Vezes		Muito frequente		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
3 Questiona de forma educada as regras que considera injustas.	8	44,4	10	55,6	0	0	F3
19 Ignora distrações dos colegas durante as tarefas e atividades	8	44,4	8	44,4	2	11,1	F2
8 Responde apropriadamente a gozações dos colegas.	7	38,9	11	61,1	0	0	F2
9 Controla a irritação em situações de conflitos com adultos.	7	38,9	11	61,1	0	0	F2
18 Responde de forma apropriada quando é empurrado ou provocado por outra criança.	6	33,3	11	61,1	1	5,6	F2

Relativamente à avaliação da equipa multiprofissional, quanto a **importância** das crianças com PHDA desenvolverem determinadas habilidades sociais, constatou-se que, de modo geral, todos os aspetos apresentados foram classificados, na maioria dos casos, como “importante”, apresentando percentagens entre 100 e 72%, apresentando com maior frequência a habilidades sociais voltadas para o *Autocontrolo* (item 8), *Assertividade/desenvoltura social* (item 5), *Responsabilidade* (itens 10, 14, 21) e

Afetividade/cooperação (item 16) ou “indispensável”, voltadas para o *Autocontrole* (item 1), F3 (item 7) e *Assertividade/desenvoltura social* (item 6) (Tabela 52), destacando-se a importância do desenvolvimento das habilidades sociais para essas crianças. Por outro lado, vale salientar a existência de alguns itens apontados como “não importante”, por uns poucos profissionais da equipa multiprofissional, como por exemplo, o item 2 “Apresenta-se a novas pessoas sem precisar mandar” (*Assertividade/desenvoltura social*) e o item 4 “Reage de forma apropriada à pressão dos colegas” (*Autocontrole*).

Tabela 52 – Frequência Relativa e Absoluta dos itens da Escala de Habilidades Sociais do SSRS – Percepção da Equipa Multiprofissional (Importância).

Itens – SSRS (Escala de Habilidades Sociais - Importância)	Frequência Relativa e Absoluta					
	Não importante		Importante		Indispensável	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
8 Responde apropriadamente a gozações dos colegas.	0	0	18	100	0	0
5 Diz coisas boas sobre si mesmo quando a situação é apropriada.	0	0	17	94,4	1	5,6
10 Faz corretamente as tarefas estipuladas.	0	0	17	94,4	1	5,6
14 Guarda o material ou objetos utilizados nas atividades.	0	0	17	94,4	1	5,6
16 Ajuda voluntariamente os colegas nas tarefas ou atividades.	0	0	17	94,4	1	5,6
21 Presta atenção a suas instruções	0	0	17	94,4	1	5,6
9 Controla a irritação em situações de conflitos com adultos.	0	0	16	88,9	2	11,1
12 Aceita ideias dos colegas em atividades grupais.	0	0	16	88,9	2	11,1
15 Cooperar com os colegas sem ter que lhe pedir.	0	0	16	88,9	2	11,1
20 Mantém a carteira limpa e arrumada sem que alguém precise lembrá-lo.	0	0	16	88,9	2	11,1
22 Se dá bem com as pessoas que são diferentes.	0	0	16	88,9	2	11,1
3 Questiona de forma educada as regras que considera injustas.	1	5,6	15	83,3	2	11,1
4 Reage de forma apropriada à pressão dos colegas.	2	11,1	15	83,3	1	5,6
11 Defende-se verbalmente quando acha que você a tratou de forma injusta	0	0	15	83,3	3	16,7
13 Segue suas orientações.	0	0	15	83,3	3	16,7
17 Junta-se a um grupo ou atividade em curso sem que lhe peçam.	1	5,6	15	83,3	2	11,1
18 Responde de forma apropriada quando é empurrado ou provocado por outra criança.	0	0	15	83,3	3	16,7
19 Ignora distrações dos colegas durante as tarefas e atividades.	0	0	15	83,3	3	16,7
1 Controla a irritação em situações de conflitos com os colegas.	0	0	14	77,8	4	22,2
2 Apresenta-se a novas pessoas sem precisar mandar.	2	11,1	14	77,8	2	11,1
7 Faz amigos facilmente.	0	0	14	77,8	4	22,2
6 Termina as tarefas no tempo estabelecido.	1	5,6	13	72,2	4	22,2

Quanto aos problemas de comportamento, as percepções da equipa multiprofissional, apontaram que todas as crianças avaliadas apresentaram algum nível de desenvolvimento de **problemas de comportamento**. De entre os problemas de comportamentos desenvolvidos com mais frequência estão os relacionados com a *Hiperatividade* e os menos desenvolvidos com os fatores *Externalizantes* do comportamento (Tabela 53).

Tabela 53 – Estatísticas Descritivas relativas aos itens da escala de Problemas de Comportamento do SSRS (itens ordenados por ordem decrescente) – Percepção da Equipa Multiprofissional.

Itens – SSRS (Problemas de Comportamento -Frequência)	Estatística Descritivas				Dimensão
	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	
36 Mostra-se irrequieto ou se mexe excessivamente.	1,72	0,461	1	2	F2
27 Interrompe a conversa dos outros.	1,50	0,618	0	2	F2
28 Perturba as atividades em andamento.	1,44	0,511	1	2	F2
29 Demonstra ansiedade quanto a estar com um grupo de crianças.	1,39	0,502	1	2	F3
33 Fica com raiva facilmente.	1,33	0,686	0	2	F1
34 Tem ataques de birra.	1,33	0,686	0	2	F1
24 Tem baixa autoestima.	1,28	0,669	0	2	F3
32 Retruca quando os adultos lhe corrigem.	1,22	0,548	0	2	F1
30 Não ouve o que os outros dizem.	1,17	0,514	0	2	F2
26 Parece solitário.	1,11	0,583	0	2	F3
31 Discute com os outros.	1,11	0,676	0	2	F1
35 Mostra-se triste e deprimido.	1,11	0,471	0	2	F3
23 Briga com os outros.	1,06	0,639	0	2	F1
25 Ameaça ou intimida os outros.	0,89	0,758	0	2	F1

As estatísticas, extraídas das percepções da equipa multiprofissional, demonstraram um reportório considerável de desenvolvimento de problemas de comportamento, com destaque especial para o fator relativo à *Hiperatividade*, seguido por problemas de comportamentos *Internalizantes* (Tabela 54).

Tabela 54 – Estatísticas descritivas de Problemas de Comportamento, na percepção da equipa multiprofissional, por Dimensões/fatores.

Problemas de Comportamento Dimensões/Fatores	Estatística Descritiva			
	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
F1 - Externalizantes	57,87	24,83	8,33	91,67
F2 - Hiperatividade	72,91	21,54	37,50	100,00
F3 - Internalizante	61,11	20,51	25,00	100,00
Escore Geral	63,09	19,05	21,43	89,29

Semelhanças/Diferenças nas percepções dos pais, professores, monitores de educação inclusiva e equipa multiprofissional sobre o comportamento social de crianças com PHDA.

Nomeadamente esta parte do estudo buscou demonstrar as semelhanças e diferenças nas percepções dos pais, professores, monitores de educação inclusiva e equipa multiprofissional sobre o comportamento social de crianças com PHDA. O uso do SSRS possibilitou a utilização de duas escalas específicas: a escala de habilidades sociais e problemas de comportamento para pais e a escala de habilidades sociais, problema de comportamento e competência académica para professores, a qual foi também utilizada para extrair a percepção dos monitores de educação inclusiva e adaptada para a utilização junto da equipa multiprofissional.

Neste tópico buscou-se correlacionar as opiniões dos diversos grupos de participantes. Em virtude das escalas (pais/professores) serem diferentes não houve possibilidade de se correlacionar estatisticamente as percepções dos pais com os resultados dos demais grupos. Nesse sentido, optou-se por analisar as percepções dos pais com os demais grupos por meio das frequências absolutas e relativas.

Analisando a Tabela 55 é possível observar que a percepção dos professores foi a que apresentou a maior média de **frequência**, demonstrando que a mesma percebe uma maior capacidade das crianças com PHDA de desenvolverem habilidades sociais, seguindo-se dos pais. Nomeadamente, o grupo que percebe maior dificuldade no desenvolvimento dessas habilidades são os monitores de educação inclusiva, refutando a opinião dos professores, ou seja, há no contexto escolar, divergências de opiniões entre os professores e outros profissionais que atuam diretamente com as crianças com PHDA em sala de aula.

Contudo, as análises demonstraram que todos os respondentes acreditam que crianças com PHDA apresentam um repertório mediano de habilidades sociais, com valores entre 40 e 50 pontos, ou seja, um repertório com resultados dentro da média para a maior parte dos itens analisados, porém com necessidade de atenção preventiva a nível de intervenção por todos os grupos de participantes.

Tabela 55 – Estatísticas descritivas de habilidades sociais de Pais, Professores, Monitores de Educação Inclusiva e Equipa Multiprofissional.

Habilidades Sociais – Frequência Grupos de Participantes	Estatística Descritiva			
	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Pais	47,73	14,86	17,50	77,83
Professores	48,69	15,21	20,10	79,38
Monitores de Educação Inclusiva	44,10	11,71	20,10	67,40
Equipe Multiprofissional	45,70	10,33	22,29	69,27

Através da Tabela 56 foi possível correlacionar as opiniões dos diversos grupos de participantes (equipa multiprofissional, professores e monitores de educação inclusiva). Nesta correlação não foram incluídas as estatísticas da percepção dos pais, em virtude das diferenças nas escalas (pais/professores) o que impossibilitou correlacionar estatisticamente as percepções dos quatro grupo.

No que se refere ao fator 1 *Responsabilidade*, da avaliação de habilidades sociais, pode-se verificar que a equipa multiprofissional apontou que crianças com PHDA possuem menos capacidade em desenvolver habilidades sociais voltadas para a *Responsabilidade*, contudo as percepções dos professores e dos monitores é que elas desenvolvem um repertório mediano no ambiente escolar, porém, comparando os resultados entre os três grupos (profissionais, professores e monitores de educação inclusiva), não foi possível encontrar diferença estatisticamente significativa entre os grupos para este fator.

No que tange ao fator 2 *Autocontrolo*, para o grupo da equipa multiprofissional, essa também é uma dimensão a qual as crianças com PHDA têm dificuldades em desenvolver habilidades e a percepção dos professores e monitores de educação inclusiva demonstrou-se próxima da opinião da equipa multiprofissional, o que reforça a identificação desta fragilidade nas crianças com PHDA em manter o autocontrolo em suas ações. Na comparação entre as percepções dos grupos não houve diferença estatisticamente significativa entre eles.

Para o fator 3 *Assertividade/Desenvoltura social*, todos os grupos demonstraram acreditar que crianças com PHDA possuem um repertório mediano no que concerne a esta dimensão da habilidade social, porém, o grupo dos professores foi o que apresentou a maior média, reconhecendo maior capacidade por partes dessas crianças de desenvolverem esse tipo de habilidade. Na comparação entre os grupos, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os valores apresentados entre os grupos.

Por fim, no último fator de habilidades sociais, o fator 4 *Cooperação/Afetividade*, a percepção dos professores e da equipa multiprofissional fez-se num percentil abaixo de 50 pontos, demonstrando um repertório mediano, no que concerne a essa habilidade social. Já na percepção dos monitores de educação inclusiva, crianças com PHDA possuem um repertório médio inferior na capacidade de desenvolver, cooperação e afetividade,

contudo na comparação estatística entre os grupos não foi identificada nenhuma diferença significativa.

Tabela 56 – Estatísticas descritivas de habilidades sociais por fatores avaliados e por grupos de participantes

Fatores	Grupos de Participantes	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Fator 1 Responsabilidade	Equipa Multiprofissional	45,37	14,91	8,33	66,67
	Professores	56,48	20,71	8,33	91,67
	Monitores	52,77	18,79	8,33	91,67
Fator 2 Autocontrolo	Equipa Multiprofissional	40,97	12,16	25,00	68,75
	Professores	47,56	15,32	18,75	75,00
	Monitores	44,09	13,68	12,50	68,75
Fator 3 Assertividade/ Desenvoltura social	Equipa Multiprofissional	48,33	13,39	20,00	70
	Professores	48,61	23,07	0,00	90
	Monitores	43,89	19,46	0,00	80
Fator 4 Cooperação/ Afetividade	Equipa Multiprofissional	48,14	17,04	16,67	100,00
	Professores	42,13	25,34	0,00	100,00
	Monitores	35,64	22,59	0,00	83,33

Na comparação das médias gerais de habilidades sociais dos grupos estudados constatou-se não haver diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre os mesmos.

O Quadro 8 demonstra as habilidades sociais mais e menos desenvolvidas pelas crianças com PHDA, na perceção dos diferentes grupos de participantes. A partir da análise do mesmo, pode-se inferir que o ambiente em que a crianças são observadas é fator determinante para se perceber o desenvolvimento ou não de determinadas habilidades sociais.

Na perceção dos pais e da equipa multiprofissional as crianças com PHDA conseguem demonstrar mais afeto e cooperação, porém, mostram-se menos responsáveis e menos autocontroladas em suas ações. Já na escola, essas mesmas crianças se demonstraram bem mais responsáveis e menos cooperativas e afetivas.

Quadro 8– Comparação entre as habilidades sociais mais desenvolvidas e menos desenvolvidas pelos diferentes grupos de participantes.

Grupos de Participantes	Habilidades Sociais mais desenvolvidas	Habilidades sociais menos desenvolvidas
Pais	Afetividade/cooperação Desenvoltura Social	Responsabilidade
Professores	Responsabilidade	Cooperação/Afetividade
Monitores de Educação Inclusiva	Responsabilidade	Cooperação/Afetividade
Equipa Multiprofissional	Assertividade Cooperação/Afetividade	Autocontrolo

Relativamente aos **problemas de comportamento** observados pelos diferentes participantes, extraiu-se através das suas perceções, que a equipa multiprofissional é a que mais concorda que crianças com PHDA tendem a desenvolver problemas de comportamento e as perceções dos professores demonstraram uma tendência menor dessas crianças apresentarem problemas de comportamento na escola (Tabela 57).

Tabela 57 - Estatísticas descritivas de problemas de comportamento por grupos de participantes

Grupo de Participantes	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Pais	53,88	18,19	20	96,67
Equipa Multiprofissional	63,09	19,05	21,43	89,29
Professores	45,53	21,88	0,00	88,71
Monitores	51,38	21,26	10,71	92,86

Avaliando e comparando as perceções dos grupos (professores, monitores de educação inclusiva e equipa multiprofissional) constatou-se que crianças com PHDA tendem a apresentar problemas de comportamento e ao se analisar os fatores avaliados na escala (fator 1 *Externalizantes*, fator 2 *Hiperatividade* e 3 *Internalizante*), constatou-se que alguns fatores são mais preponderantes que outros.

As análises do fator 1 *Externalizantes*, voltado para comportamentos que envolvem agressão física ou verbal, demonstraram que a equipa multiprofissional apontou para a possibilidade de crianças com PHDA apresentarem problemas de comportamento externalizante; os monitores de educação inclusiva e professores concordaram que esses problemas acontecem, porém num nível mais moderado (Tabela 58). Contudo, estatisticamente não há diferença entre os grupos.

Para o fator 2 *Hiperatividade*, pela perceção da equipa multiprofissional constatou-se um escore mais elevado por parte das crianças com PHDA, ou seja, repertório acima da média em grande parte dos itens analisados. Em segundo lugar veio a opinião dos monitores de educação inclusiva que também reconheceram fortes traços de hiperatividade no agir dessas crianças e, por último, os professores que consideraram a existência da hiperatividade, porém em menor grau (Tabela 59). Para esse fator, foi possível encontrar diferença estatisticamente significativa [$\chi^2(2) = 6,960$; $p < 0,05$] entre o grupo de professores e o grupo de profissionais, onde a avaliação da equipa multiprofissional apresentou maiores índices.

No que tange ao fator 3, *Internalizante*, comportamentos indicativos de ansiedade, tristeza, solidão e baixa estima, são bem percebidos pela equipa multiprofissional na sua

atuação com crianças com PHDA. Professores e monitores de educação inclusiva também percebem esse tipo de problemas de comportamento nas crianças do estudo, mas num nível bem mais moderado.

Tabela 58- Estatísticas descritivas das análises dos fatores de problemas de comportamento nos grupos de profissionais, professores e monitores.

Fator	Grupos de Participantes	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Fator 1 “Externalizantes”	Equipa Multiprofissional	57,87	24,83	8,33	91,67
	Professores	40,97	30,75	0,00	100,00
	Monitores	48,14	31,18	0,00	100,00
Fator 2 “Hiperatividade”	Equipa Multiprofissional	72,91	21,54	37,50	100,00
	Professores	53,12	27,11	0,00	100,00
	Monitores	63,54	25,94	0,00	100,00
Fator 3 “Internalizante”	Equipa Multiprofissional	61,11	20,51	25,00	100,00
	Professores	44,79	19,67	0,00	75,00
	Monitores	44,09	21,64	0,00	75,00

Na análise comparativa dos fatores 2 e 3 entre os três grupos, também foi possível encontrar diferença estatisticamente significativa [$\chi^2(2) = 7,479$; $p < 0,05$] dos índices, verificando-se que as avaliações feitas pelos profissionais apresentaram maiores índices do que as realizadas pelos professores e monitores de educação inclusiva (Tabela 59).

Tabela 59 - Rankings e medianas das comparações realizadas entre os grupos em função do fator 2 e fator 3 de problemas de comportamento.

Fatores	Grupo de Participantes	Rankings	Mediana
Fator 2	Equipa Multiprofissional	56,69	75,00
	Professores	37,68	50,00
	Monitores	47,72	62,50
Fator 3	Equipa Multiprofissional	60,22	56,25
	Professores	42,39	50,00
	Monitores	41,25	50,00

Em seguida, buscou-se correlacionar idade e tempo de experiência com os índices gerais de “problemas de comportamento” e verificar se haveria diferença estatisticamente significativa em função da escolaridade e género no grupo de profissionais da equipa multiprofissional. Para esse caso, não foi possível encontrar nenhuma correlação ou diferença estatisticamente significativa.

As mesmas análises foram realizadas no grupo de professores. Também não foram apresentadas correlações estatisticamente significativas, porém, obteve-se diferença estatisticamente significativa do índice total de “problemas de comportamento” em função da escolaridade [$\chi^2(4) = 11,012$; $p < 0,05$], onde os resultados das avaliações dos

professores com mestrado apresentaram menores índices do que dos participantes que possuem ensino médio (Tabela 60).

Tabela 60 - Rankings e medianas dos índices totais de “problemas de comportamento” na comparação em função da escolaridade no grupo de professores.

Fatores	Escolaridade Professores	Rankings	Mediana
Fator geral de	Mestrado	7,83	28,57
Problemas de comportamento	Ensino médio	35,00	85,71

Por fim, buscou-se correlacionar, também o índice total de **Problemas de Comportamento** com idade e tempo de experiência no grupo de monitores. Tendo em vista que, por meio do teste de *Shapiro-Wilk*, os dados não se apresentaram com distribuição normal, se utilizou do coeficiente não paramétrico de correlação de *Spearman* e foi possível encontrar uma correlação positiva, moderada e significativa entre “problemas de comportamento” e tempo de experiência profissional ($\rho = 0,456^{**}$; $p < 0,001$). Esses resultados indicaram que maior tempo de experiência está associado com maiores índices na avaliação “problemas de comportamento”. Nas comparações em função da escolaridade ou género não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no grupo de monitores.

Em seguida foram analisados os índices de **competências académicas** nas percepções dos grupos de professores e monitores. Para o grupo de professores e dos monitores averigou-se um escore mediano de competência académica por parte das crianças com PHDA, conforme demonstrado na tabela 61.

Tabela 61- Estatísticas descritivas das análises dos fatores de Competência Académica nos grupos de professores e monitores.

Fatores	Grupos de Participantes	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Problemas de Comportamento	Professores	22,69	8,73	9,00	42,00
	Monitores	23,00	6,50	11,00	36,00

Posteriormente, verificou se havia diferença entre os dois grupos, porém os resultados não apresentaram significância estatística para tal ($p > 0,05$).

Análise de Dados Qualitativos – SPAA-C (PB)

O SPAA-C (PB) foi o instrumento utilizado para extrair a percepção de um grupo de pais (6), professores (6) e profissionais da equipa multiprofissional (5), participantes deste

estudo, quanto aos impactos das alterações linguísticas/fala em crianças com PHDA que apresentaram PCC severo, calculado com base nos resultados da Prova de Fonologia do ABFW (nomeadamente da Prova de nomeação). A fim de tratar os dados qualitativos optou-se pela utilização da análise lexicográfica clássica e realização da Classificação Hierárquica Descendente para análise das entrevistas realizadas com os pais, professores e análise de conteúdo para as realizadas com a equipa multiprofissional. Inicialmente, os resultados estão apresentados por grupos de participantes e, num segundo momento, são apontadas as semelhanças/diferenças entre as diferentes perceções.

Perceção dos pais sobre o impacto das alterações linguística/fala em crianças com PHDA que apresentaram PCC severo.

A aplicação do SPAA-C (PB) questões para pais, recolheu-se informações sobre três aspetos importantes: “seu filho”, “a fala de seu filho” e “impactos da dificuldade de fala de seu filho”, para as quais foram geradas classes de palavras através da análise lexicográfica clássica e CHD, realizada pelo software IRAMUTEC, como demonstrado no quadro 9:

Quadro 9 – Classes de análises geradas pela CHD – SPAA-C (PB) Questões para Pais.

Aspetos analisados	Classes de análises
Seu filho	1. “Avaliação dos pais frente a tristeza, brincadeira e baixo nível de socialização dos filhos”.
A fala de seu filho	2. “Sentimento dos pais quanto a nível de fala de seu filho em comparação com outros (irmão, amigos, colegas)”. 3. “Perceção dos pais frente às dificuldades de seus filhos de não serem entendidos”.
Impactos da dificuldade de fala de seus filhos	4. “Perceção dos pais acerca das frustrações dos filhos frente a suas dificuldades de comunicação”. 5. “Consideração dos pais sobre a dificuldade de comunicação e o comportamento do filho em diferentes contextos”.

Relativamente à análise lexicográfica clássica, apurou-se que o corpus geral das entrevistas analisadas, foi constituído por **6** textos, separados em **87** segmentos de texto (ST), com aproveitamento de **59** ST (67,82%). Emergiram **3112** ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo **702** palavras distintas e **393** com uma única ocorrência. Com base nas transcrições, o conteúdo analisado foi categorizado em cinco classes: Classe 1 – “Avaliação dos pais frente a tristeza, brincadeira e baixo nível de socialização dos filhos”, com 12 ST (20,34%), relativa ao aspetos “seu filho”; Classe 2 – “Sentimento dos pais quanto a nível de fala de seu filho em comparação com outros (irmão, amigos, colegas)”, com 9 ST (15,25%) e Classe 3 – “Perceção dos pais frente às dificuldades de

seus filhos de não serem entendidos”, com 14 ST (23,73%), relativas ao aspeto “a fala de seu filho”: Classe 4 – “*Percepção dos pais acerca das frustrações dos filhos frente a suas dificuldades de comunicação*”, com 12 ST (20,34%) e Classe 5 – “*Consideração dos pais sobre a dificuldade de comunicação e o comportamento do filho em diferentes contextos*”, com 12 ST (20,34%), concernente ao aspeto “os impactos da dificuldades de fala dos seus filhos (Quadro 9).

A Figura 1 apresenta o percentual de ocorrência em cada uma das classes citadas acima.

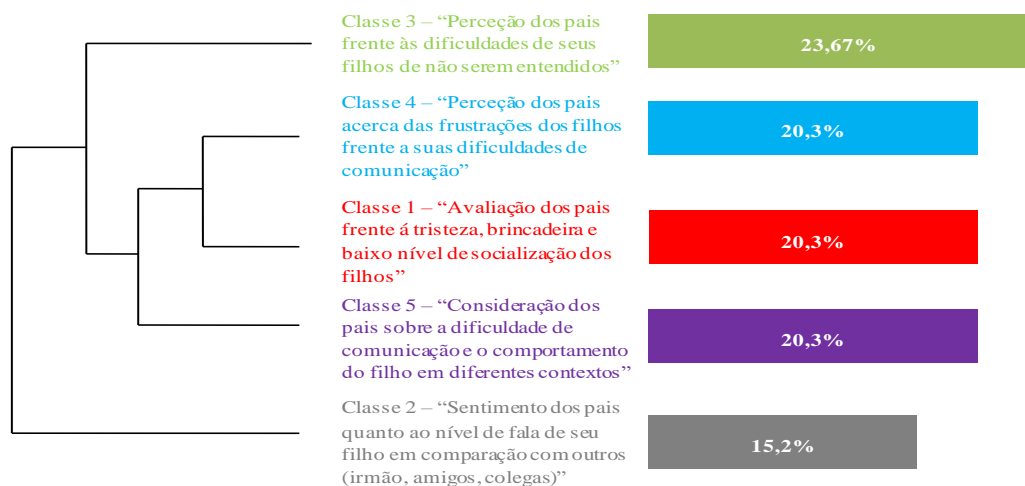


Figura 1– Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente – SPAA-C - Pais

A Classe 1 refere-se às percepções dos aspetos voltados para questões relativas sobre “O seu filho”, que se apresentam a seguir.

Classe 1 – “Avaliação dos pais frente a tristeza, brincadeira e baixo nível de socialização dos filhos”

Compreende 20,34% ($f = 12$ ST) do corpus total analisado (Figura 2). Essa classe abarca duas questões específicas: 1) a narrativa dos pais acerca de como é a rotina de seus filhos e da reação de tristeza dos filhos a diversos estímulos estressores, mas a destacar a incompreensão do que a criança está querendo falar; e 2) apontamento de baixo nível de socialização dos filhos em virtude do seu comprometimento de fala. No primeiro ponto, os pais narram que frequentemente seus filhos apresentaram uma rotina de solidão, por não conseguirem se inserir no contexto social, levando-os à uma reação de tristeza. Além

disso, uma parte dos entrevistados apontaram que outro motivo de tristeza para os filhos é a percepção de que eles são diferentes de seus colegas.

“Ele costuma ficar muito triste quando não consegue fazer algo que deseja, se acha diferente das outras pessoas, ele as vezes, me pergunta por que não é igual as outras crianças, pois não consegue falar direito e nem andar de bicicleta” (PA14).

“Ele às vezes se sente excluído e fica triste e se afasta e fica calado” (PA6).

A análise da classe demonstrou ainda, que associado à palavra “tristeza”, alguns pais afirmaram sentir-se tristes com a situação de seus filhos, o que, por vezes, faz com que os próprios filhos também fiquem tristes.

“Eu me sinto triste por ver meu filho passar por isso. Quando levo ele para passear ele fica quieto o tempo todo, no supermercado só pega as coisas, mas não conversa com ninguém” (PA31).

“Mas as vezes fica triste e se perceber que eu estou triste, me abraça e fala “mãe não chora” (PA1).

Nessa classe emergiram conteúdos que apontaram para um “brincar” solitário dos filhos. Enfaticamente, os pais comentaram que seus filhos mantêm brincadeiras solitárias.

“Brincar, só sozinho, não brinca com ninguém, se chega outra criança ele soca lá dentro, nem mais a irmã ele gosta de brincar. [...] só se interessa pelos trens que faz de massinha, pelos brinquedos e pelos desenhos que ele faz.” (PA2).

“as vezes fica muito solitário, não quer brincar nem com o irmão” (PA34).

Todavia, alguns relatos atestaram que, quando os filhos optam por companhia, escolhem adultos, por preferirem a convivência com aqueles de maior idade do que com crianças da mesma faixa etária. Também é relatado que, quando a criança opta por brincar com outras crianças de mesma idade, costuma ser em ambientes muito específicos. Outro ponto emergente, foi o fato de, por vezes, as crianças apenas gostarem de brincar em casa, resulta na sobrecarga de atenção sobre os pais.

“Gosta de conviver mais com pessoas adultas, não tem amigos e não gosta de brincar com os vizinhos. É muito carente e cobra muita atenção minha e do pai, acredito que por estamos ausentes durante o horário de trabalho” (PA5).

“Só brinca com outras crianças quando eu faço uma festinha aqui e convido os vizinhos, mas, não gosta de ficar perto de crianças, só de adultos, pois sabe que os adultos não vão judiar dele” (PA1).

Em seguimento à narrativa dos pais, estes associam tal fato com o baixo nível de socialização dos filhos, argumentando que, por vezes, o fato das pessoas não compreenderem sua fala, levam-no a distanciar-se mais ainda. Contudo, é importante citar que alguns relatos apontaram para uma progressão atual dos filhos na socialização, apresentando um cenário de melhora e paulatino crescimento na mesma.

“Agora está começando a se socializar um pouco, antes ele não gostava de ir em festinhas, pois achava muito barulhenta. Antes de ser diagnosticado com PHDA ficávamos preocupados de que ele fosse autista, pois não gostava de ter contato com outras pessoas” (PA14).

Relativamente as percepções sobre os aspetos da “A fala do seu filho” temos os relatos apresentados nas classes 2 e 3.

Classe 2 – “Sentimento dos pais quanto a nível de fala de seu filho em comparação com outros (irmão, amigos, colegas)”

Compreende 15,25% ($f = 9$ ST) do corpus total analisado. Essa classe traz as percepções dos pais em relação nível de fala de seu filho em diferentes contextos. Pelos relatos dos pais seus filhos apresentam grandes dificuldades de fala.

“A fala dele é muito incorreta. É muito atrasada. O bom é que ele aponta o que quer” (PA1).

“A fala dele tem horas que está boa, mas outras, faz uma conversa estranha onde eu não consigo entender” (PA2).

“Apresenta um retardo na fala, tem dificuldade de pronunciar algumas palavras e troca muito as letras, apesar de que agora tem melhorado um pouco” (PA5).

Neste contexto, emergiram também relatos dos pais com relação a comparação da fala de seu filho com relação à fala de outras crianças, o que por sua vez, acaba prejudicando seu convívio social com as outras pessoas.

“A fala dele é muito diferente da das outras crianças, quando está no meio de outras pessoas, costuma falar de forma acelerada e as pessoas não compreendem o que ele está dizendo” (PA2).

“Raramente ele quer falar com alguém, fica calado, porque algumas pessoas entendem o que ele fala e outras não” (PA31).

“A fala dele é muito complicada de entender e as vezes, o irmão não quer brincar com ele porque não entende o que ele fala” (PA34).

Classe 3 – “Percepção dos pais frente às dificuldades de seus filhos de não serem entendidos”

Compreende 23,73% ($f = 14$ ST) do corpus total analisado. Esta classe aborda a percepção dos pais frente as dificuldades que seus filhos apresentaram por não serem entendidos. Segundo os relatos dos pais, seus filhos muitas vezes se sentem retraídos com receio de se comunicar e não ser entendido e se afasta das outras crianças por se sentir diferente das mesmas.

“ele não se sente desconfortável em conversar com as pessoas, mas quando não é compreendido se retrai. Já com outras crianças ele se sente bastante desconfortável de brincar e conversar” (PA2).

Os dados apontaram que devido às pessoas não compreenderem o que essas crianças querem dizer, as mesmas, desenvolvem alguns comportamentos sociais externalizantes, como por exemplo, nervosismo, impaciência e até agressividade.

“quando as pessoas nem entendem o que ele diz e pede para repetir de novo, ele fica nervoso, impaciente e bate” (PA1).

“muitas vezes as pessoas não entendem o que ele diz, fica nervoso e se recusa a falar de novo” (PA2).

“quando as pessoas pedem para ele repetir, o deixa nervoso e impaciente” (PA5).

Dentre os relatos perceberam-se a preocupação dos pais, com a possibilidade de os problemas de linguagem de seus filhos acarretarem outros problemas, como por exemplo, a depressão.

“ele é muito emotivo, fica triste com facilidade, choram constantemente e as vezes fica meio que deprimido.” (PA5)

“quando eu vejo que ele ficou nervoso por não estar sendo compreendido, eu o chamo e converso, pois tenho medo dele entrar em depressão (PA14).

“tenho medo dele entrar em depressão, pois já tem outros casos na família” (PA14).

As classes 4 e 5, apresentadas a seguir, trataram, nomeadamente, sobre os aspetos relativos a “O impacto das dificuldades de fala do seu filho”.

Classe 4 – “Percepção dos pais acerca das frustrações dos filhos frente a suas dificuldades de comunicação”

Compreende 20,34% ($f = 12$ ST) do corpus total analisado. Essa classe apresenta o relato e a percepção dos pais acerca de momentos em que seus filhos apresentaram frustrações, como por exemplo, nervosismos intensos. De maneira geral, o que se pode apreender, mediante os relatos analisados, é que os filhos costumam apresentar temperamento calmo, contudo, motivos de frustração se manifestaram como gatilhos para crises de nervosismo.

“A gente proibir ele de alguma coisa é algo que faz ele ficar nervoso e o fato dele falar e a gente não entender ou a gente ficar corrigindo ele o faz ficar irritado e gritar muito” (PA34).

“Ele é bem calmo, mas em determinadas situações fica bem nervoso” (PA14).

Dentre os motivos de frustração obtidos pelos relatos, citaram-se: correção e não entender do que a criança está querendo dizer. Além disso, um caso foi relatado de que, ao parar de tomar o seu remédio controlado, o filho passou a ter suscetibilidade a ter tais crises.

“Ele é um menino bom, não fala palavrão, tem dia que está muito nervoso, mas quando não toma o remédio. Tive que parar de dar porque estava dando uma dor no peito. Quando vejo que ele está muito agitado eu dou” (PA2).

Classe 5 – “Consideração dos pais sobre a dificuldade de comunicação e o comportamento do filho em diferentes contextos”

Compreende 20,34% ($f = 12$ ST) do corpus total analisado. Esta classe trata da percepção dos pais sobre o comportamento do filho nos diferentes contextos em que este transita. Mediante análise dos relatos dos pais, tem-se que as crianças deste estudo, costumam apresentar posturas reativas aos ambientes que não sejam a sua casa.

“Em casa ele se sente à vontade para conversar, mas na escola fica mais retraído” (PA2).

“Em casa ele fala bastante, mas na escola é mais retraído” (PA15).

De maneira geral, os relatos demonstraram que o único local em que o filho costuma se sentir à vontade é em sua própria casa, havendo algumas poucas exceções, pois nesses casos as crianças também apresentaram fala retraída em suas moradas. O local mais citado, fora a própria casa, foi na escola, lugar em que os relatos apresentaram grandes desafios para os pais e para as crianças.

“Ele não gosta de falar, mesmo dentro de casa. Raramente ele quer falar com alguém, fica mais calado, porque algumas pessoas entendem o que ele fala e outras não. Quando as

“pessoas não entendem o que ele fala, ele se sente desconfortável e eu repito para a pessoa o que ele disse, aí ele fica mais calmo. [...] na escola ele também não fala muito, fica mais calado” (PA31).

O desafio mais citado em tais ambientes foi o da má comunicação. Segundo os relatos, as dificuldades na linguagem/fala dos filhos geravam estresse, pois estes tinham crises de raiva e nervosismo quando não eram compreendidos.

“O início dele na escola foi muito difícil, eu tive que acompanhá-lo por dois anos dentro da sala de aula, porque ele não conversava direito, e as pessoas não conseguiam compreender o que ele dizia.” (PA14).

“Eu repito para a pessoa o que ele disse e ele se acalma. ele apresenta dificuldades para falar tanto em casa quanto na escola, em todos os termos.” (PA1).

Esta classe aborda também, os aspetos relativos ao sentimento dos pais frente à incerteza do futuro de seus filhos. Mediante a análise das narrativas apresentadas, é possível constatar sentimentos de medo, angústia, frustração, constrangimento e outros de características paradoxais por parte dos pais. Por um lado, os sentimentos de medo e angústia aparecem associados à presença do sofrimento do filho, bem como frente à incerteza de seu futuro.

“O problema de fala dele nunca me deixou envergonhada, mas frustrada sim, os sintomas me deixaram frustrada e me fez pensar que meu filho era diferente. [...] eu sempre me senti muito angustiada, porque mãe, sabe como é, logo fica apavorada. Hoje ele já desenvolveu muitas habilidades... agora o que eu tenho muita vontade, assim..., meu sonho é vê-lo escrevendo e lendo e falando como todas as crianças da idade dele” (PA5).

“muitas pessoas acham a forma com ele fala estranha e até criticam, mas isso nunca me frustrou ou me deixou envergonhada” (PA34).

Por outro lado, os sentimentos de constrangimento foram narrados em associação com situações sociais em que pessoas ficam olhando e/ou comentando algo. Emergiram, ainda, sentimentos paradoxais, que apresentaram esperança no desenvolvimento do filho, acompanhado de medo perante as incertezas.

“Tenho esperanças de que meu filho vai crescer, se desenvolver e levar uma vida normal, mas também, tenho muito medo disso não acontecer. Quero ver ele ter uma profissão, estudar, se casar” (PA1).

PHDA na População Infantil: Conhecimentos/Crenças, Comportamento Social e Linguístico e a Intervenção de AEE.

A respeito dos sentimentos paradoxais, contudo, ressalta-se que algumas narrativas já falam de um lugar em que a mãe ou o pai já veem o progresso do filho e, por isso, apresentam maior confiança.

“O trabalho conjunto, entre os profissionais, e a família, tem ajudado muito meu filho a se desenvolver e graças a Deus eu já consigo enxergar os resultados” (PA34).

“Sei das limitações dele e faço tudo para ele melhorar. [...] tenho certeza de que com a ajuda dos profissionais que ele vai ter uma vida normal no futuro” (PA34)

Percepção dos professores sobre o impacto das alterações de linguagem/fala em crianças com PHDA que apresentaram PCC severo.

Para análise dos dados qualitativos extraídos dos resultados da aplicação do SPAA-C (PB) foi utilizada a análise lexográfica clássica e realizada a CHD.

Classificação Hierárquica Descendente (CHD) – SPAA-C (PB) Professores

Relativamente às percepções dos professores sobre os impactos das alterações linguísticas/fala, são apresentados de seguida os resultados apurados através da classificação hierárquica descendente. O corpus geral da análise foi constituído por **6** textos, separados em **32** segmentos de texto (ST), com aproveitamento de **23** ST (71,88%). Emergiram **1104** ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo **382** palavras distintas e **242** com uma única ocorrência. O conteúdo analisado foi categorizado em três classes: Classe 1 – *Avaliação dos professores sobre a dificuldade com a linguagem das crianças*, com 6 ST; Classe 2 – *Percepção dos professores sobre a reação de nervosismo da criança perante a dificuldade de socialização*, com 7 ST; Classe 3 - *Considerações dos professores acerca do engajamento das crianças nas atividades propostas*, com 10 ST (Figura 2).

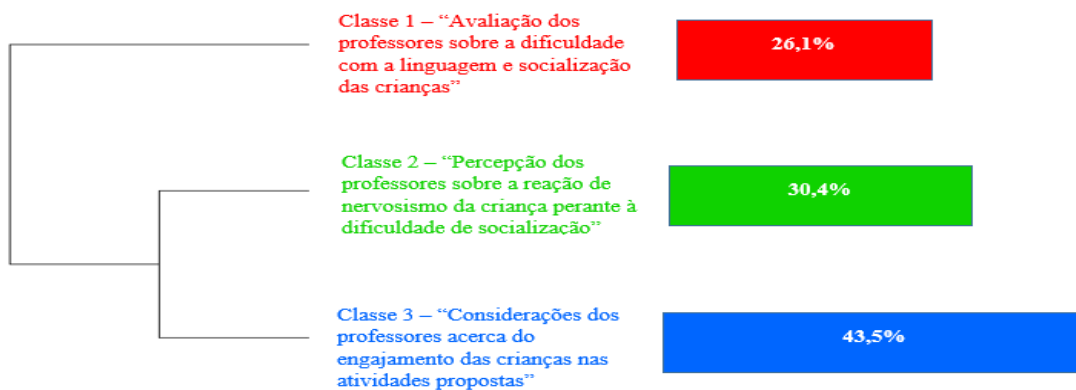


Figura 2– Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente – SPAA-C - Professores

Classe 1 – “Avaliação dos professores sobre a dificuldade com a linguagem e socialização das crianças”

Compreende 26,06% ($f = 6$ ST) do corpus total analisado (Figura 3). Essa classe apresentou a avaliação dos professores acerca da dificuldade das crianças com a linguagem e alguns aspetos da socialização. De entre os termos que se destacaram, a expressão mais frequente foi a troca das letras e das palavras, apontando para a dificuldade das crianças em estruturarem de maneira mais adequada as frases.

“Às vezes tenta se comunicar, mas quando não é compreendido se retrai. [...] tem dificuldade na pronúncia das letras e palavras, apresenta déficit de aprendizagem com relação aos seus colegas de classe” (P1).

“Tem dificuldade na oralidade, na pronúncia de algumas letras e palavras” (P31)

Um fator importante destacado pelas observações dos professores é o fato do retraimento das crianças corroborar para os erros de comunicação, bem como a consequência punitiva dos colegas gerarem ainda mais inibição.

“Quando é ofendido de alguma forma por um coleguinha fica nervoso e começa a chorar” (P1).

“Às vezes os coleguinhos riem dele devido a forma como fala e ele logo começa a chorar e pedir para sair da sala” (P5).

Da mesma maneira, os relatos dos professores indicam que as crianças também costumam ser solitárias, apresentando baixo nível de socialização. Os professores apontaram que, em alguns casos, as crianças ainda se “arriscam” a falar sobre assuntos que gostam.

“É muito solitário e não gosta de interagir com os colegas. [...] nunca toma iniciativa de participação e só responde se for provocado. [...] as vezes conta história dos desenhos animados que assiste, mas daquele jeito, sempre trocando letras e palavras” (P2).

“Ele é uma criança bastante solitária, as vezes parece que a mente dele está em outro lugar, só interage com um único coleguinha em sala de aula. Tem dificuldade na oralidade, na pronúncia de algumas letras e palavras. Está sempre muito nervoso e angustiado” (P31).

Classe 2 – “Percepção dos professores sobre a reação de nervosismo da criança perante a dificuldade de socialização”

Compreende 30,43% ($f = 7$ ST) do corpus total analisado (Figura 3). Essa classe apresentou a percepção dos professores sobre a reação de nervosismo frente à dificuldade de socialização das crianças. Os relatos dos professores apontaram de maneira expressiva para fatores interpessoais que dificultam a inserção das crianças no meio social. Em primeiro lugar, obteve-se que os colegas não apresentam uma postura acolhedora e compreensível com as crianças em questão, sendo apontado frequentemente as “chacotas” e risadas como motivos de estresse e nervosismo entre as crianças.

“Às vezes, de repente, ele resolve contar umas historinhas do grupo da igreja, mas quando os coleguinhas começam a rir, ele logo ficar nervoso e começa a chorar ou se isola em um canto da sala” (P34).

“Fica muito nervoso, pois os colegas não conseguem entender o que ele diz” (P2).

Somando-se a essa questão, os professores também relataram que as crianças já ficam nervosas ao não conseguirem se expressar da maneira adequada. Outro cenário apresentado pelos professores, é quando seus colegas ofendem as crianças em questão e estas reagem chorando e ficando nervosas, sem conseguir se defender verbalmente da maneira adequada.

“As dificuldades não só de fala, mas de linguagem tem interferido muito na sua aprendizagem. É muito solitário e não gosta de interagir com os colegas” (P2).

“É bastante solitário, acredito que devido a sua dificuldade de fala. [...] não consegue pronunciar algumas palavras e as vezes fica nervoso por causa disso. As vezes participa de algumas interações em grupo, mas não gosta muito de falar e se irrita facilmente se não for entendido quando pede ajuda” (P5).

Em síntese, os relatos dos professores evidenciam que existem dois problemas enfrentados pelas crianças: a socialização não inclusiva com seus colegas e sua reação

nervosa em relação a isso. Contudo, se torna evidente que o fator mediador entre ambos é o déficit na linguagem das crianças, que faz com que estas sejam “deixadas de lado” pelas demais.

“Quando é ofendido de alguma forma por um coleguinha fica nervoso e começa a chorar. [...] não demonstra interesse nas tarefinhas mesmo as mais lúdicas. [...] a melhor forma de auxiliá-lo é através de uma intervenção multidisciplinar” (P1).

“Sua dicção é muito prejudicada e isso o impede de relacionar com os colegas. [...] com o passar do tempo comecei a compreender melhor o que ele fala em virtude do convívio e quando não compreendo peço para ele repetir com muita calma” (P1).

Classe 3 – “Considerações dos professores acerca do engajamento das crianças nas atividades propostas”

Compreende 43,48% ($f = 10$ ST) do corpus total analisado (Figura 3). Essa classe aborda a maneira com que os professores avaliam o engajamento das crianças em questão nas atividades propostas em sala de aula. É enfatizado as dificuldades referentes à linguagem, ao retraimento social e às “chacotas” de seus colegas para que o engajamento seja concretizado.

“Quando precisa falar em sala de aula, prefere permanecer calado. [...] não gosta de participar de atividades em grupos, pois tem dificuldades para se relacionar com os colegas. Só responde algo se for perguntado por mim. [...] as vezes tenta se comunicar, mas quando não é compreendido se retrai” (P1).

Os relatos dos professores apontam para uma precariedade no repertório comportamental das crianças para a participação ativa das atividades. Os relatos apontam que, quando a participação ocorre, se dá de maneira passiva e por meio de uma solicitação da professora e/ou monitora. Ainda assim, há um caso relatado em que a criança olha para seus colegas antes de aceitar a solicitação, o que pode indicar uma hesitação quanto às consequências sociais que terão na sua participação, buscando esquivar-se das frequentes “chacotas” de seus colegas. Cita-se, ainda, que as crianças tendem a manter-se submetidas à dependência do(a) monitor(a) e/ou professores.

“Tem dificuldade para se manter em sala de aula. Não gosta muito do contato com os coleguinhos. Fica sobre assistência da monitora o tempo todo, pois, não se acha capaz de executar as atividades propostas. [...] é bastante solitário, acredito que devido a sua dificuldade de fala” (P5).

Para tanto, estes utilizam-se de recursos lúdicos nas atividades para que atraíam a atenção e o interesse das crianças, todavia nem sempre os professores obtêm êxito. Outro relato, demonstra, ainda, que o(a) professor(a) opta por deixar a criança à vontade para que ela participe quando se sentir motivada.

“Está sempre muito nervoso e angustiado. Não gosta de fazer as atividades da escola e não atende bem aos estímulos que promovemos para chamar a sua atenção. [...] não participa de atividades em grupo, prefere ficar no seu cantinho. [...] não participa de atividade em grupos e não toma iniciativa para falar. [...] é sempre na dele, quietinho e isso afeta muito tanto sua leitura como escrita. [...] tento fazer aulas com ele utilizando jogos, símbolos, objetos coloridos, mas além da dificuldade de nomear as coisas, até as cores ele não consegue identificar” (P31).

Percepção da equipa multiprofissional sobre o impacto das alterações linguística/fala em crianças com PHDA que apresentaram PCC severo.

Análise de conteúdo – SPAA-C (PB) profissionais.

A partir do material coletado, por meio da análise de conteúdo, identificaram-se duas categorias (Quadro 10).

Quadro 10 - Categorias e Subcategorias da percepção dos profissionais sobre o impacto das alterações linguísticas/fala em crianças com PHDA que apresentaram PCC severo (N=5).

Categorias	Subcategorias	Frequência de Referência
Caracterização da criança atendida Total de Referências = 11	Interação	5
	Transmissão da Mensagem	4
	Compreensão da Mensagem	2
Estratégias para lidar com as dificuldades de comunicação Total de Referências = 5		5

Categoria – “Caracterização da criança atendida”

No que se refere a primeira categoria de análise emergida do material coletado a partir da equipa multiprofissional, compreende-se a caracterização que os mesmos atribuem as crianças atendidas.

Na subcategoria “interação”, os profissionais afirmaram que são crianças carinhosas, que expressam suas emoções, desejos e opiniões, que interagem mais facilmente com os profissionais especializados e apresentam dificuldade de interação com outras crianças.

“Interage muito bem comigo durante o atendimento e com outras pessoas também, principalmente adultos” (EM3).

“Ele é um menino tranquilo que expressa seus desejos e opiniões. Interage muito bem com os profissionais e apresenta dificuldade de interação com outras crianças e adolescente, sua atenção é bastante prejudicada, se distrai com qualquer coisa e às vezes demonstra uma certa tristeza. [...] Demonstra muito interesse em aprender, mas, as dificuldades de fala e linguagem o limita” (EM13).

“Tem dificuldade de Interação com as demais crianças e se sente retraído frente aos adultos” (EM17).

“Interage bem durante as terapias: conversa, brinca...” (EM19)

Porém, é destacado como a hiperatividade traz características que são evidentemente prejudiciais para sua vida social, como o problema de comunicação, fazendo-as dependentes.

“É uma criança carinhosa, bastante hiperativa, em alguns momentos perde o foco do que está fazendo ou resolve fazer outra coisa, dificilmente consegue terminar uma tarefa à qual iniciou”. (EM3).

Relativamente à subcategoria “transmissão da mensagem”, a equipa multiprofissional percebe que as crianças esbarram na limitação da fala e comunicação, afetando negativamente o processo.

“tem muita dificuldade em se comunicar e em vários momentos ocorre troca de letras nas palavras e a compreensão se torna difícil, devido a uma pronúncia acelerada” (EM3)

“Ele tem vários problemas de comunicação. É uma criança extremamente dependente. tem uma comunicação bastante prejudicada” (EM8).

“tem dificuldades na comunicação, não apresentando discurso claro e objetivo” (EM13).

“não tem muito sucesso em transmitir uma mensagem” (EM17).

”as vezes não é bem-sucedida em transmitir uma mensagem, demonstrando fala fora do contexto” (EM19).

No que se refere à subcategoria “Compreensão da mensagem”, a equipa multiprofissional relata a dificuldade que as crianças apresentam em se fazer entender.

“Para se entender o que ele diz, precisamos perguntar mais de uma vez” (EM8).

“durante o início dos atendimentos em 2018 eu tinha muita dificuldade para compreender o que ela falava, pois havia muito troca de fonemas, contudo, hoje já é bem mais fácil” (EM19).

Categoria – “Estratégias para lidar com as dificuldades de comunicação”

Nesta categoria, trata-se da capacidade que os profissionais possuem de entender as crianças e como essa comunicação pode ser facilitada, apesar das limitações apresentadas pelas crianças. Por meio do material coletado nas entrevistas, compreenderam-se que os profissionais já tiveram dificuldades de entender a criança, porém, com o avanço do acompanhamento e o maior tempo de convivência, essa relação tornou-se facilitada.

“Hoje em dia não tenho dificuldade em compreendê-lo, pois a convivência faz com que eu possa estar compreendo com mais facilidade sua comunicação. O que me ajuda a compreender em alguns momentos, também, são os gestos e a forma de sinalizar algo ou repetindo” (EM3).

“Não tenho problemas em compreendê-lo devido ao tempo que já atuo com ele, mas quando acontece tento pedir a ele para ficar calmo e falar devagar para que eu possa compreendê-lo” (EM13).

Para a comunicação entre os profissionais e as crianças acontecer de maneira mais fluida, os profissionais se utilizam de estratégias como, observar gestos, sinais, pedem para eles tentarem falar em um ritmo mais ameno e até mesmo, utilizam de figuras, em alguns casos.

“Para se entender o que ele diz, precisamos perguntar mais de uma vez, utilizando de outras estratégias com uso de figuras [...] após várias intervenções já tenho mais facilidade em me comunicar com ele” (EM8).

Além disso, é citado que sempre buscam passar segurança para as crianças para que desenvolvam seu potencial de socialização.

“Tento ao máximo, passar segurança para ele e estimulá-lo e se socializar com as outras crianças” (EM17).

Semelhanças/Diferenças nas percepções dos pais, professores e equipa multiprofissional sobre o impacto das alterações linguísticas/fala das crianças com PHDA que apresentaram PCC severo.

Relativamente às análises realizadas, tomando por base as percepções de todos os grupos de participantes, percebeu-se um alinhamento entre os relatos o que possibilita uma maior compreensão sobre os impactos das alterações de fala das crianças com PHDA, que apresentaram o PCC severo. Pelos relatos ficaram evidentes características próprias da PHDA.

“não fica quieto, a gente tem que estar perto o tempo todo. Ele não se interessa por muita coisa” (PA1)

“é muito elétrico, não fica parado um minuto” (PA5).

“ele é uma criança muito hiperativa, não consegue ficar parado um minuto” (P2)

“ele é uma criança muito meiga, mas quando não está tomando a medicação é muito agitado e hiperativo” (P5)

“é uma criança carinhosa, bastante hiperativa, em alguns momentos perde o foco do que está fazendo ou resolve fazer outra coisa” (EM3)

“sua atenção é bastante prejudicada, se distrai com qualquer coisa” (EM13)

Os relatos de todos os grupos de participantes evidenciaram as dificuldades de fala das crianças objeto deste estudo, ao descrever as dificuldades enfrentadas por elas nos diferentes contextos.

“Quando as pessoas não entendem o que ele fala, ele fica nervoso e impaciente” (PA1)

“Quando ele não é entendido, fica zangado e se recusa a falar de novo” (PA2)

“Muitas vezes as pessoas não entendem o que ele fala, por conta disso, pedem para ele repetir o que disse, o que deixa ele nervoso e impaciente” (PA5)

“Quando precisa falar em sala de aula, prefere permanecer calado, não gosta de participar de atividades em grupos, pois tem dificuldades de se relacionar com os colegas” (P1)

“As dificuldades não só de fala, mas de linguagem tem interferido muito na sua aprendizagem. É muito solitário e não gosta de interagir com os colegas” (P2)

“Não se acha capaz de executar as atividades propostas. É bastante solitário, acredito que devido a sua dificuldade de fala” (P5)

“Tem momentos quando se pede para repetir a palavra, ele se mostra chateado e até aumenta o tom de voz” (EM3)

“quando não compreendo o que ele fala, peço para ele ficar calmo e falar devagar para que eu possa entendê-lo” (EM13)

“Não tem muito sucesso em transmitir uma mensagem, pois, na maioria das vezes temos que solicitar que ele repita, o que muitas vezes o deixa muito nervoso” (EM17)

Diante dos relatos apresentados, pressupõe-se que as crianças avaliadas apresentam níveis de hiperatividade e défices de atenção associados a alterações na fala que afetam o seu convívio social com os pares e seu desempenho académico, apresentando sinais claros de problemas de comportamentos internalizantes e externalizantes.

5.3 Questão 3 - Como é caracterizada a intervenção do AEE realizada em crianças com PHDA que apresentaram PCC severo, pelos pais, professores e equipa multiprofissional?

Esta questão tem por finalidade caracterizar a intervenção de AEE realizada em crianças com PHDA as quais apresentaram PCC severo, a partir dos resultados da prova de fonologia (nomeação) do ABFW, perceção de um grupo de pais (6), professores (6) e profissionais da equipa multiprofissional (5). Para tanto foi aplicada uma entrevista semiestrutura aos participantes, sendo esta dividida em três Unidades de análises: UA Prática, UA Apoio Prestado e UA Intervenção. A partir da transcrição das entrevistas realizadas com os pais, professores e equipa multiprofissional, os dados foram tratados através da técnica de análise de conteúdo, conforme critérios metodológicos estabelecidos.

Caracterização, de acordo com os pais, da intervenção do AEE realizada em crianças com PHDA que apresentaram PCC severo

Nomeadamente para apresentação dos resultados obtidos através das unidades de análise da entrevista semiestruturada aplicada aos pais das crianças com PHDA foram geradas categorias e subcategorias, através da técnica de análise de conteúdo, as quais estão apresentadas no quadro 11.

Quadro 11 – Categorias e Subcategorias da perceção dos Pais sobre a Intervenção de AEE em crianças com PHDA que apresentaram PCC severo (N=6).

Categorias	Subcategorias	Frequência de Referência
Caracterização da criança e encaminhamentos Total de Referências = 23	Diagnóstico	5
	Relacionamento entre os pares	4
	Encaminhamento ao Centro	10
	Profissionais Envolvidos	4
Apoio Prestado no atendimento à criança e à família Total de Referências = 21	Frequência e forma de atendimento	13
	Apoio a família pelos profissionais	8
Intervenção pluridisciplinar Total de Referências = 22	Envolvimento da Família	7
	Trabalho em Equipa	13

Categories	Subcategorias	Frequência de Referência
	Resultados	9

Categoria – “Caracterização da criança e encaminhamento”

A Categoria *Caracterização da criança e encaminhamento* refere-se a forma como os pais caracterizam a PHDA e as dificuldades de linguagem/fala, como elas são encaminhadas ao CAEE e quais os profissionais que atuam no processo de intervenção das mesmas. Na presente categoria, emergiram quatro subcategorias, as quais serão apresentadas a seguir:

A Subcategoria *Diagnóstico*, traz questões com relação ao reconhecimento dos pais acerca de algum “problema” através da PHDA e das dificuldades de linguagem/fala dos filhos.

“A partir dos dois anos comecei a perceber a questão da fala. Depois dos três anos, na escola eu o sentia muito agitado e não sabia que era por causa da hiperatividade e pela questão da fala e comecei a me perguntar “será que meu filho é autista” aí levei ele no médico e ele foi diagnosticado com TDAH e com problema de linguagem e fala” (PA5).

“Ele teve problemas desde o nascimento. Tive complicações no parto e aos três anos ele ainda não falava. Quando começou a estudar a professora me alertou para a falta de atenção e a hiperatividade dele, além do problema de linguagem. [...] com quatro anos ele teve o diagnóstico fechado e o médico orientou a procurar um fonoaudiólogo e um psicólogo” (PA31).

A princípio os entrevistados apresentaram alguma desconfiança mediante o atraso no desenvolvimento da linguagem e da comunicação, sendo consolidado algum diagnóstico por meio de posterior consulta médica.

“Quando ele completou três anos procuramos um médico e ele identificou que ele tinha um atraso na linguagem e aos cinco foi diagnosticado também com PHDA.” (PA14)

Majoritariamente os entrevistados relataram os défices na fala como gatilhos para a desconfiança de que havia algo diferente, contudo, outras manifestações menos frequentes foram citadas, tais como comportamentos agressivos, falta de atenção e pouca interação.

“Quando ele estava com três anos eu comecei a me preocupar porque ele não falava quase nada e o que falava não era de forma correta. [...] ele é muito apegado a mim e briga demais com o irmão, e na escola ele se relaciona melhor com os adultos, pois acha que as outras crianças riem dele por causa do problema na fala. Era muito hiperativo” (PA34).

PHDA na População Infantil: Conhecimentos/Crenças, Comportamento Social e Linguístico e a Intervenção de AEE.

Na Subcategoria *Relacionamento entre os pares*, são narrados pelos pais as formas como seus filhos se relacionam com a família e com os colegas na escola e demonstra a dificuldade de socialização dos mesmos.

“Ele é uma criança solitária que não interage com os vizinhos e briga muito com os primos, porque invadem as coisas dele. Na escola tem pouca interação com os colegas, pelo que eu sei (PA31).

Relativamente à Subcategoria *Encaminhamento ao Centro*, são abordadas as formas como os pais identificaram os problemas relativos à PHDA e encaminharam seus filhos para o CAEE.

“Eu não entendia direito o que acontecia com ele, mas quando ele foi para a escola a professora me chamou e me indicou o centro de atendimento. [...] a pedagoga da escola fez o encaminhamento e eu fui ao centro de atendimento fazer a matrícula dele” (PA1).

“Apesar de saber dos problemas dele, foi a escola que me indicou o centro de atendimento. Fizeram todo o encaminhamento e eu o passei com a assistente social. Aí ele começou sendo atendido” (PA5).

“Fazíamos o tratamento dele em conquista e ele já veio para Poções com a indicação de tratamento, aí, fiquei sabendo do centro de atendimento por uma prima, eu fui buscar informações, descobri que ele precisava está matriculado na escola regular. Assim que fiz a matrícula a própria escola fez o encaminhamento dele para o centro, devido aos laudos que eu levei” (PA14).

“Eu que tive a iniciativa de pedir a escola para encaminhar ele ao centro de atendimento” (PA31).

A Subcategoria *Profissionais envolvidos*, traz os relatos dos pais sobre quais profissionais precisam está envolvidos na intervenção de seus filhos.

“Ele precisa do educador físico, do fonoaudiólogo e do psicólogo.” (PA1).

“Hoje ele é atendido pela psicóloga, pela fonoaudióloga, pela educadora física e pela psicopedagoga.” (PA2).

“Ele precisa de acompanhamento com a fonoaudióloga, psicólogo, educador físico e psicopedagogo” (PA5).

“Hoje a maior necessidade de acompanhamento dele é por uma fonoaudióloga e a educadora física.” (PA14).

“Ele necessita muito do acompanhamento do psicólogo, da psicopedagoga, da educadora física e da fonoaudióloga.” (PA31).

“Ele precisa muito do acompanhamento com a fonoaudióloga, com a educadora física e com a psicopedagoga” (PA34).

Categoria – “Apoio prestado no atendimento à criança e à família”

Nessa categoria emergiram duas subcategorias relacionadas com a frequência em que as crianças são atendidas no CAEE e como se dá o apoio prestado pelos profissionais no atendimento às crianças e também à família.

Na subcategoria *Frequência e formas de atendimentos*, emergiram conteúdos acerca de como cada profissional tem atuado em prol do desenvolvimento da criança, além da narração da trajetória do(a) filho(a) dentro do Centro de Atendimento.

“Já tem quatro anos que ele é atendido no centro de atendimento. Ele passa com a psicopedagoga que ajuda nas coisas da escola e com a educadora física que ajuda ele a conviver com as outras pessoas e, também, a fonoaudióloga que me ensina a fazer uns exercícios para melhorar a fala dele” (PA2).

“Há três anos ele frequenta o centro de atendimento. Iniciou passando pela fonoaudióloga e o psicólogo e depois foi encaminhado para a educadora física para cuidar da parte de socialização e a psicopedagoga que ajuda no desempenho escolar dele” (PA4).

“Há cinco anos ele vem sendo atendido no centro de atendimento e acompanhado pela educadora física, a psicóloga, a psicopedagoga e só há um ano recebe intervenção da fonoaudióloga” (PA14).

A Subcategoria *Apoio à família pelos profissionais*, emergiram relatos atuação dos professores e da equipa multiprofissional no apoio às famílias no processo de intervenção.

“A professora e a monitora o tratam com muito carinho, brinca, mas os profissionais do centro têm outras técnicas para ajudá-lo a desenvolver” (PA1).

“Os professores sempre me chamam pois ele não gosta de estudar e os profissionais do centro de atendimento me orienta em como agir com ele” (PA2).

“Quanto a escola, apesar das professoras serem ótimas, eu não me sinto muito acolhida, na verdade, me sinto mais pressionada, já os profissionais do centro têm me apoiado e me orientado bastante, acredito que pelo conhecimento e experiência que eles já têm em cuidar de crianças especiais” (PA4).

“Lá sou orientado pelos profissionais a continuar o atendimento em casa, com alguns exercícios.” (PA31).

“Eu estou sempre sendo acompanhada pelos profissionais que me ajudam a lidar com o problema do meu filho.” (PA34).

Os entrevistados citam o empenho dos psipedagogos, da educadora física, dos psicólogos e dos fonoaudiólogos, apontando que, ao longo dos anos de tratamento os filhos têm se desenvolvido nas competências necessárias. Dentre estas, por exemplo, é enfatizado o

desempenho da educadora física no desenvolvimento da socialização das crianças e importância da fonoaudióloga no tocante a fala da criança.

“Ele passa com a psicopedagoga que ajuda nas coisas da escola e com a educadora física que ajuda ele a conviver com as outras pessoas e, também, a fonoaudióloga que me ensina a fazer uns exercícios para melhorar a fala dele” (PA2).

Categoria – “Intervenção Pluridisciplinar”

Nesta categoria trata da intervenção pluridisciplinar demonstrando o papel dos diferentes atores no processo de intervenção das crianças com PHDA e dificuldades de linguagem/fala associadas, abordando a envolvimento da família, o apoio que é recebido através do trabalho em equipa e também os resultados desse processo coletivo de intervenção.

Relativamente à Subcategoria *Envolvimento da família*, demonstra como é o relacionamento dos pais com a equipa multiprofissional, ressaltando a presença e acompanhamento dos pais no momento do atendimento de seus filhos

“Ele é atendido duas vezes por semana no centro de atendimento e eu sempre busco conversar com os profissionais que atendem ele. Os atendimentos são feitos com a companhia dos pais, e tenho a oportunidade de falar sobre os avanços e retrocessos que meu filho tem sofrido” (PA4).

“Recebo orientação dos profissionais do centro de atendimento, principalmente da educadora física que me ajuda a realizar alguns exercícios com ele em casa, utilizado materiais que tenho em casa, ou materiais reciclados” (PA31).

“Frequentemente acompanho os atendimentos do meu filho e recebo orientações de que técnicas utilizar para melhorar os problemas de comunicação dele e, também, reduzir sua desatenção e hiperatividade” (PA34).

A Subcategoria *Trabalho em equipa*, traz questões relacionadas ao apoio conjunto prestados pelos professores, monitores e pelos profissionais e faz emergir a percepção dos pais acerca das limitações de conhecimento dos professores na atuação com crianças com necessidades especiais.

“Como já disse quem mais me ajuda são os profissionais, os professores e monitores tem boa vontade, mas não sabem muito lidar com o problema dele” (PA1).

“Os professores têm ajudado bastante ele, mas eles não têm muito conhecimento de como lidar com crianças especiais, mas os profissionais são uma benção de Deus, são eles que me socorrem quando ele não quer estudar, quando fica agressivo comigo. Eles me ensinam com lidar com essas situações” (PA2).

“Da escola não tenho recebido apoio algum, a professora que vem atuando com ele não tem empatia e não sabe lidar com crianças especiais. [...] hoje temos um atendimento melhor por parte da escola, por causa de muita insistência. [...] o monitor é muito fraquinho e parece ter medo de dizer para a professora o que meu filho necessita, mas apesar disso é uma pessoa muito carinhosa com ele. [...] o centro de atendimento é quem me auxilia nas atividades que devo desenvolver com ele, o problema é que constantemente mudam os profissionais e o processo de intervenção tem uma descontinuidade” (PA14).

“Já a escola não interfere muito nisso, manda apenas as atividades para casa e temos que nos virar. Acredito que por falta de conhecimento e experiência para atuar na educação especial. [...] Os profissionais estão sempre conversando comigo sobre meu filho e me ajudando a cuidar da melhora dele” (PA31)

A atuação deficitária dos professores, muitas vezes, vem sendo contrastada com a expertise dos profissionais do Centro.

“profissionais do centro tem me apoiado e me orientado bastante, acredito que pelo conhecimento e experiência que eles já têm em cuidar de crianças especiais” (P5).

É importante citar, contudo, que os pais ressaltaram a boa vontade dos professores em desempenhar, de alguma maneira, um auxílio ao que se espera de sua função, faltando mais conhecimento para o manejo adequado com as crianças.

“os professores e monitores tem boa vontade, mas não sabem muito lidar com o problema dele” (PA1).

“apesar das professoras serem ótimas, eu não me sinto muito acolhida, na verdade, me sinto mais pressionada” (P5)

Concernente à *Subcategoria Resultados*, esta se relaciona com a intervenção realizada no centro de atendimento e aborda aspectos relacionados a percepção dos pais acerca dos atendimentos dos profissionais do Centro e o consequente desenvolvimento dos filhos.

“Já tem três anos que ele é atendido e os profissionais o atende com muito carinho, e ele tem apresentado alguns avanços. [...] a professora e a monitora o tratam com muito carinho, brinca, mas os profissionais do centro têm outras técnicas para ajudá-lo a desenvolver” (PA1).

É enfatizada a evolução no repertório comportamental dos filhos mediante a expertise e atenção dos profissionais do Centro.

“O trabalho conjunto, entre os profissionais, e a família, tem ajudado muito meu filho a se desenvolver e, graças a Deus, eu já consigo enxergar os resultados” (PA34).

PHDA na População Infantil: Conhecimentos/Crenças, Comportamento Social e Linguístico e a Intervenção de AEE.

Além disso, os entrevistados ressaltaram o conhecimento técnico dos profissionais na elaboração de atividades que apresentaram melhoras no desempenho dos filhos.

“O tratamento no centro tem feito muito progresso com ele, os profissionais são excelentes e ele adora ser atendido principalmente pela educadora física. [...] ele já se concentra mais um pouco, monta as pecinhas dele... só falar que não gosta muito, sempre quieto no cantinho dele” (PA2).

Nas falas dos entrevistados, nota-se que tal prática tem sido grande fator de corroboração para o progresso dos filhos, sendo apontado como uma orientação que oferece mais segurança e amparo aos pais.

“São perceptíveis os avanços que ele tem tido, especialmente, na parte de educação física, pois ele está menos tímido e interagindo melhor com as outras pessoas” (PA5).

Caracterização, de acordo com os professores, da intervenção do AEE realizada em crianças com PHDA que apresentaram PCC severo

A caracterização da intervenção de AEE feita pelos professores foi realizada seguindo as Unidades de análises (UA Experiência, UA Apoio Prestado e UA Intervenção), proposta na entrevista semiestruturada e utilizando a técnica da análise de conteúdos, gerou-se algumas subcategorias principais, como demonstrado no quadro 12.

Quadro 12 - Categorias e Subcategorias da percepção dos professores sobre a Intervenção de AEE em crianças com PHDA que apresentaram PCC severo (N=6).

Categorias	Subcategorias	Frequência de Referência
Caracterização e atuação dos professores Total de Referências = 14	Qualificação Profissional	4
	Atuação especializada	8
	Encaminhamentos	3
	Profissionais envolvidos	4
Caracterização do Apoio Prestado. Total de Referências = 10	Tipo de apoio e Recursos ofertados	4
	Estratégias e Possibilidades	6
	Articulação entre os Profissionais	3
Caracterização da Intervenção Total de Referências =	Avaliação multiprofissional	3
	Caracterização da intervenção de AEE	4

Categoria – “Caracterização e atuação dos professores”

No tocante a primeira categoria de análise emergida do material coletado – *Caracterização e Atuação dos Profissionais*, a mesma foi subdividida em quatro subcategorias: qualificação profissional, atuação especializada dos professores,

capacidade de fazerem encaminhamentos ao CAEE, profissionais envolvidos que auxiliam na intervenção e as técnicas utilizadas pela escola para atendimento às crianças com NEEs.

Relativamente a subcategoria *Qualificação Profissional*, emergiram informações sobre a formação dos professores que atuam com as crianças com PHDA e dificuldades de linguagem/fala, objetos deste estudo, demonstrando que alguns tem formação específica na área de educação inclusiva e outras não.

“Eu sou formada em pedagoga e tenho e uma pós em educação especial e alfabetização em letramento. Tenho onze anos de atuação e em todas as turmas peguei uma criança especial, ou com um déficit de atenção ou com hiperatividade ou autismo” (P1).

“Sou pedagoga e especialista em língua portuguesa e literatura brasileira. Exerço a profissão a vinte de dois anos e três meses e atua com crianças especiais a catorze anos” (P5).

“A minha formação principal é a pedagogia e educação infantil, complementar. Tenho dezessete anos, trabalhando com crianças especiais desde o início. No começo trabalhei, assim, muito preocupada, sem experiência nenhuma” (P14).

“Eu sou formada em magistério e estou na fase final da graduação em letras. Exerço a profissão há vinte e quatro anos e a doze com crianças especiais” (P34).

Na subcategoria *Atuação Especializada*, alguns professores alegam possuir qualificação para atuar com educação especial, porém, outros se consideram despreparados.

“Além, da especialização em educação inclusiva, fiz formação pelo pacto para aprender diferentes formas de trabalhar as dificuldades” (P1).

“Eu trabalho com uma turma de 26 crianças dentre as quais tem uma criança com necessidades especial. [...] nunca recebi capacitação...recebo orientações dos coordenadores da escola” (P5).

No que concerne a subcategoria *Encaminhamento*, alguns professores se sentem capazes de identificar as NEEs em seus alunos e encaminhá-los ao CAEE e alguns chegam a demonstrar receio de tratar sobre o assunto com os pais.

“Sempre que identifico algum tipo de perturbação na criança oriento os pais a procurarem o centro de atendimento” (P1).

“Sempre que necessário, busco fazer o encaminhamento para avaliação pelo Centro de atendimento (multiprofissional). (P14)

“Pelo pouco de qualificação que eu tenho, me sinto capaz de analisar e investigar a ponto de identificar os casos e sempre peço auxílio a direção, coordenação e aos profissionais

do centro de atendimento, porque a gente tem receio de chamar os pais e falar, pois, muitos não aceitam as limitações dos filhos” (P15).

“várias vezes, fiz vários encaminhamentos para o centro de atendimento e conversava com a família, tentava explicar para a família que esse trabalho do centro não era para crianças loucas, porque existiu muito esses tabus” (P34)

A subcategoria, *Profissionais Envolvidos*, trata da importância da atuação especializada e multiprofissional na perspectiva dos professores, foi compreendido que os professores julgam relevante a parceria.

“A maioria das crianças especiais, precisam de acompanhamento de uma fonoaudióloga, psicólogo, psicopedagogo para as questões relacionadas a escola e educador físico para a parte de socialização”. (P1).

Os professores afirmam que há a necessidade de as crianças serem atendidas por diversos profissionais como psicopedagogos, psicólogos, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, neurologista e educadores físicos.

O envolvimento de fonoaudiólogo, psicólogo, psicopedagogo, nutricionista, educador físico, fisioterapeuta, e outros atendimentos clínicos é fundamental para o processo de intervenção” (P14).

Além dos profissionais fazerem intervenções em suas áreas de conhecimento, é ressaltada que a relação entre professores e profissionais especializados é muito favorável, pois os profissionais também buscam oferecer suporte até para a própria prática do professor.

“Tento ao máximo está em contato com os profissionais especializados para apresentar os avanços e retrocessos dos meus alunos e buscar orientações de novas técnicas a serem aplicadas” (P34).

Categoria – “Caracterização do Apoio Prestado”

A categoria 2, relativa à *Caracterização do Apoio Prestado*, trata do apoio e dos recursos ofertados, das estratégias e possibilidades usadas e visualizadas pelos professores, apresentando um conteúdo voltado para as elaborações dos professores frente ao desafio de lidar com uma criança com PHDA e da articulação entre os profissionais.

Na subcategoria *Tipo de Apoio e Recursos Ofertados*, os professores afirmam que sempre buscam se organizar junto a escola para lidar com essas questões de maneira coordenada e organizada, com materiais oferecidos pela instituição de ensino.

“A gente faz um trabalho diferenciado, às vezes é no tamanho da letra, às vezes é na diminuição da quantidade de atividades” (P1).

“A escola possui muitos materiais didáticos, que ajudam a trabalhar com crianças especiais, jogos, quebra-cabeça, palavras cruzadas, jogo de memória. [...] planejamos com base nas especificidades de cada aluno. (P6)

Outros professores alegam que a escola não fornece os recursos necessários para realização de um trabalho diferenciado.

“A escola oferece poucos recursos para se fazer um trabalho diferenciado. Os recursos utilizados, são um ou outro material didático-pedagógico, mas nada muito voltado para o AEE (P14)

“Não existe um trabalho diferenciado. Cada professor utiliza o recurso que estiver disponível e adapta de acordo com o nível de empatia que possui por essas crianças” (P34).

“A escola nunca se preocupou em usar técnicas inovadoras, além das cotidianas, porque a escola já tinha aquela visão formada sobre as crianças especiais, então a escola não dava nem o suporte, nem uma estrutura.” (P34)

Os professores relatam ainda, a forma como desenvolvem seus trabalhos utilizando os mecanismos que a escola os oferece.

“A escola, ela tem muito material e tentamos buscar diferente formas de trabalhar.” (P1).

Outros professores afirmam que, apesar do suporte material dado pela escola, optam por não utilizarem técnicas didáticas diferentes entre os alunos, não considerando a situação psicológica e de saúde mental em que a criança está.

“Não há diferenciação na minha sala, por isso, uso os mesmos recursos que utilizo com as outras crianças. a escola possui muitos materiais didáticos” (P5).

A subcategoria “Estratégias e Possibilidades” se refere aos meios encontrados pelos professores para dinamizar o apoio prestado às crianças com PHDA, inclusive fazem reuniões com os profissionais que atendem as crianças para melhor compreender o caso.

“Fazemos reuniões pontuais com os profissionais especializados que atual como eles, buscando dinamizar o material disponível e atender as particularidades de cada criança” (P1).

“Ao prepararmos nosso planejamento, buscamos, com os poucos recursos que nos é fornecido fazer algo que realmente possa ajudar nossas crianças a se desenvolverem” (P14).

PHDA na População Infantil: Conhecimentos/Crenças, Comportamento Social e Linguístico e a Intervenção de AEE.

“Eu junto com a monitora, buscamos planejar as atividades de acordo com o perfil de cada criança e de forma que possa socializar as crianças com necessidades especiais com as demais crianças ditas “normais” (P34).

Também é citado que há esforço entre os professores para melhor lidar com essas crianças, porém, tendo em vista a quantidade de alunos, torna-se difícil manter um cuidado diferenciado e de personalidade.

“Tento trabalhar da forma mais inclusiva possível, mas às vezes é bem complicado, principalmente, quando diz respeito a qualificação dos professores e monitores e ao quantitativo de alunos em sala de aula” (P14).

A subcategoria *Articulação entre os profissionais*, os professores relatam o envolvimento de todos os profissionais de forma a se decidir que a forma mais adequada de se prestar apoio às crianças com PHDA, bem como, a importância do apoio da equipa multiprofissional.

“Planeamos nosso atendimento de forma bem coordenada, solicitamos ajuda da equipa pedagógica” (P1).

“Estamos sempre discutindo com os profissionais do centro especializados, os avanços e retrocessos sofridos por nossos alunos, no decorrer de cada mês” (P1).

“Eu preparo as atividades juntamente com a monitora e os coordenadores” (P6).

“Algumas vezes fomos visitados pelos profissionais do centro de atendimento, com o objetivo de nos orientar, mas esse trabalho, não acontece de forma contínua, são eventos isolados, mas que se tivesse uma regularidade maior, seria mais eficiente” (P14).

Categoria – “Caracterização da Intervenção”

Esta categoria está relacionada com a integração entre os diferentes atores no processo de intervenção das crianças com PHDA e visa caracterizar os conteúdos coletados dos professores acerca da importância da avaliação multidisciplinar e da intervenção prestada pelo CAEE.

Na subcategoria *Avaliação Multidisciplinar*, os professores relatam a importância da avaliação dos alunos com PHDA, por parte de uma equipa multiprofissional e ressaltam a importância da participação dos pais nesse processo.

“Eu acho importante a avaliação multidisciplinar dessas crianças, principalmente com a participação dos próprios pais” (P1).

“É importante a avaliação multidisciplinar para tentar ajudar essas crianças” (P6).

“Eu acho importante essas crianças passarem por essas avaliações multidisciplinar, passar por diversos profissionais e acho bom justamente por causa da inclusão, porque cada um tem seu ponto de vista, sua opinião. Eu acho bom e sempre recomendo, pois havendo essa integração entre professores e os profissionais especializados, temos instrumentos, técnicas, outras formas de atuar e a reintegração das crianças seria facilitada. E tem também a questão da família, porque é fundamental nesse momento. A gente sabe que quando a família apoia, as coisas têm rendimento” (P14).

“A intervenção feita pelos profissionais do centro de atendimento, junto com nós professores é muito importante e está sendo um suporte para o atendimento a especificidades dessas crianças (P34)

No que concerne à subcategoria *Caracterização da Intervenção* de AEE, os professores relataram a importância do apoio especializado, em virtude do seu saber profissional, o que facilita a comunicação com os pais, de forma a eliminar os tabus propostos pela família com relação às perturbações de seus filhos.

“eu caracterizo essa intervenção realizada por esses profissionais como de suma importância porque a gente como professor as vezes a gente tenta falar e às vezes e uma palavra pode ser mal-vista, e um olhar profissional, faz ali com que o pai perceba realmente que a criança precisa de ajuda, que a criança precisa de acompanhamento e precisa de outras intervenções” (P1).

“A intervenção do centro é muito boa, tem promovido progresso nas crianças especiais, contudo não participo diretamente” (P6)

“É um trabalho maravilhoso, que tem dado resultados, mas que ainda tem muito de se fazer para ser realmente eficaz” (P14).

“Considero a intervenção realizada como um suporte muito grande e importantíssimo para a reabilitação dessas crianças” (P34).

Caracterização, de acordo com a equipa multiprofissional, da intervenção do AEE realizada em crianças com PHDA que apresentaram PCC severo

O quadro 13 apresenta as categorias e subcategorias da caracterização da intervenção de AEE feita pela Equipa Multiprofissional, realizada seguindo as Unidades de análises (UA Experiência, UA Apoio Prestado e UA Intervenção), proposta na entrevista semiestruturada e utilizando a técnica da análise de conteúdos.

Quadro 13 - Categorias e Subcategorias da percepção dos Profissionais da Equipe Multiprofissional sobre a Intervenção de AEE em crianças com PHDA que apresentaram PCC severo (N=5).

Categorias	Subcategorias	Frequência de Referência
Caracterização e atuação dos profissionais Total de Referências = 36	Qualificação Profissional	11
	Atuação em AEE	7
	Profissionais envolvidos	9
	Encaminhamentos	9
Caracterização do apoio prestado Total de Referências = 12	Realização do atendimento	8
	Articulação entre os profissionais	4
Caracterização da Intervenção de AEE Total de Referências = 16	Avaliação multiprofissional	3
	Mecanismos de intervenção	2
	Intervenção Multidisciplinar	8
	Trabalho em Equipe	3

Categoria – “Caracterização e atuação dos Profissionais”

Nesta categoria aborda-se a qualificação dos profissionais para atuarem no AEE, a caracterização do tipo de profissional e o encaminhamento para o CAEE. A partir desta emergiu quatro subcategoria que serão descritas a seguir:

Na subcategoria *Qualificação Profissional* apresenta-se a formação profissional dos respondentes e seu tempo de atuação na área de educação inclusiva ou AEE.

“Eu sou bacharel em Educação Física e especialista em Transtorno do Espectro Autista e Transtorno do Global do Desenvolvimento. Atuo a oito anos na área de educação e há três com profissional do atendimento educacional especializado.” (EM3)

“Sou Assistente Social de formação e especialista em Gestão Social: Políticas Públicas, Redes e Defesa de Direitos. [...] há seis anos exerço a profissão de assistente social, com atuação no “Programa de Apoio aos Órgãos Jurisdicionais na Realização de Perícias Judiciais” do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia e na área da Educação, no Centro Municipal de Atendimento Educacional Especializado, vinculado à Secretaria Municipal de Educação do município há três anos.” (EM9)

“Sou fisioterapeuta apaixonada pelo que faço [...] minha formação principal é como professora, sou licenciada em Ciências Biológicas, especialista em Psicopedagogia e Bacharel em fisioterapia. Tenho curso Básico Pediátrico Tratamento Neuroevolutivo - Bobath, Integração Sensorial. Exerço a profissão a dez anos e há seis estou atuando no atendimento educacional especializado.” (EM15)

“Sou graduada em Pedagogia com especialização em Políticas Públicas, Gestão, Práxis Educacionais e Mestra em Educação [...] atuo como educadora a vinte anos [...] durante a atuação como professora na Rede Municipal de ensino, atuei em cargos de coordenadora pedagógica e gestora escolar [...] no Atendimento Educacional Especializado – AEE atuo como psicopedagoga a quatro anos” (EM19)

Relativamente à subcategoria *Atuação de AEE*, dentre as especificidades inerentes da função de cada profissional, obteve-se, por exemplo, que o educador físico busca trabalhar nas funções de coordenação motora, atenção concentrada e socialização; o fisioterapeuta, de maneira similar, aponta para a busca por favorecer um ambiente propício para o desenvolvimento dos potenciais motores, cognitivos e psíquicos.

“Atuo com crianças com as mais diversas necessidades especiais buscando trabalhar a coordenação motora associada a atenção concentrada e a socialização para melhor desenvolvimento global [...] no processo de intervenção atuamos com uma equipa multiprofissional, composta por Educador Físico, Fonoaudiólogo, Pedagogo, Psicólogo, Psicopedagogo, Enfermeiro, nutricionista e Assistente social” (EM3).

“Atuo com crianças prematuras na Estimulação Precoce atendimento direcionado aos bebês e crianças com riscos ou atraso no desenvolvimento (prematuros de risco, baixo peso, síndromes genéticas, deficiências, paralisa cerebral e outras), ou seja, aqueles que durante o período gestacional, parto ou após o nascimento sofreram algumas intercorrências que possa levar lesões do Sistema Nervoso ou desencadear alterações no seu desenvolvimento neuropsicomotor. O principal é promover um ambiente e estímulos adequados para que a criança desenvolva seu melhor potencial em aspectos motores, cognitivos, psíquicos e sociais.” (EM15).

A subcategoria *Profissionais Envolvidos*, traz relatos dos quais é possível apreender de que maneira os profissionais se articulam em prol do objetivo de desenvolvimento integral das crianças.

“O centro dispõe de uma Equipe Multiprofissional, com atendimento em diversas áreas. No que tange a perturbações de linguagem/fala associadas a PHDA, é um processo que requer avaliação e acompanhamento de diferentes profissionais com atuação nas áreas de Serviço Social, Psicologia, Psicopedagogia, Médico, com a perspectiva de contribuir efetivamente para a inclusão social” (EM9).

Os profissionais apontam para princípios norteadores de seus trabalhos, bem como, métodos e práticas utilizadas. Em síntese, obteveram-se que a atuação multiprofissional parte do pressuposto de que todos os encarregados devem trabalhar de maneira harmônica e integrativa, visando sempre propiciar um ambiente mais favorável para o desenvolvimento integral das crianças.

“O principal é promover um ambiente e estímulos adequados para que a criança desenvolva seu melhor potencial em aspectos motores, cognitivos, psíquicos e sociais. [...] a equipa multiprofissional do centro de atendimento é composta por Psicopedagogos, fonoaudióloga, psicólogos, fisioterapeutas, educador físico” (EM15).

A subcategoria *Encaminhamentos* refere-se ao apoio prestado pelo centro e apresenta descrições e considerações dos profissionais acerca da atuação em rede de atenção e de ensino, bem como, a chegada das crianças ao centro por meio daquelas.

“as crianças com laudos são encaminhadas para o centro de atendimento, através de encaminhamentos feitos pela própria escola onde o usuário é matriculado na rede municipal de ensino, que envia um relatório sobre o comportamento e o desenvolvimento escolar do usuário; pela associação dos pais de crianças excepcionais, onde são matriculadas e passam por um processo de avaliação pela equipe multiprofissional” (EM3)

Dentre os pontos analisados, destaca-se a presença da frequente argumentação acerca do sistema de rede como propiciador da inclusão social de tais crianças. Foi destacado que a atuação rápida e eficiente da rede de atenção tem se mostrado como mantenedora dos direitos sociais.

“[...] com a perspectiva de contribuir efetivamente para a inclusão social. [...] os encaminhamentos podem ocorrer através da Rede de atenção a criança e ao adolescente local (Escolas, Associação de Pais e Amigos de Crianças Especiais, Serviços Socioassistenciais, Conselho Tutelar, dentre outros atores do Sistema de Garantia de Direitos) e pela própria família que procurar o serviço” (EM9).

Entretanto, conforme exposto por um dos participantes, mediante o cenário vivido na pandemia pela COVID – 19, evidenciou-se a necessidade de maior integração e articulação na rede. Outro ponto citado nos relatos se tratou da breve descrição da maneira com que os beneficiados chegam ao Centro, utilizando-se de uma matrícula na rede municipal, sob encaminhamento com laudo por escolas.

“vale enfatizar, no que tange ao atendimento a criança/adolescente, a proposta do Centro vem atingindo o seu objetivo, no entanto, sobretudo nesse período atípico, provocada pelo vírus Sars-Cov-2, materializada na disseminação da COVID-19, percebeu-se a necessidade urgente de maior integração e articulação da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente e de “ir além”, considerando os inúmeros desafios evidenciados pelos educadores de alunos do ensino inclusivo e em especial os pais e familiares, os quais no atual contexto tem ainda o desafio maior, seja pela rotina, pela necessidade de permanecer dentro de casa e evitar contato físico com pessoas de fora da residência e o acompanhamento ainda mais de perto à educação escolar dos filhos e filhas nesse novo formato imposto pela pandemia” (EM9)

Categoria – “*Caracterização do Apoio Prestado*”

Esta categoria visa abordar o tipo e a frequência do apoio prestado às crianças, bem como, os recursos utilizados e a articulação dos profissionais em prol do atendimento às mesmas.

A subcategoria *Realização do Atendimento*, vem especificar a forma como os atendimentos são realizados, detalhando espaço físico, horário de atendimento e recursos.

“Os atendimentos são feitos no centro de atendimento, sempre utilizando o espaço da sala ou outro espaço ao ar livre. O transporte junto com o motorista e o monitor, vão até a casa do usuário para buscá-lo no dia do seu atendimento, em seguida é encaminhada ao profissional para a intervenção.” (EM3)

“Os atendimentos realizados no centro de atendimento são ofertados em dois turnos diurnos, de segunda a sexta-feira, das 7h30min às 17h30min, nas áreas de Serviço Social, Psicologia, Psicopedagogia, Fonoaudiologia, Nutrição, Fisioterapia, Enfermagem, Educação Física, Médico. [...] o momento do atendimento envolve a participação de, no mínimo, duas pessoas (o usuário e o profissional)” (EM9)

“O tipo de apoio multidisciplinar, de uma a três vezes por semana [...] são realizados em uma sala apropriada, organizada com muito zelo e carinho [...] diversos são os recursos utilizados na intervenção: bolas suíças, bola feijão, rolo, rede, mãos terapêuticas.” (EM15)

“O centro de atendimento procurou trabalhar em rede, firmando parcerias com instituições públicas municipais como a Secretaria Municipal de Saúde, de Educação, de Serviço Social, bem como a colaboração de populares do segmento da sociedade civil em algumas ações. Os atendimentos são feitos semanalmente ou quinzenalmente, ou seja, de acordo com a necessidade específica de cada caso.” (EM19)

Na Subcategoria *Articulação entre os Profissionais*, os entrevistados apontaram para a importância da articulação entre os professores com a equipa de terapeutas e, principalmente, com a própria família do beneficiado, apresentando um caráter flexível e aberto à disponibilização de recursos por parte da rede no desenvolvimento de atividades potencializadoras.

“Priorizamos a articulação entre os professores e os monitores da sala de aula comum e a equipa de terapeutas do centro de atendimento, bem como as famílias dos usuários e os terapeutas visando o diálogo, a troca de ideias, a disponibilização dos serviços e recursos didático-pedagógicos na promoção do desenvolvimento de atividades que potencialize o bem-estar, a autonomia, a participação e aprendizagem de todos os usuários nas atividades escolares” (EM9).

Ademais, os relatos analisados apontaram também para a abertura à colaboração do segmento da sociedade civil. Acrescentaram-se, ainda, que os entrevistados apontaram o trabalho deles como colaboradores da rede de ensino e dos professores em si, afirmando que ambos os serviços se encontraram voltados para um ponto em comum, que são as questões de inclusão social dos beneficiados.

“O serviço Social no AEE se apresenta com o objetivo de poder contribuir, subsidiar com a escola e seus demais profissionais no enfrentamento das expressões das questões

sociais, bem como auxiliar, orientar a família e os usuários, em prol da garantia dos direitos sociais da criança e do adolescente com necessidades especiais, matriculadas na rede municipal de ensino, colaborando na articulação rápida da rede, promovendo a atenção e o acesso desse público especial a diversos serviços essenciais, como expressão do direito de quem deles necessitam.” (EM9).

Categoria – “*Caracterização da Intervenção de AEE*”

Esta categoria visa abordar a forma como se realiza a avaliação multidisciplinar, os mecanismos de intervenção e a realização do trabalho em equipa.

A subcategoria *Avaliação Multidisciplinar*, na opinião dos profissionais é de suma importância pois, irá direcionar os profissionais sobre quais mecanismos poderão ser utilizados no processo de intervenção da criança com PHDA e dificuldades de linguagem/fala associadas.

“A avaliação multiprofissional visa avaliar e buscar quais intervenções o usuário necessita e realizar assim um atendimento multidisciplinar e planejar atendimentos que os profissionais estejam juntos na mesma intervenção. E em outros momentos esse atendimento multidisciplinar realizado individualmente vai depender de como se encontra o usuário.” (EM3)

“É realizado durante estudos de caso que acontecem durante os encontros uma vez por mês” (EM15)

“Os profissionais observam o comportamento destes usuários em situação de terapia, dialogam com eles e também com outros profissionais que também prestam atendimento a tais usuários, questionam a família sobre desenvolvimento do comportamento ideal, e mediante os resultados obtidos, decidem pela alta ou permanência no serviço.” (EM19)

A subcategoria *Mecanismos de Intervenção*, evidencia os mecanismos que são utilizados pelos profissionais para atuarem no CAEE.

“Dentre os mecanismos de intervenção estão as atividades para estimular a fala, cognitivo, concentração e sua socialização.” (EM3)

“Verifica-se que as intervenções realizadas pelos profissionais do Centro, buscam auxiliar no sentido da ampliação da inclusão social, autonomia e da cidadania das pessoas com necessidades educacionais especiais e de seus familiares usuários deste serviço, propiciando para que o público-alvo atendido, em especial aos de camadas sociais menos favorecidas, que consigam superar a dupla exclusão deficiência/pobreza” (EM9)

“Sempre em busca de um atendimento educacional inclusivo que impulse a descobertas de caminhos e práticas que concretizem o ideal de igualdade de acesso, permanência e aprendizagem a todos os alunos que apresentam necessidades educacionais especiais no espaço escolar” (EM15).

Relativamente à subcategoria *Intervenção Multiprofissional*, esta se constitui por relatos que evidenciaram alguns detalhes do ofício dos profissionais, bem como uma percepção da função social do empenho exercido por cada profissional e pelo centro, de uma maneira geral.

“Uma intervenção de forma produtiva buscando cada vez conhecimento para melhoráramos o atendimento em busca de evolução para os usuários” (EM3).

“As intervenções realizadas entre a equipe de profissionais, os pais, os professores e os monitores são através de encontros com os mesmos, capacitações, roda de conversa” (EM15).

“Considero a intervenção realizada pelos profissionais, satisfatória. Considerando a manifestação do desejo na busca de novas formas de adaptar e dinamizar os conhecimentos e o desenvolvimento de ações estratégicas que propiciasse uma ampla visão e um olhar sensível ao público no atendimento educacional especializado, bem como a concretude de propostas que promovesse um ambiente acolhedor, inclusivo e adequado a cada demanda.” (EM19).

Por fim, a subcategoria *Trabalho em Equipa*, a qual demonstra a forma com o trabalho realizado pela equipa multiprofissional é desenvolvido e articulado com a escola e a família.

“Na intervenção entre a equipa no centro existem uma comunicação da escola com a condenação do centro e assim, são passadas as demandas para os profissionais e de forma inversa.” (EM3).

“Priorizamos a articulação entre os professores e os monitores da sala de aula comum e a equipe de terapeutas do centro de atendimento, bem como as famílias dos usuários e os terapeutas visando o diálogo, a troca de ideias, a disponibilização dos serviços e recursos didático-pedagógicos na promoção do desenvolvimento de atividades que potencialize o bem-estar, a autonomia, a participação e aprendizagem de todos os usuários nas atividades escolares.” (EM19).

Semelhanças/Diferenças nas percepções dos pais, professores e equipa multiprofissional relativamente à caracterização da intervenção do AEE em crianças com PHDA que apresentaram PCC severo.

Nomeadamente ao que se refere à intervenção de AEE realizada com crianças com PHDA todos os grupos de participantes reconhecem a importância de uma ação integrada entre a família, a escola e o centro de atendimento.

“A professora e a monitora o tratam com muito carinho, brinca, mas os profissionais do centro têm outras técnicas para ajudá-lo a desenvolver.” (PA1).

“Os professores sempre me chamam, pois ele não gosta de estudar e os profissionais do centro de atendimento me orienta em como agir com ele.” (PA2).

“A intervenção feita pelos profissionais do centro de atendimento, junto com nós professores é muito importante e está sendo um suporte para o atendimento a especificidades dessas crianças”. (P34).

“E tem também a questão da família, porque é fundamental nesse momento. A gente sabe que quando a família apoia, as coisas têm rendimento. [...] é um trabalho maravilhoso, que tem dado resultados, mas que ainda tem muito de se fazer para ser realmente eficaz.” (P14).

“AEE se apresenta com o objetivo de poder contribuir, subsidiar com a escola e seus demais profissionais no enfrentamento das expressões das questões sociais, bem como auxiliar, orientar a família e os usuários, em prol da garantia dos direitos sociais da criança e do adolescente com necessidades especiais” (EM9).

Todos os grupos reconhecem a importância do acompanhamento que é realizado com essas crianças e a necessidade de uma intervenção multiprofissional.

“Ele vem sendo atendido no centro de atendimento e acompanhado pela educadora física, a psicóloga, a psicopedagoga e só há um ano recebe intervenção da fonoaudióloga” (PA14).

“A maioria das crianças especiais, precisam de acompanhamento de uma fonoaudióloga, psicólogo, psicopedagogo para as questões relacionadas a escola e educador físico para a parte de socialização” (P1).

“Eu acho importante essas crianças passarem por essas avaliações multidisciplinar, passar por diversos profissionais e acho bom justamente por causa da inclusão, porque cada um tem seu ponto de vista, sua opinião” (P14).

“Articulação, harmonia e interação da equipa multiprofissional são princípios norteadores, que fortalecem as ações do Centro” (EM9).

Há um reconhecimento unânime de que o processo de intervenção vem trazendo resultados concretos para a vida da criança, o que por vez, também influencia na vida dos pais e demais envolvidos.

“O tratamento no centro tem feito muito progresso com ele, os profissionais são excelentes e ele adora ser atendido principalmente pela educadora física” (PA2).

“É perceptíveis os avanços que ele tem tido, especialmente, na parte de educação física, pois ele está menos tímido, e interagindo melhor com as outras pessoas.” (PA5).

“Considero a intervenção realizada como um suporte muito grande e importantíssimo para a reabilitação dessas crianças.” (P34).

“A intervenção do centro é muito boa, tem promovido progresso nas crianças especiais, contudo não participo diretamente” (P14).

“Priorizamos a articulação entre os professores e os monitores da sala de aula comum e a equipe de terapeutas do centro de atendimento, bem como as famílias dos usuários e os terapeutas visando o diálogo, a troca de ideias, a disponibilização dos serviços e recursos didático-pedagógicos na promoção do desenvolvimento de atividades que potencialize o bem-estar, a autonomia, a participação e aprendizagem de todos os usuários nas atividades escolares” (EM19).

Reconhece-se que ainda existe uma carência por parte dos envolvidos no que diz respeito a capacitação e habilidade de lidar com o público de AEE e que os profissionais são os mais preparados para tanto.

“Como já disse quem mais me ajuda são os profissionais, os professores e monitores tem boa vontade, mas não sabem muito lidar com o problema dele” (PA1).

“Os professores têm ajudado bastante ele, mas eles não têm muito conhecimento de como lidar com crianças especiais” (PA2).

“Tento trabalhar da forma mais inclusiva possível, mas às vezes é bem complicado, principalmente, quando diz respeito a qualificação dos professores e monitores” (P14).

“Os profissionais do centro têm me apoiado e me orientado bastante, acredito que pelo conhecimento e experiência que eles já têm em cuidar de crianças especiais”. (PA5).

“O trabalho conjunto, entre os profissionais, e a família, tem ajudado muito meu filho a se desenvolver e graças a Deus eu já consigo enxergar os resultados” (PA34).

5.4 Questão 4 - Qual o perfil de fala das crianças com PHDA?

Caracterização do perfil de fala de crianças com PHDA

Para este estudo, fez-se a opção de se utilizar os seguintes instrumentos: **Teste de Linguagem Infantil – ABFW, Percentagem de Consoantes Corretas – PCC e Escala de Inteligibilidade em Contexto – ICS**, no sentido de efetuar uma caracterização (ainda que de um modo global e não completo) do perfil de fala das crianças com PHDA que integraram a amostra.

Assim foram aplicadas, por uma fonoaudióloga experiente, a **prova de Fonologia do ABFW**. Na Prova de Fonologia, foram aplicadas as provas de Nomeação e Imitação. Para a análise dos processos fonológicos foram utilizados apenas os resultados da prova de nomeação.

Na Tabela 62 é apresentada a distribuição dos processos fonológicos evidenciados na prova de nomeação aplicada à amostra de crianças do estudo. De referir que dos 14 processos fonológicos indicados, 10 são observados frequentemente durante o desenvolvimento e 4 não o são. Apenas 22% das crianças avaliadas não apresentaram nenhum tipo de processo fonológico, sendo que os processos fonológicos produtivos (a partir de 25% de ocorrência) mais frequentes foram: simplificação de líquidas (5,5%); simplificação do encontro consonantal (25%) e simplificação de consoante final (14%).

Tabela 62 - Distribuição dos processos fonológicos evidenciados na prova de nomeação na aplicação do ABFW à amostra de crianças do estudo.

PROCESSOS FONOLÓGICOS – NOMEAÇÃO															
		34	34	23	12	11	9	5	11	8	5	21	14	14	9
Indivíduos	Idade	Redução de Sílabas	Harmonia Consonantal	Plosivação de fricativas	Posteriorização para velar	Posteriorização para palatal	Frontalização de Velares	frontalização de Palatares	Simplificação de Líquida	Simplificação de encontro Consonantal	Simplificação da Consoante Final	Sonorização de plosivas	Sonorização de Fricativas	Ensurdecimento de Plosivas	Ensurdecimento de Fricativas
C1	6	14,7	0	0	0	0	0	0	0	25	0	0	0	0	0
C2	6	5,9	5,9	0	0	0	0	0	27,3	25	0	0	0	0	11,1
C3	6	0	2,9	0	0	0	0	0	0	12,5	20	4,8	0	0	0
C4	7	0	0	0	0	0	0	0	9,1	25	20	0	0	0	0
C5	7	0	0	4,3	0	0	0	0	0	12,5	0	0	0	0	0
C6	8	0	0	0	0	0	0	0	0	12,5	20	0	0	0	0
C7	8	0	0	4,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C8	8	0	0	4,3	0	0	0	0	0	12,5	40	0	0	0	0
C9	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C10	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C11	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40	0	0	0	0
C12	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40	4,8	0	0	0
C13	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0
C14	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C15	9	0	0	4,3	0	0	0	0	0	0	40	0	0	0	0
C16	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11,1
C17	9	0	2,9	0	0	0	0	0	9,1	12,5	20	0	0	0	0
C18	10	2,9	2,9	0	0	0	0	0	0	25	20	0	0	0	0
C19	10	0	2,9	0	8,3	0	0	0	0	0	0	0	7,1	7,1	0
C20	8	0	0	0	0	0	11,1	0	0	12,5	20	0	0	0	0

PROCESSOS FONOLÓGICOS – NOMEAÇÃO															
		34	34	23	12	11	9	5	11	8	5	21	14	14	9
Indivíduos	Idade	Redução de Silabas	Harmonia Consonantal	Plosivação de fricativas	Posteriorização para velar	Posteriorização para palatal	Frontalização de Velares	frontalização de Palatares	Simplificação de Líquida	Simplificação de encontro Consonantal	Simplificação da Consoante Final	Sonorização de plosivas	Sonorização de Fricativas	Ensurdimento de Plosivas	Ensurdimento de Fricativas
C21	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C22	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C23	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C24	10	0	0	0	0	0	0	0	0	12,5	0	0	0	0	0
C25	6	8,8	0	0	0	0	0	0	18,2	100	20	0	0	0	0
C26	11	0	0	0	0	0	0	0	0	12,5%	0	0	0	0	11,1
C27	11	0	0	0	0	0	0	0	0	37,5	0	0	0	0	0
C28	12	0	0	0	0	0	0	0	0	37,5	0	0	0	0	0
C29	11	0	0	0	0	0	0	0	9,1	0	0	0	0	0	0
C30	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11,1
C31	11	0	2,9	0	0	9,1	0	20	36,4	37,5	0	0	0	0	0
C32	11	0	0	4,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C33	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C34	8	5,9	0	0	0	0	0	0	0	12,5	100	4,8	0,0	0,0	11,1
C35	7	0	0	0	0	0	0	0	0	12,5%	20	0	0	0	0
C36	6	0	0	0	0	0	0	0	0	25	20	0	0	0	0

A Tabela 63 apresenta a idade prevista para que os processos fonológicos deixem de ser observados (Andrade et al., 2004), bem como os processos mantidos após essa idade pelas crianças da amostra. Pela sua análise é possível verificar que grande parte das crianças ainda os mantém, sugerindo a existência de comprometimento nas crianças com PHDA avaliadas no estudo.

Tabela 63 – Idade prevista para desaparecimento dos processos fonológicos e quantidade de processos identificados na amostra, mantidos após esse período.

Processos Fonológicos	Idade Prevista para Eliminação	Ocorrências	Processos produtivos	Processos mantidos após a idade prevista
Redução de Silabas	2;6 anos	13	-	2
Harmonia Consonantal	2;6 anos	7	-	4
Plosivação de fricativas	2;6 anos	5	-	5
Posteriorização para velar	3;6 anos	1	-	1

Processos Fonológicos	Idade Prevista para Eliminação	Ocorrências	Processos produtivos	Processos mantidos após a idade prevista
Posteriorização para palatal	4;5 anos	1	-	1
Frontalização de Velares	3;0 anos	1	-	1
Frontalização de Palatares	4;6 anos	1	-	1
Simplificação de Líquidas	2;6 anos	12	2	5
Simplificação de Encontro Consonantal	7;0 anos	37	9	15
Simplificação de Consoante Final	7;0 anos	23	5	14
Sonorização de Plosivas	-	3	-	3
Sonorização de Fricativas	-	1	-	1
Ensurdimento de Plosivas	-	3	-	1
Ensurdimento de Fricativas	-	5	-	5

Fonte: Andrade et al., 2004

Posteriormente, foram avaliadas as estatísticas descritivas dos *índices das provas de nomeação*, apresentadas na Tabela 64.

Tabela 64 – Estatísticas Descritivas da Prova de Nomeação

	Média	DP	Mínimo	Máximo
Prova de Nomeação	77,45	19,66	10,00	98,60

Em seguida, esse índice foi comparado em função do gênero, porém não foi possível verificar diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Também foram testadas correlações entre esse índice e a idade e escolaridade dos participantes. Como resultado, foram observadas correlações positivas, moderadas e significativas entre o índice da prova de nomeação com idade ($\rho = 0,504^{**}$; $p < 0,001$) e com período escolar ($\rho = 0,513^{**}$; $p < 0,001$). Esse resultado implica que, quanto maior a escolaridade e a idade, maiores serão os índices na prova de nomeação.

Com base nos resultados apresentados na prova de nomeação, calculou-se a **Percentagem de Consoantes Corretas- PCC**, demonstrando que todas as crianças avaliadas apresentaram algum grau de comprometimento de fala, porém apenas 6 crianças apresentaram PCC severo, conforme descrito na Tabela 65.

Tabela 65 – Resultado do PCC por grau de severidade a partir do resultado da prova de nomeação.

Participantes	Acertos (Nomeação)	PCC	Grau de Severidade
C1	11	12%	Severo
C2	25	28%	Severo
C3	63	70%	Levemente Moderado
C4	76	84%	Levemente Moderado
C5	41	46%	Severo
C6	75	83%	Levemente Moderado
C7	75	83%	Levemente Moderado

Participantes	Acertos (Nomeação)	PCC	Grau de Severidade
C8	61	68%	Levemente Moderado
C9	77	86%	Leve
C10	75	83%	Levemente Moderado
C11	65	72%	Levemente Moderado
C12	73	81%	Levemente Moderado
C13	60	67%	Levemente Moderado
C14	40	44%	Severo
C15	76	84%	Levemente Moderado
C16	77	86%	Leve
C17	79	88%	Leve
C18	63	70%	Levemente Moderado
C19	69	77%	Levemente Moderado
C20	71	79%	Levemente Moderado
C21	64	71%	Levemente Moderado
C22	77	86%	Leve
C23	81	90%	Leve
C24	76	84%	Levemente Moderado
C25	65	72%	Levemente Moderado
C26	84	93%	Leve
C27	79	88%	Leve
C28	78	87%	Leve
C29	72	80%	Levemente Moderado
C30	79	88%	Leve
C31	37	41%	Severo
C32	76	84%	Levemente Moderado
C33	85	94%	Leve
C34	48	50%	Severo
C35	76	84%	Levemente Moderado
C36	81	90%	Levemente Moderado

A Tabela 66 apresenta a frequência relativa e absoluta do resultado do PCC por grau de severidade, demonstrando que a maioria das crianças possuem grau levemente moderado de afetação da inteligibilidade da sua fala por perturbações linguísticas/fala.

Tabela 66 – Frequência Relativa e Absoluta do PCC por grau de severidade

Gravidade	N=36	%
Leve	10	27,8
Levemente Moderado	20	55,6
Severo	6	16,7

Tomando por base os resultados da prova de nomeação do ABFW e o cálculo do PCC, foi recolhida informação sobre a avaliação fonoaudiológica mais detalhada relativamente às crianças com PCC severo, apresentada na Tabela 67.

Tabela 67 – Resultado do PCC por grau de severidade a partir do resultado da prova de nomeação.

Indivíduo	Gravidade	Informação da Avaliação Fonoaudiológica
C1	SEVERO	Desvio Fonológico/Atraso de aquisição e desenvolvimento de linguagem em todos os aspectos avaliados.
C2	SEVERO	Desvio Fonológico/ Atraso de aquisição e desenvolvendo de linguagem com grande prejuízo lexical e fonológico.

Indivíduo	Gravidade	Informação da Avaliação Fonoaudiológica
C5	SEVERO	Desvio fonológico/Atraso de aquisição e desenvolvimento de linguagem em todos os aspectos avaliados.
C14	SEVERO	Desvio fonológico com maior prejuízo nos fonemas tepe, líquidas e encontro consonantais/Atraso de aquisição de linguagem nos aspectos semântico e lexical.
C31	SEVERO	Desvio fonológico/Atraso de aquisição e desenvolvimento de linguagem em todos os aspectos avaliados.
C34	SEVERO	Desvio Fonológico/Atraso de aquisição e desenvolvimento de linguagem em todos os aspectos avaliados.

Nomeadamente às estatísticas descritivas, a Tabela 68 apresenta uma média que confirma os dados apresentados na Tabela 66.

Tabela 68 – Estatísticas Descritivas do PCC

	Média	DP	Mínimo	Máximo
PCC	74,25	19,09	12,00	94,00

Em seguida, buscou-se comparar esse índice de percentagem em função do género, porém não foi possível averiguar diferença entre os grupos. Também foram comparados os índices encontrados em função da classificação (leve, levemente moderado e severo) e pode-se verificar diferença estatisticamente significativa entre os grupos [$\chi^2(2) = 26,275$; $p < 0,001$], onde os participantes com classificação “leve” apresentaram maiores índices do que os participantes “levemente moderados” e “severos”, e os participantes “levemente moderados” apresentaram maiores pontuações do que os “severos” (Tabela 69).

Tabela 69 - Rankings e medianas das comparações realizadas entre os grupos.

	Grupo	Rankings	Mediana
PCC	Leve	30,75	88,00
	Levemente moderado	16,88	80,50
	Severo	3,50	42,50

Em seguida, esse índice foi correlacionado com idade e período escolar e constatou-se correlações positivas, moderadas e significativas com idade ($\rho = 0,875^{**}$; $p < 0,001$) e com período escolar ($\rho = 0,416^*$; $p < 0,001$). Esses resultados indicam que maiores pontuações em percentagem de consoantes corretas estão associadas a maiores idades e maiores níveis de escolaridade.

Após as análises, separadamente, buscou-se verificar as correlações entre os constructos estudados. Verificou-se correlação positiva, forte e significativa entre PCC com

nomeação (ABFW) ($\rho = 0,862^{**}$; $p < 0,001$). A partir desses resultados, compreende-se que quanto maior os índices de PCC, maiores serão os índices em nomeação (ABFW).

A Tabela 70 apresenta as frequências relativas e absolutas da **Escala de Inteligibilidade em Contexto: Português**. Pela observação da mesma percebe-se que menos que 50% dos pais entendem o que os seus filhos dizem e que os professores são quem tem maior facilidade de compreender o que as crianças dizem. Entre as pessoas que nunca conseguem entender o que as crianças dizem, as que foram identificadas com maior frequência foram os amigos e as pessoas estranhas.

Tabela 70 – Frequências Relativas e Absolutas dos itens da Escala de Inteligibilidade em Contexto Português.

Itens	Frequência Relativa e Absoluta									
	Sempre		Geralmente		Algumas Veze		Raramente		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 Você entende o seu filho?	13	36,11	16	44,44	6	16,67	1	2,78	0	0,0
2 Os membros mais próximos de sua família entendem o seu filho?	9	25,00	12	33,33	13	36,11	2	5,56	0	0,0
3 Os membros mais distantes de sua família entendem os eu filho?	4	11,11	9	25,00	14	38,89	6	16,67	3	8,33
4 Os amigos de seu filho o entendem?	9	25,00	13	36,11	7	19,45	3	8,33	4	11,11
5 Outras pessoas conhecidas entendem o seu filho?	6	16,67	15	41,66	10	27,78	5	13,89	0	0,0
6 Os professores de seu filho o entendem?	17	47,22	14	38,89	5	13,89	0	0,0	0	0,0
7 Pessoas estranhas entendem seu filho?	4	11,11	11	30,55	11	30,56	6	16,67	4	11,11

Buscou-se correlacionar com o nível de escolaridade e idade, e comparar os índices em função do sexo, porém, para nenhuma análise foi possível verificar significância estatística.

5.5 Correlações entre as escalas estudadas

Foram realizadas correlações de variáveis entre habilidades sociais e problemas de comportamento em cada um dos grupos estudados. Para os pais, averiguou-se correlação negativa, moderada e significativa ($\rho = - 0,461^{**}$; $p < 0,001$), ou seja, a capacidade de desenvolver habilidades sociais aumenta, os problemas de comportamento tendem a

diminuir. Para os grupos de profissionais, professores e monitores não foi possível constatar correlações significativas. Buscou-se ainda verificar as possíveis correlações entre problemas de comportamento com competência acadêmica, escala de professores e monitores, porém não foram encontradas correlações significativas entre essas variáveis em ambos os grupos.

Por fim, correlacionou-se os índices de inteligibilidade (ICS) com KADDS-PB, com todos os cinco fatores de Habilidades Sociais e com os dois fatores de Problemas de Comportamento da SSRS, das escalas aplicadas aos pais. Na correlação com o KADDS-PB, não foram verificadas correlações significativas. Pôde-se encontrar correlações positivas, fracas e significativas entre inteligibilidade e o fator 1 *Responsabilidade* ($\rho = 0,366^*$; $p < 0,05$) e fator 5 *Civilidade* ($\rho = 0,341^{**}$; $p < 0,05$) da escala de SSRS, indicando que maiores índices de inteligibilidade estão associados a maiores índices do fator 1 *Responsabilidade* e o fator 5 *Civilidade*. Com relação aos problemas de comportamento, não foram encontradas correlações significativas.

CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresenta-se uma análise reflexiva dos resultados em função das questões de investigação formuladas, as quais servirão de pontos de orientação para a condução do mesmo. Assim, pretende-se uma discussão sobre os dados quantitativos, descritivos e onde se verificaram diferenças significativas, bem como sobre os dados qualitativos obtidos, mais relevantes, que se desenrole à luz da revisão bibliográfica efetuada, bem como dos resultados verificados em outros estudos de investigação relacionados com a temática estudada.

6.1 Discussão dos Resultados por Questão de Investigação

i. Questão 1 - Quais os conhecimentos e crenças dos pais, professores, monitores de educação inclusiva e equipa multiprofissional sobre a PHDA?

A PHDA está entre os transtornos mais prevalentes na infância e na adolescência em todo o mundo (Sciutto *et al.* 2016) e diversos são os atores (pais, professores, monitores e profissionais especializados) que desempenham um papel importante em vários estágios do processo de intervenção junto de crianças com PHDA.

Realizando um estudo com crianças, com idades entre 6 e 12 anos, atendidas em um centro de atendimento educacional especializado no Brasil, e analisando a percepção de pais, professores, monitores de educação inclusiva e profissionais de uma equipa multidisciplinar, foi possível verificar uma variabilidade considerável nos níveis gerais de conhecimentos e equívocos entre as categorias da amostra estudada, percebendo-se diversos aspetos concordantes com a literatura e com os resultados obtidos noutros estudos.

As crianças objeto deste estudo são, na sua maioria, do sexo masculino, com idade entre 6 e 9 anos, estão na fase escolar e são oriundas de escolas públicas, todas diagnosticadas com PHDA.

Na dimensão *características associadas* do KADDS-PB, os pais, professores e monitores demonstraram conhecimentos relativos aos sintomas de PHDA persistirem também na fase adulta; quanto a esses sintomas afetarem o desempenho escolar, sobre as dificuldades da criança se manter atenta mesmo em situações que são prazerosas para ela e dos sintomas de PHDA serem mais perceptíveis no ambiente escolar (Alkahtani, 2013; Ferrin, *et al.*, 2012; Gudmundsdottir, 2014).

Na dimensão *sintomas e diagnósticos*, pais, professores, monitores de educação inclusiva e profissionais da equipa multiprofissional, demonstraram ter conhecimento que estímulos externos distraem as crianças com PHDA, que para serem caracterizadas com PHDA os sintomas devem aparecer em mais de um ambiente, demonstraram conhecimento que crianças com PHDA têm dificuldades em manter a atenção, ficar quietas e organizar tarefas (Westby & Watson, 2004; Willcutt, 2012) e que apresentam tanto sinais de desatenção como de hiperatividade.

Na dimensão *tratamento* os pais consideram como equívocos, crenças de que só a psicoterapia pode solucionar o problema, utilizar técnicas com a Eletroconvulsoterapia e a ideia de que crianças com PHDA são crianças as quais os pais não sabem educar. Os professores demonstraram conhecimento da necessidade de haver uma intervenção terapêutica feita por pais e professores além de tratamento medicamentoso, tendo em vista que os efeitos dos medicamentos deixam as crianças sonolentas e indispostas, e estão cientes que a punição não é um mecanismo eficaz para se lidar com crianças com PHDA. Por sua vez, os monitores reconheceram a necessidade de treinamento de pais e professores para lidarem com as crianças com PHDA associado com o tratamento medicamentoso (Alvarez, 2014; Bento *et al.* 2019; Costa & Porto, 2022; Duarte *et al.* 2021 Moldavsky & Sayal, 2013).

Relativamente às crenças existentes, os pais ao serem questionados sobre PHDA, cometeram mais equívocos voltados para as *características associadas*, principalmente no que se refere a prevalência da PHDA em meninos e quanto elegibilidade das crianças para vaga de necessidades especiais. Nas subescalas *tratamento* e *sintomas e diagnósticos*, pode-se perceber também a ocorrências de alguns equívocos, porém em uma proporção menor, o que vem corroborar com os resultados do estudo de Gilmore (2010), que aponta um bom conhecimento dos pais em *sintomas e diagnóstico* e de Dodangi *et al.* (2017), o qual revelaram que o conhecimento dos pais de etiologia,

diagnóstico, prognóstico, manejo e tratamento desta perturbação foi menor do que o conhecimento dos sintomas e características gerais.

Ao apontar um maior conhecimento no geral dos pais na subescala *tratamento*, este estudo refuta as opiniões de Moldavsky & Sayal (2013), os quais afirmaram que os pais são influenciados com opiniões negativas sobre medicamentos para tratamento da PHDA. O presente estudo demonstrou que na escala geral, os pais possuem um conhecimento acima da média sobre PHDA, porém, vários outros estudos apontaram que os pais possuem conhecimento insatisfatório, não sabem lidar com a Perturbação e sugerem a ocorrência de percepções errôneas sobre PHDA (Bussing *et al.* 2013; Dodangi, *et al.* 2017; Gilmore, 2010; Mazzoni & Tabaquin, 2010; Moldavsky & Sayal, 2013;). Sendo assim, vale salientar, que apesar dos resultados deste estudo indicarem um nível favorável de conhecimento sobre PHDA, foi também ainda, identificada uma percentagem significativa de equívocos, que deve ser considerada para que possam ser combatidos.

Os professores e monitores cometeram menos equívocos do que os pais, e os equívocos cometidos também se relacionaram as *características associadas*, como a capacidade das crianças de enfrentarem situações novas e na comparação do comportamento das crianças com PHDA com as crianças com desenvolvimento típico, corroborando com os estudos de Dilaimi (2013), Fernandez *et al.* (2007), Swanson (2012), os quais constataram que a área específica, onde os professores, obtiveram menor nível de conhecimento foi a relativa a *características associadas*, o que os levam, muitas vezes a rotularem os alunos com PHDA (Mazzoni & Tabaquin, 2010; Moldavsky & Sayal, 2013).

A maioria dos estudos analisados constataram que a dimensão onde os professores têm um maior nível de conhecimento sobre PHDA é a relativa a *sintomas e diagnósticos* (Alvarez *et al.*, 2014; Dilaimi, 2013; Ohan *et al.*, 2008; Sciutto *et al.*, 2000; Swason *et al.*, 2012) e conhecimento mediano em *tratamento* (Bussing *et al.*; 2013; Ohan *et al.*, 2008; Shaw *et al.*, 2003 e Valido, 2016), resultados semelhantes aos encontrados neste estudo.

Na análise por itens, os maiores acertos dos pais referiram-se às *sintomas e diagnósticos*; os professores demonstraram maior conhecimento no que diz respeito aos *sintomas e diagnósticos* e *tratamento*; o conhecimento dos monitores, em sua maioria, correspondeu aos *sintomas e diagnósticos* (Dilaimi, 2013; Swanson *et al.*, 2012); e, os profissionais da

equipa multiprofissional demonstraram conhecimentos sobre PHDA em todas as dimensões analisadas, porém a escala com maior nível de frequência de acertos, foi *sintomas e diagnósticos*. Estes últimos resultados concordam em parte com os achados de Camilo & Pereira Junior (2014), que apontaram as dimensões diagnósticos e tratamento como as áreas com maior domínio por parte dos profissionais da equipa multiprofissional. O estudo de Gomes *et al.*, 2007, reforçam os resultados deste estudo, ao apontar para a existência de lacunas nos conhecimentos e crenças dos diferentes grupos, sobre PHDA.

Relativamente ao nível de conhecimento geral sobre PHDA, pelos pais, verificou-se um percentual satisfatório de acertos, demonstrando que a quantidade de equívocos ocorridos e a falta de conhecimento, são bem inferiores, porém, passíveis de serem observados e melhorados. Sendo que *tratamento* foi a dimensão onde os pais mais demonstraram ter conhecimento, o que se pressupõe ser, em razão do convívio diário no cuidado com as mesmas, corroborando com os estudos de Dodangi *et al.* (2017), os quais apontaram que o aumento do conhecimento dos pais e a correção de seus mitos diminuem a resistência ao tratamento, levando à melhora no prognóstico do PHDA e à diminuição de complicações.

Os professores apresentaram um nível mediano de conhecimento na escala geral, sendo *sintomas e diagnóstico* a escala com maior média de conhecimentos/crenças sobre PHDA (Alvarez, 2014; Dilaimi, 2013; Fernandez *et al.*, 2007; Ohan *et al.*, 2008; Scuitto *et al.*, 2000; Swanson *et al.*, 2012; Valido, 2016). Os monitores também apresentaram um nível mediano de conhecimento, demonstrando que, de modo geral, ambos, possuem um maior conhecimento relativo a *sintomas e diagnósticos*, em virtude de serem os primeiros a identificar os sintomas de PHDA, devido aos mesmos serem mais perceptíveis no ambiente escolar. Estes resultados estão alinhados com os obtidos por Alkahtani (2013), o qual em seu estudo identificou três aspetos significativos: as médias dos professores foram bastante baixas, apontando para uma falha significativa de conhecimentos sobre a PHDA; o nível de conhecimento dos professores sobre PHDA foi positivamente relacionado à necessidade de treinamento prévio e de experiências com crianças com PHDA; e, o nível de conhecimento dos professores sobre a PHDA pode estar correlacionada com o nível de confiança em ensinar alunos com PHDA.

Relativamente aos conhecimentos e crenças dos profissionais da equipa multiprofissional, constatou-se que os mesmos, possuem um nível significativamente bom de conhecimento sobre PHDA, tanto na análise por dimensões/subescalas quanto na escala geral. Porém, o maior destaque apresentado no nível de conhecimento por subescala, foi para *sintomas e diagnóstico*, provavelmente pela sua experiência de atuação no processo de intervenção com essas crianças. Para Sciutto, *et al.* (2016) além da interação direta com as crianças diagnosticadas com PHDA, maior capacitação e treinamento, bem como, maior acesso as informações sobre essa perturbação têm sido associadas a níveis mais elevados de conhecimento sobre PHDA.

No que concerne ao nível de conhecimento dos profissionais, apesar dos mesmos apresentarem um nível satisfatório em todas as escalas, os resultados de Shaw *et al.*, 2003 e Gomes *et al.*, 2007, apontaram para equívocos cometidos na dimensão *sintomas e diagnóstico* e que esse grupo relatou crenças não respaldadas cientificamente que podem contribuir para diagnósticos e tratamentos inadequados.

A nível geral foi possível constatar que os profissionais especializados integrantes da equipa multiprofissional foram os que demonstraram maior conhecimento e crenças sobre PHDA e, em segundo lugar, os pais, sendo que os demais participantes apresentaram conhecimentos e crenças medianos Na análise das três dimensões, constatou que: em *características associadas* os profissionais são os que possuem maior conhecimento sobre PHDA e os monitores, os mais desinformados; em *sintomas e diagnósticos*, os profissionais, professores e monitores demonstraram um nível de conhecimento e crenças maior que a média geral da amostra e, apenas os pais, demonstraram conhecimento insuficiente. E, em *tratamento*, os profissionais e pais apresentaram maiores índices de conhecimento, demonstrando que por mais que os pais saibam pouco sobre sintomas e diagnósticos, eles lidam melhor com o processo de intervenção realizado com crianças com PHDA, sugerindo assim, que a experiência direta e o maior nível de conhecimento podem levar a uma percepção mais forte e evitar crenças errôneas (Alkahtani, 2013; Anderson et al, 2014; Dodangi et al, 2017).

Os estudos de Gomes et al. (2007), realizado com diversas categorias (pais, professores, profissionais de saúde), Camilo & Pereira (2014), realizado com uma equipa multiprofissional, e o estudo de revisão de Moldavsk & Sayal (2013), demonstraram que

o menor nível de conhecimento e a ocorrência de maiores equívocos estão relacionados com o diagnóstico e tratamento de crianças com PHDA.

No presente estudo, no que se refere à comparação entre os grupos constatou-se que os profissionais da equipa multiprofissional foram os que apresentaram maiores níveis de conhecimentos, demonstrando que existe diferenças significativas entre os grupos, e que o grau de conhecimento e crenças sobre PHDA, tanto pode vir da experiência de atuação com essas crianças, quanto pelo convívio diário com as mesmas. Ao se avaliar profissionais de diferentes áreas, todas elas relacionadas ao cuidado de crianças com PHDA, este estudo demonstrou que o conhecimento sobre a PHDA pode variar de área para área e está ligado à formação (Hinshaw *et al.*, 2011; Sciutto *et al.* 2016).

Os profissionais demonstraram estar mais bem qualificados para lidar com crianças com PHDA que os pais, professores e monitores e os pais demonstraram estar mais preparados do que os professores e monitores. Os resultados apontaram um nível mediano de conhecimento de professores e monitores em atuarem com crianças com PHDA, o que reforçou a necessidade de maior preparação da escola para atendimento das demandas voltadas às NEEs dos alunos. E ao se constatar níveis modestos do conhecimento geral entre as amostras, corroborando com os estudos de Sciutto *et al.* (2016) sugere-se a necessidade de intervenções educativas com professores, pais e monitores.

Com base nas análises realizadas, *características associadas e tratamento* são as áreas que mais necessitam de conhecimento por parte dos participantes da amostra. Estes resultados corroboram com os estudos de Moldavsky & Sayal (2013), os quais destacaram a necessidade de educação continuada de professores, profissionais especializados e do público sobre PHDA, com ênfase especial em sua etiologia e tratamento, que são as principais áreas onde os equívocos persistentes reforçam o estigma associado ao PHDA.

Mazzoni & Tabaquim (2010) ressaltaram a importância de pais, professores, médicos, psicólogos e demais profissionais da saúde e educação, buscarem maior conhecimento dos aspetos desenvolvimentais da PHDA, para contribuir na melhoria da qualidade de vida da criança. Para isso, há necessidade de uma maior divulgação nos meios informativos de comunicação, bem como, a formação de profissionais com informações

básicas de identificação da perturbação, suficientes para possibilitar o entendimento da condição e minimizar os efeitos negativos de um diagnóstico equivocado.

O presente estudo buscou ainda verificar se o fator geral da escala se correlacionava significativamente com a idade, gênero e escolaridade dos diferentes grupos de participantes, contudo não se verificou diferenças estatisticamente significativas. Porém, foram encontradas diferenças significativas entre o nível de conhecimento sobre PHDA dos diferentes grupos estudados, demonstrando que os profissionais são os mais instruídos sobre o assunto, em virtude, provavelmente, da sua atuação na área e da exigência da profissão. Contudo, para Gomes, *et al.*, (2007) embora os profissionais especializados tenham demonstrado ser o grupo com maior nível de conhecimento, ainda ocorrem alguns equívocos e contradições em seus relatos, demonstrando a urgência de estabelecimento de programas que venham a capacitar de forma continuada, profissionais que lidam com PHDA, equipa multiprofissional, professores, pais e a escola como um todo, de forma a garantir o diagnóstico correto e o tratamento bem-sucedido dos portadores de PHDA (Freitas *et al.*, 2010).

Este estudo demonstrou que os conhecimentos de professores e monitores são bastante semelhantes, o que nos mostra um padrão de conhecimento e qualificação para atuar com crianças com PHDA no ambiente escolar, tendo em vista que os dois grupos de participantes atuam no mesmo ambiente de sala de aula, no contacto direto com esses alunos com PHDA. Inúmeros foram os estudos encontrados que tentaram avaliar o conhecimento dos professores sobre a PHDA e todos corroboraram com os resultados deste estudo, sugerindo que os professores muitas vezes desconhecem a PHDA e tendem a ter percepções errôneas sobre a natureza, curso, causas e resultados de PHDA (Alkahtani, 2013; Alvarez, 2014; Bekle 2004; Valido, 2016).

ii. Questão 2 - Qual a percepção que os pais, professores, monitores de educação inclusiva e equipa multiprofissional têm sobre o comportamento social e linguístico/fala de crianças com PHDA?

Relativamente à análise do **comportamento social** das 36 crianças com PHDA, foi utilizado o SSRS, sendo aplicadas as escalas para pais e professores, objetivando avaliar o repertório de habilidades sociais, problemas de comportamento e competência académica na percepção de pais, professores, monitores e equipa multiprofissional. No que

concerne ao **comportamento linguístico/fala** das crianças com PHDA foi utilizada a SPAA-C, visando avaliar os impactos das dificuldades linguísticas e de fala das crianças que apresentaram PCC severo na prova de nomeação do ABFW.

Comportamento social de crianças com PHDA nas percepções dos Pais, Professores, Monitores de Educação Inclusiva e Profissionais da Equipe Multiprofissional.

Para análise do **comportamento social** de crianças com PHDA foram avaliados os repertórios de habilidades sociais, problemas de comportamento e competências acadêmicas.

No que se refere às análises das habilidades sociais por itens, na percepção dos pais, as habilidades individuais mais desenvolvidas pelas crianças com PHDA estão voltadas para *afetividade e cooperação*, como “aceitar e fazer elogios” e, *civilidade*, “falar de forma apropriada e pedir permissões”, porém apresentam dificuldades nas habilidades de *autocontrole*, como por exemplo, “aceitar crítica”.

Os professores afirmaram que os seus alunos com PHDA tendem a desenvolver mais facilmente habilidades individuais para “o seu bom relacionamento com pessoas consideradas diferentes” (*autocontrole*) e o “compromisso de guardar o material ou objetos os quais utilizou nas atividades em sala de aula” (*responsabilidade*). Porém apresentaram dificuldades em “ajudar voluntariamente os colegas” (*cooperação/afetividade*), sendo esse tipo de habilidade de suma importância, pois, podem sugerir que habilidades sociais apropriadas melhoram as interações positivas das crianças com os seus professores e colegas (Del Prette & Del Prette, 2011; Pakarinen *et al.*, 2018).

Relativamente à percepção dos monitores de educação inclusiva, os mesmos apontaram que as crianças com PHDA e dificuldades de linguagem/fala associadas, têm mais facilidade em “se dar bem com outras pessoas” (*autocontrole*) e “guardar os materiais utilizados nas atividades” (*responsabilidade*), concordando com as percepções dos professores, porém, ainda acrescentaram a habilidade de *assertividade/desenvoltura social*, relativa à “facilidade de fazer amigos”. Entre as habilidades desenvolvidas com menor frequência, apresentou-se “Ajudar voluntariamente os colegas nas tarefas ou atividades” (*cooperação/afetividade*).

Nomeadamente à análise das percepções dos Profissionais da Equipa Multiprofissional foram extraídas as seguintes evidências na análise por itens: as habilidades sociais mais desenvolvidas pelas crianças, foram as relativas à *responsabilidade*, como por exemplo “a facilidade de seguir instruções”; ao *autocontrolo*, ao se “dá bem com outras pessoas”; e, *assertividade/desenvoltura social*, quanto à “facilidade de fazer amigos”. Sendo que a habilidade de menor incidência está voltada para a assertividade/desenvoltura social, ao “não ser capaz de questionar de forma educada as regras que considera injustas”.

Casali-Robalinho *et al.* (2015) constataram em seu estudo que, com relação à avaliação por parte dos pais ou responsáveis (SSRS/Pais), as habilidades com menores escores de frequência foram as de *Iniciativa e Desenvoltura social*. Segundo os pais ou responsáveis, os filhos teriam dificuldades para iniciar e manter interações sociais, para conversar, apresentar-se, fazer convites, pedir informações e juntar-se a grupos. A análise da percepção dos pais sobre o desenvolvimento de habilidades sociais de crianças com PHDA no presente estudo, contradiz os achados dos autores (Casali- Robalinho *et al.*, 2015) ao constatar que as crianças avaliadas têm mais facilidade em desenvolver habilidades sociais voltadas para fatores relacionados a *afetividade/cooperação e desenvoltura social* e um repertório de habilidades sociais mais deficitário no que concerne a *responsabilidade*, seguidos pelo *autocontrole e civilidade*.

Na análise do escore geral de habilidades sociais, na percepção dos pais, apurou-se um repertório mediano, contudo classificado dentro da escala como um bom repertório de habilidades sociais, tendo em consideração que a maioria dos itens apresentaram resultados dentro da média (Del Prette *et al.*, 2016). Este fato apresenta-se como positivo, pois, segundo Ferreira *et al.* (2016) as habilidades sociais são comportamentos que podem ser aprendidos, viabilizando-se como proposta de intervenção para alterar os padrões comportamentais considerados socialmente indesejados.

Na opinião dos professores as crianças da amostra demonstraram um bom repertório de habilidades sociais, porém próximo ao escore geral obtido através da percepção dos pais. Entre as habilidades avaliadas, os fatores com menores escores foram os relativos a *cooperação/afetividade, autocontrolo e assertividade/desenvoltura social* e, com maior índice de desenvolvimento, foi o voltado para a *responsabilidade*, corroborando com os achados de Oliveira *et al.* (2021).

A avaliação feita pelos monitores de educação inclusiva, coaduna com a dos professores, demonstrando a dificuldade da criança em desenvolver as habilidades de *autocontrole*, *assertividade/desenvoltura social* e, num grau mais elevado, *cooperação/afetividade*, apontando para a necessidade de adoção de mecanismos de intervenção para o desenvolvimento das mesmas. Estes resultados estão de acordo com Cia & Barham (2009), ao sugerirem a implementação de treino de habilidades sociais no âmbito escolar, como parte das atividades curriculares, visando melhorar a qualidade das habilidades sociais das crianças, aproveitando melhor este fator de proteção para o seu desenvolvimento. Contudo, no escore geral, a perceção dos monitores aponta para um desempenho melhor dos pais e professores, quanto ao desenvolvimento das habilidades sociais por parte das crianças avaliadas.

Os Profissionais indicaram um desenvolvimento relativamente baixo de habilidades sociais por parte das crianças com PHDA, e constataram que as habilidades mais desenvolvidas são aquelas voltadas para a *assertividade/desenvoltura social* e *cooperação/afetividade*. Consideram que estas crianças tendem a desenvolver a *responsabilidade*, porém em menor percentagem, e apresentam défice no desenvolvimento de habilidades sociais relativas ao *autocontrole*. Quanto ao escore geral, na perceção dos profissionais da equipa multiprofissional, a média de desenvolvimento de habilidades sociais foi menos significativa do que na perceção dos outros grupos (pais e professores). Porém, a avaliação dos profissionais da equipa multiprofissional vem referendar a opinião dos demais grupos, chamando a atenção para um repertório médio inferior de habilidades sociais, no que diz respeito ao *autocontrole*, demonstrando a necessidade de treino de habilidades sociais, especialmente no que concerne ao ajustamento social e académico.

Ao se comparar os resultados do estudo com diferentes grupos de crianças com necessidades educacionais especiais, Freitas & Del Prette (2013) constataram que as dificuldades das crianças com PHDA em controlar a atenção e a impulsividade podem favorecer a ocorrência de défices em comportamentos sociais. Constataram também que essas crianças se diferenciaram de um maior número de grupos, especificamente no escore global de habilidades sociais e na subescala de *autocontrole*, sendo essa última composta por comportamentos de certa forma discordantes com os principais sintomas da PHDA: a desatenção e/ou a hiperatividade.

Os pais consideram os filhos afetivos e cooperativos, porém pouco responsáveis, os professores e monitores de educação inclusiva, discordam ao apontarem a *responsabilidade* como o fator mais desenvolvido pelas crianças e um repertório mediano para as habilidades de *cooperação/afetividade*. Estes dados demonstram que na escola o comportamento dessas crianças se diverge do seu comportamento no ambiente familiar e que são capazes de se mostrar mais responsáveis no ambiente escolar. Esta falta de responsabilidade em casa, pode estar associada a dificuldades que os pais possam ter de estabelecer regras, tanto por meio de orientações e instruções, quanto por manejo de consequências (castigos) (Cia & Barham, 2009). Os Profissionais apontam para o bom desenvolvimento das habilidades sociais voltadas para a *responsabilidade* e para a *cooperação/afetividade*.

Em seu estudo Cia & Barham (2009) constataram que quando há discrepâncias nas avaliações de professores e pais é importante investigá-las com maior cuidado, pois pode auxiliar na identificação das condições, de um ambiente, que são especialmente negativas para as crianças, bem como ajudar a descobrir condições que permitam que a criança melhore seu desempenho.

Os Pais, Professores, Monitores de Educação Inclusiva e Profissionais da Equipe Multiprofissional, são unânimes em afirmar que a maioria das habilidades avaliadas são importantes ou indispensáveis para a definição do comportamento social das crianças com PHDA, pois, quanto mais elaborado for seu repertório de habilidades sociais, menor será a incidência de problemas de comportamento, corroborando com Casali-Robalinho *et al.* (2015), os quais constataram que um repertório de habilidades mal elaborado pode ser preditor de problemas de comportamento. Os escores gerais apurados a partir da percepção de todos os grupos apontaram um bom repertório de desenvolvimento de habilidades sociais pelas crianças avaliadas e apontaram o *autocontrole* com um dos fatores de habilidades sociais menos desenvolvidos, fato esse que pode contribuir para problemas comportamentais no seu convívio social (Abrahão & Elias, 2021). Sendo que os profissionais, é o grupo que percebe melhor o desenvolvimento de habilidades sociais por parte das crianças com PHDA.

Nomeadamente, à percepção dos pais quanto aos problemas de comportamento apresentados por seus filhos, os mais recorrentes estão relacionados à desconcentração e inquietude e menos recorrente voltados para atitudes agressivas como, por exemplo,

“ameaçar ou intimidar os outros”, todos considerados como comportamentos *externalizantes*. Relativamente ao escore geral apuraram-se um repertório mediano para problemas de comportamento em casa, oscilando entre problemas *internalizantes* com indicativos de tristeza, solidão e baixa autoestima e *externalizantes*, irritação, agressões físicas e verbais e mau humor (Cia & Barham, 2009), necessitado de atenção preventiva por parte dos pais (Del Prette *et al.*, 2016). Os resultados apontaram que tratando-se de comportamento social de crianças com PHDA, a percepção dos pais é particularmente importante, uma vez que eles têm acesso ao comportamento de seus filhos em variados contextos e por longos períodos de tempos (Redmond, 2016).

Segundo Casali-Robalinho *et al.* (2015), apesar de ainda não existir um consenso quanto à prevalência dos problemas de comportamentais *externalizantes* e *internalizantes*, nos últimos anos, a maioria dos estudos realizados com pais, tem apontado que os problemas de comportamento *internalizantes* são mais frequentes do que os *externalizantes*, o que causa uma crescente preocupação e os autores ressaltam que cabe questionar se realmente os problemas de comportamentos *internalizantes* estão sendo mais frequentes do que antes, ou se, somente agora, estão a ser melhor percebidos pelos adultos. No presente estudo, a percepção dos pais indicou que as crianças com PHDA apresentam ambos os problemas de comportamento, *internalizantes* e *externalizantes*, aparecem dentro das mesmas médias.

Corroborando com a pesquisa de Oliveira *et al.* (2021), os professores destacaram que a maioria das crianças com PHDA apresentaram problemas de comportamento relativos à *hiperatividade* e *internalizantes*, enquanto os pais indicaram uma média maior voltada para os problemas *externalizantes* e de seguida, *internalizantes*.

As percepções dos Professores, relativamente aos problemas de comportamentos, demonstraram que os seus alunos com PHDA tendem a apresentar problemas de comportamento *externalizantes* e *internalizantes* moderados e a *hiperatividade* mais acentuada. Os itens relativos à *hiperatividade* são os mais comumente praticados pelas crianças com PHDA, seguido pelos fatores *internalizantes* voltados para o nervosismo, ansiedade e até mesmo depressão. Já, os problemas *externalizantes*, como por exemplo, ameaçar ou intimidar os outros ou brigar com os outros, são indicados como os menos frequentes de ocorrerem. No que concerne ao escore geral, identificaram-se um repertório mediano para problemas de comportamento, com resultados dentro da média para a maior

parte dos itens, indicando atenção preventiva por parte dos professores (Del Prette *et al.*, 2016).

Relativamente à percepção dos monitores, vale ressaltar, que para todos os itens avaliados na escala, percebeu-se a ocorrência de problemas de comportamento, mesmo com um nível de frequência menor, onde os mais frequentes estão relacionados com a *Hiperatividade*. Na análise por dimensões/fatores, notou-se um repertório de problemas de comportamento mediano, com maior prevalência dos itens relativos à *hiperatividade* e menor, relativo aos problemas *internalizantes*, demonstrando também a necessidade de atenção preventiva quanto a interferência desses problemas de comportamento no rendimento acadêmico dessas crianças (Martins & Pinto, 2022)

As percepções dos profissionais da equipa multiprofissional, apontaram que todas as crianças avaliadas apresentaram algum nível de desenvolvimento de problemas de comportamento. Entre os problemas de comportamentos desenvolvidos com maior frequência estão os relacionados com a *hiperatividade* e os menos desenvolvidos com os fatores *externalizantes* do comportamento. Relativamente ao escore geral apresentado na avaliação feita pelos profissionais e os escores por fatores, *externalizantes*, *hiperatividade* e *internalizantes*, também demonstraram índices mais elevados em relação ao apontado pelos professores e pelos monitores, sugerindo-se intervenções sobre as condições que favoreçam o seu convívio social e o seu desempenho académico. Este aspeto é também indicativo de necessidade de treino de habilidades sociais para as crianças avaliadas, a fim de ampliar o repertório de comportamentos socialmente adequados e reduzir os problemas de comportamento, especialmente no contexto escolar (Del Prette *et al.*, 2016, Freitas *et al.*, 2013)

Pelos resultados apresentados pelos grupos, percebeu-se que não há diferença estatística significativa entre eles, tendo em consideração que a percepção de todos é que as dificuldades de desenvolvimento de habilidades sociais apresentadas pelas crianças analisadas, não comprometem a sua interação social, porém, há necessidade de enfatizar as habilidades sociais de comunicação (Carlino *et al.*, 2013; Freitas, *et al.*, 2013; Oliveira *et al.*, 2021) nas intervenções com crianças com PHDA. Do mesmo modo, há para o *autocontrolo*, tendo em vista, que o mesmo foi apontado pelos grupos estudados como o fator de habilidade social, de menor escore, sugerindo dificuldades dessas crianças em

regular os próprios comportamentos e emoções nas relações com os seus pares, principalmente em situações que envolvam conflitos (Freitas *et al.*, 2013).

São os profissionais da equipa multidisciplinar, os que mais conseguiram visualizar os problemas de comportamento em crianças com PHDA, seguidos pelos pais. Já, professores e monitores, foram os que apontaram frequências menores de problemas de comportamento, o que nos leva a supor que os problemas de comportamento apresentam variabilidade dependendo dos diferentes contextos vividos pelas crianças. Nomeadamente, no que concerne aos problemas de comportamento, o resultado da avaliação pelos profissionais alerta para a necessidade de treino de habilidades sociais e acompanhamento a nível de intervenção perante os comportamentos socialmente indesejáveis (Del Prette & Del Prette, 2011).

Os estudos de Piotto *et al.* (2018), apontaram que com base na avaliação feita pelos professores, não foi possível concluir que crianças que apresentem mais comportamentos inadequados tenham, de fato, maiores défices de habilidades sociais. No presente estudo, também, as análises das perceções de todos os grupos demonstraram um repertório mediano de habilidades sociais, bem como a ocorrência de problemas de comportamento, porém, também em nível mediano, onde o maior destaque está voltado para a *hiperatividade* que já é uma característica da PHDA, não ficando claro se os problemas *internalizantes e externalizantes* apresentados estão diretamente relacionados com um comportamento menos habilidoso.

No entanto em diversos estudos, autores como Abrahão & Elias (2021), Gresham *et al.* (2009), Rocha, Del Prette & Del Prette (2013), apontaram para o reconhecimento da importância das habilidades sociais com relação aos problemas de comportamento. Eles ressaltaram que as habilidades sociais, surgem como funcionalmente equivalentes aos problemas de comportamento, na medida que pode disputar ou substituir os problemas de comportamento ao produzirem consequências imediatas similares para a criança, sem as consequências negativas dos problemas de comportamento ao seu desenvolvimento emocional e ao ambiente social.

Na conceção de Guidolin *et al.* (2013), a maioria dos sentimentos das crianças com PHDA estão relacionados com as queixas de desatenção e hiperatividade, como por exemplo, a dificuldade de fazer amizade e se relacionar com os outros, o que impossibilita um bom

convívio social, comentários impulsivos direcionados aos outros, facilidade de se frustrar ou de se enraivecer, o que faz com que a pessoa seja vista como imatura, apresentando dificuldades para ouvir o outro, em manter relacionamentos e em estabelecer vínculos interpessoais (Mazzoni & Tabaquin, 2010).

Na correlação entre a opinião dos professores quanto ao comportamento social das crianças e o seu grau de escolaridade, notou-se que os professores com um nível maior de instrução consideraram que as crianças possuem menores problemas de comportamento do que os professores que cursaram apenas ensino médio, demonstrando que professores com maior conhecimento na área que atua, tem melhor capacidade de lidar com crianças com PHDA. Quanto a avaliação feita pelos monitores, também se identificou correlação com o tempo de experiência dos mesmos, demonstrando que o maior tempo de experiência está relacionado com maiores índices de avaliação de problemas de comportamento.

As análises dos escores de competência acadêmica avaliados pelos professores e monitores, demonstraram que as crianças com PHDA apresentaram *competência acadêmica* mediana, indicando a necessidade de intervenção sobre o desempenho acadêmico e sobre as condições que o favorecem (Del Prette *et al.* 2016). Percebeu-se pela análise realizada que o desempenho acadêmico apresenta níveis próximos aos encontrados para o desenvolvimento de habilidades sociais, o que leva a crer que o desenvolvimento de melhores habilidades sociais são fundamentais para a melhoria do desempenho acadêmico (Pakarinem *et al.* (2018), e que os problemas de comportamento não vêm exercendo muita influência nesse contexto (Freitas & Del Prette, 2013; Ferreira *et al.* 2016).

Relativamente à análise da competência acadêmica pelos professores, pode referir-se que o desempenho acadêmico geral se apresentou entre os 40% médios e que os alunos com PHDA apresentaram os piores resultados nas *habilidades de leitura e matemática*, sendo que as competências que apresentaram os melhores níveis de frequência foram a motivação geral das crianças para o êxito acadêmico e seu comportamento geral comparado ao de outras crianças em sala. No que se refere à percepção dos monitores de educação inclusiva, estes apontaram bons resultados na competência voltada para o desempenho acadêmico geral, semelhante à indicada pelos professores, referiram valores melhores relativamente às competências de leitura e deficiência nas competências de

matemática e no estímulo dos pais para o êxito acadêmico da criança. Este grupo apontou como maiores médias de desenvolvimento das competências acadêmicas a motivação para o êxito acadêmico e o comportamento geral em comparação com as outras crianças da sala.

Na concepção de Alkahtani (2013) crianças com PHDA tendem a ficar atrasadas academicamente e podem exigir mais tempo e energia de seus professores, pois devido à hiperatividade e desatenção, que geralmente causam sérios prejuízos em áreas do seu funcionamento, como por exemplo, relações interpessoais e sociais e competência acadêmica. Pakarinem *et al.* (2018), ressaltaram a importância de se compreender as habilidades sociais para se evitar o risco de se desenvolver comportamentos antissociais, que prejudiquem os relacionamentos com os pares e reduzam o desempenho acadêmico.

Quanto às dificuldades apresentadas na leitura e matemática, Valido (2016) ressalta que as crianças com PHDA demonstraram dificuldades na leitura, na escrita e no cálculo mental pois são formas de processamento que requerem muita atenção e em relação à aprendizagem da matemática, elas apresentam dificuldades acrescidas ao nível do raciocínio abstrato e capacidade de resolução de problemas. Quando existem dificuldades na linguística, dependendo do seu grau de comprometimento, as mesmas muitas vezes se refletem na leitura e na escrita como comprometimento do desempenho acadêmico (Escarce *et al.* 2020; Gonçalves-Guedim, 2017; Martins *et al.*, 2020)

Relativamente ao estímulo dos pais para o êxito acadêmico dos filhos, Cia & Barham (2009) ressaltaram que o envolvimento dos pais na escola dos filhos é um importante suporte social, pois passam a ter maior informação sobre os comportamentos que podem favorecer o seu desempenho acadêmico.

Pelas análises, em geral, o desenvolvimento de habilidades sociais, os problemas de comportamento e a competência acadêmica, nas percepções dos grupos participantes (pais, professores, monitores de educação inclusiva e Profissionais da equipa multiprofissional) estão na média, o que corrobora com o estudo de Cia & Barham (2009), no qual os autores apontaram que as crianças não estão sendo expostas a riscos apontando para o seu desenvolvimento, mas que há necessidade de procurar melhorias, visando transformar essas influências em fatores de proteção.

Para Freitas & Del Prette (2013), os défices na competência académica associados a falta de habilidades sociais e o desenvolvimento de problemas comportamentais requer a implementação de programas de intervenção junto a crianças com essas dificuldades, como forma de melhorar as condições motivadoras para a ampliação da frequência dessas habilidades, garantindo consequências reforçadoras para suas ocorrências.

Comportamento linguístico/fala de Crianças com PHDA na percepção de Pais, Professores e Profissionais da Equipa Multiprofissional.

A compreensão dos impactos das alterações de fala de crianças com PHDA foi realizada através da análise lexográfica clássica (pais e professores) e da análise de conteúdo (equipa multiprofissional), dos relatos extraídos da aplicação da SPAA-C (PB), versão para pais, professores e outros (aplicada aos profissionais da equipa multiprofissional).

Na avaliação da percepção dos pais sobre o impacto das dificuldades de fala de seus filhos, pode-se extrair diversas conclusões, tais como: as dificuldades de linguagem e fala fazem com que as crianças com PHDA sejam extremamente solitárias e tenham dificuldade de interagir com as outras crianças, por se acharem diferentes e não se conseguirem comunicar de forma bem sucedida (Marton *et al.* 2015); o maior motivo para as mesmas se irritarem é a dificuldade que as outras pessoas têm de compreender a mensagem que elas tentam transmitir, e ao serem solicitadas a repetir o que falaram, ficam estressadas ou retraem-se; as dificuldades de comunicação fazem com que essas crianças não se socializem com os seus pares e isso, na maioria das vezes, tem gerando muitos problema de comportamento internalizantes, como ansiedade e até depressão, e externalizantes, como impaciência, mau humor e, às vezes, até agressividade, além de influenciar negativamente no desenvolvimento das habilidades de autocontrolo e desenvoltura social (Casali-Robalinho *et al.*, 2015; Powell *et al.*, 2021).

Os pais que integraram este estudo relataram sentir-se frustrados com as dificuldades de fala de seus filhos e externaram o medo de os mesmos não conseguirem se socializar e não serem capazes de um desenvolvimento social, académico e profissional no decorrer de sua vida (Ash *et al.*, 2020; Coughlin & Sethares, 2017). Os relatos dos pais corroboram com o estudo de Rocha, Del Prette & Del Prette (2013), os quais afirmaram que “em decorrência de suas dificuldades interpessoais, as crianças com PHDA são frequentemente rejeitadas por seus pares, exibem comportamentos agressivos e

apresentam défices de comunicação, dificultando o fazer e manter amizades”. No estudo de Casali-Robalinho *et al.* (2019), as mães parecem associar a solidão das crianças à dependência da tecnologia, porém os autores alertam para a possibilidades de a criança optar por passar a maior do tempo com a tecnologia devido à sua dificuldade de se relacionar.

Os pais também relataram a dificuldade dos seus filhos em fazer amigos e se relacionar com crianças da mesma idade, em consequência da sua dificuldade de comunicação, descrevendo-os como crianças tristes, ansiosas e solitárias, expressando o medo destes entrarem num processo depressivo. Em consonância com o exposto pelos pais, os achados de Marton *et al.* (2015) apontaram também a dificuldade de crianças com PHDA e com comprometimento de fala de manterem amizades estáveis e dizem que essas crianças tendem a fazer amizades com indivíduos relatados como tendo problemas de aprendizagem ou de comportamento. Powell *et al.* (2021) disseram que a baixa amizade pode ser um preditor de problemas e comportamento internalizantes, como tristeza, ansiedade e até mesmo depressão e Riglin *et al.* (2020) apontam que a PHDA tende a preceder a depressão de forma consistente, fato comum a uma relação potencialmente causal.

Na avaliação dos professores, as dificuldades de fala das crianças com PHDA têm influência direta no seu comportamento social, sendo que este grupo considera que são crianças solitárias e retraídas por não conseguirem comunicar de forma inteligível e apontaram que fatores interpessoais dificultam a sua inserção no meio social, por se sentirem excluídas pelos colegas de classe e gerarem nervosismo, ansiedade, entre outros problemas de comportamentos internalizantes.

No presente estudo os professores percebem que as dificuldades de fala dessas crianças são os principais motivos para as mesmas se sentirem diferentes e excluídas do processo de ensino-aprendizagem, o que acarreta prejuízos nas suas competências académicas (Cristian Tudorean & Ghergut, 2020). Os mesmos relatam um reportório comportamental precário e também dificuldades no desenvolvimento das habilidades sociais, corroborando com a opinião de McGregor *et al.* (2020) de que as dificuldades de fala podem impactar no desenvolvimento social, emocional e educacional. Por ocorrer basicamente num ambiente social, o processo de ensino e aprendizagem, está vinculado à qualidade dos relacionamentos interpessoais mantidos nesse contexto, o que pode afetar

de forma positiva ou negativa o desempenho acadêmico e o comportamento social (Cristian Tudorean & Ghergut, 2020; Ferreira *et al.*, 2016).

Na conceção dos profissionais da equipa multiprofissional, as crianças da amostra são carinhosas, demonstram muita afetividade, porém apresentam um alto nível de hiperatividade, o qual, associado às dificuldades de fala é prejudicial para sua desenvoltura social, e, faz com que as mesmas não interajam, se sintam dependentes dos adultos e não progridam no campo acadêmico (Ferreira *et al.*, 2016). No processo de intervenção realizado por esses profissionais, eles tentam passar segurança para as crianças e utilizam estratégias para estabelecer uma boa comunicação, de forma a que as mesmas possam se conscientizar de que não precisam ter medo de se comunicar e possam expressar-se de maneira mais fluida.

Para diversos autores como Cristian Tudorean & Ghergut (2020), Feldman (2019), Gudmundsdottir, 2014; Ladanyi, *et al.* (2020); Lindau *et al.* (2015); Pakarinem *et al.* (2018) e, as dificuldades de fala podem influenciar nas competências sociais e acadêmicas das crianças, bem como no seu âmbito familiar, e, identificá-las precocemente pode diminuir as suas consequências e o agravamento desta condição e permitir uma intervenção mais eficaz (Coutinho, 2012; Johnson & Johnson, 2007).

Pode-se argumentar que com base nos relatos apresentados pelos diferentes grupos pesquisados que os impactos das dificuldades de fala das crianças com PHDA estão fortemente associados com os problemas de comportamento tanto internalizantes como externalizantes e que essas habilidades são fundamentais para o desenvolvimento das competências sociais (Curtis *et al.*, 2018; Rose *et al.*, 2018).

Pais, professores e profissionais apontaram a falta de acolhimento dos colegas de classe dos alunos com PHDA que apresentaram dificuldades de fala, o que leva ao retraimento dessas crianças ou, às vezes, faz com que elas se sintam tristes, chorem e fiquem nervosas ou apresentem reações agressivas. Os estudos de Boo e Prints (2007) e Silva (2010) apontam duas situações nesses casos: as crianças sentem-se rejeitadas e isoladas socialmente, ou tendem, a se tornar desafiadoras, agressivas e menos cooperativas. Hampel *et al.* (2008) dizem que as dificuldades nos relacionamentos interpessoais acontecem, porque as crianças com PHDA e dificuldades de fala tendem a interpretar as

ações dos outros como atitudes hostis, o que gera menos empatia, menor estabilidade e mais conflitos com os colegas.

A partir dos relatos dos diferentes participantes deste estudo, pode-se constatar que as crianças com PHDA tendem a apresentar dificuldades de fala, levando essas crianças a apresentarem comprometimento no desenvolvimento da consciência fonológica e pode trazer dificuldades no aprendizado da leitura (Avancini & Vithoft, 2021; Machado-Nascimento *et al.*, 2016).

Para os autores Batista (2017), Correia (2020), Silva *et al.* (2011) os aspetos da linguagem/fala mais prejudicados em crianças com PHDA, são: o fonológico, o sintático e o pragmático, em virtude, principalmente pela falta de atenção, pois a mesma é um requisito fundamental para a aquisição da linguagem e desenvolvimento da fala e influencia, não só nos aspetos referentes aos domínios linguísticos, mas também, no desenvolvimento das habilidades comunicativas de socialização (Silveira *et al.* 2009). E as percepções dos diferentes grupos analisados, neste estudo, pressupõe que as dificuldades de fala dessas crianças, são um fator determinante para a existência de problemas e comportamento, internalizantes e externalizantes, sendo que os pais, professores e profissionais da equipa multiprofissional, apontaram para uma criança solitária, a qual não consegue se relacionar com seus pares, suas brincadeiras são solitárias e se mostram muito tristes.

Diversos autores apontaram para uma fala desorganizada, caracterizada por repetições, omissões de palavras, podendo esses comprometimentos da fala, provocar alterações na produção dos sons, na velocidade da fala e na qualidade vocal (Barini & Hage, 2015; Lima & Albuquerque, 2003; Oliveira, 2016; Oliveira *et al.* 2012), o que corrobora com as percepções dos pais, professores e profissionais da equipa multiprofissional, apresentadas neste estudo.

O fazer solitário, a tristeza, as angústias e ansiedades, o mau desempenho escolar, problemas emocionais, o não estabelecimento de vínculo e o retraimento social, expostos pelos pais, professores e profissionais da equipa multiprofissional, também foram identificados em outros estudos sobre o comprometimento de fala em crianças com PHDA (Oshima & Parra, 2015; Silva e Souza, 2004; Akuda *et al.*, 2011; Gonçalves-Guedim, 2017; Martins *et al.* 2020; Escarce *et al.* 2020; Fontinele & Silva, 2021).

Os pais, professores e profissionais da equipa multiprofissional apontam para a influência das dificuldades de fala no comportamento social de crianças com PHDA. Para os respondentes, estas crianças, são retraídas, tem dificuldades em expressar suas necessidades e emoções e podem ficar irritados e as vezes agressivos por não conseguirem se fazer compreender e isso aumenta o risco de redução do seu desempenho académico em relação as crianças de sua idade e no estabelecimento de relações sociais (Eadie *et al.* 2018; Oshima & Parra, 2015; Puglisi *et al.*, 2016; Rice, 2017; Tomblin *et al.* 2014)

iii. Questão 3 - Como é caracterizada a intervenção do AEE realizada em crianças com PHDA que apresentaram PCC severo, pelos pais, professores e equipa multiprofissional?

A inclusão de crianças com necessidades especiais nas escolas vem sendo destacada como prioridade das políticas públicas educacionais, equitativas e inclusivas, e, o atendimento educacional especializado tem por finalidade “complementar ou suplementar a formação do aluno por meio da disponibilização de serviços, recursos de acessibilidade ou estratégias que eliminem barreiras para sua plena participação na sociedade e desenvolvimento de sua aprendizagem” (Brasil, 2009).

Pautado nesse pressuposto, este estudo se dedicou a investigar como os pais, professores e equipa multiprofissional caracterizam a intervenção de AEE sofrida pelas crianças com PHDA sujeitos dessa pesquisa.

Os relatos dos pais, professores e profissionais da equipa multiprofissional, evidenciam que o AEE é realizado no contraturno ao ensino regular, de forma complementar ao apoio a educação inclusiva, servindo como um local de intervenção para as crianças e de orientação para pais e escola como um todo, de forma a fortalecer as ações adotadas no contexto da educação regular (Brasil, 2013), como preceituam legislações que regem o AEE à crianças com deficiências, altas habilidades, perturbações globais do desenvolvimento, superdotação e perturbações específicas, como dislexia, PHDA e outros transtornos de aprendizagem (Brasil, 2021).

Os respondentes apontaram que a intervenção de AEE é feita de forma complementar através de um trabalho diferenciado. Características que são reforçados por Batista (2013) e Ferreira (2016) os quais ressaltaram que o AEE tem que atender as necessidades

de particularidades da criança de forma a promover o desenvolvimento das competências necessárias em concomitância com o trabalho realizado na escola e o acompanhamento realizado pela família. Hornby (2015) alerta para um olhar sensibilizado, compreensivo e adaptado de acordo com as particularidades e singularidades de cada aluno e ressalta a importância dos profissionais especializados para suprir essa demanda com elevado nível de qualificação.

Para os pais que participaram no estudo o sinal de alerta para começar a se preocupar com o desenvolvimento de seus filhos foi o déficit na fala com relação às crianças da mesma idade e, posteriormente, comportamentos agressivos, falta de atenção e dificuldade de interação, o que os levaram a procurar um especialista e o apoio do CAEE.

Os resultados demonstraram que os pais caracterizam a intervenção de AEE realizada pelos profissionais do CAEE, como de grande relevância para o desenvolvimento das competências necessárias, e destacam a importância do trabalho da equipa multiprofissional, com ênfase especial para a intervenção realizada pela educadora física no que concerne as habilidades de desenvolvimento social e cooperação; pela psicopedagoga, no auxílio ao desempenho académico; e, pelo fonoaudiólogo no tocante às dificuldades de linguagem e fala apresentadas pelas crianças com PHDA, profissional, que segundo Ash *et al.*, 2020, é quem facilita a compreensão dos pais quanto a essas dificuldades e ao serem apoiados demonstram um alto nível de satisfação com os serviços de intervenção (Ash *et al.*, 2020).

Para os entrevistados o apoio prestado pelos profissionais da equipa multiprofissional, aos pais, orientando na realização de atividades em casa, tem aprimorado o desenvolvimento de seus filhos e oferecido a eles segurança e amparo, colocando novamente ênfase no papel da educadora física no processo de socialização e de interação social das crianças. O que nos reporta ao estudo de Silva, Santos e Fumes (2014), que afirmam que as práticas pedagógicas interdisciplinares dos educadores físicos em AEE, não só permitem o acesso e a participação em práticas corporais, mas proporcionam independência de sua condição valorizando e estabelecendo autonomia, com reais possibilidades de êxito no desenvolvimento de habilidades sociais.

Os relatos dos pais demonstram a importância do apoio dos profissionais da equipa multiprofissional do CAEE no processo de intervenção das crianças com PHDA e

dificuldades de linguagem e fala e abordam o envolvimento da família, da escola e o apoio recebido dos profissionais, ressaltando a importância da parceria entre pais e profissionais de AEE.

Para o sucesso do processo de intervenção, é necessário que haja a construção de relacionamentos recíprocos através de um trabalho colaborativo e interdisciplinar com a participação de todos os agentes, profissionais, pais e professores (Araujo *et al.*, 2019; Davies, 2014; Osório & Sardagma, 2020) e chamam a atenção para a importância do diagnóstico precoce para que a resposta possa surgir de forma tempestiva, visando a máxima participação e aprendizado (Avancini & Vithoft, 2021).

Quanto à atuação dos professores, a opinião dos pais é fortemente consensual de que os professores, em sua maioria não estão preparados para atuarem com crianças com NEEs. Alegam ainda, que os professores, possuem boa vontade em intervir com as crianças em sala de aula, mas é evidente a falta de conhecimento e preparação dos mesmos. Fato este, também constatado em diversos estudos, os quais sugerem a necessidade de intervenção através de programas de treino não só para os pais, mas também para esses agentes educativos (Rocha, Del Prette & Del Prette, 2013; Santos *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2019).

Na concepção dos pais, os profissionais da equipa multiprofissional têm conseguido bons resultados na evolução do repertório comportamental de seus filhos. Eles relatam que os profissionais são carinhosos, atenciosos e a boa comunicação entre eles e os profissionais têm sido um potencializador no desenvolvimento de seus filhos. Os seus conhecimentos técnicos na elaboração das intervenções e orientação aos pais, de como atuar com as crianças em casa, tem promovido melhoras no desempenho das crianças tanto no âmbito social como académico, demonstrando a importância colaborativa entre profissionais e família (Araujo *et al.*, 2019; Davies, 2014; Osório & Sardagma, 2020).

Ao se falar em intervenção, não se pode deixar de abordar o importante papel da família. Muitas vezes, por falta de conhecimento e de recursos necessários, os pais sentem dificuldades no convívio com crianças com PHDA. Essa situação reforça a necessidade de intervenção psicoterapêutica também no âmbito familiar, não só para as crianças, mas também para os outros membros da família, que muitas vezes requerem um repertório mais elaborado de habilidades sociais para cumprirem o seu papel face às necessidades do dia a dia (Benczik & Casella, 2015). Os estudos de Neto (2014) apontam para as

dificuldades dos pais de gerirem as suas próprias emoções e a tarefa de cuidar de crianças com PHDA, que se pode tornar difícil e desgastante. Bertoldo *et al.* (2018) referem que através de treino os pais adquirem habilidades em relação ao conhecimento e em como lidar com a perturbação e aprendem a auxiliar a criança, diminuindo os sintomas e melhorando as relações parentais.

Pelos resultados apurados pode-se verificar que os professores, objeto deste estudo, que atuam com as crianças com PHDA e dificuldades de linguagem/fala associadas, na sua maioria possuem formação específica na área da educação inclusiva e AEE, possuem também uma vasta experiência na área da educação, mas nem sempre na área da educação inclusiva.

Na caracterização da intervenção de AEE realizada pelos professores, os resultados apontam que os professores consideram a parceria entre o centro de atendimento e a escola de grande valia. Enfatizam o facto dos profissionais especializados oferecerem suporte, também para a prática pedagógica dos professores, e ressaltam a importância da intervenção realizada com as crianças com NEE por uma equipa multiprofissional, destacando a atuação de psicopedagogos, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, neurologista e educadores físicos. Relativamente às práticas adotadas por este grupo de participantes, alguns professores alegam buscar mecanismos para atuarem com crianças com necessidades especiais e outros optam por não utilizar técnicas diferentes para lidar com as crianças especiais, o que demonstra que nem todos os professores estão preparados de forma coordenada para atuarem nessa modalidade de ensino (Azevedo *et al.*, 2019).

Com relação a integração família/escola, os professores muitas vezes têm receios de falar com os pais sobre as perturbações dos seus filhos, pois os diagnósticos das crianças ainda geram alguns tabus, tornando difícil a comunicação com os pais, tendo sido reforçada a necessidade de criar um mecanismo de conscientização de ambas as partes sobre as NEEs e fornecer um melhor treino sobre a maneira de lidar com esse público (Pasian *et al.*, 2017; Redmond *et al.*, 2019). Segundo os professores o saber profissional da equipa de AEE, facilita a comunicação com os pais, de forma a eliminar os tabus muitas vezes existentes nas famílias em relação às perturbações de seus filhos.

Os professores afirmaram que sempre buscam se organizar e lidar com as questões que surgem voltadas para AEE de maneira coordenada, tentando dinamizar o material e o apoio fornecido pela escola às crianças com PHDA e dificuldades de fala. A maioria dos encaminhamentos dessas crianças para o centro de atendimento, segundo os pais, é feita pelos professores, sendo esses, os primeiros a vislumbrar a presença de necessidades especiais, em crianças em idade escolar, tornando-se imprescindível que estes tenham habilidades e conhecimento para identificar e reconhecer os sintomas e assim realizar os encaminhamentos para o diagnóstico preciso e o atendimento especializado (Santos *et al.*, 2020).

Para atuação no AEE, o MEC/Brasil, diz que o professor deve ter formação inicial que o habilite para a docência e formação específica em educação inclusiva, inicial e continuada (Brasil, 2013), e recomenda que se estabeleça articulação com outros profissionais da educação e com os profissionais especializados das equipas multiprofissionais, de forma a serem capazes de orientar as famílias no uso adequado dos recursos pedagógicos e de acessibilidade. Contudo, segundo Bedaque (2014) nem sempre o professor entende a inclusão escolar, o que torna fundamental a interação com o profissional especializado, de forma a mudar concepções e promover ações pedagógicas condizentes com as potencialidades e limitações dos alunos.

Vieira *et al.* (2020) aponta para a importância da escola na sua função social de inserir essas crianças de forma inclusiva no ambiente escolar, enquanto Martinhago (2018) refere a importância do professor e de seu conhecimento em identificar as queixas dos alunos e relatá-las aos pais e aos profissionais da equipa multiprofissional, de forma a favorecerem um diagnóstico precoce. Para Nunes (2017) o professor torna-se um aliado na identificação e no tratamento da PHDA.

Os profissionais da equipa multiprofissional apontaram que as intervenções realizadas pelo centro de atendimento acontecem de forma coordenada, harmônica e integrativa, visando potencializar o desenvolvimento de habilidades e competências necessárias para a inserção da criança no contexto social, familiar e académico, com a perspectiva de contribuir efetivamente para a sua inclusão social.

Segundo os profissionais, existe uma rede integrada de apoio e as crianças são encaminhadas ao centro de atendimento, por intermédio da escola, da associação de pais

e amigos de crianças especiais, pelos serviços socioassistenciais e pelo conselho tutelar. Os profissionais apontaram para a realização de um trabalho colaborativo entre centro de atendimento, família e escola, onde a intervenção iniciada pelos profissionais possa ter um caráter continuado em casa pelos pais e nas escolas por professores e monitores, de forma, a potencializar o desenvolvimento da criança, onde hajam momentos para trocas de experiências, para sanar dúvidas, identificar e treinar estratégias que possibilitem a melhoria da qualidade de vida, tanto das crianças como das suas famílias, conforme proposto por Ferreira *et al.* (2016).

Relativamente a esse apoio prestado, apontado pelos profissionais, Hornby (2015) salienta a necessidade de existência de uma rede de colaboração a qual visa o acesso ao serviço, recursos necessários para realização da intervenção, profissionalização do trabalho, onde ocorra a participação em ações setoriais, com a participação de todos, escola, família e outros profissionais numa rede colaborativa com visão interdisciplinar. Mazzoni & Tabaquin (2010) fala da necessidade de veiculação de informações nos meios de comunicação e formação de profissionais, possibilitando o entendimento das condições e minimizando os efeitos negativos de um diagnóstico equivocado.

É do consenso de todos os entrevistados que o trabalho interdisciplinar é indispensável e a parceria entre escola, família e centro de atendimento, através de uma intervenção terapêutica e educacional, traz contribuições significativas tanto para inclusão educacional quanto social dessas crianças, existindo também, uma concordância sobre a falta de preparo dos professores que lidam com o público-alvo da educação especial inclusiva (Campos *et al.*, 2018; Felício *et al.*, 2016).

Nomeadamente, a esse trabalho multidisciplinar e colaborativo, Duarte *et al.* (2021), ressaltaram a necessidade de treino de pais e professores, de forma a desenvolver habilidades sociais e/ou intervenções comportamentais em sala de aula. Mazzoni & Tabaquin (2010), apontaram para a necessidade de pais, professores, médicos, psicólogos e demais profissionais da saúde e educação buscarem maior compreensão dos aspetos do desenvolvimento e da perturbação, para contribuir na melhoria da qualidade de vida da criança. Teixeira (2013) prevê uma abordagem multidisciplinar orientada pelos profissionais que atuam em equipas multidisciplinares de forma a instruir os pais, professores e crianças com informações que possibilitem o entendimento da condição e minimizem os efeitos negativos de um diagnóstico equivocado.

Corroborando com as opiniões de diferentes respondentes deste estudo, no que concerne a necessidade de uma intervenção pluridisciplinar e de uma ação integrada entre família, escola e centro de AEE, estão os estudos de Azevedo *et al.* (2021), Cordinhã & Boavida (2008), Duarte *et al.* (2021), Mazzoni & Tabaquin (2010) e (Teixeira, 2013).

iv. Questão 4 - Qual o perfil de fala das crianças com PHDA?

Para este estudo foram avaliadas 36 crianças diagnosticadas com PHDA, com idades compreendidas entre 6 e 12 anos, através das aplicações da Prova de nomeação do ABFW- Teste de Linguagem Infantil, do PCC – Percentagem de Consoantes Corretas e Escala Inteligibilidade em Contexto: Português (ICS). A aplicação destes instrumentos serviu a finalidade de caracterizar o perfil de fala das crianças com PHDA que integraram a amostra. Salvaguarda-se que este não era o principal foco do estudo pelo que os dados apresentados, apesar de significativos, contribuem apenas para uma caracterização global e não completa, carecendo, de uma avaliação mais detalhada dentro deste âmbito.

A grande maioria das crianças avaliadas apresentaram processos fonológicos produtivos e não produtivos (Andrade *et al.*, 2004). Entre esses processos fonológicos produtivos, os que ocorreram com maior frequência foram, simplificação de líquidas, simplificação de encontros consonantais e simplificação de consoante final. A ocorrência de processos fonológicos, após a idade prevista para o seu desaparecimento, corresponde, na maioria das vezes, à presença de algum tipo de perturbação fonológica (Andrade *et al.*, 2004). Vale aqui ressaltar, que a substituição de sons consonantais, ocasiona grande ininteligibilidade da fala, influenciando na classificação da gravidade da perturbação fonológica (Wertzner *et al.*, 2014).

Com base nos resultados da prova de nomeação foi calculado a PCC, visando estabelecer a gravidade da afetação da inteligibilidade da fala (Befi-Lopes *et al.*, 2012). Foi constatado que parte das crianças avaliadas apresentava comprometimento fonológico severo, em sua maioria, comprometimento levemente moderado e, em outros casos, comprometimento leve, sendo que as crianças com grau severo manifestaram maior ocorrência de substituições, em comparação com as com PCC levemente moderados (Wertzner *et al.*, 2014), ou seja, crianças com PHDA analisadas, apresentaram sim,

comprometimento fonológico, sendo a gravidade e a inteligibilidade da fala de graus variados (Barrozo *et al.*, 2017; Costa *et al.*, 2017; Gil, 2011).

Das análises realizadas, através das duas provas, os valores demonstraram que a variável género não interferiu no desempenho das crianças nessas provas (Medeiros *et al.*, 2013; Costa *et al.*, 2017), quanto às variáveis idade e grau de escolaridade, observou-se influência no desempenho médio, sendo que as crianças com idade e grau de escolaridade maiores, demonstraram ser mais inteligíveis que as com idade e grau de escolaridade menores, tal como encontrado em outros estudos (Barrozo *et al.*, 2017; Befi-Lopes *et al.*, 2012; Pessoa *et al.*, 2014; Souza *et al.*, 2020).

No que diz respeito a aplicação aos pais da Escala Inteligibilidade em Contexto: Português (ICS), o resultado da mesma, vem referendar as constatações obtidas através da análise dos demais instrumentos. A fala das crianças mais novas é menos inteligível que a fala das crianças mais velhas e com um grau de escolaridade maior. Os resultados sugerem que a inteligibilidade da fala poderá estar relacionada a défices nas habilidades sociais de comunicação (Carlino *et al.*, 2013) e quando complementado com o resultado de outros instrumentos, que indiquem alterações de fala, torna-se necessário a implementação de mecanismos de intervenção na área da Terapia da Fala/Fonoaudiologia e de Intervenção Precoce, a fim de evitar ou minimizar as repercussões das dificuldades de fala e, posteriormente, o seu impacto no percurso escolar e profissional (Befi-Lopes *et al.*, 2012; Vohr, 2014; Barrozo *et al.*, 2017, Souza *et al.*, 2020).

CONCLUSÕES

A PHDA comorbida com as perturbações linguísticas e de fala, traz à tona um cenário extremamente delicado, no que concerne ao papel da família e da escola no atendimento das demandas apresentadas por essas crianças nesses dois ambientes. As dificuldades linguagem/fala das crianças com PHDA, têm estado associadas a um agravamento dos problemas de comportamentos e das competências académicas, afetando o convívio social. Neste contexto, o AEE surge como um mecanismo de inclusão, pautado na atuação de profissionais especializados e equipa multiprofissional, voltada para uma intervenção colaborativa com carácter alargado e abrangente, que envolva também a família, a escola e os profissionais do Centro de AEE, de modo a promover o desenvolvimento da criança, o seu desempenho académico e social e a melhoria da qualidade de vida no âmbito familiar.

Este estudo se propôs a investigar os conhecimentos/crenças sobre PHDA, comportamento social e linguístico/fala destas crianças, além de caracterizar a intervenção do AEE ofertado às mesmas, e, para isso, foram extraídas as percepções de pais, professores, monitores de educação inclusiva e equipa multiprofissional.

Para a realização deste estudo foram avaliadas 36 crianças diagnosticadas com PHDA, as quais, recebiam intervenção de profissionais especializados, em um centro de atendimento educacional especializado, no contraturno ao ensino regular. Num primeiro momento foram avaliados os conhecimentos de pais, professores, monitores, e profissionais da equipa multiprofissional sobre PHDA, através da escala KADDS (PB). Em seguida, foram extraídas as percepções dos mesmos grupos sobre o comportamento social dessas crianças, através do inventário SSRS (PB), e sobre o comportamento linguístico e de fala, utilizando o SPAA-C, aplicado apenas às crianças que apresentaram PCC severo na caracterização do seu perfil de fala.

Visando caracterizar o perfil de fala das crianças com PHDA que integraram a amostra (ainda que de um modo global e não completo), foi aplicada a prova de nomeação do ABFW, para análise do inventário fonológico (Andrade, *et al.*, 2004). A partir dos resultados obtidos na prova de nomeação, foi calculada a PCC, como medida de avaliação da gravidade da perturbação de fala apresentada, e a Escala de Inteligibilidade em Contexto, com o intuito de avaliar a inteligibilidade da fala dessas crianças nos diferentes contextos, através da percepção de seus cuidadores, tendo em vista que os mesmos estão mais sintonizados com a produção de fala de seus filhos (Prelock e Hutchins, 2018).

Por fim, para a caracterização da intervenção de AEE, à qual as crianças são submetidas no CAEE, foi aplicada uma entrevista semiestruturada a pais, professores e equipa multiprofissional relacionados com as crianças com PHDA com dificuldades de fala associadas, que apresentaram PCC severo. A mesma não foi aplicada aos monitores de educação inclusiva por constrangimentos advindos da COVID-19.

Este estudo permitiu averiguar o nível de conhecimento e crenças dos pais, professores, monitores de educação inclusiva e profissionais da equipa multiprofissional a respeito da PHDA. Pela percepção dos mesmos foi possível identificar até que ponto essas crianças são capazes de desenvolver habilidades sociais que inibam o surgimento de problemas de comportamento e identificar as influências que as dificuldades de linguagem/fala exercem na sua capacidade de socialização e no desenvolvimento de suas competências académicas. Para além desses aspetos, possibilitou ainda destacar a relevância da intervenção de AEE no desenvolvimento dessas crianças e definir a importância do papel da família, da escola e do apoio multiprofissional em todo esse processo. É importante salientar que, ao longo de todo o estudo, os resultados que foram obtidos, em sua maioria, são concordantes com a revisão de literatura no que concerne ao posto pelos diferentes intervenientes, Famílias, Escola e Equipa Multiprofissional, fato considerado positivo, uma vez que reforça a robustez dos mesmos, permitindo-nos retirar conclusões com maior segurança.

De seguida, serão apresentadas as principais conclusões que se destacaram neste estudo, pelas reflexões pertinentes que poderão suscitar. Assim, frente ao reconhecimento do papel colaborativo dos diferentes participantes, destaca-se positivamente o facto de se ter identificado em todos eles, um esforço comum, no sentido de conduzirem a sua

abordagem de um modo mais centrado na melhoria da qualidade de vida das crianças com PHDA.

Relativamente aos conhecimentos e crenças dos pais, professores, monitores de educação inclusiva e profissionais da equipa multiprofissional sobre PHDA, constatou-se que os pais demonstraram ter mais conhecimento em sintomas e tratamento, os professores e os monitores de educação inclusiva e os profissionais, em sintomas e diagnósticos. Diante dos resultados foi possível constatar que os participantes apresentaram níveis variáveis de conhecimento e crenças sobre PHDA e que o nível de conhecimento ainda não é satisfatório para se fazer uma intervenção efetiva com crianças com PHDA, sendo que muitos equívocos ainda persistem, podendo levar a diagnósticos equivocados.

Os resultados apontaram que os participantes cometeram os maiores equívocos relacionados com as características associadas, ou seja, demonstraram menos conhecimentos gerais sobre PHDA, e que características associadas e tratamentos são as categorias que mais necessitam se aprimorar. Sendo que os profissionais da equipa multiprofissional foram os que se mostraram mais capazes de atuar com crianças com PHDA.

Os grupos de participantes demonstraram ter conhecimento da necessidade de intervenções terapêuticas para além da intervenção medicamentosa por parte de pais, professores e monitores, sendo que, para tanto, reconhecem também a necessidade de formação/treino dos mesmos, para melhor lidar com as crianças com PHDA. Este fato é consistente com os achados de outros estudos, os quais indicam a utilização de uma intervenção combinada e também maior capacitação dos diferentes atores, diretamente ligados ao cuidado com essas crianças.

Relativamente ao conhecimento geral dos grupos, e em concordância com este estudo, outros estudos realizados no Brasil, se assemelham com o demonstrado em outros países, de que o conhecimento sobre PHDA é insuficiente, apesar dos profissionais da área de saúde, terem-se demonstrado como o grupo com maior nível de conhecimento, ainda há lacunas e contradições explicitadas no autorrelato desses profissionais acerca do tema. Torna-se assim urgente o estabelecimento de um programa de capacitação e educação continuada para profissionais que lidam com PHDA, assim como um efetivo programa de informação aos pais e às escolas.

Nomeadamente à capacidade que as crianças com PHDA têm em desenvolver habilidades sociais, as percepções dos pais demonstraram que seus filhos apresentam um repertório mediano de habilidades sociais, sendo que as habilidades que desenvolvem com mais frequência são as voltadas para afetividade e cooperação e desenvoltura social. Para os professores, essas crianças apresentam mais competências relacionadas com a responsabilidade e possuem um bom repertório de habilidades sociais. Os monitores de educação inclusiva perceberam as habilidades de cooperação e afetividade como as mais frequentemente desenvolvidas pelas crianças, já os profissionais da equipa multiprofissional apontaram para um baixo repertório de habilidades sociais com preponderância das habilidades de assertividade/desenvoltura social e cooperação e afetividade. Todos os quatro grupos de participantes perceberam as habilidades relacionadas com o *autocontrolo* como as mais carentes de desenvolvimento por parte das crianças com PHDA. Na comparação entre os quatro grupos, os profissionais da equipa multiprofissional foram os que apontaram uma média mais significativa de desenvolvimento de habilidades sociais por parte das crianças com PHDA e dificuldades de linguagem/fala associadas.

Pais, professores, monitores e profissionais da equipa multiprofissional, reconheceram a importância do desenvolvimento de habilidades sociais em crianças com PHDA, sendo que quanto mais bem elaborado for o repertório de habilidades sociais, menos as crianças tendem a apresentar problemas de comportamento. Os resultados deste estudo, assim como em outros estudos, apontam a necessidade de implementação de treino de habilidades sociais, tanto no que concerne ao ajustamento social quanto no âmbito escolar e académico.

Nomeadamente aos problemas de comportamento, os pais relataram que os problemas de comportamento mais recorrentes apresentados por seus filhos são os internalizantes, como tristeza, solidão, baixa autoestima e os externalizantes como, irritação, nervosismo e mau humor. Os professores perceberam um maior nível de hiperatividade seguido de fatores internalizantes como nervosismo, ansiedade e até depressão. As percepções dos monitores vêm referendar a opinião dos professores em todos os pontos identificados. Os profissionais da equipa multiprofissional também apontaram para uma preponderância de problemas de comportamento voltados para a hiperatividade.

Relativamente ao comportamento social de crianças diagnosticadas com PHDA, na percepção dos pais, seus filhos apresentaram um maior grau de civilidade e afetividade, mas apresentaram dificuldades em desenvolver habilidades sociais relativas à sua desenvoltura social, e apontaram que a ausência das competências necessárias para o desenvolvimento de algumas habilidades sociais, geram uma gama considerável de problemas de comportamento.

Concernente às percepções dos professores e monitores, as crianças com PHDA apresentaram maiores dificuldades no desenvolvimento das habilidades sociais de autocontrolo, desenvoltura social e afetividade, além, de um comportamento hiperativo acentuado, porém, não se pode afirmar que o baixo repertório de habilidades sociais esteja diretamente relacionado com um comportamento social inadequado. Contudo, quanto às dificuldades de linguagem/fala, os professores afirmaram que estas nestas crianças exercem influência direta em seu comportamento social, pois, por não conseguirem se comunicar de forma efetiva, as mesmas tendem a tornar-se solitárias e retraídas e que estas dificuldades são os principais motivos para que as crianças com PHDA se sintam diferentes e excluídas, o que interfere no seu relacionamento interpessoal e também em seu desempenho académico.

Estes resultados pressupõem a indicação de atenção preventiva por parte dos pais e dos professores e monitores e indicam a necessidade de acompanhamento a nível de intervenção e de treino de habilidades sociais e linguísticas/fala para as crianças avaliadas. Apontam também para a importância de se conhecer as percepções dos pais, em virtude de os mesmos terem acesso ao comportamento de seus filhos em variados contextos, e por um período significativamente longo.

Um outro achado importante que se considera pertinente referir é relativo à competência académica das crianças com PHDA, nas percepções de professores e monitores. Os professores e monitores demonstraram, através de suas percepções, que crianças com PHDA apresentam competência académica mediana e que a mesma está diretamente relacionada com o desenvolvimento de habilidades sociais e não necessariamente estão relacionadas aos problemas de comportamento.

Pelos resultados apresentados, nas percepções dos professores, os alunos com PHDA apresentaram défices nas habilidades de leitura e matemática e nas percepções dos

monitores as competências mais deficitárias são as voltadas para a matemática. Ambas as opiniões ressaltam que as crianças com PHDA tendem a ficar atrasadas academicamente e podem exigir mais tempo e energia dos professores. Contudo, esses alunos apresentaram uma boa motivação para o êxito acadêmico e os grupos ressaltam a importância do estímulo dos pais para o êxito acadêmico das crianças, tendo em vista, que o envolvimento dos pais na escola é um importante suporte social, pois eles são os detentores de um conhecimento sobre a criança que pode favorecer o seu desempenho acadêmico.

Para caracterização do comportamento linguístico/fala das crianças com PHDA foi necessário compreender-se o impacto das dificuldades de linguagem/fala nestas crianças. Na percepção dos pais, estes ressaltaram que seus filhos com PHDA que apresentam este tipo de dificuldades, não conseguem manter uma comunicação efetiva com os seus pares (o que influencia no comportamento social), tendem a ser solitários, não conseguem interagir com as outras pessoas, isolam-se por se acharem diferentes das outras crianças, o que acaba por gerar problemas de comportamentos internalizantes, como ansiedade e até depressão, e externalizantes, como mau humor e agressividade.

Para os pais, as dificuldades de linguagem/fala de seus filhos, os deixam com medo destes não conseguirem socializar e terem o seu desenvolvimento social, acadêmico e profissional afetados no decorrer da sua vida. Ressaltaram também a dificuldade de seus filhos em fazer amigos, em decorrência da sua fala ininteligível, podendo isso ser um preditor de problemas de comportamento e de aprendizagem.

Os pais, em sua maioria, associaram as dificuldades de linguagem/fala de seus filhos com a sua dificuldade de interagir com outras crianças, tanto no meio social quanto no escolar e ressaltaram, que a sua irritabilidade poderia estar associada ao fato de se considerarem diferentes das outras crianças e de não conseguirem se comunicar de forma efetiva com seus pares. Sendo que a dificuldade das outras pessoas em compreenderem a mensagem transmitida pelas crianças é apontada como motivador de atitudes solitárias e, muitas vezes, de ansiedade e depressão. Estes aspectos acabam por influenciar, não somente, no seu comportamento social, mas também, em suas competências sociais, aumentando o risco de comportamentos agressivos, opostos e de retraimento do perfil social.

Os professores relataram um repertório precário de habilidades sociais e disseram que as dificuldades de linguagem/fala fazem com que as crianças com PHDA se sintam excluídas, impactando no desenvolvimento social, emocional e educacional. Os profissionais da equipa multiprofissional, afirmaram que as dificuldades de linguagem/fala dessas crianças são prejudiciais para sua desenvoltura social e fazem com que elas não interajam, se sintam dependentes dos adultos e não progridam no campo acadêmico.

Os achados de vários autores, corroboram com os resultados deste estudo, e reforçaram que crianças com PHDA que apresentaram dificuldades de linguagem/fala, tornam-se solitárias, retraídas, têm dificuldades de estabelecer uma boa comunicação, o que influencia em seu desempenho na escola e também no âmbito familiar (Cristian Tudore & Ghergut, 2020; Gudmundsdottir, 2014; Ladanyi, *et al.*, 2020; Lindau *et al.*, 2015; Pakarinen *et al.*, 2018). Os impactos das dificuldades de linguagem e fala estão associados: aos problemas e comportamento (Curtis *et al.*, 2018; Rose *et al.*, 2018); elas são sensíveis às reações das outras pessoas, o que acaba por gerar conflitos (Hampel *et al.*, 2008); o comprometimento no desenvolvimento da consciência fonológica promove atrasos na leitura e na escrita e em suas competências matemáticas (Avancini & Vithoft, 2021; Machado-Nascimento *et al.*, 2016; Valido, 2016); e todos ressaltaram a importância de uma identificação precoce para a redução das consequências e dos agravamento dessa condição, de modo a permitir uma intervenção eficaz (Coutinho, 2012; Johnson & Johnson, 2007).

Diversas são as legislações brasileiras voltadas para a inclusão de crianças com NEE e, relativamente às crianças com PHDA, a Lei nº 14.254/2021, vem garantir o acompanhamento integral para estes educandos. A intervenção de AEE é feita de forma complementar e suplementar ao ensino regular e busca-se fazer a integração entre a família, escola e centro de AEE. No presente estudo, os pais consideraram a intervenção de AEE realizada pelos profissionais da equipa multiprofissional muito eficaz e alegaram que a mesma vem trazendo bons resultados para o desenvolvimento de seus filhos, demonstrando um alto nível de satisfação relativamente à intervenção realizada com seus filhos. Todos os participantes, pais, professores e profissionais, reafirmaram a necessidade de um trabalho colaborativo, interdisciplinar e reconheceram a importância

do papel de cada um dos atores nesse processo, constatações estas, também reafirmadas em outros estudos.

Outro achado de grande importância é relativo à capacidade dos professores para atuar na Educação Inclusiva. Pais e profissionais reconhecem que os professores, em sua grande maioria, não estão preparados para atuar com esse público-alvo, apesar das legislações exigirem qualificação para tanto. O MEC/BR recomenda que os profissionais especializados estabeleçam uma articulação que seja capaz de orientar a família e os professores no uso adequado dos recursos pedagógicos e de acessibilidade (Brasil, 2013).

Os professores, também reconheceram a importância da intervenção promovida pelos profissionais da equipa multiprofissional e reforçaram a necessidade de formação/capacitação/treino dos pais para servirem de suporte nesse processo, para que os mesmos adquiram um repertório mais elaborado de habilidades sociais, bem como, habilidades em relação ao conhecimento e manejo das perturbações que acometem seus filhos.

Na conceção dos profissionais especializados, as dificuldades de linguagem/fala devem receber atenção especial a nível de intervenção, bem como, o desenvolvimento de habilidades sociais voltadas para a afetividade e para o autocontrolo, evitando assim, o surgimento de problemas internalizantes e externalizantes que venham a interferir no seu relacionamento social e no seu desempenho académico. Crianças com PHDA apresentam alto nível de hiperatividade e isso, prejudica seu autocontrolo e a sua desenvoltura social.

Todos os participantes foram unânimes frente a necessidade de se reforçar a integração entre os diferentes atores, reconhecendo a parceria da família, o papel social da escola, tendo o professor como aliado na intervenção das perturbações. Outro fato, de extrema importância, constatado neste estudo e reafirmado em diversos outros, está relacionado à necessidade de capacitação de pais, professores e até mesmo dos profissionais especializados para lidarem com crianças com PHDA (Costa, 2014; Hornby, 2015; Mazzoni e Tabaquim, 2010; Martinhago, 2018; Nunes, 2017; Passian *et al.* 2017; Redmond et al., 2019).

Nomeadamente à caracterização do perfil de fala das crianças da amostra, os resultados da prova de nomeação, a PCC e a Escala de Inteligibilidade em Contexto, demonstraram que as crianças com PHDA apresentaram dificuldades de fala, porém em níveis de gravidade variados e com alteração em diferentes contextos. Os resultados apontaram que o gênero não exerce influência no perfil de fala das crianças com PHDA, já, quanto à idade e à escolaridade, constatou-se que crianças com idade e grau de escolaridade maiores, demonstraram ser mais inteligíveis que as com idade e grau de escolaridade menores. Os resultados sugerem que a inteligibilidade da fala parece influenciar as habilidades sociais de comunicação. Perante alterações de linguagem/fala, torna-se necessário a implementação de mecanismos de intervenção na área da Terapia da Fala/Fonoaudiologia e de Intervenção Precoce, a fim de evitar ou minimizar essas dificuldades, e o seu impacto no desenvolvimento social e percursos escolar e profissional (Souza *et al.*, 2020).

Deste modo, podemos concluir que os resultados obtidos na nossa investigação são concordantes com outros anteriores no que concerne: às limitações no conhecimento dos diferentes grupos, sobre a PHDA; na possibilidade da existência de dificuldades de linguagem/fala associadas à PHDA, sendo que as mesmas podem surgir em graus variados e parecem afetar diretamente o comportamento social e acadêmico destas crianças, com impacto no seu futuro e qualidade de vida.

Para finalizar, gostaríamos ainda de referir ao entendimento de que as percepções apontadas pelos diversos grupos participantes deste estudo, permitiram verificar que existem muitas questões em comum e também algumas divergências. Cada grupo entende a importância de seu papel no manejo dessas perturbações, mas também reconhecem a necessidade de um maior treinamento e capacitação, de forma a prepará-los para atuar com as crianças público-alvo deste estudo. Assim, consideramos que a criação de mecanismos para a integração da atuação de todos os grupos, promovendo uma comunicação efetiva, uma troca de conhecimentos e habilidades, poderá constituir-se como uma mais-valia na aproximação dos mesmos, possibilitando um debate de ideias e um trabalho colaborativo em prol de um propósito partilhado que venha a contribuir para a melhoria da qualidade de vida das crianças e das famílias que beneficiam destes apoios.

Limitações e Constrangimentos

Ao longo da condução deste trabalho surgiram alguns constrangimentos e limitações que condicionaram, de algum modo, o seu desenvolvimento e os seus resultados. Tais fatos prenderam-se a questões relacionadas sobretudo com a aprovação da pesquisa no comitê de ética e pesquisa, ao tempo disponível para realização da investigação, à pandemia da COVID – 19, a participação de grupos na pesquisa, o distanciamento geográfico, sendo as limitações e constrangimentos identificados neste estudo partilhados de seguida:

O estudo foi submetido ao Comitê Nacional de Ética e Pesquisa – CONEP e este o submeteu a outras comitês de outras instituições credenciadas. De início, houve resistência de algumas instituições em aceitarem analisar o estudo, por se tratar de um estudo internacional, logo após, foi aceito pela CEP/FAN, o qual se responsabilizou pela análise e aceitação do estudo. Todo esse processo comprometeu exatamente um ano, do tempo destinado ao doutoramento, o que inviabilizou a realização da pesquisa, no tempo pretendido.

A aprovação da pesquisa se deu no período em que o mundo se encontrava em isolamento social, devido a COVID-19, impossibilitando o contato com a amostra para coleta dos dados. Foi necessária a criação de estratégias e medidas diversas de segurança para se iniciar a coleta e mesmo assim, foi necessário se aguardar o afrouxamento das medidas de prevenção ao COVID-19 para que os dados fossem coletados em sua totalidade.

Encara-se também como limitação não ter sido possível coletar as percepções de alguns participantes na fase das entrevistas semiestruturadas, como por exemplo, os monitores de educação inclusiva, em virtude de constrangimento impostos pela pandemia. Fato lamentável, pois considera-se que a recolha das percepções junto desse grupo, teria sido um contributo extremamente enriquecedor para os resultados obtidos neste estudo.

Assim, um outro aspeto que se entende que se constituiu como um constrangimento no desenvolvimento deste trabalho, foi o fator tempo. O estudo deveria ter sido desenvolvido no período de 3 anos, porém durante um ano a pesquisa ficou limitada, pois não era possível realizar a coleta de dados sem autorização do CEP, a Pandemia da COVID -19 limitou o acesso aos participantes e a investigadora esteve a desempenhar as suas funções profissionais paralelamente, o que condicionou, muitas vezes, a sua disponibilidade para uma exploração mais aprofundada de algumas questões.

Recomendações

Durante a realização deste estudo, várias situações suscitaram alguma reflexão sobre a necessidade de capacitação dos pais, professores e profissionais especializados para que a intervenção com crianças com PHDA sejam realizadas de forma colaborativa e interdisciplinar. Deste modo, considera-se que os dados obtidos nesta investigação, poderão constituir-se como um importante contributo, no sentido de que proporcionam informação detalhada sobre o papel de cada um desses atores na consecução desse tipo de apoio. Assim, passa-se a expor alguns aspetos que surgiram dos resultados e que, se considera como indicadores que poderão orientar eventuais mudanças na qualidade de vida das crianças com PHDA, nas suas relações com os pares e no seu percurso académico e profissional.

- Considerando-se que os dados desta investigação indicam claramente que pais, professores, monitores ainda cometem equívocos com relação a PHDA, recomenda-se um maior investimento em capacitação para desenvolvimento das habilidades desses grupos no manejo a crianças com PHDA e com dificuldades de linguagem/fala associadas.
- Com base no reconhecimento de que crianças com PHDA apresentam também comprometimento de linguagem e fala e que essa comorbilidade afeta seu comportamento social, pessoal e académico, pressupõe-se a criação de mecanismos de intervenção capazes de detectar precocemente o problema e se buscar o apoio de equipas especializadas para atuarem neste contexto. Em função desta constatação, estes constituem um maior desafio, no sentido de se criar uma rede de colaboração entre família, escola, profissionais especializados e órgãos públicos, onde todos devem estar conscientes dos prejuízos que essa situação causa na vida destas crianças, de modo a que as situações possam ser contornadas, sem que ocorra maiores consequências futuras.
- A diversidade constatada, relativamente ao nível de preparo dos pais, professores e até mesmo dos profissionais especializados, sugere a necessidade intervenção mais aprofundada dos órgãos públicos, na consecução das políticas públicas de atendimento às crianças, público alvo da educação inclusiva no Brasil, que permitam realmente aferir os tipos de práticas implementadas, possibilitando a introdução de estratégias adequadas que

facilitem o desenvolvimento de competências para um trabalho centrado na família, na escola e no AEE.

- Este estudo permite apresentar sugestões para possíveis caminhos de investigações futuras. Deste modo, começam-se por salientar algumas, referentes a novos estudos sobre mudanças de concepções sobre a importância do papel da família e da escola na intervenção de AEE a crianças com as mais diversas perturbações.
- Pelas percepções dos grupos avaliados os fatores que mais influenciam no desenvolvimento social, familiar e académico de crianças com PHDA são os problemas de comportamentos internalizantes e externalizantes gerados pelas dificuldades de comunicação e socialização. Assim, sugere-se uma investigação mais alargada sobre os mecanismos intervenção, que promovam o desenvolvimento de habilidades sociais e de comunicação.
- No mesmo sentido, importa referir também, as angústias vivenciadas pelos pais quanto à forma de lidar com seus filhos e a sua preocupação com o seu desenvolvimento, sugerindo estudos sobre capacitação parental para melhor conhecimento das perturbações das quais seus filhos são acometidos, bem como treino de habilidades sociais e outras estratégias promotoras do desenvolvimento.
- Relativamente as concepções sobre atuação dos professores, foi unânime para todos os participantes do estudo, a falta de preparo e capacitação dos professores para atuarem com crianças com necessidades educacionais especiais. Assim, sugere-se a continuação da investigação com este grupo, procurando compreender se as concepções apresentadas no momento se mantêm em todos os níveis de ensino ou se são transitórias.
- Outro aspecto a ser explorado, relacionado com a prática dos professores, são as dificuldades relatadas pelos mesmos, quanto a mesmo possuindo especialização na área, não se sentirem preparados para atuar com crianças com necessidades especiais e necessitarem de apoio especializado para tal. Apesar das dificuldades reveladas pelos professores, os resultados indicaram que estes se sentem mais seguros quando orientados por profissionais especializados e se sentem capazes de aprenderem e desenvolverem competências investigativas e reflexivas. Para além do referido, os professores reconheceram a necessidade de mudar as suas práticas e implementar atividades

diferenciadas em sala de aula, para melhor atendimento às NEEs. Torna-se, por isso, pertinente continuar o estudo e saber se atualmente estão sendo implementadas estratégias de ensino inclusivo na prática pedagógica.

- Pode ainda ser alvo de investigação a influência que o AEE vem exercendo no contexto prático do ensino colaborativo. Além desta questão, surgem outras relacionadas com a importância da intervenção multiprofissional, multidisciplinar e do trabalho em equipa. Propõe-se, em estudos futuros atenção também para as percepções dos alunos com necessidades educacionais especiais nos diversos níveis de ensino, sendo interessante compreender a sua perspectiva em relação ao processo de colaboração, nomeadamente as potencialidades que se deseja desenvolver.
- Reforça-se também a importância da realização de mais investigações que reúnam as diferentes perspectivas dos intervenientes no AEE, pois considera-se que estas podem ser extremamente úteis na informação que fornecem, conduzindo a uma melhoria da articulação e colaboração entre os vários intervenientes, facilitando o desenvolvimento do trabalho em equipa e, conseqüentemente, a qualidade do apoio prestado.
- Um outro aspecto relevante, passível de investigação é a eficácia das políticas públicas para educação especial na perspectiva da educação inclusiva, a luz das legislações já existentes em cada país.

Por fim, salienta-se ainda que os resultados obtidos neste estudo, para além de poderem ser úteis no seu contributo para a melhoria do apoio prestado a crianças com PHDA, realçam a necessidade de um olhar mais apurado para o atendimento educacional especializado a crianças com as mais diversas perturbações, para o contributo das famílias no processo de intervenção e para a escola, não só professores e monitores, mas toda a comunidade escolar, que necessitam de maior preparo para se inserir no contexto da inclusão.

REFERÊNCIAS

- Abrahão, A. L. B., Elias, L. C. S. (2021) Habilidades Sociais em Crianças com TDAH: uma revisão de literatura. *Contextos clínicos*, v. 14, m. 2, mai/ago. 2021 ISSN 1983-3482. Doi: 10.4013/ctc.2021.142.14.
- Akuda, P. M. M., Pinheiro, F.H., Germano, G.D., Padula, N.A.M.R., Lourencetti, M.D., Santos, L.C.A (2011). Função motora fina, sensorial e perceptiva de escolares com transtorno do déficit de atenção com hiperatividade. *Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 351-7.
- Al-Dakrouy, W. A. (2018). Speech and Language Disorders in ADHD. *Abnormal and Behavioural Psychology*, 04(01). <https://doi.org/10.4172/2472-0496.1000134>
- Alencar, P. B. A., Palharini, T. A., Silva, L. M., Oliveira, C. M. C., & Berti, L. C. (2020). Indicators of Speech Fluency in Stuttering and in Phonological Disorder. *Codas*, 32(2). <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192019002>.
- Alkahtani, K. D. F. (2013). Teachers' Knowledge and Misconceptions of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychology*, 04(12), 963–969. <https://doi.org/10.4236/psych.2013.412139>.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (5ª ed.). Braga: Psiquilíbrios.
- Alvarez, A. R. C. M. (2014) Conhecimento, atitudes e crenças dos professores sobre a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA). *Escola Superior de Educação João de Deus*, Lisboa.
- Alves, L. M., Souza, H. T. V. S., Souza, V. O., Lodi, D. F., Ferreira, M. C. M., Siqueira, C. M., & Celeste, L. C. (2014). Processamento Fonológico em Indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade *Rev. Cefac*. Maio-Jun; 17(3):727-733.
- Alves, G. M. A. N., Neme, C. M. B., & Cardia, M. F. (2015). Avaliação neuropsicológica de crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) revisão da literatura. *Revista Ibero-Americana De Estudos Em Educação*, 9(4), 760–769. <https://doi.org/10.21723/riaee.v9i4.7334>.
- Amorim, R. (2011). Avaliação da Criança com Alteração da Linguagem. *Nascer E Crescer - Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, 20(3), 174–176.

- Anderson, D. L., Watt, S. E., & Shanley, D. C. (2014). A Multi-Dimensional Model of the Origins of Attitude Certainty: Teachers' Attitudes Toward Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Social Psychology of Education*, 17(1), 19–50. <https://doi.org/10.1007/s11218-013-9235-5>
- Andrade, C. R. F. (2004) Fluência. In: Andrade, C. R. F., Befi-Lopes, D. M., Fernandes, F. D. M., Wertzner, H. F., Editores. ABFW: Teste de Linguagem Infantil nas Áreas de Fonologia, Vocabulário, Fluência E Pragmática. 2º Edição - Revisada, Ampliada E Atualizada Ed.Barueri: Pró-Fono; 2004. Cap.03.
- Andrade, F. (2012). Perturbações da linguagem na criança: análise e caracterização. UA Editora, Aveiro, p.112 ISBN 978-972-789-360-7
- Angst, O. V. M., Liberalesco, K. P., Wiethan, F. M., & Mota, H. B. (2015). Prevalência de Alterações Fonoaudiológicas em Pré-Escolares da Rede Pública e os Determinantes Sociais Rev. Cefac. 2015 Maio-Jun; 17(3):727-733.
- American Psychiatric Association. (2014). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: Dsm-5 - 5ª Edição.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed, text revision.). Washington, DC: Author.
- Aquino, J. L. & Borges-Paraná, C. M. O. (2019). Avaliação neuropsicológica da memória operacional em escolares. *Revista Psicopedagogia*, 36(109), 3-9.
- Araújo, I. M. S., Alves, L. L., Pinto, F. R. M., & Bezerra, I. M. S. (2019). Atendimento Educacional Especializado e o Ensino Regular: Interloquções Docentes com Vistas à Inclusão. *Revista OnLine de Política e Gestão Educacional*, 23, 441–452.
- Asbahr, F. R.; Costa, C. Z. G.; Morikawa, M. (2010). Quadro Diagnóstico - Criança e Adolescente. In: *TDAH ao Longo da Vida [Recurso Eletrônico]* Mario Rodrigues Louzã Neto e Colaboradores - Dados Eletrônicos - Porto Alegre: Artmed, 2010, P. 146-160.
- Ash, A. C., Christopoulos, T. T., & Redmond, S. M. (2020). “Tell Me About Your Child”: A Grounded Theory Study of Mothers’ Understanding of Language Disorder. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(2), 819–840. https://doi.org/10.1044/2020_ajslp-19-00064
- ASHA. (2008). Roles and responsibilities of speech-language pathologists in early intervention: Guidelines. Retrieved On, 1–102. Disponível em: <https://doi.org/10.1044/policy.GL2008-00293>.
- Avancini, D. S., & Virhofs, D. A. (2021). Processamento da Linguagem na Criança e no Adolescente Portadores de TDAH. *Caderno Intersaberes*, Curitiba, V. 10, N. 25, P. 182-195, 2021.
- Azevedo, C. S., Santana, E. B. De S., Oliveira, M. M. T., Souza, M. J. A., & Coutinho, D. J. G. (2019). Atendimento Educacional Especializado: Desafios ao

Entendimento. *Brazilian Journal of Development*, 5(12), 28416–28439.
<https://doi.org/10.34117/bjdv5n12-025>.

Azevedo, M. C. A., Rodrigues, C.F. P., Colares, F. B., Cruz, T. T. A. (2021) Tratamento farmacológico em pacientes com TDAH com ênfase no uso do metilfenidato: Revisão sistemática. *Brazilian Journal of Development*. ISSN: 2525-8761. DOI: 10.34117/bjdv7n11-425.

Baird, J., Stevenson, J. C., & Williams, D. C. (2000). The evolution of ADHD: A disorder of communication? *Quarterly Review of Biology*, 75(1), 17–35.
<https://doi.org/10.1086/393256>.

Bandeira, M., Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A., & Magalhães, T. (2009). Validação das Escalas de Habilidades Sociais, Comportamentos Problemáticos e Competência Acadêmica (SSRS-BR) no Ensino Fundamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25 (2), 271-282.

Barbosa, P. S. (2015). O Atendimento Educacional Especializado de Alunos com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental nas Salas de Recursos Multifuncionais da Rede Municipal de São Luís/Ma: Na Perspectiva de Vygotsky. Disponível Em: https://recil.grupolusofona.pt/bitstream/10437/6751/1/disserta%c3%a7%c3%a3o_.pdf. Acesso em Jan. 2020.

Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.

Barella, F. A., Cáceres-Assenço, A. M., Rodrigues, A., & Belfi-Lopes, D. M. (2014). Desempenho Lexical em Avaliação Formal e Fala Espontânea em Crianças com Distúrbio Específico de Linguagem. *DistúrbiosComun*, 26, 679–685.

Barini, N. S., & Hage, S. R. D. V.. (2015). Vocabulário e compreensão verbal de escolares com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. *Codas*, 27(5), 446–451.
<https://doi.org/10.1590/2317-1782/20152015022>.

Barkley, R. A. (2006). *Attention–Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*, Third Edition. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 17:1 February 2008.

Barkley, R. A., Anastopoulos, A. D., Robin, A. L., Lovett, B. J., Smith, B. H., Cunningham, C. E., Shapiro, C. J., Connor, D. F., Dupaul, G. J., Prince, J. B., Dooling-Litfin, J. K., Biederman, J., Murphy, K. R., Rhoads, L. H., Cunningh, L. J., Pfiffner, L. J., Gordon, M., Farley, S. E., Wilens, T. E., Spencer, T. J., Hathway, W. (2008). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Manual para Diagnóstico e Tratamento (3º Ed.)*. Porto Alegre: Artmed.

Barreto, S. O., Freitas, L. C., Del Prette, Z. A. P. (2011). Habilidades sociais na comorbidade entre dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento: uma avaliação multimodal. *PSiCo*, Porto Alegre, PUCRS, v. 42, n. 4, pp. 503-510, out./dez. 2011

- Barrozo, T. F., Pagan-Neves, L. O., Da Silva, J. P., & Wertzner, H. F. (2017). Sensitivity and Specificity of the Percentage of Consonants Correct-Revised in the Identification of Speech Sound Disorder. *Codas*, 29(3). <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172016038>.
- Batista, C. A. M. (2013). Atendimento Educacional Especializado para Pessoas com Deficiência Mental. In: Mantoan, M. T. E. (Org.). *O Desafio das Diferenças nas Escolas*. Petrópolis: Vozes, 2013.
- Batista, C. S. L. (2017). Perturbações da Linguagem e dificuldades de Aprendizagem: Percepções dos Docentes de Ensino Regular. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Educação de Viseu. Disponível Em: https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4895/1/projeto_claudiabatista_final_revisto.pdf.
- Bedaque, S. A. P. (2014). *Por uma Prática Colaborativa no AEE: Atendimento Educacional Especializado*, 1 Ed. Curitiba: Appris, 2014.
- Befi-Lopes, D. M. (2004). Vocabulário. In: Andrade, C. R. F., Befi-Lopes, D. M., Fernandes, F. D. M., Wertzner, H.F., editores. *ABFW: Teste de Linguagem Infantil nas Áreas de Fonologia, Vocabulário, Fluência e Pragmática*. 2º edição - Revisada, Ampliada e Atualizada ed.Barueri: Pró-Fono. Cap.02.
- Befi-Lopes, D. M., Andrade, C. R. F., Fernandes, F. D. M., & Wertzner, H. F. (2004). *Abfw - Teste de Linguagem Infantil nas Áreas de Fonologia, Vocabulário, Fluência e Pragmática*. 2º Edição - Revisada, Ampliada e Atualizada. Ed.Barueri: Pró-Fono. Cap.02.
- Befi-Lopes, D. M., & Rodrigues, A. (2005). O Distúrbio Específico de Linguagem em Adolescente: Estudo Longitudinal de um Caso. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 17(2), 201–212. <https://doi.org/10.1590/s0104-56872005000200009>.
- Befi-Lopes, D. M., Cáceres, A. M., & Araújo, K. de .. (2007). Aquisição de verbos em pré-escolares falantes do português brasileiro. *Revista CEFAC*, 9(4), 444–452. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462007000400003>.
- Befi-Lopes, D. M., Vieira, M., & Cáceres, A. M. (2012). Comunicação Breve Brief Communication. In *J Soc Bras Fonoaudiol* (Vol. 23, Issue 2).
- Bekle, B. (2004). Knowledge and attitudes about attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): a comparison between practicing teachers and undergraduate education students. *Journal of attention disorders*, 7(3), 151–161.
- Benczik, E. B. P. & Casella, E. B. Compreendendo o impacto do TDAH na dinâmica familiar e as possibilidades de intervenção. *Rev. Psicopedagogia* 2015; 32(97): 93-103.
- Bender A. S. (1996). Effects of active learning on student teachers' identifications and referrals of attention deficit hyperactivity disorder. Unpublished doctoral dissertation, Hofstra University, Hempstead, NY.

- Benicio, C. M. & Menezes, A. M. C. (2017). Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH: Desafios e Possibilidades no Espaço Escolar. *Rev. Mult. Psic.* v.11, n. 38. 2017.
- Bento, L. A., Ferreira, M. A., Santos, S. E. L., Manganotti, S. A. (2019). Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH: Comparação do Desempenho Escolar dos Alunos Tratados e Não Tratados com Metilfenidato. *Rev. UNINGÁ, Maringá*, v. 56, n. 2, p. 151-159, abr./jun. 2019 ISSN 2318-0579.
- Bertoldo, L. T. M., Feijó, L. P., Benetti, S. P. C. (2018). Intervenções para o TDAH infanto-juvenil que incluem pais como parte do tratamento. *Psic. Rev. São Paulo*, volume 27, n. 2, 427-452, 2018. <http://dx.doi.org/10.23925/2594-3871.2018v27i2p427-452>
- Bishop, D. V. M. & Baird, G. (2001). Parent and Teacher Report of Pragmatic Aspects of Communication: Use of the Children’s Communication Checklist in a Clinical Setting. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 43(12), 809-818. Doi: 10.1017/S0012162201001475.
- Bishop, D. V. M. (2006). What Causes Specific Language Impairment in Children? www.Blackwell-Synergy.com. *Journal List.Wiley-Blackwell Online Open.Pmc2582396. Currdirpsychol Sci. Oct; 15(5): 217–221.* Doi: 10.1111/J.1467-8721.2006.00439.X.
- Bishop, D. V. M. (2017). Why is It So Hard to Reach Agreement on Terminology? The Case of Developmental Language Disorder (DLD). In *International Journal of Language and Communication Disorders (Vol. 52, Issue 6, Pp. 671–680)*. Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12335>.
- Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T., Adams, C., Archibald, L., Baird, G., Bauer, A., Bellair, J., Boyle, C., Brownlie, E., Carter, G., Clark, B., Clegg, J., Cohen, N., Conti-Ramsden, G., Dockrell, J., Dunn, J., Ebbels, S., ... Whitehouse, A. (2016). CATALISE: A Multinational and Multidisciplinary Delphi Consensus Study. Identifying Language Impairments in Children. *Plos One*, 11(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158753>.
- Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T., & Catalise-2 Consortium. (2017). Phase 2 of CATALISE: A Multinational and Multidisciplinary Delphi Consensus Study of Problems with Language Development: Terminology. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58, 1068–1080.
- Black, L. I., AnjelVahratian, M. P. H., & Hoffman, H. J. (2015). Communication Disorders and Use of Intervention Services among Children Aged 3-17 Years: United States, 2012 Key Findings.
- Bogossian, M. A. D. S. (1977). Teste Illinois de Habilidades Psicolinguísticas: Análise Crítica do Modelo Mediacional e de Diversos Aspectos da Validade do Instrumento. Fundação Getúlio Vargas Instituto Superior de Estudos e Pesquisas Psicossociais. Centro de Pós-Graduação em Psicologia.

- Bolden, J., Rapport, M. D., Raiker, J. S., Sarver, D. E., Kofler, M. J. (2012). Understanding phonological memory deficits in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): dissociation of short-term storage and articulatory rehearsal processes. *J Abnorm Child Psych.* 40(6):999-1011.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Del Prette, A. (2003). Problemas de comportamento: um panorama da área. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(2), 91-103.
- Boo, G. M., Prins, P. J. M. (2007). Social incompetence in children with ADHD: Possible moderators and mediators in social-skills training, *Clinical Psychology Review*, 27(1), 78-97. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.03.006>.
- Borges, L. C., & Salomão, N. M. R. (2003). Aquisição da Linguagem: Considerações da Perspectiva da Interação Social. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 16, 327–336.
- Bowen, C. (2015). *Children's Speech Sound Disorders: Second Edition*. Oxford: Wileyblackwell. Disponível Em www.wiley.com/go/bowen/speechlanguagetherapy.
- Braga, I. A., Rocha, J., & Maia, F. (2021). Relação entre a Percentagem de Consoantes Corretas e Vocabulário em Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. *Revista Multidisciplinar em Saúde*, 2(4), 259. <https://doi.org/10.51161/rem/3032>.
- Brandt, A. G., Conceição, A. O. S., Souza, D.C. I., Koehler, I. D., Lange, A. N., Santos, C.V.L (2020). Gestão Escolar e Formação Continuada: Proposições para os Processos de Ensino-Aprendizagem de Estudantes com TDAH. *Revista Extensão Tecnológica do Instituto Federal Catarinense*. V.7, n. 13. Out. e-ISSN 2674-9319.
- Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
- Brasil. (1990). Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm.
- Brasil. (1996). Lei Nº 9.394 - Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm.
- Brasil. (2001a). Política Nacional de Educação. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110172.htm.
- Brasil. (2001b). Resolução CNE/CEB Nº 2, de 11 de Setembro de 2001. (*) Institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/ceb0201.pdf>.
- Brasil. (2007). Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. Disponível em; <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducacional.pdf>.

PHDA na População Infantil: Conhecimentos/Crenças, Comportamento Social e Linguístico e a Intervenção de AEE.

Brasil. (2008). Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. Brasília - Janeiro de 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeduc ESPECIAL.pdf>.

Brasil. (2009). Resolução N° 4, de 2 de Outubro de 2009 (*) Institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, Modalidade Educação Especial. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004_09.pdf.

Brasil. (2010). Resolução CNE/CEB N° 4, de 13 de julho de 2010. Define Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Básica. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004_10.pdf.

Brasil. (2011). Decreto N° 7.611, de 17 de Novembro de 2011. Dispõe sobre a Educação Especial, o Atendimento Educacional Especializado e dá outras Providências. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7611.htm.

Brasil. (2012). Lei N° 12.764, de 27 de Dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e Altera O § 3º do Art. 98 da Lei N° 8.112, de 11 de Dezembro de 1990. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112764.htm.

Brasil. (2013a). Nota Técnica N° 055 / 2013 / Mec / Secadi / Dpee. Disponível em: <https://pcd.mppr.mp.br/arquivos/File/NOTATECNICAN°55Centros de AEE.pdf>.

Brasil. (2013b). Resolução N° 10 de 18 de Abril de 2013. Dispõe sobre os Critérios de Repasse e Execução do Programa Dinheiro Direto na Escola (PDDE), Em Cumprimento ao Disposto na Lei 11.947, de 16 de Junho de 2009. Disponível em: <https://www.fnde.gov.br/acessibilidade/item/4386-resolu%C3%A7%C3%A3o-cd-fnde-n%C2%BA-10,-de-18-de-abril-de-2013#:~:text=Resolu%C3%A7%C3%A3o%2FCD%2FFNDE%20n%C2%BA%2010%2C%20de%2018%20de%20abril%20de,Lei%2011.947%2C%20de%2016%20de%20junho%20de%202009>.

Brasil. (2014a). Decreto N° 8.368, de 2 de Dezembro de 2014. Regulamenta a Lei N° 12.764, de 27 de Dezembro de 2012, Que Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/decreto/d8368.htm.

Brasil. (2014b). Lei N° 13.005 - Plano Nacional de Educação - PNE e dá Outras Providências. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113005.htm.

Brasil. (2015a). Lei N° 13.146 - Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm.

Brasil. (2015b). Orientações para Implementação da Política de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. Disponível em:

http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=17237-secadi-documento-subsidiario-2015&category_slug=marco-2015-pdf&Itemid=30192.

Brasil. (2020). Decreto Nº 10.502, de 30 de Setembro de 2020 Institui a Política Nacional de Educação Especial: Equitativa, Inclusiva e com Aprendizado ao Longo da Vida. Disponível em: <https://doi.org/10.502>.

Brasil. (2021). Lei nº 14.254 de 30 de novembro de 2021. Dispõe sobre o acompanhamento integral para educandos com dislexia ou Transtorno do Deficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) ou outro transtorno de aprendizagem. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/Lei/L14254.htm.

Bretherton, I. (2013). Revisiting Mary Ainsworth's Conceptualization and Assessments of Maternal Sensitivity-Insensitivity. *Attachment And Human Development*, 15(5–6), 460–484. <https://doi.org/10.1080/14616734.2013.835128>.

Brites, C., Salgado-Azoni, C. A., Ferreira, T. L., Lima, R. F., & Ciasca, S. M. (2015). Development and Applications of the Swan Rating Scale for Assessment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Literature Review. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 48(11), 965–972. <https://doi.org/10.1590/1414-431x20154528>.

Brock, S. E., Jimerson, S. R., & Hansen, R. L. (2009). Identifying, Assessing, and Treating ADHD at School. <http://www.springer.com/series/7495>.

Bruce, B., Thernlund, G., & Nettelbladt, U. (2006). ADHD and Language Impairment: A Study of the Parent Questionnaire Ftf (Five to Fifteen). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15(1), 52–60. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0508-9>.

Brzozowski, F. S. (2020). A influência do “modelo centrado na doença” no uso de medicamentos para problemas de aprendizagem na escola. *Revista Política & Sociedade*, v. 19 n. 46, p 242-268. DOI: <https://doi.org/10.5007/2175-7984.2020.e75147>

Bussing, R., Zima, B. T., Mason, D. M., Meyer, J. M., White, K. A., & Garvan, C. W. (2012). ADHD knowledge, perceptions, and information sources: perspectives from a community sample of adolescents and their parents. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 51 6, 593-600.

Buttow, C. S. & Figueiredo, V. L. M (2019). Evidências do IMO para TDAH Psico-USF, Bragança Paulista, v. 24, n. 1, p. 109-117, jan./mar. 2019 disponível em: bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542017000100005&lng=pt&tlng=pt.

Cáceres-Assenço, A. M., Giusti, E., Gândara, J. P., Puglisi, M. L., & Takiuchi, N. (2020). Porque devemos falar sobre Transtorno do Desenvolvimento da Linguagem.

Audiology - Communication Research, 25. <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2020-2342>.

Caldeira, T., Gonçalves, C., & Pereira, S. A. (2004). Atraso da Linguagem - Casuística da Consulta de Desenvolvimento. www.asic.pt.

Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). Iramuteq: Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), 513–518. <https://doi.org/10.9788/tp2013.2-16>.

Camilo, L. A. & Pereira Junior, A. (2014). O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e autoorganização. *Rev. Simbio-logias (botucatu)*, v. 07, n 10, p. 134.

Campos, A. & Halliday, L. F., (2020). Implications of the Terminological Change: From “Specific Language Disorder” to “Language Developmental Disorder”. *Rev. Dig. Eos Perú*. Vol. 8(2) Jul- Pp. 79-90.

Campos, C. C. P., Silva, F. C. P., & Ciasca, S. M. (2018). Expectativa de Profissionais da Saúde e de Psicopedagogos sobre Aprendizagem e Inclusão Escolar de Indivíduos com Transtorno de Espectro Autista. *Revista Psicopedagogia*, 35, 3–13.

Capovilla, F. (1997). Versão Brasileira do Teste de Vocabulário por Imagens Peabody. *Distúrbios da Comunicação*, 8 (2), 151-162.

Carlhed, C., Björck-Åkesson, E., & Granlund, M. (2003). Parent Perspectives on Early Intervention: The Paradox of Needs and Rights. *British Journal of Developmental Disabilities*, 49(2), 69–80. <https://doi.org/10.1179/096979503799104075>.

Carlino, F. C., Prette, A. D., & Abramides, D. V. M.. (2013). Avaliação do grau de inteligibilidade de fala de crianças com desvio fonológico: implicações nas habilidades sociais. *Revista CEFAC*, 15(1), 10–16. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462011005000106>.

Casali-Robalinho, I. V., Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A. (2015). Habilidades Sociais como Predictoras de Problemas de Comportamento em Escolares. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Jul-Set 2015, Vol. 31 n. 3, pp. 321-330 <http://dx.doi.org/10.1590/0102-3772201503211032133>.

Castro, C. X. L., & Lima, R. F. (2018). Consequências do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na Idade Adulta. *Revista Psicopedagogia*, 35(106), 61-72. Recuperado em 27 de Julho de 2020, http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0103-84862018000100008&lng=pt&tlng=pt.

Ceron, M. I., Gubiani, M. B., De Oliveira, C. R., Gubiani, M. B., & Keske-Soares, M. (2017). Prevalence of Phonological Disorders and Phonological Processes in Typical and Atypical Phonological Development. *Codas*, 29(3). <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172015306>.

- Cia, F. & Barham, E. J. (2009). Repertório de habilidades sociais, problemas de comportamento, autoconceito e desempenho acadêmico de crianças no início da escolarização. *Estudos de Psicologia Campinas* 26(1) 45-55, janeiro – março.
- Cohen, N. J., Barwick, M. A., Horodezky, N. B., Vallance, D. D., & Im, N. (1998). Language, Achievement, and Cognitive Processing in Psychiatrically Disturbed Children with Previously Identified and Unsuspected Language Impairments. In *J. Child Psychol. Psychiat* (Vol. 39, Issue 6).
- Cohen, N. J., Vallance, D. D., Barwick, M., Im, N., Menna, R., Horodezky, N. B., & Isaacson, L. (2000). The Interface between ADHD and Language Impairment: An Examination of Language, Achievement, and Cognitive Processing. In *J. Child Psychol. Psychiat* (Vol. 41, Issue 3).
- Cordinhã, A. C., & Boavida, J. (2008). A criança hiperactiva: Diagnóstico, avaliação e intervenção. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 24(5), 577–89. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v24i5.10548>.
- Correia, A. R. P. S., (2020). Linhas Orientadoras para Avaliação e Diagnóstico Precoce de Perturbação do Desenvolvimento de Linguagem. Escola Superior de Saúde. Politécnica do Porto.
- Costa, L. S., Silva, P. B., Azevedo, M. F., & Gil, D. (2017). Percentage of Correct Consonants (PCC) in Hearing Impaired Children: A Longitudinal Study. *Revista Cefac*, 19, 171–178. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201719211016>.
- Costa, G. S. & Porto, R. M. (2022). Tratamento Medicamentoso do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade na Infância: Uma Revisão Integrativa Contemporânea – Revista de Ética e Filosofia Política, v. 2, n. 2, mar./abr. 2022. ISSN 2447-0961.
- Coughlin, M. B., & Sethares, K. A. (2017). Chronic Sorrow in Parents of Children with a Chronic Illness or Disability: An Integrative Literature Review. In *Journal of Pediatric Nursing* (Vol. 37, Pp. 108–116). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.06.011>.
- Coutinho, A. P. (2012). As Perturbações da Aquisição e do Desenvolvimento da Linguagem: Um Estudo Preliminar da Prevalência, dos Fatores Associados e das Necessidades de Encaminhamento para Terapia da Fala em Crianças de Idade Pré-Escolar do Concelho de Oeiras. Universidade Nova de Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 10–11, 21.
- Couto, T. S., Melo-Junior, M. R., Cláudia Roberta de Araújo Gomes, C. R. A. (2010). Aspectos Neurobiológicos do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): uma Revisão. *Ciências & Cognição* 2010; Vol 15 (1): 241-251 ISSN 1806-5821.
- Crestani, A. H., Oliveira, L. D., Vendruscolo, J. F., & Ramos-Souza, A. P. (2012). Distúrbio Específico de Linguagem: A Relevância do Diagnóstico Inicial Specific

Language Impairment: The Relevance of the Initial Diagnosis. *Revista Cefac*. 15(1), 228–237. <https://doi.org/10.1590/s1516-18462012005000105>.

Cristian Tudorean, O., & Ghergut, A. (2020). Specific Language Impairment and Language Delay: An Analysis of Developmental Language Disorder Characteristics in a Group of Romanian Children. *Journal for Reattach Therapy and Developmental Diversities*, 3(2), 40–55. <https://doi.org/10.26407/2020jrtd.1.37>.

Cunha, V. L. O.; Silva, C.; Lourencetti, M. D.; Padula, N. A. M. R.; Capellini, S. A. (2013) Desempenho de escolares com transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em tarefas metalinguísticas e de leitura. *Rev. CEFAC*, v. 15, n. 1, p. 40-50.

Curtis, P. R., Pepper, R., Frey, J. R., Watson, C. D., Hampton, L. H., & Roberts, M. Y. (2018). Language Disorders and Problem Behaviors: A Meta-Analysis. *Pediatrics*, 142(2), 20173551.

Da Silva, C., Cunha, V. L. O., & Capellini, S. A. (2011). Desempenho Cognitivo-Linguístico e em Leitura de Escolares com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. In *Journal of Human Growth and Development* (Vol. 21, Issue 3).

Dancey, C., & Reidy, J. (2020). *Statistics without Maths for Psychology* (8. ed.). Londres: Pearson.

Davies, K. E. (2014). Parents' and Speech and Language Therapists' Roles in Intervention for Pre-School Children with Speech and Language Needs. Health Professions Department. Manchester Metropolitan University.

De Luccia, D. P. B. (2014). Transtornos de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) diagnosticado na Infância: A Narrativa do Adulto e as Contribuições da Psicanálise. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo - SP.

Dehn, M. J. (2008). *Working memory and academic learning assessment and intervention*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2001). *Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo* (4ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.

Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2005). *Psicologia das Habilidades Sociais na Infância: Teoria e Prática*. Petrópolis: Vozes.

Del Prette, A. & Del Prette, Z.A.P. (2011). *Habilidades sociais: intervenções efetivas em grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2013). *Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática*. Petrópolis: Vozes, 2013.

Del Prette, Z. A. P., Bandeira, M., Del Prette, A., Freitas, L. C. (2016). *Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica para*

Crianças – SSRS: Manual de Aplicação, Apuração e Interpretação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016.

- Di Stefano, C. & Morgan, G. B (2014). A Comparison of Diagonal Weighted Least Squares Robust Estimation Techniques for Ordinal Data, Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 21:3, 425-438, DOI: 10.1080/10705511.2014.915373.
- Dias, R. F., & Mezzomo, C. L. (2016). Terapia Fonoaudiológica para os Desvios Fonológicos com Base na Estimulação de Habilidades em Consciência Fonológica Distúrbios Comun. São Paulo, 28(1): 14-26.
- Dilaimi, A. (2013). New Zealand Primary School Teachers' Knowledge and Perceptions of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). Master in Educational Psychology at Massey University, Albany, New Zealand.
- Do Valle, T. G. M., & Garnica, K. R. H. (2009). Avaliação e treinamento de habilidades sociais de crianças em idade pré-escolar. In T. G. M. Do Valle (Eds.), Aprendizagem e desenvolvimento humano: avaliações e intervenções (pp. 49- 75). São Paulo: Cultura Acadêmica.
- Dodangi, N., Vameghi, R., & Habibi, N. (2017). Evaluation of Knowledge and Attitude of Parents of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Children Towards Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Clinical Samples. Iranian Journal of Psychiatry, 12(1), 42–48.
- Dodd, B. *Differential diagnosis and treatment of children with speech disorder*. 2nd. Philadelphia: Whurr; 2005.
- Dodd, B., Holm, A., Crosbie, S., and McCormack, P. (2005). Differential diagnosis of phonological disorders. In: Dodd, B. (Ed.). *Differential Diagnosis and Treatment of Children with Speech Disorder*. Second Edition. London and Philadelphia: Whurr Publishers, pp. 44-70.
- Duarte, I. (2008). O conhecimento da língua: desenvolver a consciência linguística. *Lisboa: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular*.
- Duarte, T. B., Borges, V. N., Padovani, R. M. C., Rocha, T. C. C., Ferreira, L. T. V., Kalil, J. H. (2021). TDAH: Atualização dos Estudos que trazem Diagnóstico e Terapêutica baseado em Evidências. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR Vol.35,n.2, pp.66-72 (Jun - Ago)*.
- Durkin, K., & Conti-Ramsden, G. (2007). Language, Social Behavior, and the Quality of Friendships in Adolescents with and Without a History of Specific Language Impairment. In *Child Development* 78:1441–1457.
- Eadie, P., Conway, L., Hallenstein, B., Mensah, F., Mckean, C., & Reilly, S. (2018). Quality of Life in Children with Developmental Language Disorder. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 53(4), 799–810. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12385>.

PHDA na População Infantil: Conhecimentos/Crenças, Comportamento Social e Linguístico e a Intervenção de AEE.

Esperón, J. M. T., Cabral, I. E., Leal, R. J., Rodrigues, E. C., Christoffel, M. M., Moraes, J. R. M. M., (2018). Tradução e Adaptação Cultural de Instrumentos de Coleta de dados sobre Construção de Gênero na Infância. *Esc. Anna Nery*, 22(3): e20170371.

Effgem, V., Canal, C. P. P., Missawa, D. D. A., & Rossetti, C. B. (2017). A visão de profissionais de saúde acerca do TDAH – Processo diagnóstico e práticas de tratamento. *Construção psicopedagógica*, 25(26), 34-45.

Escarce, A. G., Machado-Nascimento, N., Lemos, S. M. A. (2020). Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e alterações fonoaudiológicas. *Distúrbio Comum*, São Paulo, 32(3): 523-528, setembro, 2020. <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2020v32i3p523-528>.

Feldman, H. M. (2019). How Young Children Learn Language and Speech. *Pediatrics in Review*, 40(8), 398–411. <https://doi.org/10.1542/pir.2017-0325>.

Felicio, N. C. de Fantacini, R. A. F., & Torezan, K. R. (2016). Atendimento Educacional Especializado: Reflexões Acerca da Formação de Professores e das Políticas Nacionais. *Revista Eletrônica de Educação*, 10(3), 139–154. <https://doi.org/10.14244/198271991508>.

Fernandes, F.D. M. (2004). Pragmática. In: Andrade. C. R. F., Befi-Lopes, D. M., Fernandes, F. D. M., Wertzner, H. F., editores. *ABFW: Teste de Linguagem Infantil nas Áreas de Fonologia, Vocabulário, Fluência e Pragmática*. 2º Edição - Revisada, Ampliada e Atualizada Ed.Barueri: Pró-Fono; 2004. Cap.04.

Fernandez, S., Mínguez, R. & Casas, A. (2007). Conocimientos, concepciones erróneas y lagunas de los maestros sobre el trastorno por déficit de atención com hiperactividad. *Psicothema*, 19, 4, 585-590.

Ferreira, L. P., Belfi-Lopes, D. M., Limongi, S. C. O. (orgs) (2004). *Tratado de Fonoaudiologia*. São Paulo: Roca Ltda.

Ferreira, D. C. K. (2016). Salas de Atendimento Educacional Especializado (AEE) na Rede Regular Pública de Ensino Paranaense: Desafios, Limites e Possibilidades do Paradigma Inclusivo. *Revista Educação Especial*, 29(55), 281. <https://doi.org/10.5902/1984686x17121>.

Ferreira, M. C. B., Ayalla, K. O., De Oliveira, M. M., & Rocha, M. M. (2016). Efeitos e Limites de um Programa de Habilidades Sociais Educativas para Pais de Crianças com TDAH. *Revista Conexão Uepg*, 12, 38–53.

Ferrin, M., Ruiz-Veguilla, M., Blanc-Betes, M., Abd, S. E., Lax-Pericall, T., Sinclair, M., & Taylor, E. (2012). Evaluation of Attitudes towards Treatment in Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 21(7), 387–401. <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0277-6>.

Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS*. London: SAGE Publications.

- Field, A. (2018). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (5a Ed.). Los Angeles: Sage Publications.
- Fontinele, F. C., Silva, M. L. (2021). Intervenção fonoaudiológica em pacientes com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): revisão de literatura. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 1, e19710111561, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11561>.
- Fragoso, A. O., Menezes, A., Dias, N. M., Seabra, A. G. (2013). Dificuldade de Leitura em Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: Relato de Intervenção com o Método Fônico. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, São Paulo, v.13, n.1, p. 14-27.
- Franco, M. G., Reis, M. J., Gil, T. M. S. (2003). *Domínio da Comunicação, Linguagem e Fala: Perturbações Específicas de Linguagem em Contexto Escolar – Fundamentos*. Ministério da Educação – Lisboa.
- Freitas, J. S., Figueiredo, K. C., Bomfim, N. R., & Mendonça, T. F. R. (2011). Tdah: Nível de Conhecimento e Intervenção em Escolas do Município de Floresta Azul, Bahia. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 3, 175–183.
- Freitas, L. C., & Del Prette, Z. A. P. (2013). Habilidades Sociais de Crianças com Diferentes Necessidades Educacionais Especiais: Avaliação e Implicações para Intervenção. *Avances en Psicología Latino americana/Bogotá (Colombia)*, 31, 344–362.
- Gallagher, A. L., Murphy, C. A., Conway, P., & Perry, A. (2019). Consequential Differences in Perspectives and Practices Concerning Children with Developmental Language Disorders: An Integrative Review. In *International Journal of Language and Communication Disorders* (Vol. 54, Issue 4, Pp. 529–552). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12469>.
- Geurts, H. M., & Embrechts, M. (2008). Language Profiles in ASD, SLI, and ADHD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(10), 1931–1943. <https://doi.org/10.1007/s10803-008-0587-1>.
- Geurts, H. M., Broeders, M., & Nieuwland, M. S. (2010). Thinking outside the Executive Functions Box: Theory of Mind and Pragmatic Abilities in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *European Journal of Developmental Psychology*, 7(1), 135–151. <https://doi.org/10.1080/17405620902906965>.
- Giacchini, V., Mota, H. B., & Mezzomo, C. L.. (2011). Diferentes modelos de terapia fonoaudiológica nos casos de simplificação do onset complexo com alongamento compensatório. *Revista CEFAC*, 13(1), 57–64. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462011000100008>.
- Gil, R. (2010). *Neuropsicologia*. 4. Ed. São Paulo: Santos Editora.
- Gilmore, L. (2010). Community Knowledge and Beliefs About ADHD. *The Educational and Developmental Psychologist*, 27, 20 - 30.

- Goldin-Meadow, S. (2015). Studying the Mechanisms of Language Learning by Varying the Learning Environment and the Learner. In *Language, Cognition and Neuroscience* (Vol. 30, Issue 8, Pp. 899–911). Routledge. <https://doi.org/10.1080/23273798.2015.1016978>.
- Gomes, M., Palmin, A., Barbirato, F., Rohde, L. A., Mattos, P. (2007) Conhecimento sobre o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade no Brasil. *J Bras Psiquiatr*, 56(2): 94-101, 2007.
- Gomes, A. (2011) *Perturbações de Linguagem no Subdomínio Morfosintático: Caracterização, Avaliação e Intervenção*. Instituto Politécnico de Setúbal. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa.
- Gomes, N. L. (2012). Desigualdades e Diversidade na Educação. *Educ. Soc.*, Campinas, V. 33, N. 120, P. 687-693, Jul.-Set. <https://doi.org/10.1590/s0101-73302012000300002>.
- Gonçalves-Guedim, T. F., Capelatto, I. V., Salgado-Azoni, C. A., Ciasca, S. M., & Crenitte, P. A. P. (2017). Desempenho do Processamento Fonológico, Leitura e Escrita em Escolares com Transtorno de déficit de Atenção e Hiperatividade. *Revista Cefac*, 19(2), 242–252. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201719220815>.
- Goulart, B. N. G., & Chiari, B. M. (2007). Prevalência de Desordens de fala em Escolares e Fatores Associados. *Rev. Saúde Pública*, 41(5):726-31.
- Goulart, B. N. G., & Chiari, B. M. (2014). Distúrbios de Fala e dificuldades de Aprendizagem no Ensino Fundamental Speech Disorders and Grade Retention in Elementary. *Revista Cefac*, 16(3), 810–816. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201424912cc>
- Green, B. C., Johnson, K. A., & Bretherton, L. (2014). Pragmatic Language Difficulties in Children with Hyperactivity and Attention Problems: An Integrated Review. In *International Journal of Language and Communication Disorders* (Vol. 49, Issue 1, Pp. 15–29). <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12056>.
- Gresham, F. M., Elliot, S., Vance, M. J., Cook, C. R. (2011). Comparability of the Social Skills Rating System to the Social Skills Improvement System: Content and Psychometric Comparisons Across Elementary and Secondary Age Levels. *School Psychology Quarterly*, 26 (1), 27-44. Doi:10.1037/a0022662.
- Guardiano, M., Candeias, L., Guimarães, J.C., Viana, V. Almeida, P. (2014). Avaliação da Leitura e escrita de crianças com perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção. *Acta Pediatr Port*; 45:90-98.
- Gudmundsdottir, B. G. (2014). The Psychometric Properties of the ADHD Beliefs the Psychometric Properties of the ADHD Beliefs Scale. <https://digitalcommons.uri.edu/theses>.

- Guidolim, K., Ferreira, T. L., Ciasca, S. M. (2013). Habilidades sociais em crianças com queixas de Hiperatividade e desatenção. *Rev. Psicopedagogia* 2013; 30(93): 159-68.
- Guillemin, F., Bombardier, C., Beaton, D. (1993). Cross-cultural Adaptation of Health-related Quality of Life Measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol.* 1993 Dec;46(12):1417-32. doi: 10.1016/0895-4356(93)90142-n. PMID: 8263569.
- Haas, P., Oliveira, A. M. De, Pamplona, M., Besen, E., Moreira, E., & Deschamps, L. M. (2021). Intervenções Fonológicas em Crianças com Desvio Fonológico: Uma Revisão Sistemática. *Recima21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218*, 2(9), E29694. <https://doi.org/10.47820/recima21.v2i9.694>.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2014). *Multivariate Data Analysis: Pearson New International Edition*. Essex: Pearson Education Limited.
- Hampel, P., Manhal, S., Roos, T., & Desman, C. (2008). Interpersonal Coping among Boys with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11(4), 427–436. <https://doi.org/10.1177/1087054707299337>.
- Hawkins, E., Gathercole, S., Astle, D., & Holmes, J. (2016). Language Problems and ADHD Symptoms: How Specific are the Links? *Brain Sciences*, 6(4). <https://doi.org/10.3390/brainsci6040050>.
- Herbert, J. D., Crittenden, K., & Dalrymple, K. L. (2004). Knowledge of social anxiety disorder relative to attention deficit hyperactivity disorder among education professional. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 366-372.
- Hess, M., Scheithauer, H., Kleiber, D., Wine, N., Erhart, <., & Raven-Sieberer, U. (2013). The Parent Version of the Preschool Social Skills Rating System: Psychometric analysis and adaptation with a German preschool sample. *Journal of Psychoeducational Assessment*, no prelo.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2009). *Investigação por Questionário (2ª ed.)*. Lisboa: Sílabo.
- Hinshaw, S. P., Scheffler, R. M., Fulton, B. D., Aese, H., Banaschewski, T., Cheng, W., Mattos, P., Holte, A., Levy, F., Sadeh, A., Segeant, J. A., Taylor, E., & Weiss, M. (2011). International Variation in Treatment Procedures for Adhd: Social Context and Recent Trends. *Psychiatric Services*, 62, 459–464. www.caddra.ca
- Hornby, G. (2015). Inclusive Special Education: Development of a New Theory for the Education of Children with Special Educational Needs and Disabilities. *British Journal of Special Education*, 42(3), 234–256. <https://doi.org/10.1111/1467-8578.12101>.
- Indrusiak, C. S., & Rockenbach. (2012). Prevalência de Desvio Fonológico em Crianças de 4 a 6 Anos de Escolas Municipais de Educação Infantil de Canoas Rs. *Rev. Cefac*. 2012 Set-Out; 14(5):943-951.

- Johnson, C. J., & Johnson, C. J. (2007). Prevalence of Speech and Language Disorders in Children. <http://www.literacyencyclopedia.ca>.
- Jurado, M., Cumbá-Avilé, E., Collazo, L. C. & Matos, M. (2006). Reliability and Validity of a Spanish Version of the Social Skills Rating System – Teacher Form. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 24, 195-209.
- Kauffman, J. M., Hirsch, S. E., Badar, J., Wiley, A. L., & Barber, B. R. (2014). Special Education Today in the United States of America. In *Advances in Special Education* (Vol. 28, Pp. 3–31). Emerald Group Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1108/s0270-401320140000028001>.
- Keske-Soares, M., Uberti, L. B., Gubiani, M. B., Gubiani, M. B., Ceron, M. I., & Pagliarin, K. C. (2018). Performance of Children with Speech Sound Disorders in the Dynamic Evaluation of Motor Speech Skills. *Codas*, 30(2). <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182017037>.
- Ladányi, E., Persici, V., Fiveash, A., Tillmann, B., & Gordon, R. L. (2020). Is Atypical Rhythm a Risk Factor for Developmental Speech and Language Disorders? In *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science* (Vol. 11, Issue 5). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/wcs.1528>.
- 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. In *Int. J. Lang. Comm. Dis* (Vol. 35, Issue 2). <http://www.tandf.co.uk/journals/tf/13682822.html>.
- Leckman, J. F., Grice, D. E., Boardman, J., Zhang, H., Vitale, A., Bondi, C., Alsobrook, J., Peterson, B. S., Cohen, D. J., Rasmussen, S. A., Goodman, W. K., McDougle, C. J., & Pauls, D. L. (1997). Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder. In *Am J Psychiatry* (Vol. 154, Issue 7).
- Lee. (2008). Speech, Language and Communication Needs and Primary School-Aged Children. www.thecommunicationtrust.org.uk
- Legnani, V. N. (2008). A Diagnostic Construction of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Critic Discussion. In *Arquivos Brasileiros de Psicologia* (Issue 1). <http://www.psicologia.ufrj.br/abp/>
- Leonard, L. (2020). A 200-Year History of the Study of Childhood Language Disorders of Unknown Origin. *Rev. Dig. Eos Perú*. Vol. 8(2) 2020 Jul-Dic Origin: Changes in Terminology. *Perspectives of the Asha Special Interest Groups*, 5(1), 6-11. https://doi.org/10.1044/2019_pers-sig1-2019-0007.
- Lima, C.C. & Albuquerque, G. (2003). Avaliação de linguagem e comorbilidade com transtorno de linguagem. In Rhodle L. A., Matos, P. Editors. *Princípios e Práticas em TDAH*. Porto Alegre: Artmed.

PHDA na População Infantil: Conhecimentos/Crenças, Comportamento Social e Linguístico e a Intervenção de AEE.

Lima, R. (2009). *Fonologia infantil: aquisição, avaliação e intervenção*. Edições Almedina, SA.

Lima, C. (2015). *Perturbações do Neurodesenvolvimento: Manual de Orientações Diagnósticas e Estratégias de Intervenção*. Lisboa: Lidel.

Lima, R., & Cunha, C. (2017). *Linguagem Escrita: Atividades de Conhecimento Fonológico*. Lisboa: Lidel. Disponível em: https://issuu.com/lidel/docs/9789897521638_issuu_linguagem_escr.

Lindau, T. A., Lucchesi, F. D. M., Rossi, N. F., Giacheti, C. M. (2015). Instrumentos Sistemáticos e Formais de Avaliação da Linguagem de Pré-Escolares no Brasil: Uma Revisão de Literatura *Rev. Cefac*. 2015 Mar-Abr; 17(2):656-662.

Lindsay, G., & Strand, S. (2016). Children with Language Impairment: Prevalence, Associated Difficulties, and Ethnic Disproportionality in an English Population. *Frontiers In Education*, 1. <https://doi.org/10.3389/feduc.2016.00002>.

Longo, I. A., Tupinelli, G. G., Hermógenes, C., Ferreira, L. V., & Molini-Avejonas, D. R. (2017). Prevalence of Speech and Language Disorders in Children in the Western Region of São Paulo. *Codas*, 29(6). <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172016036>

Louzã Neto, M. R. (2010). Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Breve História do Conceito. In. *TDAH ao Longo da Vida [Recurso Eletrônico]* Mario Rodrigues Louzã Neto e Colaboradores - Dados Eletronicos - Porto Alegre: Artmed, 2010, P.13-21.

Love, A. J. & Tompson, M. G. G. (1988). Language Disorders and Attention Deficit Disorder in Young Children Referred for Psychiatric Assessment. *American Journal of Orthopsychiatry*.58:52–63.

Machado-Nascimento, N., Melo, E., Kümmer, A., Lemos, S. M. A. (2016). Speech-Language Pathology Findings in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Systematic Literature Review. *Codas*, 28(6), 833–842. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20162015270>.

Macharey, G., & Von Suchodoletz, W. (2008). Perceived Stigmatization of Children with Speech-Language Impairment and Their Parents. *Folia Phoniatria Et Logopaedica*, 60(5), 256–263. <https://doi.org/10.1159/000151763>.

Maia, M. I. R., & Confortin, H. (2015). TDAH e Aprendizagem: Um Desafio Para a Educação Perspectiva, *Erechim*. V. 39, N.148, P. 73-84, Dezembro/2015.

Malloy-Diniz, L. F., Leite, W. B., Moraes, P. H. P., Correa, H., Bechara, A., Fuentes, D.I. (2008). Brazilian Portuguese version of the Iowa Gambling Task: transcultural adaptation and discriminant validity. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30(2), 144-148. Epub April 28. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008005000009>.

- Martinago, F. (2018) TDAH e Ritalina: neuronarrativas em uma comunidade virtual da Rede Social Facebook. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(10):3327-3336, 2018 DOI: 10.1590/1413-812320182310.15902018.
- Martins, R. A., Ribeiro, M. G., Pastura, G. M. C., & Monteiro, M. C. (2020). Remediação Fonológica em Escolares com TDAH e Dislexia. *Codas*, 32(5), E20190086. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192019086>.
- Martins, S. C. P. & Pinto, L. P. (2022). Competências acadêmicas e habilidades sociais: Estudo correlacional em crianças. *Rev. Psicopedagogia* 2022;39(118):5-13.
- Marton, I., Wiener, J., Rogers, M., Moore. C. (2015). Friendship Characteristics of Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders* 2015, Vol. 19(10) 872–881 DOI: 10.1177/1087054712458971.
- Mazzoni, H. M. O. & Tabaquim, M. L. M. (2010). Distúrbios de conduta e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: uma análise diferencial. *Revista de psicologia, Fortaleza*, v. 1 n. 1, p. 63-74, jan./jun, 2010.
- Mcgregor, K. K., Goffman, L., Horne, A. O. V., Hogan, T. P., & Finestack, L. H. (2020). Developmental Language Disorder: Applications for Advocacy, Research, and Clinical Service. 5, 38–46.
- Mclaughlin, M. R. (2011). Speech and Language Delay in Children (Vol. 83, Issue 10). <http://www.briggscorp.com>.
- McLeod, S., Harrison, L. J., & McCormack, J. (2012). The intelligibility in Context Scale: validity and reliability of a subjective rating measure. *Journal of speech, language, and hearing research: JSLHR*, 55(2), 648–656. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2011/10-0130\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2011/10-0130)).
- McLeod, S. (2015). Intelligibility in Context Scale. A Parente-Report Screening Tool Translated Into 60 Languages. In *Jcpslp* (Vol. 17). www.speechpathologyaustralia.org.au.
- McLeod, S., Harrison, L., Mcallister, L., & McCormack, J. (2009). Correspondence Between Direct Assessment of Speech and Language Impairment in 4-To 5-Year Year-Olds and Lsac Measures of Parent and Teacher Reported Concern. <http://www.aifs.gov.au/growingup/>.
- Medeiros, V. P., Valença, R. K. L., Guimarães, J. A. T. L., & Costa, R. C. C. (2013). Vocabulário Expressivo e Variáveis Regionais em uma Amostra de Escolares de Maceió. In *Artigo Original Acr18(2):71-7*.
- Menezes, E. T. de. (2001) Verbete necessidades educacionais especiais. *Dicionário Interativo da Educação Brasileira – Educa Brasil*. São Paulo: Midiamix Editora. Disponível em <<https://www.educabrasil.com.br/necessidades-educacionais-especiais/>>. Acesso em 23 mai 2022.

- Mezzomo, C. L., & Luiz, S. W. (2012). Interferência da Variante Linguística nas Estratégias de Reparo utilizadas no Processo de Aquisição Fonológica. *Jornal, Sociedade Brasileira Fonoaudiologia*, 24(3), 239–247.
- Moldavsky, M., & Sayal, K. (2013). Knowledge and Attitudes About Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Its Treatment: The Views of Children, Adolescents, Parents, Teachers and Healthcare Professionals. *Current Psychiatry Reports*, 15(8). <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0377-0>
- Monteiro, L. C.; Russo, M. M.; Lunardi, L. L.; Louzã Neto, M. R (2010). Etiopatogenia e Fisiopatologia. In. TDAH ao Longo da Vida [Recurso Eletrônico] Mario Rodrigues Louzã Neto e Colaboradores - Dados Eletronicos - Porto Alegre: Artmed, 2010, P.67.
- Moreira, J. M. (2009). Questionários: Teoria e Prática. Coimbra: Almedina.
- Mota, C. P., Matos, P. M., & Lemos, M. S. (2011). Psychometric Properties of the Social Skills Questionnaire: Portuguese adaptation of the student form (grades 7 to 12). *The Spanish Journal of Psychology*, 14 (1) 486-499.
- Moura, L. T., Silva, K. P. M., & Silva, K. P. M. (2019). Alunos com TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade): Um Desafio na Sala de Aula. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 22, E611. <https://doi.org/10.25248/reas.e611.2019>.
- Mourão-Júnior, C. A., & Melo, L. B. R. (2011). Integração de Três Conceitos: Função Executiva, Memória de Trabalho e Aprendizado. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(3), 309–314.
- Mousinho, R., Schmid, E., Pereira, J., Lyra, L., Mendes, L., & Nobrega, V. (2008). Aquisição e Desenvolvimento da Linguagem: Dificuldades que podem surgir neste percurso. *Revista Psicopedagogia*, 25, 297–306.
- Mueller, K. L., & Tomblin, J. B. (2012). Examining the Comorbidity of Language Impairment and Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. In *Topics in Language Disorders* (Vol. 32, Issue 3, Pp. 228–246). <https://doi.org/10.1097/tld.0b013e318262010d>.
- Nakamura, L.; Reveles, L. T. G.; Andrade, E. R. (2010). Comorbidades e Diagnóstico Diferencial. In. TDAH ao Longo da Vida [Recurso Eletrônico] Mario Rodrigues Louzã Neto E Colaboradores - Dados Eletronicos - Porto Alegre: Artmed, 2010, P. 173-183.
- Neto, A. S. (2014). Hiperatividade e Défice de Atenção: As respostas que pais e professores procuram. (Equipa de Neurodesenvolvimento do Hospital CUF Descobertas, Ed. Lisboa: Verso de Kapa.
- Nicolielo, A. P., Gejão, M. G., Lopes-Herrea, S. A., Maximino, L. P. (2014). Evolução do Processo Terapêutico Fonoaudiológico no Distúrbio Específico de Linguagem (Del): Relato de Caso Pró-Fono *Revista de Atualização Científica*. 2010 Out-Dez;22(4):491-6.

PHDA na População Infantil: Conhecimentos/Crenças, Comportamento Social e Linguístico e a Intervenção de AEE.

Nogueira, L. R. M., & Correa, M. J. S. (2019). Intervenção Multidisciplinar no Transtorno TDAH. *Rcc, Juara/Mt/Brasil*, V. 5, N. 1, P. 69-79, Maio/Ago. 2019, Issn: 2525-670x

Norbury, C. F., Gooch, D., Wray, C., Baird, G., Charman, T., Simonoff, E., Vamvakas, G., & Pickles, A. (2016). The Impact of Nonverbal Ability on Prevalence and Clinical Presentation of Language Disorder: Evidence from a Population Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 57(11), 1247–1257. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12573>

Nunes, G. S. (2017). TCC no Tratamento da Ansiedade Generalizada e suas Técnicas. CETCC- Centro De Estudos Em Terapia Cognitivo-comportamental. São Paulo.

Ohan, J., Cormier, N., Hepp, S., Visser, T. & Strain, M. (2008). Does knowledge about Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Impact teachers' reported behaviours and perceptions. *School Psychology Quarterly*, 23, 3, 436-449. DOI: 10.1037/1045 - 3830.23.3.436.

Ogden, T. (2003). The Validity of Teacher Ratings of Adolescents Social Skills. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 47,63-75.

Oliveira, C.M.C., Souza, H.A., Santos, A.C., Cunha, D.S. (2012). Análise dos fatores de risco para gagueira em crianças disfluentes sem recorrência familiar. *Rev. CEFAC*, São Paulo, v.14, n.6, 1028-1035.

Oliveira, A. P., Capellini, V. I. M. E., Rodrigues, O. M. P. R., Bolsoni-Silva, A. T. (2021). Habilidades Sociais e Altas Habilidades/Superação. *Psicologia: Ciencia e Profissão* 2021 v. 41, e219590, 1-17.

OPAS - Pan-Americana de Saúde/Brasil. (2020). Classificação Internacional de Doenças - Cid 11 - Disponível Em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com...cid-11...>

Organização Mundial de Saúde (1998). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Cid-10: Diretrizes Diagnósticas e de Tratamento para Transtornos Mentais em Cuidados Primários. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

Oshima, M. & Parra, C. R. (2015). Alterações da linguagem oral em crianças com PHDA e suas implicações sociais. Disponível em: www.psicologia.pt. ISSN 1646-6977.

Osório, P. F., & Sardagna, H. V. (2020). A Falta de Oferta do Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica: Narrativas dos Professores de uma Escola Pública. *Educação, Ciência e Cultura*, 25(1), 61. <https://doi.org/10.18316/recc.v25i1.5723>.

Othero, G. (2005). Processos fonológicos na aquisição da linguagem pela criança. *Revista Virtual de Estudos da Linguagem – ReVEL*, 3(5), pp. 1-13.

PHDA na População Infantil: Conhecimentos/Crenças, Comportamento Social e Linguístico e a Intervenção de AEE.

Pagan-Neves, L. O., & Wertzner. (2010). Parâmetros Acústicos das Líquidas do Português Brasileiro no Transtorno Fonológico. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. 2010 out-dez;22(4):491-6. <https://old.scielo.br/pdf/pfono/v22n4/22.pdf>.

Pakarinen, E., Salminen, J., Lerkkanen, M. K., & Von Suchodoletz, A. (2018). Reciprocal Associations between Social Competence and Language and Pre-Literacy Skills in Preschool. *VarhaiskasvatuksenTiedelehti Journal of Early Childhood Education Research*, 7(2), 207–234. <http://jecer.org>.

Pardilhão, C., Marques, M., & Marques, C. (2009). Perturbações do Comportamento e Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção: Diagnóstico e Intervenção nos Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 25(5), 592-9. Doi:<http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v25i5.10677>

Pasian, M. S., Mendes, E. G., & Cia, F. (2017). Education Speciale: Aspects de la Formation du Professeur. *Cadernos de Pesquisa*, 47(165), 964–981. <https://doi.org/10.1590/198053144242>

Paula, C. & Mognon, J. F. (2017). Aplicabilidade da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no Tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na Infância: Revisão Integrativa TCC e TDHA: Revisão Integrativa. *Cad. da Esc. de Saúde, Curitiba*, V.17 N.1: 76-88

Paura, A. C., & Deliberato, D. (2011). Análise de Vocábulo para a Elaboração de Pranchas de Comunicação Suplementar e Alternativa para Alunos com Deficiência. *Rev. Educ. Espec.*, 24, 409–426.

Pereira, M. S. B. (2014). Déficit de Atenção ou TDAH-1º Módulo. Disponível em: www.ganhesempremais.com.br

Pereira, M. S. B., Dias, L. N., Santos, M. B. L., Sousa, E. S., Sousa, L. V. A., Nunes, G. S. S., & Sousa, A. V. M. (2019). Organização e Funcionamento do Atendimento Educacional Especializado na Educação Infantil: Um Relato de Experiência. Atena Editora. <https://doi.org/10.22533/at.ed.222191810>.

Peres de Vitto, M. M., Cury Feres, M. C. L. (2005). Distúrbios da Comunicação Oral em Crianças. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2005; 38 (3/4): 229-234.

Pessoa, R. R., Isotani, S. M., Perissinoto, J., & Puccini, R. F. (2014). School Children with Low Birth Weight Inserted in System of Embu's Education: Construction of Sentences. *Codas*, 26(4), 315–321. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/201420130068>.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS. Lisboa: Edições Sílabo.

Piotto, J. C., Medeiros, J. H., & Glidden, R. F. (2018). Relações entre Comportamentos Inadequados e Habilidade Sociais em Alunos dos Anos Iniciais. *Psic. Rev. São Paulo*, 27, 401–425.

PHDA na População Infantil: Conhecimentos/Crenças, Comportamento Social e Linguístico e a Intervenção de AEE.

Polity, E. (2002). Dificuldade De Ensino. Que História É Essa...?. *Rev. Psicopedagogia* 2004; 21(64): 86-7.

Powell, V., Riglin, L., Ng-Knight, T., Frederickson, N., Woolf, K., McManus, C., Collishaw, S., Shelton, K., Thapar, A., Rice, F. (2021). Investigating Friendship Difficulties in the Pathway from ADHD to Depressive Symptoms. Can Parent–Child Relationships Compensate? *Research on Child and Adolescent Psychopathology* (2021) 49:1031–1041 <https://doi.org/10.1007/s10802-021-00798-w>.

Prates, L. P. C. S., & Martins, V. O. (2011). Distúrbios da Fala e da Linguagem na Infância. In *Revista Médica de Minas Gerais. Revista Médica de Minas Gerais* 2011; 21(4 Supl 1): S54-S60.

Prelock, P. A., & Hutchins, T. L. (2018). *Clinical Guide to Assessment and Treatment of Communication Disorders*. <http://www.springer.com/series/15955>.

Puglisi, M. L., Cáceres-Assenço, A. M., Nogueira, T., & Befi-Lopes, D. M. (2016). Behavior Problems and Social Competence in Brazilian Children with Specific Language Impairment. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 29(1). <https://doi.org/10.1186/s41155-016-0027-7>.

Ramos, M. F. (2017). *O Impacto das Perturbações dos Sons da Fala na Vida Quotidiana da Criança*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/6715/1/DM_34056.pdf.

RCSLT, 2020. Supporting people with learning disabilities. Disponível em: <https://www.rcslt.org/wp-content/uploads/media/Project/RCSLT/rcslt-learning-disabilities-factsheet.pdf>.

Redmond, S. M. (2004). Conversational Profiles of Children with ADHD, SLI and Typical Development. In *Clinical Linguistics and Phonetics* (Vol. 18, Issue 2, Pp. 107–125). <https://doi.org/10.1080/02699200310001611612>.

Redmond, S. M. (2016). Language Impairment in the Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Context. In *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* (Vol. 59, Issue 1, Pp. 133–142). American Speech-Language-Hearing Association. https://doi.org/10.1044/2015_jslhr-l-15-0038.

Redmond, M. D., Law, D. J., Field, J. P., Meneses, N., Carroll, C. J. W., Wion, A. P., Breshears, D. D., Cobb, N. S., Dietze, M. C. and Gallery, R. E. (2019): Targeting Extreme Events: Complementing Near-Term Ecological Forecasting With Rapid Experiments and Regional Surveys. *Frontiers in Environmental Science* 7: 183. DOI: 10.3389/fenvs.2019.00183.

Ribeiro, P. R. (2016). TCC e as funções executivas em crianças com TDAH. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas* 2016. 12(2) p.128-134.

Rice, M. L. (2017). Overlooked By Public Health: Specific Language Impairment. Disponível em

<https://edition.pagesuite.com/html5/reader/production/default.aspx?pubname=&did=18b98a58-0577-4120-bea8-33ee3dd574b8&pnum=29>.

- Rice, M. L., Sell, M. A., & Hadley, P. A. (1991). Social Interactions of Speech, and Languageimpaired Children. In *Journal of Speech and Hearing Research* (Vol. 34).
- Riglin, L., Leppert, B., Dardani, C., Thapar, A. K., Rice, F., O'Donovan, M. C., Smith, G. D., Stergiakouli, E., Tiling, K., Thapar, A. (2021). ADHD and depression: investigating a causal explanation. *Psychological Medicine* 51, 1890–1897. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000665>.
- Rocha, M. M., Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2013). Avaliação de um Programa de Habilidades Sociais Educativas para Mães de Crianças com TDAH. *ACTA Comportamentalia*, 21, 359–375.
- Rodrigo J., Cruz, D.A.L.M., Tesoro, M.G., Lopes, M. H. B. M. (2014). Traducción y Adaptación Cultural para Brasil del Modelo Developing Nurses' Thinking. *Rev Latino Am Enferm* [Internet]. 2014 Mar/Apr; [cited 2017 May 17]; 22(2):197-203. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3232.2402>.
- Rodrigues, C. S. S. L. B. G. (2013). Conhecimentos dos professores do ensino regular sobre a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção. (Tese de Doutorado). Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/3922>.
- Rohde, L. A., & Halpern, R. (2004). Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Atualização. *Jornal de Pediatria*, 80, 61–70.
- Rombert, J. (2013). *O gato comeu-te a língua? A Esfera dos Livros*, Lisboa.
- Rose, E., Lehl, S., Ebert, S., & Weinert, S. (2018). Long-Term Relations between Children's Language, The Home Literacy Environment, and Socioemotional Development from Ages 3 to 8. *Early Education and Development*, 29(3), 342–356. <https://doi.org/10.1080/10409289.2017.1409096>.
- Rossi-Barbosa, L. A. R., Caldeira, A. P., Honorato-Marques, R., & Silva, R. F. (2011). Prevalência de Transtornos Fonológicos em Crianças do Primeiro Ano do Ensino Fundamental. In *Artigo Original. Rev Soc Bras Fonoaudiol*. (Vol. 16, Issue 3).
- Roulstone, S. E., Marshall, J. E., Powell, G. G., Goldbart, J., Wren, Y. E., Coad, J., Daykin, N., Powell, J. E., Lascelles, L., Hollingworth, W., Emond, A., Peters, T. J., Pollock, J. I., Fernandes, C., Moultrie, J., Harding, S. A., Morgan, L., Hambly, H. F., Parker, N. K., & Coad, R. A. (2015). Evidence-Based Intervention for Preschool Children with Primary Speech and Language Impairments: Child Talk – An Exploratory Mixed-Methods Study. *Programme Grants For Applied Research*, 3(5), 1–408. <https://doi.org/10.3310/pgfar03050>.
- Roulstone, S., Mcleod, S. (Eds). (2011). *Listening to Children and Young People with Speech, Language and Communication Needs* (London: J & R Press).

- Santos, J. L. G., Erdmann, A. L., Meirelles, B. H., Lanzoni, G. M. M., Cunha, V. P., Ross, R. (2017). Integração entre Dados Quantitativos e Qualitativos em uma Pesquisa de Métodos Mistos. *Texto Contexto Enferm*, 2017; 26(3):e1590016 <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001590016>.
- Santos, C., Cavalheiri, J. C., Trevisan, M., Costa, L. D., Teixeira, G. T., & Perondi, A. (2020). Conhecimento e Práticas Pedagógicas de Docentes sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). *Revista Educação Em Saúde*, 35–49.
- Santos, F., & Vasconcelos, L. A. (2010). Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em Crianças: Uma Revisão Interdisciplinar Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) In Children: Na Interdisciplinary Review (Vol. 26, Issue 4).
- Schirmer, C. R., Fontoura, D. R., & Nunes, M. L. (2004). Distúrbios da Aquisição da Linguagem e da Aprendizagem. *Jornal de Pediatria*, 80, 95–103.
- Schoon, I., Parsons, S., Rush, R., & Law, J. (2010). Children's Language Ability and Psychosocial Development: A Twenty-Nine Year Follow-Up Study. *Pediatrics*.126(1): E73–80. Doi:10.1542/Peds.2009-3282.
- Sciberras, E., Mueller, K. L., Efron, D., Bisset, M., Anderson, V., Schilpzand, E. J., Jongeling, B., & Nicholson, J. M. (2014). Language Problems in Children with ADHD: a Community-Based Study. In *Pediatrics* (Vol. 133, Issue 5). www.Aappublications.Org/News.
- Sciutto, M. J. & Terjesen, M. D. (1994). Preliminary Test Development Data. Unpublishedraw data.
- Sciutto, M. J., Terjesen, M. D., & Bender Frank, A. S. (2000). Teachers' Knowledge and Misperceptions of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *ADHD Knowledge and Misconceptions* 49. *Psychology in the Schools*, 37, 115–122. [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6807\(200003\)37:2<115:AID-PITS3>3.0.CO;2-5](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1520-6807(200003)37:2<115:AID-PITS3>3.0.CO;2-5).
- Sciutto, M. J., Nolfi, C. J., & Bluhm, C. (2004). Effects of Child Gender and Symptom Type on Referrals for ADHD by Elementary School Teachers. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 12, 247–253. <http://dx.doi.org/10.1177/10634266040120040501>.
- Sciutto, M. J., & Terjesen, M. D. (2004). Psychometric Properties of the Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale. Unpublished Test Development Data, Department of Psychology, Muhlenberg College, Allentown, PA.
- Sciutto, M. J., & Feldhamer, E. (2005). Manual de Teste para a Escala de Transtornos do Déficit de Atenção (KADDS) [Manual de Teste não Publicado].
- Sciutto, M. J., Terjesen, M. D., Kučerová, A., Michalová, Z., Schmiedeler, S., Antonopoulou, K., Shaker, N. Z., Lee, J.-y., Alkahtani, K., Drake, B., & Rossouw, J. (2016). Cross-national comparisons of teachers' knowledge and misconceptions

of ADHD. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 5(1), 34–50. <https://doi.org/10.1037/ipp0000045>.

- Shahim, S. (2004). Reliability of the social skills rating system for preschool children in Iran. *Psychological Reports*, 95, 1264-1266. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15762410>.
- Shaw, K., Wagner, I., Eastwood, H., Mitchell, G. (2003). A qualitative study of Australian GPs' attitudes and practices in the diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Family Practice* Vol. 20, No. 2 © Oxford University Press 2003. Doi: 10.1093/fampra/20.2.129.
- Shayer, B. P. M.; Duran, P. A. B.; Figueiredo, T. V.; Silva, E. L.; Rosário, M. C. (2010). Curso e Prognóstico. In. TDAH ao Longo da Vida [Recurso Eletrônico] Mario Rodrigues Louzã Neto e Colaboradores - Dados Eletronicos - Porto Alegre: Artmed, 2010, P. 246-264.
- Shimizu, V. T., Miranda, M. C. (2012). Processamento sensorial na criança com TDAH: uma revisão da literatura. *Rev. psicopedag.* [online]. vol.29, n.89, pp. 256-268. ISSN 0103-8486.
- Shriberg, L. D., & Kwiatkowski, J. (1982). Phonological Disorders I: A Diagnostic Classification System. In *Journal of Speech and Hearing Disorders* (Vol. 47).
- Shriberg, L. D., Fourakis, M., Hall, S. D., Karlsson, H. B., Lohmeier, H. L., McSweeny, J. L., Potter, N. L., Scheer-Cohen, A. R., Strand, E. A., Tilkens, C. M., & Wilson, D. L. (2010). Extensions to the Speech Disorders Classification System (SDCS). *Clinical linguistics & phonetics*, 24(10), 795–824. <https://doi.org/10.3109/02699206.2010.503006>.
- Silva, R.A., Souza, L.A.P. (2004) Aspectos linguísticos e sociais relacionados ao transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Rev. CEFAC*, São Paulo, v.7, n.3, 295-9, jul-set.
- Silva, C., Cunha, V. L. O., Capellini, S. A. (2011). Desempenho cognitivo-linguístico e em leitura de escolares com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 849-858.
- Silva, A. B. B. (2014). *Mentes Inquietas: TDAH; Desatenção, Hiperatividade e Impulsividade*. Ana Beatriz Barbosa Silva. 4. Ed. – São Paulo: Globo.
- Silva, A. S., Morales, P. C. M., Almeida, M. L., Silva, R. M. M., Sobrinho, R. A. S., & Zilly A. (2019). Discursos dos Professores do Apoio Educacional Especializado sobre Inclusão de Alunos com Transtorno do Espectro Autista. *Revista Sustinere*, Rio de Janeiro, V.7.N.1, P. 73-95, Jan-Jun. Disponível Em: <http://dx.doi.org/10.12957/sustinere.2019.37683>.

- Silva, C. T. S. (2004). O Desenvolvimento Lexical Inicial dos Oito aos Dezesesseis Meses de Idade: Um Estudo a Partir do Inventário Macarthur de Desenvolvimento Comunicativo. *Revista Hyperion*. N. 7, P. 1-12.
- Silva, C., & Peixoto, V. (2008). Rastreamento e Prevalência das Perturbações da Comunicação num Agrupamento de Escolas. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa/Comunidades & Coleções/Publicações Ufp - Revistas/Revista da Faculdade de Ciências da Saúde/Fcs - Número 05. Disponível Em: <http://hdl.handle.net/10284/969>.
- Silva, V. A. (2010). Psicodinâmica. In. TDAH ao Longo da Vida [Recurso Eletrônico] Mario Rodrigues Louzã Neto e Colaboradores - Dados Eletronicos - Porto Alegre: Artmed, 2010, P.139.
- Silva, M. K., Ferrante, C., Van Borsel, J., Pereira, M. M. B. (2012). Aquisição Fonológica do Português Brasileiro em Crianças do Rio de Janeiro. *J Soc. Bras. Fonoaudiol.* 2012;24(3):248-54
- Silva, F. K. R.; Santos, D. N.; Fumes, N. L. F. (2014). Os Professores de Educação Física Escolar e o Atendimento Educacional Especializado nas Escolas Públicas. *Revista da Sobama*, v. 15, n. 2, p. 31-36, 2014.
- Silva, M. J. (2014) O Uso de Cloridrato de Metilfenidate em Unidade Infantil da Rede Pública de Santos: remediando a desmedida? Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo.
- Silveira, D. C., Passos, L. M. A., Santos, P. C., Chiappetta, A. L. M. L. (2009). Avaliação da fluência verbal em crianças com transtorno da falta de atenção com hiperatividade: um estudo comparativo. *Rev. CEFAC*, São Paulo, v.11, Supl2, 208-216.
- Simms, M. D. (2007). Language Disorders in Children: Classification and Clinical Syndromes. In *Pediatric Clinics of North America* (Vol. 54, Issue 3, Pp. 437–467). <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2007.02.014>.
- Simoni, N. S., Leidow, I.C., Britz, D.L., Moraes, D. A. O., Keske-Soares, M., (2019). Impacto dos Distúrbios dos Sons da Fala: a Percepção da Família e da Criança. *Rev. CEFAC*, 21(3): e10718/doi:10.1590/1982-0216/201921310718.
- Snowling, M. J., Bishop, D. V. M., Stothard, S. E., Chipchase, B., & Kaplan, C. (2006). Psychosocial Outcomes at 15 Years of Children with a Preschool History of Speech-Language Impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 47(8), 759–765. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01631.x>.
- Solot, C. B., Sell, D., Mayne, A., Baylis, A. L., Persson, C., Jackson, O., & McDonald-McGinn, D. M. (2019). Speech-Language Disorders in 22q11.2 Deletion Syndrome: Best Practices for Diagnosis and Management. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 28(3), 984–999. https://doi.org/10.1044/2019_ajslp-16-0147.

PHDA na População Infantil: Conhecimentos/Crenças, Comportamento Social e Linguístico e a Intervenção de AEE.

Sotero, L. K. B., & Pagliarin, K. C. (2018). The Use of Software in Cases of Speech Sound Disorders. *Codas*, 30(6). <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182018008>.

Souza, S. R., Dupas, G., Balieiro, M. M. F. G., (2012). Adaptação Cultural e Validação para a Língua Portuguesa da Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU). *Acta Paul Enferm.* 2012;25(2):171-6.

Souza, A. C. F. S. E, Silva, L. L. C., & Sena, E. P. de. (2020). Análise Comparativa do Vocabulário Expressivo de Crianças Nascidas Pré-Termo e a Termo. *Audiology - Communication Research*, 25. <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2019-2269>.

St Clair, M. C., Pickles, A., Durkin, K., & Conti-Ramsden, G. (2011). A Longitudinal Study of Behavioral, Emotional and Social Difficulties in Individuals with a History of Specific Language Impairment (SLI). *Journal of Communication Disorders*, 44(2), 186–199. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2010.09.004>.

Suassure, F. (1972). *Curso de Linguagem Geral*. 4 Ed. São Paulo: Cultrix.

Swanson, K., Guerra, F. & Brown, M. (2012). Teacher knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Among Middle School Students in South Texas. *Research in middle Level Education*, 36, 3, 1-7.

Te Meerman, S., Batstra, L., Grietens, H., & Frances, A. (2017). ADHD: A Critical Update for Educational Professionals. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 12(Sup1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1298267>.

Teixeira, G. (2013). *Manual dos transtornos escolares: entendendo os problemas de crianças e adolescentes na escola*. Rio de Janeiro: Best Seller.

Teixeira, V. P. G. & Silva, E. S. (2020) Habilidades sociais de crianças em uma instituição de ensino pública e a relação com a aprendizagem. *Braz. J. of Develop.*, Curitiba, v. 6, n. 9, p. 69842-69853, sep. 2020. ISSN 2525-8761 DOI:10.34117/bjdv6n9-434.

Tenório, L. L. A., Santos, E. F., Brito, A. M. S., & Souza, J. C. S. (2019). O Papel do Profissional de Apoio no Processo de Inclusão Escolar de Alunos com Deficiência Física. *Revista Educação Pública*. <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/19/20/o-papel-do-profissional-de-apoio-no-processo-de-inclusao-escolar-de-alunos-com-deficiencia-fisica>.

Terra, E. (2008). *Linguagem, Língua e Fala/Ernani Terra*. – São Paulo: Scipione, 2008. (Coleção percursos).

Tomblin, B. (2005). Alfabetização como resultado do desenvolvimento da linguagem e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial e emocional da criança. In: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância* [on-line]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development.

- Tomblin, J. B., & Mueller, K. L. (2012). How Can Comorbidity with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Aid Understanding of Language and Speech Disorders? *Topics in Language Disorders*, 32(3), 198–206. <https://doi.org/10.1097/tld.0b013e318261c264>.
- Tomblin, V., Ferguson, L. R., Han, D. Y., Murray, P., & Schlothauer, R. (2014). Potential pathway of anti-inflammatory effect by New Zealand honeys. *International Journal of General Medicine*, 7, 149–158. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S45839>.
- Tyler, A. A., Tolbert, L. C., Miccio, A. W., Hoffman, P. R., Norris, J. A., Hodson, B., Scherz, J., Bleile, K. (2002). Five Views of the Elephant: Perspectives on the Assessment of Articulation and Phonology in Preschoolers. *Am. J. Speech Lang. Pathol.*, V. 11, N. 3, P. 213-214, Ago.
- Undheim, A. M. (2003). Dyslexia and Psychosocial Factors. A Follow-Up Study of Young Norwegian Adults with a History of Dyslexia in Childhood. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(3), 221–226. <https://doi.org/10.1080/08039480310001391>.
- Valido, R. T. (2016). *Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção: Conhecimentos e estratégias pedagógicas dos docentes do 1º ciclo de ensino básico*. Instituto Superior de Educação e Ciências. Lisboa.
- Van der Oord, S., Van der Meulen, E. M., Prins, P. J. M., Oosterlaan, J., Buitelaar, J. K., & Emmelkamp, P. M. G. (2005). A Psychometric Evaluation of the Social Skill Rating System in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 733-746.
- Van Der Schans, J., Cicek, R., Vardar, S., Bos, Jens HJ., Vries, T. W., Hoekstra, P. J., Hak. E. (2017). Methylphenidate use and school performance among primary school children: a descriptive study. *BMC Psychiatry* (2017) 17:116.
- Vasil'ová, K., & Baumgartner, F. (2004). Why is Social Intelligence Difficult to Measure? Recuperadode: http://www.saske.sk/cas/archiv/4-2005/studia_vasilova-baumgartner.html.
- Viana, F. L., Silva, C., Ribeiro, I., & Cadime, I. (2017). Instrumentos de Avaliação da Linguagem: Uma Perspetiva Global. <https://doi.org/10.5281/Zenodo.889443>.
- Vieira, N. S. da C., Prette, Z. A. P. D., Oliveira, A. M., Ribeiro, D. F., Silva, S. F., Raimundo, E. M., Teodoro, S. C., Freitas, L. C., & Guerra, L. B.. (2020). Effects of a Preventive Intervention of Emotional Regulation in the School Context. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 36, e3639. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3639>.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação, o Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Vohr, B. (2014). Speech and Language Outcomes of Very Preterm Infants. In *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* (Vol. 19, Issue 2, Pp. 78–83). W.B. Saunders Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2013.10.007>.

PHDA na População Infantil: Conhecimentos/Crenças, Comportamento Social e Linguístico e a Intervenção de AEE.

Wertzner, H.F. (2004). Fonologia. In: Andrade. C. R. F., Befi-Lopes, D. M, Fernandes, F. D. M., Wertzner, H.F., editores. ABFW: Teste de Linguagem Infantil nas Áreas de Fonologia, Vocabulário, Fluência e Pragmática. 2º edição - Revisada, Ampliada e Atualizada. ed. Barueri: Pró-Fono; 2004. Cap.01.

Wertzner, H. F. & Galea, D. E. S. (2002). Características Fonológicas de Crianças com e sem Transtorno. *RevSocFonoaudiol.* 7(1):44-50.

Wertzner, H. F., Claudino, G. L., Galea, D. E. S., Patah, L. K., & Castro, M. M. (2012). Medidas Fonológicas em Crianças com Transtorno Fonológico. In Artigo Original *Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol* (Vol. 17, Issue 2).

Wertzner, H. F., Santos, P. I., & Pagan-Neves, L. O. (2014). Ocorrência de Erros Fonológicos de Acordo com a Gravidade em Crianças com Transtorno Fonológico. *Rev. CEFAC* 16 (4). Jul-Aug 2014.

Wertzner, H. F., Schreiber, S., & Amaro, L. (2005). Análise da Frequência Fundamental, Jitter, Shimmer e Intensidade Vocal em Crianças com Transtorno Fonológico. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 71(5), 582–588. <https://doi.org/10.1590/s0034-72992005000500007>.

Westby, C., & Watson, S. (2004). Perspectives on Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Executive Functions, Working Memory, and Language Disabilities. *Seminars in Speech and Language*, 25(3), 241–254. <https://doi.org/10.1055/s-2004-833672>.

Willcutt, E. G. (2012). The Prevalence of Dsm-Iv Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. In *Neurotherapeutics* (Vol. 9, Issue 3, Pp. 490–499). <https://doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8>.

Zanichelli, L., & Gil, D. (2011). Porcentagem de Consoantes Corretas (PCC) em Crianças com e sem Deficiência Auditiva. *Jornal Sociedade Brasileira Fonoaudiologia*, 23, 107–113.

Zorzi, J. L. & Hage, S. R. V. (2004). Proc – Protocolo de Observação Comportamental: Avaliação de Linguagem e Aspectos Cognitivos Infantis. 1ª Ed. São José dos Campos (Sp): Pulso Editorial.

ANEXOS

ANEXO I – Questionário Sociodemográfico Pais

Questionário Sociodemográfico – Pais

Informação relacionada com as crianças
Idade _____
Género () masculino () feminino
Fase escolar (pré-escolar ou escolar) _____
Tipo de escola () pública () privada
Informação relacionada com os pais/responsáveis legais
Idade _____
Género () masculino () feminino () outros _____
Nível Educacional _____
Estado civil () solteiro () Casado () divorciado () outros _____
Ocupação Profissional _____
Grau de parentesco com a criança _____
Tempo como cuidador _____

ANEXO II - Questionário Sociodemográfico e Socioprofissional - Professores

Questionário Sociodemográfico e Socioprofissional - Professores

Idade _____

Gênero () masculino () feminino () outros _____

Nível Educacional _____

Tempo de experiência na profissão _____

Tempo de experiência no AEE _____

ANEXO III - Questionário Sociodemográfico e Socioprofissional – Monitores de Educação Inclusiva

Questionário Sociodemográfico e Socioprofissional – Monitores de Educação Inclusiva

Idade _____

Gênero () masculino () feminino () outros _____

Nível Educacional _____

Tempo de experiência na profissão _____

Tempo de experiência no AEE _____

ANEXO IV - Questionário Sociodemográfico e Socioprofissional – Equipa Multiprofissional

Questionário Sociodemográfico e Socioprofissional – Equipa Multiprofissional

Idade _____

Género () masculino () feminino () outros _____

Nível Educacional _____

Profissão _____

Tempo de experiência na profissão _____

Tempo de experiência no AEE _____

ANEXO V - KADDS – Escala de Conhecimentos sobre Transtorno de Hiperatividade e Déficit de Atenção- Versão PB

**KADDS – Escala de Conhecimentos sobre Transtorno de Hiperatividade e Déficit de
Atenção- Versão PB**

Tradução autorizada pelos autores Sciotto, M.J. & Feldhamer, E. (2005) Test manual for the Knowledge
of Attention Deficit Disorders Scale (KADDS).

Traduzido por: Braga, Ivaneide¹; Rocha, Joana²; Maia, Fátima², 2020

1 FCS-UFP

2 ESS-FP/FCS-UFP/FP-B2S

Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal

Observação: O KADDS não deve ser copiado, reimpresso ou usado sem o consentimento por escrito de
Mark J. Sciotto, Ph.D., sciotto@muhlenberg.edu

Por favor, responda às seguintes questões sobre Transtorno do Déficit de Atenção com
Hiperatividade (TDAH). Se você não tiver certeza da resposta, assinale Não Sei (NS), não faça
suposições.

Verdadeiro (V), Falso (F), ou Não Sei (NS) (circule apenas um):

	V	F	NS	QUESTÕES
1.	V	F	NS	A maioria das estimativas sugere que o TDAH ocorre em aproximadamente 15% das crianças em idade escolar.
2.	V	F	NS	Pesquisas recentes sugerem que TDAH é substancialmente resultado de habilidades parentais ineficazes.
3.	V	F	NS	Crianças com TDAH são frequentemente distraídas por estímulos externos.
4.	V	F	NS	Crianças com TDAH são tipicamente mais compatíveis com seus pais do que com suas mães.
5.	V	F	NS	Para que seja diagnosticada com TDAH, os sintomas da criança devem se apresentar antes dos 7 anos de idade.
6.	V	F	NS	O TDAH é mais comum no primeiro grau de parentesco biológico (por ex., mãe, pai) de crianças com TDAH do que na população em geral.
7.	V	F	NS	Um dos sintomas de crianças com TDAH é que elas são fisicamente cruéis com outros indivíduos.
8.	V	F	NS	Drogas antidepressivas têm sido efetivas em reduzir os sintomas para muitas crianças com TDAH.
9.	V	F	NS	Crianças com TDAH frequentemente ficam inquietas ou se contorcem em seus assentos.

10.	V	F	NS	O treinamento de pais e professores no manejo do TDAH infantil é, em geral, efetivo quando combinados ao tratamento medicamentoso.
11.	V	F	NS	É comum às crianças com TDAH ter um senso inflado de autoestima e grandiosidade.
12.	V	F	NS	Quando o tratamento de uma criança com TDAH é finalizado, é raro que os sintomas retornem.
13.	V	F	NS	É possível que um adulto seja diagnosticado com TDAH.
14.	V	F	NS	Crianças com TDAH frequentemente têm o histórico de furto ou de destruir pertences alheios.
15.	V	F	NS	Efeitos colaterais de drogas estimulantes usadas no tratamento do TDAH podem incluir insônia leve e redução do apetite.
16.	V	F	NS	O conhecimento atual sobre TDAH sugere dois grupos de sintomas: um de desatenção e outro constituído de hiperatividade/impulsividade.
17.	V	F	NS	Sintomas de depressão são encontrados mais frequentemente em crianças com TDAH do que nas crianças que não têm TDAH.
18.	V	F	NS	Psicoterapia individual é, em geral, suficiente para o tratamento da maior parte das crianças com TDAH.
19.	V	F	NS	A maioria das crianças com TDAH “supera” os sintomas pelo estabelecimento da puberdade e posteriormente atuam normalmente na vida adulta.
20.	V	F	NS	Em casos severos de TDAH, a medicação é frequentemente usada antes da tentativa de uso de técnicas de modificação do comportamento.
21.	V	F	NS	Para que se faça o diagnóstico de TDAH, a criança deve ter exibido sintomas relevantes em dois ou mais ambientes (por ex., em casa, na escola).
22.	V	F	NS	Se uma criança com TDAH é capaz de demonstrar atenção permanente a vídeo games ou televisão por mais de uma hora, essa criança também é capaz de manter atenção por pelo menos uma hora em aula ou realizando o dever de casa.
23.	V	F	NS	A redução da ingestão de açúcar ou conservantes alimentares é geralmente efetiva na redução dos sintomas do TDAH.
24.	V	F	NS	O diagnóstico do TDAH por si só torna a criança elegível para vaga em educação especial.
25.	V	F	NS	Drogas estimulantes é o tipo mais comum de drogas utilizadas no tratamento de crianças com TDAH.
26.	V	F	NS	Crianças com TDAH frequentemente têm dificuldades em organizar tarefas e atividades.

27.	V	F	NS	Crianças com TDAH geralmente enfrentam mais problemas em situações novas do que situações conhecidas.
28.	V	F	NS	Existem características físicas específicas que podem ser identificadas por médicos (por ex., pediatras) no diagnóstico definitivo de TDAH.
29.	V	F	NS	Nas crianças em idade escolar, a prevalência do TDAH em meninos e meninas é equivalente.
30.	V	F	NS	Em crianças muito novas (menores de 4 anos de idade), os problemas de comportamento do TDAH (por ex., hiperatividade, desatenção) são distintamente diferentes dos comportamentos apropriados à idade de crianças que não têm TDAH.
31.	V	F	NS	Crianças com TDAH são mais distinguíveis no ambiente de sala de aula do que brincando livremente em grupo.
32.	V	F	NS	A maioria das crianças com TDAH evidenciam algum grau de deficiência de desempenho escolar nos anos de ensino fundamental.
33.	V	F	NS	Sintomas de crianças com TDAH são comumente vistos em crianças que não têm TDAH e que vieram de um ambiente familiar caótico e inadequado.
34.	V	F	NS	Intervenções psicológicas ou no comportamento para crianças com TDAH focam primordialmente nos problemas de atenção da criança.
35.	V	F	NS	Eletroconvulsoterapia (por ex., tratamento com choques) foi constatado ser um tratamento efetivo para casos severos de TDAH.
36.	V	F	NS	Tratamentos para TDAH que focam primordialmente na punição demonstraram-se os mais efetivos na redução dos sintomas do TDAH.
37.	V	F	NS	Pesquisas têm mostrado que o uso prolongado de medicamentos estimulantes leva a um aumento na dependência de substâncias (por ex., drogas, álcool) na vida adulta.
38.	V	F	NS	Se uma criança responde a medicamentos estimulantes (por ex., Ritalina), ela provavelmente tem TDAH.
39.	V	F	NS	Crianças com TDAH geralmente apresentam adesão inflexível a rotinas/rituais específicos.

ANEXO VI – Autorização para Adaptação do KADDS



Ivaneide Almeida Braga <37869@ufp.edu.pt>

Authorization of research

2 mensagens

Ivaneide Almeida Braga <37869@ufp.edu.pt>
Para: sciutto@muhlenberg.edu

9 de dezembro de 2018 às 20:16

Dear Dr. Mark J. Sciutto

I am a student of the PhD in Development and Language disorders of the University Fernando Pessoa in Porto Portugal and I am developing a research on the Perception of parents, teachers and health professionals about ADHD - Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

I read your study on "Teachers' Knowledge and Misperceptions of Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder" using the KADDS Questionnaire to assess the perception of teachers and would like their permission to adapt it to application to parents and health professionals.

In case of authorization, after adaptation I send you back for your approval.

Kind Regards

Mark Sciutto <marksciutto@muhlenberg.edu>
Para: 37869@ufp.edu.pt

11 de dezembro de 2018 às 11:06

Dear Ivaneide,

Thank you for your interest in the Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale (KADDS). I have attached a brief test manual, which contains information on the scale. It is not quite up to date, but it should give you some idea of the properties of the scale. Several recent studies have used the KADDS and we recently finished a cross-cultural study of teacher knowledge in 9 countries. I have attached a copy of that article. If you would like to use the KADDS, I only ask that you forward a copy of the results when available. I also ask that you do not reproduce the scale in its entirety in any published document.

Best regards and good luck with your research!

Mark

--

Mark J. Sciutto, Ph.D.
Department of Psychology
Muhlenberg College
Allentown, PA 18104
(484) 664-3649
sciutto@muhlenberg.edu
[Citação ocultada]

--

Mark J. Sciutto, Ph.D.
Department of Psychology
Muhlenberg College
Allentown, PA 18104
(484) 664-3649
sciutto@muhlenberg.edu

2 anexos

Sciutto_et_al_2016.pdf
181K

KADDS_Manual.pdf
304K

ANEXO VII – Autorização para Divulgação KADDS – Versão PB



UNIVERSIDADE
FERNANDO PESSOA

Ivaneide Almeida Braga <37869@ufp.edu.pt>

Authorization to use KADDS- Knowledge and Misperceptions of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

3 mensagens

Ivaneide Almeida Braga <37869@ufp.edu.pt>
Para: marksciutto@muhlenberg.edu

13 de junho de 2022 às 08:40

Dear Doctor Mark J. Sciutto

In December 2018, I requested your authorization to use KADDS- Knowledge and Misperceptions of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, in my PhD research in Language Development and Disorders at the Fernando Pessoa University in Porto Portugal. I applied the instrument to parents, teachers, monitors of inclusive education and professionals in a multidisciplinary team. As soon as the thesis is defended, I will send you the results. In the authorization, you requested that the instrument not be used in its entirety in any publication, and I will do so. I only found a problem with regard to the defense panel, as I would need to put it in the annexes so that the panel is aware of what was evaluated. The Lord could instruct me how to do this, without hurting Your recommendation.

I'm waiting for return as soon as possible.

Yours sincerely,

Ivaneide Almeida Braga

Mark Sciutto <marksciutto@muhlenberg.edu>
Para: Ivaneide Almeida Braga <37869@ufp.edu.pt>

13 de junho de 2022 às 15:34

Hi Ivaneide,

I look forward to reading more about your results. If your defense panel is asking that you include the full instrument in your appendix, then you can do so, but include a statement that "The KADDS should not be copied, reprinted or used without written consent from Mark J. Sciutto, Ph.D., sciutto@muhlenberg.edu". That would be sufficient.

Best regards,

Mark

[Citação ocultada]

--

Mark J. Sciutto, Ph.D.
Professor of Psychology
Director of the Muhlenberg Center for Teaching and Learning
Muhlenberg College
Allentown, PA 18104
(484) 664-3649
sciutto@muhlenberg.edu

** My working hours may not be your working hours. Please do not feel obligated to reply outside of your normal work schedule.*

ANEXO VIII – SSRS – Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento Social e Competência Acadêmica - Escala para Pais e Professores

INVENTÁRIO DE HABILIDADES SOCIAIS, PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO E COMPETÊNCIA ACADÊMICA PARA CRIANÇAS (SSRS)

FORMULÁRIO DE APLICAÇÃO PARA PAIS DE CRIANÇAS
DO 1º AO 5º ANO (6 A 13 ANOS)

Instruções

Este inventário busca avaliar a **frequência** com que seu(sua) filho(a) apresenta certas habilidades sociais e a **importância** dessas habilidades para o desenvolvimento dele(a). Também são solicitadas avaliações de problemas de comportamento de seu(sua) filho(a). Primeiro, preencha os campos abaixo com as informações sobre você e a criança.



© 2016 Casapsi Livraria e Editora Ltda
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para
qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
Avenida Francisco Matarazzo, 1500 - Conjunto 51
Edifício New York - Centro Empresarial Água Branca
Barra Funda - São Paulo/SP - CEP 05001-100
Tel: (11) 3672-1240 - www.pearsonclinical.com.br

1

O presente Formulário de Aplicação é
impresso em cores.
Caso desconfie de sua autenticidade,
ligue para (11) 3672-1240.

Leia cada um dos itens a seguir (1 a 38) e pense sobre a conduta atual de seu(sua) filho(a). Indique qual a **frequência** com que ele(ela) apresenta a conduta descrita.

- Se seu(sua) filho(a) **nunca** apresenta esta conduta, circule o **0**.
- Se seu(sua) filho(a) **algumas vezes** apresenta esta conduta, circule o **1**.
- Se seu(sua) filho(a) de forma **muito frequente** apresenta esta conduta, circule o **2**.

Para os itens 1 a 23 você deve também avaliar qual a **importância** de cada um desses comportamentos para o desenvolvimento de seu(sua) filho(a).

- Se **não é importante** para o desenvolvimento de seu(sua) filho(a), circule o **0**.
- Se **é importante** para o desenvolvimento de seu(sua) filho(a), circule o **1**.
- Se **é indispensável** para o desenvolvimento de seu(sua) filho(a), circule o **2**.

Veja aqui um exemplo:

	Frequência			Importância		
	Nunca	Algumas vezes	Muito frequente	Não importante	Importante	Indispensável
Mostra senso de humor.	0	1	②	0	①	2

Este pai indicou que o menino, de forma **muito frequente**, mostra senso de humor e que apresentar senso de humor é **importante** para o desenvolvimento de seu filho.

Não há respostas certas ou erradas. Você pode usar o tempo que quiser para responder. Por favor, não deixe nenhum item sem resposta.

HABILIDADES SOCIAIS	Frequência			Importância		
	Nunca	Algumas vezes	Muito frequente	Não importante	Importante	Indispensável
1. Usa o tempo livre em casa de maneira aceitável.	0	1	2	0	1	2
2. Em casa, fala em tom de voz apropriado.	0	1	2	0	1	2
3. Junta-se a grupo de atividade sem ser mandado.	0	1	2	0	1	2
4. Apresenta-se a novas pessoas sem ser mandado.	0	1	2	0	1	2
5. Pede informação ou assistência a vendedores nas lojas.	0	1	2	0	1	2
6. Elogia familiares pelas suas realizações.	0	1	2	0	1	2
7. Evita situações que possam trazer problemas.	0	1	2	0	1	2
8. Guarda seus brinquedos ou outras coisas de casa.	0	1	2	0	1	2
9. Aceita críticas.	0	1	2	0	1	2
10. Atende ao telefone de forma adequada.	0	1	2	0	1	2
11. Faz as tarefas domésticas que são estabelecidas como sua obrigação sem precisar ser lembrado.	0	1	2	0	1	2



© 2016 Casapsi Livraria e Editora Ltda
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
Avenida Francisco Matarazzo, 1500 - Conjunto 51
Edifício New York - Centro Empresarial Água Branca
Barra Funda - São Paulo/SP - CEP 05001-100
Tel: (11) 3672-1240 - www.pearsonclinical.com.br

O presente Formulário de Aplicação é impresso em cores. Caso desconfie de sua autenticidade, ligue para (11) 3672-1240.

HABILIDADES SOCIAIS	Frequência			Importância		
	Nunca	Algumas vezes	Muito frequente	Não importante	Importante	Indispensável
12. Tenta fazer as tarefas domésticas antes de pedir sua ajuda.	0	1	2	0	1	2
13. Controla sua irritação quando discute com os outros.	0	1	2	0	1	2
14. Inicia uma conversação em vez de ficar esperando que outros o façam.	0	1	2	0	1	2
15. Finaliza discordância calmamente com você.	0	1	2	0	1	2
16. Controla a irritação em situações de conflito com você.	0	1	2	0	1	2
17. Faz elogios para amigos e outras crianças na família.	0	1	2	0	1	2
18. Completa as tarefas domésticas em um tempo razoável.	0	1	2	0	1	2
19. Pede permissão para usar coisas de outros da família.	0	1	2	0	1	2
20. Pede permissão antes de sair de casa.	0	1	2	0	1	2
21. Usa apropriadamente o tempo enquanto espera sua ajuda para tarefa escolar ou outra tarefa.	0	1	2	0	1	2
22. Cooperar com membros da família sem ser solicitado.	0	1	2	0	1	2
23. Aceita elogios ou cumprimentos de amigos.	0	1	2	0	1	2

PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO	Frequência		
	Nunca	Algumas vezes	Muito frequente
24. Briga com os outros.	0	1	2
25. Mostra-se triste ou deprimido(a).	0	1	2
26. Parece solitário(a).	0	1	2
27. Tem baixa autoestima.	0	1	2
28. Ameaça ou intimida os outros.	0	1	2
29. Perturba as atividades em andamento.	0	1	2
30. Demonstra ansiedade quanto a estar com grupos de amigos.	0	1	2
31. Discute com os outros.	0	1	2
32. É irrequieto e se mexe excessivamente.	0	1	2
33. Desobedece regras ou pedidos.	0	1	2
34. Retruca quando os adultos lhe corrigem.	0	1	2
35. Age impulsivamente.	0	1	2
36. Não ouve o que os outros dizem.	0	1	2
37. Desconcentra-se facilmente.	0	1	2
38. Tem acessos de birra.	0	1	2

Por favor, verifique se todos os itens foram respondidos.



© 2016 Casapsi Livraria e Editora Ltda
 É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
 Avenida Francisco Matarazzo, 1500 - Conjunto 51
 Edifício New York - Centro Empresarial Água Branca
 Barra Funda - São Paulo/SP - CEP 05001-100
 Tel: (11) 3672-1240 - www.pearsonclinical.com.br

3

O presente Formulário de Aplicação é impresso em cores. Caso desconfie de sua autenticidade, ligue para (11) 3672-1240.

INVENTÁRIO DE HABILIDADES SOCIAIS, PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO E COMPETÊNCIA ACADÊMICA PARA CRIANÇAS (SSRS)

FORMULÁRIO DE APLICAÇÃO PARA PROFESSORES DE CRIANÇAS
DO 1º AO 5º ANO (6 A 13 ANOS)

Instruções

Este inventário busca avaliar a **frequência** com que seu(sua) aluno(a) apresenta certas habilidades sociais e a **importância** dessas habilidades para ser bem-sucedido em sua sala de aula. Também são solicitadas avaliações de problemas de comportamento e de aspectos da competência acadêmica de seu(sua) aluno(a). Primeiro, preencha o quadro abaixo com suas informações pessoais e da criança.



© 2016 Casapsi Livraria e Editora Ltda
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para
qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
Avenida Francisco Matarazzo, 1500 - Conjunto 51
Edifício New York - Centro Empresarial Água Branca
Barra Funda - São Paulo/SP - CEP 05001-100
Tel: (11) 3672-1240 - www.pearsonclinical.com.br

1

O presente Formulário de Aplicação é
impresso em cores.
Caso desconfie de sua autenticidade,
ligue para (11) 3672-1240.

Agora, leia cada um dos itens a seguir (1 a 36) e pense sobre a conduta deste(a) aluno(a) durante o último mês ou os dois últimos meses. Indique qual a **frequência** com que este(a) aluno(a) apresenta a conduta descrita.

- Se o estudante **nunca** apresenta esta conduta, circule o **0**.
- Se o estudante **algumas vezes** apresenta esta conduta, circule o **1**.
- Se o estudante de forma **muito frequente** apresenta esta conduta, circule o **2**.

Para os itens 1 a 22, você deve também avaliar qual a **importância** de cada um desses comportamentos para o sucesso do estudante em sua sala de aula.

- Se **não é importante** para o sucesso em sua classe, circule o **0**.
- Se **é importante** para o sucesso em sua classe, circule o **1**.
- Se **é indispensável** para o sucesso em sua classe, circule o **2**.

Veja aqui um exemplo:

	Frequência?			Importância?		
	Nunca	Algumas vezes	Muito frequente	Não importante	Importante	Indispensável
Demonstra empatia para com os colegas.	0	1	②	0	①	2

Este estudante, de forma muito frequente, demonstra empatia com os colegas. Esta professora acha que demonstrar empatia é importante para ser bem-sucedido em sua classe.

Por favor, não deixe nenhum item sem resposta. Caso você não tenha observado o(a) aluno(a) naquela conduta em particular, faça uma estimativa do grau em que você acha que este(a) aluno(a) provavelmente apresentaria aquela conduta.

HABILIDADES SOCIAIS	Frequência			Importância		
	Nunca	Algumas vezes	Muito frequente	Não importante	Importante	Indispensável
1. Controla a irritação em situações de conflito com colegas.	0	1	2	0	1	2
2. Apresenta-se a novas pessoas sem precisar mandar.	0	1	2	0	1	2
3. Questiona de forma educada as regras que considera injustas.	0	1	2	0	1	2
4. Reage de forma apropriada à pressão dos colegas.	0	1	2	0	1	2
5. Diz coisas boas sobre si mesmo(a) quando a situação é apropriada.	0	1	2	0	1	2
6. Termina as tarefas de classe no tempo estabelecido.	0	1	2	0	1	2
7. Faz amigos facilmente.	0	1	2	0	1	2
8. Responde apropriadamente a gozações dos colegas.	0	1	2	0	1	2
9. Controla a irritação em situações de conflito com adultos.	0	1	2	0	1	2
10. Faz corretamente as tarefas escolares.	0	1	2	0	1	2



© 2016 Casapsi Livraria e Editora Ltda
 É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
 Avenida Francisco Matarazzo, 1500 - Conjunto 51
 Edifício New York - Centro Empresarial Água Branca
 Barra Funda - São Paulo/SP - CEP 05501-100
 Tel: (11) 3672-1240 - www.pearsonclinical.com.br

O presente Formulário de Aplicação é impresso em cores. Caso desconfie de sua autenticidade, ligue para (11) 3672-1240.

HABILIDADES SOCIAIS	Frequência			Importância		
	Nunca	Algumas vezes	Muito frequente	Não importante	Importante	Indispensável
11. Defende-se verbalmente quando acha que você o(a) tratou de forma injusta.	0	1	2	0	1	2
12. Aceita ideias dos colegas em atividades grupais.	0	1	2	0	1	2
13. Segue suas instruções.	0	1	2	0	1	2
14. Guarda o material ou objetos escolares.	0	1	2	0	1	2
15. Cooperar com os colegas sem ter que lhe pedir.	0	1	2	0	1	2
16. Ajuda voluntariamente os colegas nas tarefas de classe.	0	1	2	0	1	2
17. Junta-se a um grupo ou atividade em curso sem que lhe peçam.	0	1	2	0	1	2
18. Responde de forma apropriada quando é empurrado ou provocado por outras crianças.	0	1	2	0	1	2
19. Ignora distrações dos colegas durante as tarefas de classe.	0	1	2	0	1	2
20. Mantém a carteira limpa e arrumada sem que alguém precise lembrá-lo(a).	0	1	2	0	1	2
21. Presta atenção a suas instruções.	0	1	2	0	1	2
22. Se dá bem com as pessoas que são diferentes.	0	1	2	0	1	2

PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO	Frequência		
	Nunca	Algumas vezes	Muito frequente
23. Briga com os outros.	0	1	2
24. Tem baixa autoestima.	0	1	2
25. Ameaça ou intimida os outros.	0	1	2
26. Parece solitário(a).	0	1	2
27. Interrompe a conversa dos outros.	0	1	2
28. Perturba as atividades em andamento.	0	1	2
29. Demonstra ansiedade quanto a estar com um grupo de crianças.	0	1	2
30. Não ouve o que os outros dizem.	0	1	2
31. Discute com os outros.	0	1	2
32. Retruca quando os adultos lhe corrigem.	0	1	2
33. Fica com raiva facilmente.	0	1	2
34. Tem ataques de birra.	0	1	2
35. Mostra-se triste ou deprimido(a).	0	1	2
36. Mostra-se irrequieto ou se mexe excessivamente.	0	1	2



© 2016 Casapsi Livraria e Editora Ltda
 É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
 Avenida Francisco Matarazzo, 1500 - Conjunto 51
 Edifício New York - Centro Empresarial Água Branca
 Barra Funda - São Paulo/SP - CEP 05001-100
 Tel: (11) 3672-1240 - www.pearsonclinical.com.br

O presente Formulário de Aplicação é impresso em cores. Caso desconfeie de sua autenticidade, ligue para (11) 3672-1240.

COMPETÊNCIA ACADÊMICA

Os próximos nove itens (37 a 45) requerem seu julgamento sobre a aprendizagem e o desempenho acadêmico deste(a) aluno(a) de acordo com o que você tem observado em sua classe. Compare este(a) aluno(a) com os demais estudantes da classe. Avalie todos os itens usando uma escala de 1 a 5. Circule o número que melhor representa seu julgamento.

O número 1 indica o desempenho **mais baixo ou menos favorável**, situando o aluno entre os 10% piores da classe. O número 5 indica o desempenho **mais alto ou mais favorável**, situando o aluno entre os 10% melhores da classe.

ITENS	Entre os	Entre os	Entre os	Entre os	Entre os
	10% piores	20% piores	40% médios	20% bons	10% ótimos
37. Comparado com outras crianças de minha classe, o desempenho acadêmico geral desta criança está:	1	2	3	4	5
38. Em leitura, como esta criança se situa em relação às demais?	1	2	3	4	5
39. Em matemática, como esta criança se situa em relação às demais?	1	2	3	4	5
40. Em termos da expectativa para este nível ou grau, a habilidade de leitura desta criança está:	1	2	3	4	5
41. Em termos da expectativa para este nível ou grau, a habilidade em matemática desta criança está:	1	2	3	4	5
42. A motivação geral desta criança para o êxito acadêmico está:	1	2	3	4	5
43. O estímulo dos pais para o êxito acadêmico desta criança está:	1	2	3	4	5
44. Comparada com outras crianças de minha sala, o funcionamento intelectual desta criança está:	1	2	3	4	5
45. Comparada com outras crianças de minha sala, o comportamento geral desta criança em classe está:	1	2	3	4	5

Por favor, verifique se todos os itens foram respondidos.



© 2016 Casapsi Livraria e Editora Ltda
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para
qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
Avenida Francisco Matarazzo, 1500 - Conjunto 51
Edifício New York - Centro Empresarial Água Branca
Barra Funda - São Paulo/SP - CEP 05001-100
Tel: (11) 3672-1240 - www.pearsonclinical.com.br

O presente Formulário de Aplicação é
impresso em cores.
Caso desconfie de sua autenticidade,
ligue para (11) 3672-1240.

ANEXO IX -ABFW – Teste de Linguagem Infantil (Prova de Fonologia)



Capítulo 1 - Fonologia
Haydée Fiszbein Wertzner

ANEXO 1

Fonologia. Protocolo de Registro - Imitação

Nome: Data do Exame: Idade:
--

Registro		Análise Tradicional		
Vocabulo	Transcrição	Fonema	Inicial	Final
01. Peteca		p		
02. Bandeja		b		
03. Tigela		t		
04. Doce		d		
05. Cortina		k		
06. Gato		g		
07. Foguete		f		
08. Vinho		v		
09. Selo		s		
10. Zero		z		
11. Chuva		ʃ		
12. Jacaré		ʒ		
13. Machado		m		
14. Nata		n		
15. Lama		ɲ		
16. Lápis		l		
17. Pregão		λ		
18. Café		τ		
19. Alface		r		
20. Raposa		Arqui/S/		
21. Borracha		Arqui/R/		
22. Abelha		pR		
23. Carro		bR		
24. Branco		tR		



continuação

Vocábulo	Transcrição	Fonema	Inicial	Final
25. Travessa		dR		
26. Droga		kR		
27. Cravo		gR		
28. Grosso		fR		
29. Fraco		pl		
30. Plástico		bl		
31. Bloco		kl		
32. Clube		gl		
33. Globo		fl		
34. Flauta				
35. Pastel				
36. Porco				
37. Nariz				
38. Amor				
39. Roupa				

Acerto:
Omissão:
Substituição:
Distorção:

Referenciar este material como:

WERTZNER, H. F. Fonologia. In: ANDRADE, C. R. F.; BEFI-LOPES, D. M.; FERNANDES, F. D. M.; WERTZNER, H. F. *ABFW: teste de linguagem infantil nas áreas de fonologia, vocabulário, fluência e pragmática*. 2. ed. rev. ampl. e atual. Barueri (SP): Pró-Fono, 2004. Cap. 1, Anexo 1. 1 CD Rom.



Capítulo 1 - Fonologia
Haydée Fiszbein Wertzner

ANEXO 2

Fonologia. Protocolo de Registro - Nomeação

Nome: Data do Exame: Idade:
--

Registro	
Vocábulo	Transcrição
1. Palhaço	
2. Bolsa	
3. Tesoura	
4. Cadeira	
5. Galinha	
6. Vassoura	
7. Cebola	
8. Xicara	
9. Mesa	
10. Navio	
11. Livro	
12. Sapo	
13. Tambor	
14. Sapato	
15. Balde	
16. Faca	
17. Fogão	
18. Peixe	
19. Relógio	
20. Cama	
21. Anel	
22. Milho	
23. Cachorro	
24. Blusa	

Análise Tradicional		
Fonema	Inicial	Final
p		
b		
t		
d		
k		
g		
f		
v		
s		
z		
ç		
ç		
m		
n		
ɲ		
l		
ʎ		
ɾ		
r		
Arqui/S/		
Arqui/R/		
pR		
bR		
tR		



continuação

Vocábulo	Transcrição
25. Garfo	
26. Trator	
27. Prato	
28. Pasta	
29. Dedo	
30. Braço	
31. Girafa	
32. Zebra	
33. Planta	
34. Cruz	

Fonema	Inicial	Final
dR		
kR		
gR		
vR		
pl		
bl		
kl		
gl		
fl		

Acerto: Omissão: Substituição: Distorção:
--

Referenciar este material como:

WERTZNER, H. F. Fonologia. In: ANDRADE, C. R. F.; BEFI-LOPES, D. M.; FERNANDES, F. D. M.; WERTZNER, H. F. *ABFW: teste de linguagem infantil nas áreas de fonologia, vocabulário, fluência e pragmática*. 2. ed. rev. ampl. e atual. Barueri (SP): Pró-Fono, 2004. Cap. 1, Anexo 2. 1 CD Rom.

ANEXO X – ICS - Escala de Inteligibilidade em Contexto

Escala Inteligibilidade em Contexto: Português

Intelligibility in Context Scale (ICS): Portuguese

(McLeod, Harrison, & McCormack, 2012)

Translated by: Jacqueline Aquino do Nascimento, Universidade de São Paulo, Brazil,
and Brenda Louw, East Tennessee State University, USA, 2012

Nome da criança: _____

Data de nascimento da criança: _____ Masculino/Feminino: _____

Língua(s) Falada: _____

Data atual: _____ Idade da criança: _____

Responsável pelo preenchimento desta escala: _____

Relação com a criança: _____

As seguintes questões dizem respeito ao quanto a fala de seu filho (a) é compreendida por diferentes pessoas.

Por favor pense sobre a fala de seu filho (a) ao longo do mês passado quando responder a cada pergunta.

Circule um número para cada questão.

	Sempre	Geralmente	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1. Você entende o seu filho (a) ¹ ?	5	4	3	2	1
2. Os membros mais próximos de sua família entendem o seu filho (a)?	5	4	3	2	1
3. Os membros mais distantes de sua família entendem o seu filho (a)?	5	4	3	2	1
4. Os amigos de seu filho (a) o entendem?	5	4	3	2	1
5. Outras pessoas conhecidas entendem o seu filho (a)?	5	4	3	2	1
6. Os professores de seu filho (a) o entendem?	5	4	3	2	1
7. Pessoas estranhas entendem o seu filho (a) ² ?	5	4	3	2	1
PONTUAÇÃO TOTAL=	/35				
MÉDIA DA PONTUAÇÃO TOTAL=	/5				

¹ Esta medida pode ser alterada para a fala de adultos, substituindo *filho* por *cônjuge*.

² O termo *estranho* pode ser alterado para *pessoas desconhecidas*.

Esta versão da *Escala Inteligibilidade em Contexto* pode ser copiada.

(This version of the *Intelligibility in Context Scale* can be copied.)

Intelligibility in Context Scale is licensed under a [Creative Commons Attribution-NoDerivs 3.0 Unported License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/).

McLeod, S., Harrison, L. J., & McCormack, J. (2012). The Intelligibility in Context Scale: Validity and reliability of a subjective rating measure. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 55(2), 648-656. <http://jslhr.asha.org/cgi/content/abstract/55/2/648>



McLeod, S., Harrison, L. J., & McCormack, J. (2012). *Escala Inteligibilidade em Contexto: Português* [Intelligibility in Context Scale: Portuguese]. (J. Aquino do Nascimento & B. Louw, Trans.). Bathurst, NSW, Australia: Charles Sturt University. Retrieved from <http://www.csu.edu.au/research/multilingual-speech/ics>. Published November 2012, updated 2017.

ANEXO XI – Autorização Tradução SPAA-C



Permission to translate the SPAA-C to Brazilian

2 mensagens

Ivaneide Almeida Braga <37869@ufp.edu.pt>
Para: smcleod@csu.edu.au

ter, 23 de jul de 2019 às 13:52

Dear Doctor Sharynne McLeod,

I'm Ivaneide Braga, a researcher and a PhD Student in Fernando Pessoa University in doctoral program "Language development and Disorders" and I have two supervisors, Professor Joana Rocha and Professor Fatima Maia (both of them are Speech Language Pathologists). I'm studying Language Disorders associated with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Brazilian Children: children's language profile (including PCC); beliefs and myths of parents/ teachers/ health professionals; social and speech impact (according to parents/ teachers/ health's professional's perceptions).

We read about SPAA-C and we were thinking about using it in my study with Brazilian children. We wanted to ask permission to translate the instrument to Brazilian Portuguese. In my study i intend to use only the questions for parents, teachers and others, however, we will be interested in translating and back translating the entire instrument if we have your permission to do so. Do I have your permission to use and translate your instrument in my study and to translate it to Brazilian Portuguese, please? Do we need to ask permission from Speech Pathology Australia?

Thank you so much for all your help.

Kind regards,

Ivaneide Braga

Joana Rocha

Fátima Maia

McLeod, Sharynne <SMcLeod@csu.edu.au>
Para: Ivaneide Almeida Braga <37869@ufp.edu.pt>
Cc: Williams, Lynn <WILLIAML@mail.etsu.edu>

qua, 24 de jul de 2019 às 02:56

Dear Ivaneide, Prof Rocha and Prof Maia

Thanks for your email. I am sorry for the delay in replying to your original email, but I have been on sick leave.

Firstly, congratulations on your interesting work. I am glad that you think that the SPAA-C may be a valuable tool.

No, you don't need to contact Speech Pathology Australia to request permission to translate the SPAA-C.

In 2014 I had a request from Prof Lynn Williams (WILLIAML@mail.etsu.edu)<mailto:WILLIAML@mail.etsu.edu> to translate the parent and child questions into Brazilian Portuguese. I have had other requests for the SPAA-C to be translated into Portuguese (from Portugal). Eventually, if

your version was to be considered to be on the SPAA-C website (<http://www.csu.edu.au/research/multilingual-speech/spaa-c>), I would prefer if the Brazil and Portugal versions were similar (although I realise that they cannot be exactly the same).

So, I give permission to translate the SPAA-C for your work. Before you use it, please contact Prof Lynn Williams, and cc me into the correspondence. Then I encourage you to consider using forward and back translation (see Pascoe & McLeod, 2016, p. 331), and if possible professional/community checking (see Pascoe & McLeod, 2016, p. 332).

During the translation process, I could put you in touch with the researchers from Portugal to discuss their version if you were interested for your version to be considered to be included on the SPAA-C website.

I have attached a copy of the SPAA-C translation template (CHILD version) for you to use and send back to me when completed.




Finally, have a look at the end of the SPAA-C website for other research publications that have used the SPAA-C. Let me know if you cannot access any of these and would like a copy.

Again, sorry for the delay, and best wishes for your research.

Regards
Sharynne

Sharynne McLeod, PhD, CPSP, Life Member SPA, ASHA Fellow
Professor of Speech and Language Acquisition
Charles Sturt University, Panorama Ave, Bathurst 2795, AUSTRALIA
Phone 61-2-63384463 | Email smcleod@csu.edu.au <<mailto:smcleod@csu.edu.au>> | Twitter
[@SharynneMcLeod](#)
Website https://arts-ed.csu.edu.au/schools/teacher-ed/staff/profiles/professor/mcleod_sharynne
Blog <https://speakingmylanguages.blogspot.com.au/>
Multilingual Children's Speech <http://www.csu.edu.au/research/multilingual-speech>
[Texto das mensagens anteriores oculto]

3 anexos

-  **Pascoe & McLeod (2016).pdf**
392 KB
-  **noname**
417 B
-  **SPAA-C-Child-xxx-English - MASTER.doc**
71 KB

**ANEXO XII - Avaliação da Participação e Atividade de Fala de Crianças (SPAA-C) –
Versão PB**

**AVALIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO E ATIVIDADE DE FALA DE CRIANÇAS:
Português do Brasil**

Speech Participation and Activity Assessment of Children

(McLeod, 2004)

Traduzido por: Braga, Ivaneide¹; Rocha, Joana²; Maia, Fátima², 2020.

1 FCS-UFP

2 ESS-FP/FCS-UFP/FP-B2S

Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal

Questões

As questões a seguir foram desenvolvidas para coletar informações sobre o impacto das dificuldades de fala na vida das crianças. As perguntas são destinadas a várias pessoas importantes (os pais, professores e outros) em páginas diferentes. Você pode entregar esses formulários para essas pessoas se for propício. Caso contrário, você pode querer entrevistar e registrar suas respostas. Selecione as pessoas que você acha que vão fornecer as informações mais úteis e selecione as questões que parecem particularmente relevantes.

Seções do questionário

- A- Questões para os pais
- B- Questões para os professores
- C- Questões para outros

Avaliação da Participação e Atividade de Fala de Crianças (SPAA-C): Pais

Nome da criança: _____

Nome do pai/mãe: _____ data atual: _____

A. Questões para os pais

Seu filho (a)

1. Fale-me sobre seu filho (a).
2. O que seu filho (a) gosta de fazer?
3. O que é importante para seu filho (a) e sua família?
4. O que seria a rotina semanal normal? Quem são todas as pessoas com quem se filho (a) falaria em uma semana normal?
5. Ele/ela é convidado (a) para brincar na casa de outras crianças/convidado (a) para festas de aniversários?
6. Existe alguma coisa que deixe seu filho (a) particularmente infeliz/triste/bravo?

Fala do seu filho (a)

7. Descreva a fala do seu filho
8. Quais diferenças você percebe em relação à fala do seu filho quando comparada ao de seus irmãos (as) e amigos a respeito de:
 - a. A quantidade de conversas.
 - b. Como ele/ela é entendido
 - c. Contextos e pessoas com os quais ele/ela se sente confortável em conversar
 - d. Contextos e pessoas com os quais ele/ela se sente desconfortável em conversar
9. Quando seu filho (a) não é entendido:
 - a. O que seu filho (a) faz?
 - b. O que você faz para ajudar?
10. Que são as coisas em que seu filho (a) é bom que não requeira que ele/ela fale corretamente?

Os impactos da dificuldade de fala do seu filho (a)

11. Qual o maior impacto da dificuldade de fala do seu filho (a) em casa e na escola?
12. Como a dificuldade dele (a) o/a limita?
13. Algumas vezes ele/ela já foi excluído (a) de alguma forma em situações sociais por causa de sua fala?
14. O que é que sua família faz para garantir que seu filho (a) seja incluído em socialmente?
15. Quão consciente/frustrado ele/ela é em relação a sua dificuldade de fala? Ele/ela fica envergonhado de sua fala?

16. Você já observou diferenças entre níveis de habilidade de confiança e comunicação em situações como: refeições, escola, com amigos, com os avós e outros membros da família, durante passatempos e outras atividades
17. Como é que as outras pessoas reagem ao seu filho (a)?
18. O que outras pessoas dizem sobre a fala do seu filho (a)?
19. Você se sente frustrado/envergonhado com forma como o seu filho fala?
20. Que metas você gostaria de alcançar com as habilidades de fala do seu filho?

Avaliação da Participação e Atividade de Fala de Crianças (SPAA-C): Professores

Nome da criança: _____

Nome do professor(a): _____ data atual: _____

B. Questões para os professores

1. Fale-me sobre essa criança
2. Descreva como ele/ela fala
3. A criança é bem-sucedida ao transmitir sua mensagem?
4. Você pode me dar alguns exemplos de quando essa criança tem que falar na escola? Por exemplo, com você, com outros professores, com outros alunos, em frente da sala.
5. Ele/ela participa de atividades em grupo na sala de aula?
6. Ele/ela responde perguntas na sala de aula?
7. Ele/ela participa voluntariamente na sala?
8. Ele/ela participa de apresentações e conta novidades?
9. Ele/ela pede ajuda?
10. Ele/ela começa conversas com outras crianças e professores?
11. A dificuldade de fala que ele/ela tem, afeta o aprendizado e a alfabetização? (Leitura e escrita)
12. A sua dificuldade limita o seu envolvimento na escola?
13. Como essa criança explica as coisas para você/para os outros?
14. O que te ajuda a entender o que ele/ela diz?
15. O que você faz quando não o/a compreende?
16. Ele/ela é importunado (a) na escola?
17. Como essa criança reage a conflitos?
18. Essa criança tem alguma preferência de modalidade de aprendizagem ou um estilo de aprendizado particular?
19. Como podemos colaborar em conjunto para auxiliar as competências de comunicação dessa criança na escola?

Avaliação da Participação e Atividade de Fala de Crianças (SPAA-C): Outros

Nome da criança: _____

Nome da pessoa: _____

Relação com a criança: _____ data atual: _____

C. Questões para outros:

1. Fale-me sobre essa criança
2. Como essa criança interage com você e com outros?
3. A criança é bem-sucedida ao transmitir uma mensagem?
4. Você tem dificuldade de compreender essa criança?
5. O que te ajuda a compreender o que ele/ela diz?
6. O que você faz quando não o/a compreende?

ANEXO XIII- Guião de Entrevista Semiestruturada AEE - Pais

Guião de Entrevista semi-estruturada sobre a AEE – Questões para Pais

UNIDADE - EXPERIÊNCIA – Características da criança, identificação das dificuldades, encaminhamentos, profissionais envolvidos.

1 – Fale um pouco sobre seu filho:

- a) Com que idade foi diagnosticado com PHDA e as dificuldades de linguagem/fala associadas?
- b) Como é o relacionamento dele (a) com a família?
- c) Como ele (a) se relaciona com as outras pessoas (na escola, com os amigos)

2 – Como foram identificadas a PHDA e as dificuldades de linguagem/fala associadas em seu filho, para assim encaminhá-lo (a) para o Centro de Atendimento e como foi feito esse encaminhamento?

3 - Em sua opinião quais os profissionais que devem estar envolvidos no diagnóstico e na intervenção do seu filho?

UNIDADE - APOIO PRESTADO – Caracterização do apoio (tempo, frequência, forma de atendimento, recursos), apoio à família pelos profissionais

4 – Há quanto tempo e com que frequência seu filho(a) é atendido pelo Centro de Atendimento? Como é feito esse atendimento e que recursos são utilizados?

5 – Que tipo de apoio é dado a você, no cuidado com seu filho (a), pelos professores, monitores e profissional que atuam no Centro de Atendimento?

UNIDADE - INTERVENÇÃO: Mecanismos utilizados, Envolvimento da família, trabalho em equipa e resultados.

6 – Você recebe orientações dos professores e/ou dos profissionais especializados de como lidar com o transtorno do seu filho (a)?

7 – De que forma você colabora os professores e/ou os profissionais especializados na utilização de instrumentos, técnicas e mecanismos de intervenção no tratamento de seu filho (a)? Quais são eles?

8 – Como funciona a intervenção realizada entre a equipa de profissionais, professores e monitores no processo de intervenção realizado pelo Centro a seu filho (a)?

10 – Que resultados você consegue perceber no tratamento de seu filho(a) após essa intervenção?

ANEXO XIV - Guião de Entrevista Semiestruturada AEE - Professores

Guião de Entrevista semi-estruturada sobre a AEE – Questões para Professores

UNIDADE - EXPERIÊNCIA - Caracterização da atuação do Professor, identificação das dificuldades, encaminhamentos e profissionais envolvidos.
1 – Fale um pouco de você como profissional: a) Qual a sua formação principal e complementar? b) Há quanto tempo exerce essa profissão? c) A quanto tempo atua como Professor com crianças com necessidades especiais? 2 – Descreva a sua atuação como professor/monitor no atendimento com crianças PHDA e as dificuldades de linguagem/fala associadas. 3 - Você foi capacitado para identificar crianças com PHDA e as dificuldades de linguagem/fala associadas e assim encaminhá-las para o Centro de Atendimento? Como ocorreu? 4 – Em sua opinião quais os profissionais que devem está envolvidos no atendimento com crianças PHDA e as dificuldades de linguagem/fala associadas?
UNIDADE APOIO PRESTADO – Caracterização do apoio (frequência, forma de atendimento, recursos) articulação entre os profissionais.
5– Como é feito o trabalho com essas crianças na escola e que recursos são utilizados? 6– Como é feita a articulação entre professores e monitores em sala de aula para atendimento a essas crianças? 7 – Que tipo de apoio é dado a você profissionais especializados de comolidar com crianças com perturbações de linguagem associadas a PHDA?
UNIDADE - INTERVENÇÃO: Mecanismos utilizados, Envolvimento dos profissionais, intervenções no Centro de AEE e Resultados.
8– Qual a importância da avaliação multidisciplinar em crianças com PHDA e as dificuldades de linguagem/fala associadas? 9– De que forma você colabora com os profissionais especializados na utilização de instrumentos, técnicas e mecanismos de intervenção no atendimento com crianças com PHDA e as dificuldades de linguagem/fala associadas? 10– Como você caracteriza a intervenção realizada pelos profissionais que atuam no Centro? 11 – Como funciona a intervenção realizada entre a equipa de profissionais, os pais, professores e monitores no processo de intervenção a essas crianças?

ANEXO XV - Guião de Entrevista Semiestruturada – Equipa Multiprofissional

Guião de Entrevista semiestruturada sobre a AEE – Questões para Profissionais da Equipa Multiprofissional

UNIDADE - EXPERIÊNCIA – Caracterização e Profissionais envolvidos, encaminhamentos.	Atuação dos profissionais,
<p>1 – Fale um pouco de você como profissional:</p> <p>a) Qual a sua formação principal e complementar?</p> <p>b) Há quanto tempo exerce essa profissão?</p> <p>c) Há quanto tempo atua como Profissional Educacional Especializado?</p> <p>2 – Descreva a sua atuação como profissional de atendimento educacional especializado no centro de atendimento.</p> <p>3 – Quais os profissionais que estão envolvidos no atendimento com crianças PHDA e as dificuldades de linguagem/fala associadas que frequentam o centro?</p> <p>4 – Como são feitos os encaminhamentos dessas crianças para o Centro?</p>	
UNIDADE - APOIO PRESTADO – Caracterização do apoio (tipo, frequência, forma de atendimento, recursos), articulação entre os profissionais	
<p>5 – Qual o tipo de apoio prestado a essas crianças e com que frequência?</p> <p>6 – Como são feitos os atendimentos a essas crianças e que recursos são utilizados?</p> <p>7 – Como é feita a articulação dos profissionais para atendimento a essas crianças?</p>	
UNIDADE - INTERVENÇÃO: Mecanismos utilizados, caracterização da intervenção no centro de AEE, Trabalho em Equipa.	
<p>8 – Como é realizada a avaliação multidisciplinar em crianças com PHDA e as dificuldades de linguagem/fala associadas?</p> <p>9 - Quais os mecanismos de intervenção utilizados no atendimento às crianças com PHDA e as dificuldades de linguagem/fala associadas?</p> <p>10– Como você caracteriza a intervenção realizada pelos profissionais que atuam no Centro?</p> <p>11 – Como funciona a intervenção realizada entre a equipa de profissionais, os pais, professores e monitores no processo de intervenção realizado a essas crianças?</p>	

ANEXO XVI – Parecer FAN N° 3.970.846

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Comportamento social, Transtornos da linguagem e conhecimento sobre TDAH na população infantil: percepções de pais, professores, monitores e profissionais de saúde/educação.

Pesquisador: IVANEIDE ALMEIDA BRAGA

Área Temática: Pesquisas com coordenação e/ou patrocínio originados fora do Brasil, excetuadas aquelas com copatrocínio do Governo Brasileiro;

Versão: 2

CAAE: 23059219.0.0000.5654

Instituição Proponente: Universidade Fernando Pessoa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.970.846

Apresentação do Projeto:

Este estudo aborda a atuação de profissionais de saúde/educação no Atendimento Educacional Especializado – AEE de crianças com comprometimento da linguagem associado ao comportamento sugestivo de TDAH. O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDAH e os Transtornos de Linguagem são comuns ao desenvolvimento, com consequências importantes na vida das crianças afetadas, podendo acarretar em grandes prejuízos para o comportamento social, linguístico e acadêmico das mesmas. Dessa forma, torna-se necessária, a atuação de pais, professores e demais profissionais de saúde/educação, a essa condição que se apresenta bastante evidente em nosso meio, sendo que o tratamento multiprofissional poderá compor o modelo de intervenção ideal para crianças com Transtorno de Linguagem associado a TDAH. Quanto à metodologia, trata-se de uma pesquisa exploratória, de caráter descritivo, transversal e correlacional, sendo realizada ainda, uma revisão narrativa da literatura para enquadramento da problemática de estudo e seguidamente, uma avaliação com recursos de questionários e entrevistas sobre os pontos referidos nos objetivos de investigação de forma a relacionar as crenças/conhecimentos dos pais, professores e profissionais de saúde/educação sobre a comorbidade Transtorno de Linguagem/TDAH com suas percepções sobre a intervenção do AEE no comportamento social e linguístico dessas crianças.

Endereço: Rua Paulo VI, 609
Bairro: Queimadinha **CEP:** 44.050-162
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)2102-9115 **E-mail:** cepfan@gruponobre.net

Objetivo da Pesquisa:

1. Determinar os conhecimentos e crenças de pais, professores, monitores de educação inclusiva e profissionais especializados saúde/educação sobre TDAH;
2. Determinar a percepção que pais, professores, monitores de educação inclusiva e profissionais especializados saúde/educação têm sobre o comportamento social de crianças com Transtorno de Linguagem associado ao TDAH;
3. Caracterizar a intervenção do Atendimento Educacional Especializado em crianças com Transtorno de Linguagem associado ao TDAH através dos pais, professores, monitores de educação inclusiva e profissionais especializados saúde/educação;
4. Caracterizar o perfil linguístico e social de crianças com Transtorno de Linguagem associado ao TDAH;
5. Analisar a relação existente entre o score de linguagem, PCC e Inteligibilidade de fala com as percepções/crenças/conhecimentos de pais, professores, monitores de educação inclusiva e profissionais especializados saúde/educação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não existem quaisquer riscos associados a esta investigação nem quaisquer danos previstos para as crianças participantes da mesma, tendo em vista que os instrumentos a serem aplicados, serão testes de linguagens, realizados por uma fonoaudióloga, profissional especialista na área; Quanto ao instrumento utilizado pela investigadora para coleta de dados sobre conhecimento de TDAH não apresenta nenhum risco para os pais, professores, monitores e profissionais especializados por se tratar apenas da percepção dos mesmos;

O instrumento para coleta de dados dos participantes citados, sobre o comportamento social das crianças analisadas, não oferece nenhum risco associado ou quaisquer danos previstos tendo em vista que o mesmo será aplicado e analisado por psicólogos, como previsto no item 5.7; Quanto às entrevistas, serão aplicadas pela investigadora, a uma amostra dos pais, professores, monitores e profissionais que atuam com as crianças que apresentaram dificuldades de linguagem nos testes realizados pela fonoaudióloga, podendo incorrer em risco de constrangimento aos participantes, pelo fato de serem gravadas suas respostas, podendo as mesmas ser transcritas pela investigadora no momento da fala dos participantes que não se sentirem a vontade com a gravação.

Endereço: Rua Paulo VI, 609
Bairro: Queimadinha **CEP:** 44.050-162
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)2102-9115 **E-mail:** cepfan@gruponobre.net

Continuação do Parecer: 3.970.846

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia está correspondendo com o que se propõe o projeto
Introdução, referencial teórico, cronograma, orçamento e referencias dentro do proposto.
Foram realizados os ajustes solicitados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos de apresentação estão inseridos no Projeto, inclusive o termo de assentimento.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foram realizadas as recomendações feitas no parecer anterior.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por unanimidade.

O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1396402.pdf	19/03/2020 12:57:58		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoTereserecomendacoesCEP.pdf	19/03/2020 12:55:43	IVANEIDE ALMEIDA BRAGA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoinstitucional.pdf	08/10/2019 18:54:18	IVANEIDE ALMEIDA BRAGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodapesquisadora.pdf	08/10/2019 18:53:34	IVANEIDE ALMEIDA BRAGA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	08/10/2019 18:52:19	IVANEIDE ALMEIDA BRAGA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termoassentimento.pdf	11/09/2019 08:35:58	IVANEIDE ALMEIDA BRAGA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/09/2019 08:35:21	IVANEIDE ALMEIDA BRAGA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetese.pdf	30/07/2019 08:50:27	IVANEIDE ALMEIDA BRAGA	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua Paulo VI, 609	CEP: 44.050-162
Bairro: Queimadinha	
UF: BA	Município: FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)2102-9115	E-mail: cepfan@gruponobre.net



Continuação do Parecer: 3.970.846

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Sim

FEIRA DE SANTANA, 14 de Abril de 2020

Assinado por:
CONCEICAO ELIANA CARNEIRO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Paulo VI, 609
Bairro: Queimadinha **CEP:** 44.050-162
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)2102-9115 **E-mail:** cepfan@gruponobre.net

Página 04 de 04

ANEXO XVII – Parecer CONEP N° 4.185.028

PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Comportamento social, Transtornos da linguagem e conhecimento sobre TDAH na população infantil: percepções de pais, professores, monitores e profissionais de saúde/educação.

Pesquisador: IVANEIDE ALMEIDA BRAGA

Área Temática: Pesquisas com coordenação e/ou patrocínio originados fora do Brasil, excetuadas aquelas com copatrocínio do Governo Brasileiro;

Versão: 4

CAAE: 23059219.0.0000.5654

Instituição Proponente: Universidade Fernando Pessoa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.185.028

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1396402.pdf) e do Projeto Detalhado.

INTRODUÇÃO

A constituição Federal de 1988 preceitua que todos são iguais perante a lei sem que haja discriminação de qualquer espécie e que têm direito a educação gratuita e de qualidade. Contudo, algumas crianças ao serem encaminhadas à escola apresentam algumas particularidades que as tornam especiais com relação às demais, e dentre estas, estão os Transtornos de linguagem e comunicação associados ao Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade - TDAH. O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade - TDAH, representa uma das condições mais comuns diagnosticadas em crianças (Redmond, 2016). De acordo do o DSM-5 (2013), esses transtornos se manifestam cedo no desenvolvimento das crianças mesmo antes desta ingressar na escola, sendo concretizados por déficits no desenvolvimento que acarreta prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico e profissional. Sendo que esses déficits de desenvolvimento variam desde limitações muito específicas na aprendizagem ou no controle de

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

Continuação do Parecer: 4.185.028

funções executivas até prejuízos globais em habilidades sociais ou de inteligência. O TDAH frequentemente coocorre com uma variedade de transtornos comportamentais do desenvolvimento neurológico e socioemocional, e os sintomas de outros transtornos podem confundir-se com os sintomas do TDAH, o que torna o diagnóstico diferencial e a identificação de comorbidade essencial (Barkley, 2006; Brock, Jimerson & Hansen, 2009). Na DSM-5 o Transtorno de Linguagem (TL) está inserida na categoria dos Transtornos da Comunicação que se encontram sob o domínio dos Transtornos do Neurodesenvolvimento (American Psychiatric Association, 2013). Bishop (2017) propôs o uso da terminologia Transtorno do Desenvolvimento da Linguagem (Language Developmental Disorder), para caracterizar a presença de alterações presentes num ou mais domínios linguísticos nos quais se observassem repercussões a nível da comunicação e da aprendizagem, sem uma condição biomédica associada, recomendando, em alternativa, o uso do termo: Transtorno da Linguagem associada à condição biomédica associada, no caso da existência de uma coocorrência entre Transtorno de linguagem e outra alteração. Assim, neste trabalho será adotada essa terminologia: Transtorno de linguagem associado ao Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDAH. O Transtorno de Linguagem é um dos transtornos que mais frequentemente co-ocorre com o diagnóstico de TDAH (Camarata, Hughes, & Ruhl, 1988; Cohen, Barwick, Horodezky, Vallance, & Im, 1998; Sciberras et al., 2014; Gualtieri, Koriath, van Bourgondien, & Saleeby, 1983; Love & Tompson, 1988; Mueller & Tomblin, 2012; Tirosh & Cohen, 1998;; Tirosh & Cohen, 1998; Trautman, Giddan, & Jurs, 1990). Apesar de sua elevada prevalência e do impacto na vida dos indivíduos afetados, o TDAH e o Transtorno do Desenvolvimento da Linguagem permanecem como distúrbios de difícil diagnóstico (Redmond, 2016). O caminho a seguir exigirá um ajuste de valores, tanto quanto o estudo empírico adicional das ligações entre TDAH e Transtorno de linguagem associado a este transtorno. Diante desse fato, cabe aos pais, professores e equipe multiprofissional, um trabalho de intervenção eficaz para o desenvolvimento da aprendizagem desses alunos, surgindo assim à necessidade de um Atendimento Educacional Especializado – AEE. Uma das grandes preocupações da educação do Brasil nas últimas décadas é o desenvolvimento de políticas públicas com a intenção de promover a inclusão de crianças com necessidade especiais em sala de aula. E muitos dos problemas apresentados por essas crianças se referem ao Transtorno de Déficit de atenção e hiperatividade – TDAH que muitas vezes co-ocorrem com outros Transtornos de linguagem, pois as deficiências na função executiva dão origem a problemas tanto na comunicação comportamental como social e déficits adicionais ou alternativos em outras habilidades cognitivas impactam no desenvolvimento de habilidades estruturais da linguagem (HAWKINS, et al, 2016) Diante disso, essa pesquisa se justifica de grande

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.185.028

relevância, tendo em vista a necessidade de conhecimento das crenças/conhecimento dos pais, professores, monitores de educação inclusiva e profissionais de saúde/educação sobre esses transtornos e/ou perturbações e suas percepções quanto à intervenção do AEE na melhoria do comportamento social e linguísticos dessas crianças.

HIPÓTESE

O conhecimento sobre TDAH está relacionado com a percepção dos participantes sobre o comportamento social das crianças e o score de linguagem.

METODOLOGIA

A pesquisa será realizada em um Centro de Atendimento Educacional Especializado vinculado a uma Instituição Pública Brasileira, com crianças que apresentam Transtornos de Linguagem associados a TDAH, matriculados nesse centro, com os pais ou responsáveis dessas crianças, com professores e monitores que atuam com essas crianças no ensino regular e com profissionais que atuam no atendimento educacional especializado das mesmas. A mostra será composta da seguinte forma:

- 50 crianças diagnosticadas com evidências de Transtorno de Linguagem associado ao TDAH, de acordo com os critérios definidos pela DSM -5;
- 50 pais de crianças com Transtorno de Linguagem associado ao TDAH;
- 50 professores da educação básica e 50 monitores de educação inclusiva com atuam com essas crianças no ensino regular;
- 14 profissionais de saúde (médico (01); enfermeiro (01); psicólogos (03); fonoaudiólogo (01); fisioterapeuta (03); educador físico (01); nutricionistas (02); e, assistentes sociais (02) e 05 profissionais de educação (pedagogos (01) e psicopedagogos (04) que atuam no atendimento educacional especializado das mesmas. Trata-se de um estudo descritivo, transversal e correlacional com caráter qualitativo-quantitativo. O enquadramento teórico será feito através de uma revisão sistemática da literatura, com publicações de artigos sobre as temáticas pesquisas e que comporão o corpo da tese. A pesquisa será realizada em fases distintas como apresentado no design a seguir:
- 1ª Fase – ler, selecionar e/ou confeccionar instrumentos, realizar pedido de autorização aos autores dos instrumentos que estão construídos e serão adaptados para a pesquisa, organizar amostras, submeter estudo a Plataforma Brasil para indicação e submissão ao Comitê de Ética no Brasil, submeter o estudo ao Comitê de Ética em Portugal, produção artigos de revisão narrativa

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.185.028

para publicações em revistas;

- 2ª Fase – realizar a coleta, organizar e tratar os dados, em momentos distintos para cada grupo pesquisado (pais, professores, monitores e profissionais especializados - saúde/educação) e correlacioná-los ao embasamento teórico para produções científicas as quais espelhem a análise dos dados em cada um desses momentos;
- 3ª Fase – analisar os dados coletados qualitativa e quantitativamente, fazer o cruzamento dos dados obtidos em cada etapa, traçar a discussão dos dados coletados com seu embasamento teórico, finalizar a tese, fazer as devidas correções e defender a tese. Para realização da pesquisa serão utilizadas e obedecidas as exigências e recomendações do Conselho Nacional de Saúde, tendo em vista que o tema além de ter seu foco na educação, está voltado para o atendimento educacional especializado, realizado por profissionais da área de saúde, dentre as quais podemos citar:
 - Cadastrado projeto de pesquisa na Plataforma Brasil para que seja avaliado e se aprovado, para que seja feito o encaminhamento do mesmo ao Comitê de ética para o qual for designado;
 - Submissão do Projeto ao Conselho de ética da Universidade Fernando Pessoa;
 - Todos os dados serão tratados de forma anônima e confidencial, e, em todos os instrumentos serão atribuídos códigos a cada participante.
 - Cada representante legal será informado acerca dos objetivos e da metodologia que se pretende realizar com o seu educando, antes de consentir a participação voluntária do mesmo (e assinar o Consentimento Livre e Informado que deve ser anexado). Será concedida a oportunidade para realizar qualquer questão. Cada participante será, ainda, alertado para o direito de recusar, a qualquer momento, a participação do seu educando no projeto de investigação, sem qualquer prejuízo. Salvaguardar-se-á, ainda, o direito de a própria criança renunciar a sua participação no projeto, sem que isso acarrete, uma vez mais, qualquer prejuízo.
 - O estudo será realizado em consonância com as Normas e Diretrizes regulamentadoras da Pesquisa, envolvendo Seres Humanos, estabelecidas pela Resolução CNS 196/96 versão 2012.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A pesquisa terá como critérios de inclusão:

Para as crianças:

- Ter o português do Brasil como língua materna;
- Ter diagnóstico clínico fechado ou ter evidências de Perturbações de Linguagem

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040

UF: DF **Município:** BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.185.028

associadas a TDAH comprovada através de relatório clínico, de acordo com os critérios da DSM-5.;

- Ter idade escolar entre 06 e 12 anos.

Para os pais:

- Ter o português do Brasil como língua materna;
- Ser pais e/ou responsáveis pelas crianças com evidências de Transtornos de Linguagem associados ao TDAH objetos do estudo.

Para os professores:

- Ter o português do Brasil como língua materna;
- Ser profissional de educação e compor a equipe que atuação com crianças com evidências de Transtornos de Linguagem associados ao TDAH.

Para os monitores de Educação Inclusiva:

- Ter o português do Brasil como língua materna;
- Ser monitor de educação inclusiva e compor a equipe que atuação com crianças com evidências de Transtornos de Linguagem associados ao TDAH.

Para os profissionais especializados (saúde /educação)

- Ter o português do Brasil como língua materna;
- Ser profissional da área de saúde e estar integrando a equipe de Atendimento Educacional Especializado;
- Ser profissional Educacional Especializado e compor a equipe de Atendimento Educacional Especializado

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Como critérios de exclusão, teremos:

- Ter idade inferior a 06 anos e superior a 12 anos;
- Não possuir relatório que comprove evidência de Transtornos de Linguagem associados ao TDAH;
- Não ter alterações de fala e/ou linguagem associada ao TDAH, diagnosticadas por um fonoaudiólogo;
- Ser profissional de saúde e/ou educação, mas, não fazer parte da equipe atuante do

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

Continuação do Parecer: 4.185.028

Atendimento Especializado a crianças com evidências de Transtornos de Linguagem associados ao TDAH;

- Possuir outro diagnóstico clínico (co-morbilidade), para além do Transtorno de Linguagem, a fim de evitar potenciais fatores confundidores
- Se recusarem a participar da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVOS PRIMÁRIOS

1. Determinar os conhecimentos e crenças de pais, professores, monitores de educação inclusiva e profissionais especializados saúde/educação sobre TDAH;
2. Determinar a percepção que pais, professores, monitores de educação inclusiva e profissionais especializados saúde/educação têm sobre o comportamento social de crianças com Transtorno de Linguagem associado ao TDAH;
3. Caracterizar a intervenção do Atendimento Educacional Especializado em crianças com Transtorno de Linguagem associado ao TDAH através dos pais, professores, monitores de educação inclusiva e profissionais especializados saúde/educação;
4. Caracterizar o perfil linguístico e social de crianças Transtorno de Linguagem associado ao TDAH;
5. Analisar a relação existente entre o score de linguagem, PCC e Inteligibilidade de fala com as percepções/crenças/conhecimentos de pais, professores, monitores de educação inclusiva e profissionais especializados saúde/educação

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Identificar quais as crenças/conhecimentos que os pais de crianças com TDAH têm sobre esse transtorno;
- Determinar quais as crenças/conhecimentos que professores, monitores de educação inclusiva, e, profissionais especializados de Saúde/Educação que atuam com crianças com TDAH têm sobre esse transtorno;
- Determinar a percepção dos pais, professores, monitores de educação inclusiva e profissionais especializados de Saúde/Educação sobre o comportamento social de crianças com Transtorno de Linguagem associado ao TDAH;
- Determinar a percepção dos pais, professores, monitores de educação inclusiva e profissionais especializados de Saúde/Educação sobre o impacto das alterações da fala de crianças com

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

Continuação do Parecer: 4.185.028

Transtorno de Linguagem associado ao TDAH;

- Caracterizar, de acordo com os pais, professores, monitores de educação inclusiva e profissionais especializados (educação/saúde) a intervenção do AEE realizado em crianças com Transtorno de Linguagem associado ao TDAH;
- Caracterizar o perfil linguístico e de fala das crianças com Transtorno de Linguagem associado ao TDAH.
- Relacionar o score de linguagem, PCC e inteligibilidade da fala com as percepções/crenças/conhecimentos sobre TDAH dos pais, professores, monitores de educação inclusiva e profissionais especializados (saúde/educação), dessas crianças;
- Relacionar o score de linguagem, PCC e inteligibilidade da fala com as percepções/crenças/conhecimentos dos pais, professores, monitores de educação inclusiva e profissionais especializados (saúde/educação) sobre a percepção do comportamento social e linguístico dessas crianças.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

Não existem quaisquer riscos associados a esta investigação nem quaisquer danos previstos para as crianças participantes da mesma, tendo em vista que os instrumentos a serem aplicados, serão testes de linguagens, realizados por uma fonoaudióloga, profissional especialista na área; Quanto ao instrumento utilizado pela investigadora para coleta de dados sobre conhecimento de TDAH não apresenta nenhum risco para os pais, professores, monitores e profissionais especializados por se tratar apenas da percepção dos mesmos; O instrumento para coleta de dados dos participantes citados, sobre o comportamento social das crianças analisadas, não oferece nenhum risco associado ou quaisquer danos previstos tendo em vista que o mesmo será aplicado e analisado por psicólogos, como previsto no item 5.7; Quanto às entrevistas, serão aplicadas pela investigadora, a uma amostra dos pais, professores, monitores e profissionais que atuam com as crianças que apresentaram dificuldades de linguagem nos testes realizados pela fonoaudióloga, podendo incorrer em risco de constrangimento aos participantes, pelo fato de serem gravadas suas respostas, podendo as mesmas ser transcritas pela investigadora no momento da fala dos participantes que não se sentirem a vontade com a gravação.

BENEFÍCIOS

Contribuir para aumentar o conhecimento acerca do comportamento social e linguístico de

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

Continuação do Parecer: 4.185.028

crianças com evidências de Transtornos de Linguagem associados ao TDAH.

Contribuir para melhoria das práticas de apoio prestado pelos profissionais especializados de saúde e educação no atendimento às necessidades especiais dessas crianças, proporcionando um maior conhecimento sobre a temática, bem como, identificando os principais entraves/facilitadores para uma atuação mais eficaz, fomentando a reflexão de melhores práticas de atuação dos mesmos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e correlacional com caráter qualitativo-quantitativo. Os objetivos primários da estudo são:

1. Determinar os conhecimentos e crenças de pais, professores, monitores de educação inclusiva e profissionais especializados saúde/educação sobre TDAH;
2. Determinar a percepção que pais, professores, monitores de educação inclusiva e profissionais especializados saúde/educação têm sobre o comportamento social de crianças com Transtorno de Linguagem associado ao TDAH;
3. Caracterizar a intervenção do Atendimento Educacional Especializado em crianças com Transtorno de Linguagem associado ao TDAH através dos pais, professores, monitores de educação inclusiva e profissionais especializados saúde/educação;
4. Caracterizar o perfil linguístico e social de crianças Transtorno de Linguagem associado ao TDAH;
5. Analisar a relação existente entre o score de linguagem, PCC e Inteligibilidade de fala com as percepções/crenças/conhecimentos de pais, professores, monitores de educação inclusiva e profissionais especializados saúde/educação.

A pesquisa será realizada com as seguintes populações:

- 50 crianças diagnosticadas com evidências de Transtorno de Linguagem associado a TDAH;
- 50 pais de crianças com Transtorno de Linguagem associado a TDAH;
- 50 professores da educação básica e 50 monitores de educação inclusiva que atuam com essas crianças no ensino regular;
- 14 profissionais de saúde (médico (01); enfermeiro (01); psicólogos (03); fonoaudiólogo (01); fisioterapeuta (03); educador físico (01); nutricionistas (02); e, assistentes sociais (02) e 05 profissionais de educação (pedagogos (01) e psicopedagogos (04) que atuam no atendimento educacional especializado das mesmas.

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.185.028

Quanto à metodologia, trata-se de uma pesquisa exploratória, de caráter descritivo, transversal e correlacional, sendo realizada ainda, uma revisão narrativa da literatura para enquadramento da problemática de estudo e seguidamente, uma avaliação com recursos de questionários e entrevistas sobre os pontos referidos nos objetivos de investigação de forma a relacionar as crenças/conhecimentos dos pais, professores e profissionais de saúde/educação sobre a comorbidade do Transtorno de Linguagem/TDAH com suas percepções sobre a intervenção do AEE no comportamento social e linguístico dessas crianças.

Caráter acadêmico, realizado para obtenção do título de Doutorado na Universidade Fernando Pessoa em Portugal.

Número de participantes incluídos no estudo: 219.

Previsão de início do estudo: 01/10/2019.

Previsão de encerramento do estudo: 30/06/2020.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise de respostas ao parecer pendente nº 4.104.126 emitido pela Conep em 22/06/2020:

1. Quanto ao Projeto Detalhado – referente ao arquivo "Projetodepesquisa.doc", postado na Plataforma Brasil em 28/04/2020:

1.1. Conforme a Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, item 3.4.1.8 os protocolos de pesquisa devem conter a descrição detalhada do Método a ser utilizado e procedimentos justificados com base em fundamentação científica, procedimentos que afetem diretamente ou indiretamente os participantes da pesquisa, e que possam, de fato, ser significativos para a análise ética. Solicita-se esclarecimentos e/ou adequação na totalidade dos documentos do protocolo no que se refere ao Plano de Recrutamento e Abordagem dos Participantes de Pesquisa.

RESPOSTA: A proposta inicial era que o contato para recrutamento dos pais, professores, monitores e profissionais especializados em educação e saúde seria realizado através do Centro

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.185.028

Municipal de Atendimento Educacional Especializado, ao qual os mesmos estão vinculados, sendo estes convidados a participar da pesquisa. Contudo, devido à pandemia do COVID-19, a forma de recrutamento e abordagem será feita através de contato telefônico para realização do convite de participação e envio dos termos de consentimento livre esclarecido realizado por email com devolução por meio digital, tendo em vista que todos já estão adaptados com essa tecnologia, em virtude dos atendimentos e aulas estarem sendo realizadas de forma remota quanto ao Termo de Assentimento livre esclarecido será apresentado aos participantes de forma lúdica pela Fonoaudióloga em um dos seus atendimentos domiciliares de acompanhamento das crianças vinculadas ao Centro de atendimento.

A pesquisa propõe a utilização de uma escala de percepção dos pais, professores, monitores e profissionais especializados sobre TDAH; Escala de percepção dos pais, professores, monitores e profissionais especializados sobre o Comportamento Social de crianças com TDAH e Perturbações no Desenvolvimento da Linguagem e Perfil Linguísticos de Crianças com TDAH, todos esses instrumentos validados no Português Brasileiro.

- O KADDS - Escala de percepção dos pais, professores, monitores e profissionais especializados sobre TDAH, será aplicada pelo pesquisador. Primeiro os participantes que assinaram os termos de consentimento livre serão convidados para uma vídeo-conferência pelo Google meet para que o pesquisador explique o instrumento e os orientem na hora do seu preenchimento, posteriormente será enviada por email para que a mesma seja respondida e devolvida pelo mesmo meio eletrônico, assegurado o sigilo de todos os dados bem como, resguardada a integridade de todos os participantes.

- O SSRS – Escala de percepção dos pais, professores, monitores e profissionais especializados sobre Comportamento social, é um instrumento aplicado e avaliado por psicólogo, sendo assim, os participantes serão convidados a participar de um webnário ministrado pela psicóloga do Centro de Atendimento Educacional Especializado, onde a mesma explicará a importância e particularidades da escala. Posteriormente serão enviadas por email para os participantes e depois de devolvida, as análises das escalas serão realizadas pela psicóloga e os resultados cedidos para a pesquisa, respeitando o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos ou organizações, a que tenha acesso no exercício profissional, conforme o disposto na Resolução CFP 010/2005 – Código de Ética Profissional do Psicólogo, art. 9º. E, seguindo as determinações da Resolução nº 04 de 26 de março de 2020, do Conselho Federal de Psicologia, a qual dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de tecnologia da informação e da comunicação durante a pandemia do COVID – 19.

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.185.028

- O Perfil Linguístico será apurado através da aplicação do Teste de Linguagem Infantil – ABFW, e será realizado com as crianças pela Fonoaudióloga do Centro de Atendimento Educacional Especializado, no momento das visitas domiciliares de acompanhamento fonoaudiólogo, agendadas previamente, que a mesma vem realizando nesse período de Pandemia às essas crianças, com o objetivo da não interrupção do tratamento e retrocesso do processo de intervenção, seguindo o Protocolo de Recomendações para a Assistência e o Atendimento em Fonoaudiologia emitido pelo Conselho Regional de Fonoaudiologia - 4ª Região, que tem por objetivo apresentar as novas diretrizes para o retorno às atividades laborais da fonoaudiologia nos Estados de Alagoas, Bahia, Paraíba, Pernambuco e Sergipe, frente ao novo coronavírus, o COVID-19, declarado pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A partir da aplicação do ABFW, a fonoaudióloga irá calcular o PCC – Percentual de Consoantes Corretas com base nos dados encontrados no teste anterior e os resultados da aplicação serão utilizados pela pesquisadora para traçar o perfil linguístico das crianças com TDAH e Perturbações do Desenvolvimento da Linguagem, resguardado o sigilo e confidencialidade de todos os dados e informações fornecidas;
 - A pesquisa prevê também, em uma segunda etapa, a realização de entrevistas com uma amostra de pais, professores, monitores e profissionais que atuam com as crianças com TDAH que apresentarem os maiores índices de Perturbação do Desenvolvimento da Linguagem de acordo com os resultados obtidos com a aplicação do ABFW e o cálculo do PCC. Contudo, essas entrevistas só serão realizadas após a determinação pelo Ministério da saúde de afrouxamento do isolamento social, devendo ser seguindo os novos protocolos sanitários estabelecidos para o novo contexto.
- ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.2. Não foi apresentado orçamento financeiro detalhado, especificando os recursos, fontes e destinação, constando também os custos relacionados com a elaboração, publicação ou divulgação (Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, item 3). Solicita-se adequação.

RESPOSTA:	ITEM	MATERIAL	VALOR	FUNTE	DESTINAÇÃO
01	Impressora	R\$ 850,00	Recursos Próprios	Pesquisa	
01	Gravador	R\$ 400,00	Recursos Próprios	Pesquisa	
01	ABFW	R\$ 440,00	Recursos Próprios	Pesquisa	
01	Manual Técnico - SSRS	R\$ 316,00	Recursos Próprios	Pesquisa	
01	Caixa de papel ofício	R\$ 180,00	Recursos Próprios	Pesquisa	
04	Tintas para impressora colorida	R\$ 100,00	Recursos Próprios	Pesquisa	

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.185.028

04	Tintas para impressora preta	R\$ 100,00	Recursos Próprios	Pesquisa
01	Combustível	R\$ 1.000,00	Recursos Próprios	Pesquisa
01	Remuneração Pesquisador	R\$ 0,00	Recursos Próprios	Pesquisa
05	Publicações em Revista	R\$ 500,00	Recursos Próprios	Pesquisa
01	Previsão de ressarcimento a participantes e acompanhantes	R\$ 2.500,00	Recursos Próprios	
Participante e/ou acompanhante				
01	Caixa de Luvas	R\$ 22,00	Recursos Próprios	Atendimento Fonoaudiólogo
01	Caixa de Mascaras	R\$ 198,00	Recursos Próprios	Atendimento Fonoaudiólogo
50	Protetores facial	R\$ 500,00	Recursos Próprios	Atendimento Fonoaudiólogo
05	Álcool Gel 70	R\$ 100,00	Recursos Próprios	Atendimento Fonoaudiólogo
05	Sabonete Líquido	R\$ 50,00	Recursos Próprios	Atendimento Fonoaudiólogo
01	Pacote Rolos papel toalha	R\$ 50,00	Recursos Próprios	Atendimento Fonoaudiólogo
TOTAL		R\$ 7.306,00		

(T a b e l a e n c o n t r a - s e n o d o c u m e n t o i n t i t u l a d o
" C A R T A R E S P O S T A A O P A R E C E R C O N S U B S T A N C I A D O D A C O N E P . d o c x ")
ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.3. Solicitam-se a atualização do cronograma, com o compromisso expresso do/a pesquisador/a de que não iniciará a coleta de dados antes da aprovação final do Sistema CEP/Conep (Norma Operacional CNS nº 001/2013, item 3.4.1.9).

R E S P O S T A : T a b e l a e n c o n t r a - s e n o d o c u m e n t o i n t i t u l a d o
" C A R T A R E S P O S T A A O P A R E C E R C O N S U B S T A N C I A D O D A C O N E P . d o c x " , c o m o n o m e d e T a b e l a 2 -
Cronograma Atualizado.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.4. Considerando a emergência sanitária decorrente da pandemia COVID-19 é condição para a condução dos projetos de pesquisa a adoção de medidas para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos participantes e da equipe de pesquisa. Tal recomendação é ainda mais importante no projeto de pesquisa em tela, haja vista que os participantes serão recrutados para coleta de dados, justamente no período de transmissão da doença para a comunidade. Considerando essa situação,

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.185.028

solicita-se informar os cuidados que serão adotados para garantir a segurança biológica desses participantes da pesquisa.

RESPOSTA: Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde, declarou que o surto da doença causada pelo novo Coronavírus (COVID-19) se constituía em uma emergência de saúde pública de importância Internacional e em 11 de março, a COVID-19 foi caracterizada como uma pandemia. Seguindo as orientações da OMS, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 188, de 03 de fevereiro de 2020, declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e em, de 06 de fevereiro de 2020, a Lei nº 13.979 estabeleceu as medidas para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional decorrente da Doença por Coronavírus – COVID- 19, dentre elas, as orientações de isolamento social e/ou quarentena, em especial para as pessoas que se enquadravam nos grupos de risco, o que levou a criação de diretrizes e protocolos de recomendações necessários para a continuidade de atividades antes consideradas corriqueiras, bem como, a revisão dos parâmetros de atuação considerando agora, o protocolos de saúde e ações de combate a proliferação da Pandemia – COVID – 19.

Diante disso, considerando o novo cenário social vivenciado pela população brasileira e a necessidade de adequação das pesquisas científicas às medidas sanitárias impostas pelo Ministério da Saúde, voltadas para o enfrentamento e combate à Pandemia COVID-19, faz-se necessário a adoção de medidas para a prevenção e gerenciamento das atividades de pesquisa de forma a minimizar o potenciais risco aos participantes e também a criação de mecanismo que promovam o cuidado necessário para preservar a integridade e saúde dos participantes e do pesquisador.

Para realização desta pesquisa serão adotados todos os protocolos de biossegurança que se fizerem necessário para segurança de todos os envolvidos, buscando evitar ao máximo o contato direto com os participantes, mas caso haja necessidade, o mesmo será realizado seguindo todos os protocolos, como uso de EPIs por parte dos profissionais envolvidos e do pesquisador, máscaras e higienização das mãos por parte dos participantes e preparação do ambiente de atendimento. Contudo, será priorizada a coleta de dados através da utilização de mídias eletrônicas com total orientação e disponibilidade do pesquisador para esclarecimento de dúvidas, evitando assim, o contato físico e prezando pela saúde e integridade física e emocional de todos os envolvidos.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Quanto ao Registro de Consentimento Livre e Esclarecido – referente ao arquivo " TCLE.doc",

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

Página 13 de 33

Continuação do Parecer: 4.185.028

postado na Plataforma Brasil em 28/04/2020:

2.1. Considerando que os instrumentos de coleta de dados consiste em encontros presenciais e que o momento de isolamento social prevê a diminuição de todos e qualquer contato físico para além do essencial, solicita-se que o pesquisador reconsidere a estratégia de coleta de dados apresentada bem como as medidas de segurança que serão adotadas a fim de garantir a manutenção do estado de segurança da saúde pública e considerando as características de cada população. Solicita-se apresentar os cuidados que serão adotados na abordagem dos participantes de pesquisa.

RESPOSTA: A amostra da pesquisa será composta pelos seguintes participantes: crianças, pais, professores, monitores e profissionais especializados de saúde e educação para os quais serão determinadas as seguintes formas de recrutamento e abordagem:

1- O primeiro contato com todas as categorias de participantes será realizado através de contatos telefônicos, onde será explicado de forma clara o objetivo da pesquisa e a justificativa para realização da mesma, bem como, os potenciais benefícios que o resultado da pesquisa terá, onde os mesmos serão convidados a participar do estudo;

2- Após aceitação, será enviado por email para os pais ou responsáveis o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (modelo1) e o Termo de Assentimento Livre Esclarecido para faixa etária de 06 a 12 anos (Modelo 1), para os professores, monitores e profissionais Especializados o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (modelo 2), para que os mesmos possam ler, analisar, aprovar e assinar ou até mesmo se recusar a participar da pesquisa. No caso de aceite o termo deverá ser escanear e devolvido por email e me casos onde o participante não disponha desse recurso poderá responder ao email reafirmando seu consentimento ao participar de pesquisa nas condições que foram propostas;

3- Quanto às crianças serão avaliadas através da aplicação do ABFW- Teste de Linguagem Infantil, pela fonoaudióloga que as acompanham no processo de intervenção realizado no Centro de Atendimento Educacional Especializado e que agora estão sendo acompanhadas através de visitas domiciliares, previamente agendadas pela profissional. A fonoaudióloga vem atuando conforme o protocolo de recomendações para assistência e atendimento em fonoaudiologia emitido pelo Conselho Regional de Fonoaudiologia - 4ª Região, o qual traz as diretrizes para o retorno das atividades laborais levando em consideração três importantes recomendações para a segurança do público alvo dos serviços de fonoaudiologia, do fonoaudiólogo e de seus colaboradores: distanciamento social; medidas de cuidados individuais e do ambiente e uso de equipamentos de

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.185.028

proteção individual (EPIs) e medidas de monitoramento de casos suspeitos para o COVID-19;

4- A abordagem realizada para os pais que aceitarem participar da pesquisa será através do agendamento de encontro virtual pelo whatsapp com a pesquisadora para se discutir a escala de percepção sobre TDAH e convite para participação de Webnário realizado pela psicóloga que irá apresentar as particularidades da escala de comportamento social em crianças com TDAH e Perturbações no Desenvolvimento da Linguagem. Após esses eventos os pais ou responsáveis participantes receberão a escala por email para resposta e devolução por meio digital, evitando assim, a necessidade de encontros presenciais;

5- Para os professores, monitores e profissionais, serão seguidos os mesmos procedimentos determinados para a coleta de dados dos pais ou responsáveis. Participação de reunião com a pesquisadora para se apresentar a escala de percepção sobre TDAH e participação em webnário para orientações de como responder as questões da escala de comportamento social. Sendo as mesmas enviadas pelos emails do pesquisador e do psicólogo e devolvidas para os mesmos emails, preservando a integridade física dos mesmos frente ao COVID-19;

6- Ambas as escalas são compostas por questões objetivas de linguagem simples, devendo se marcar a alternativa que represente a percepção de cada participante.

7- As entrevistas só serão realizadas com os cuidadores e com os profissionais que atuarem com as crianças que apresentarem o nível mais elevado de perturbação da linguagem, apurado através da aplicação do ABFW e PCC. As mesmas serão realizadas somente após o afrouxamento das medidas de isolamento social e seguirão os protocolos determinados para o novo cenário.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.2. A Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 17, Inciso I, prevê que o Registro do Consentimento Livre e Esclarecido, em suas diferentes formas, deve conter "a justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa, com informação sobre métodos a serem utilizados, em linguagem clara e acessível, aos participantes da pesquisa, respeitada a natureza da pesquisa". O documento apresentado não esclarece ao participante de pesquisa sobre os procedimentos adotados, no que se refere ao local e tempo dispensado para sua participação no estudo. Solicita-se incluir nesse e nos demais documentos pertinentes, os itens solicitados.

RESPOSTA: Para realização da coleta de dados serão adotados os seguintes procedimentos de acordo com as diferentes categorias de participantes:

1- Crianças – através do atendimento domiciliar, previamente agendado com os pais e responsável, a fonoaudióloga aplicará o ABFW que consiste numa testagem fonológica para

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

Continuação do Parecer: 4.185.028

realização de duas provas: nomeação, composta por 34 figuras e imitação, composta por 39 vocábulos, onde serão colhidas as respostas orais das crianças, gravadas em áudio, com autorização do uso de voz pelos responsáveis, para posterior análise do inventário fonológico das mesmas e aplicação do TCC – Percentual de Consoantes Corretas que a crianças pronunciou. A prova tem a duração máxima de 50 minutos e acontecerá em um dos dias destinados ao acompanhamento domiciliar realizado pela fonoaudióloga;

2- Pais – os mesmos participarão de um encontro, através de ambiente virtual, com a pesquisadora com duração máxima de 30 minutos para se apresentar a escala de crenças sobre TDAH, e posteriormente a escala será enviada para o email de cada pai ou responsável para que possam dizer se as afirmações apresentadas a escala são (V) verdadeiras, (F) falsas ou (NS) não sabe. O tempo de resolução da escala varia entre 15 e 30 minutos a depender do grau de entendimento de cada participante; Serão convidados a participar de um webnário com a psicóloga para orientações de como responder a escala de comportamento social, com duração de máxima de 30 minutos, posteriormente sendo enviada por email para resposta. A escala é simples e de linguagem clara e o tempo estimado para resposta é entre 15 e 30 minutos.

3- Professores, Monitores e Profissionais Especializados – Seguirá os mesmos procedimentos adotados para coleta de dados dos pais, com realização de reunião em ambiente virtual sobre a escala de crenças sobre TDAH, com duração máxima de 30 minutos, mediada pela pesquisadora; webnário ministrado pela psicóloga sobre a escala de comportamento social, com duração de 30 minutos e posteriormente a resposta as duas escalas com duração entre 15 e 30 minutos cada uma;

4- Depois de realizados os procedimentos acima os participantes terão o prazo de 05 dias para devolução das referidas escalas respondidas.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.3. O Registro do Consentimento Livre e Esclarecido deve assegurar, de forma clara e afirmativa, a informação sobre a forma de acompanhamento e a assistência a que terão direito os participantes da pesquisa, inclusive considerando benefícios, quando houver, caso seja pertinente no projeto de pesquisa em análise (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 17, Inciso V). Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Durante todo o processo de realização da pesquisa a pesquisadora estará à disposição dos participantes em todas as categorias para esclarecer dúvidas e fornecer toda a assistência necessária, incluído assistência profissional caso alguns dos participantes apresentem uma fragilidade em sua saúde emocional e manifeste o desejo de algum tipo de acompanhamento

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

Continuação do Parecer: 4.185.028

profissional.

Aos pais serão informados os resultados dos testes de linguagem e o fonoaudiólogo irá fazer os encaminhamentos necessários das crianças para os demais profissionais do Centro de Atendimento para que seja feito um atendimento mais efetivo tanto do Transtorno de Déficit de Atenção de Hiperatividade – TDAH quanto para as Perturbações do Desenvolvimento da Linguagem, a partir de uma visão mais apurada do nível em que estas perturbações acometem as crianças; com base nos resultados da escala de comportamento a psicóloga poderá indicar os principais pontos, habilidades sociais, problemas de comportamento e/ou competência acadêmica que são mais prejudicadas pelos transtornos e perturbações sofridas pelas crianças, podendo ser feita uma melhor intervenção a nível psicológico.

Os professores e monitores com base nos resultados da pesquisa poderão fazer uma atuação mais efetiva sobre as dificuldades de aprendizagem oriundas do TDAH e das Perturbações de linguagem, melhorando as performances dessas crianças em sala de aula. Já os profissionais especializados, poderão fazer uma melhor avaliação do desempenho dessas crianças em face dos mecanismos de intervenção que vem sendo utilizados dinamizando a sua eficiência.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.4. O Registro do Consentimento Livre e Esclarecido deve assegurar de forma clara e afirmativa a garantia de ressarcimento ao participante da pesquisa e a descrição das formas de cobertura das despesas realizadas pelo participante decorrentes da pesquisa, quando houver (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 17, Inciso VII). Solicita-se incluir no Processo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou de Assentimento Livre e Esclarecido, bem como no seu Registro, os possíveis gastos como seu reembolso (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 2º, Inciso XXIV).

RESPOSTA: Tendo em vista que a coleta de dados será realizada quase que em sua totalidade de forma remota e através de mídias digitais isso não gerar nenhuns gastos ou despesas, no que concerne a despesas dos participantes e seus acompanhantes, tais como despesas com transporte e alimentação, mas caso ocorra, os mesmos serão devidamente ressarcidos de seus prejuízos.

No caso do atendimento de fonoaudiológico para aplicação do teste ABFW, a pesquisadora fornecerá luvas, mascaras, álcool gel e o que mais necessitar, de acordo com as especificações do Ministério da Saúde para garantia dos protocolos de segurança e para evitar que as famílias participantes tenham gastos nesse atendimento.

Quanto aos acessos remotos para encontros com a pesquisadora e com a psicóloga, casos alguns dos participantes aleguem não possui crédito para participar da reunião o mesmo será fornecido

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.185.028

pela pesquisadora.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.5. Solicita-se incluir no Registro do Consentimento Livre e Esclarecido a informação de que, havendo algum dano decorrente da pesquisa, o participante terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19).
RESPOSTA: A forma como a coleta de dados se realizará não implicará em riscos ou danos para qualquer um dos participantes tendo em vista, que serão tomadas todas as medidas de precaução e proteção de forma a evitar danos ou atenuar seus efeitos, para que o participante tenha sua integridade física, moral e material preservadas, mas caso o mesmo se sinta lesado ou prejudicado de qualquer forma, o pesquisador assume a responsabilidade de reparação dos danos causados e se compromete a fornecer toda a assistência que o mesmo necessitar e também indenizá-lo, se for o caso em conformidade com o arts. 927 a 954 do Código Civil e art. 19 da Resolução CNS nº 510 de 2016.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.6. A Resolução CNS nº 510 de 2016 define risco da pesquisa como "a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural do ser humano, em qualquer etapa da pesquisa e dela decorrente". Ao subestimar os riscos envolvidos em um estudo, o pesquisador não transmite as informações necessárias para que o indivíduo tome uma decisão autônoma sobre sua participação na pesquisa. Dessa forma, solicita-se que os RISCOS DA PESQUISA sejam expressos de forma clara no Registro de Consentimento Livre e Esclarecido e demais documentos, bem como a apresentação das providências e cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições que possam vir a causar algum dano ao participante de pesquisa (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 2º, Inciso XXV).

RESPOSTA: Levando-se em consideração que qualquer pesquisa cuja metodologia é de Ciências humanas e sociais, deve se considerar a possibilidade de danos físicos, psíquico, moral, intelectual, social e cultural do participante em todas as etapas da pesquisa. Devido a isso, serão tomadas todas as medidas cabíveis para evitar e/ou reduzir os efeitos e as condições que possam vir a causar algum dano aos participantes dessa pesquisa, a saber:

O teste de linguagem será aplicado pela fonoaudióloga através de atendimento domiciliar a criança, não havendo risco de constrangimento desta ou de sua família tendo em vista que a

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

Página 18 de 33

Continuação do Parecer: 4.185.028

mesma já acompanha a criança no processo de intervenção no Centro de atendimento Educacional Especializado, e atualmente vem realizando esse acompanhamento através de visita domiciliar previamente agendada, já existindo uma familiaridade entre os mesmos. Quanto aos riscos a saúde física, serão tomadas todas as medidas de segurança, conforme protocolo de recomendações para assistência e atendimento fonoaudiológico emitido pelo Conselho Regional de Fonoaudiologia – 4ª Região;

Quanto a aplicação da escala sobre conhecimento de TDAH, aplicada pela pesquisadora, também não apresentará nenhum risco de constrangimento para os pais, professores, monitores e profissionais especializados por se tratar apenas da percepção dos mesmos, e para resguardar a saúde física dos mesmos toda a abordagem será feita através de mídias digitais, as quais os participantes já estão familiarizados tendo em vista que os atendimentos e as aulas vem ocorrendo de forma remota;

A escala sobre o comportamento social das crianças analisadas será aplicada por um psicólogo de forma remota não oferecendo nenhum risco associado ou quaisquer danos previstos a saúde física, psíquica e emocional.

Quanto às entrevistas, serão aplicadas pela investigadora, apenas aos cuidadores e profissionais que atuam com as crianças que apresentarem o maior nível de perturbações do Desenvolvimento da Linguagem com base no resultado do ABFW e TCC. Contudo, para garantir maior segurança e integridade dos participantes, estas, só serão realizadas em face do afrouxamento das medidas de isolamento social, seguindo os novos protocolos estipulados. As entrevistas serão gravadas com autorização dos participantes para uso de voz ou transcritas pela investigadora, caso o participante não se sinta a vontade em ter sua voz gravada, desta forma evitando qualquer tipo de constrangimento.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.7. Solicita-se incluir no Processo e Registro do Consentimento Livre e Esclarecido o compromisso do pesquisador de divulgar os resultados da pesquisa, em formato acessível ao grupo ou população que foi pesquisada (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 3º, Inciso IV). Recomenda-se que seja considerada uma forma de retorno aos participantes da pesquisa, como aconselhamento e orientações e que traga benefícios diretos a eles sem prejuízo do retorno à sociedade em geral.

RESPOSTA: A pesquisadora se compromete que, de acordo com as práticas editoriais e éticas, tornará públicos os resultados da pesquisa por meio de publicações em revistas científicas,

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.185.028

relacionadas à área estudada, ou apresentados em reuniões científicas, congressos, jornadas etc., independentemente de os resultados serem favoráveis ou não.

Serão realizados workshop e rodas de conversas para que os participantes tenham acesso aos resultados da pesquisa e compreenda os benefícios que a mesma pode trazer ao tratamento de crianças com TDAH e Perturbações do Desenvolvimento da Linguagem.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.8. Considerando que o participante da pesquisa tem direito ao sigilo e à confidencialidade das informações prestadas, bem como de decidir se sua identidade será divulgada e quais são, dentre as informações que forneceu, as que podem ser tratadas de forma pública, deve constar no Processo e Registro do Consentimento Livre e Esclarecido qual é a opção do participante e o compromisso de que esta será respeitada. Além disso, solicita-se também apresentar o compromisso de que as informações obtidas serão utilizadas somente conforme os objetivos propostos pela pesquisa (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 9º, Inciso V; Artigo 17, Inciso IV). Solicita-se adequação.

RESPOSTA: A pesquisadora assegura que todos os dados coletados serão de uso específico para o desenvolvimento da pesquisa em questão. Quando utilizarem os dados de arquivos, manterão o sigilo sobre nomes e dados e restringirão sua utilização apenas para a Pesquisa mencionada neste termo. Assegura também que o caráter anônimo e a confidencialidade dos participantes, sejam eles pessoas ou dados de arquivos serão mantidos em estrita confidencialidade e que suas identidades ou qualquer tipo de identificação serão protegidos. Os instrumentos de pesquisa ou qualquer documento que venha a ser necessário, contendo dados dos participantes, não serão identificados pelo nome, mas por um código, inclusive quando submetidos a Instituições reguladoras ou Patrocinadores. A pesquisadora manterá o registro de inclusão dos participantes de maneira sigilosa, contendo códigos, nomes e endereços para uso próprio. Os formulários do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, quando se faça necessário, serão emitidos em duas vias cada um deles para serem conhecidos e assinados pelos participantes, tanto pesquisador, quanto pesquisado e/ou responsável legal e serão mantidos pelo pesquisador em confidência estrita, juntos, em um único arquivo relacionado esta pesquisa. Será assegurado aos participantes que compõem a amostra receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.9. O Processo e o Registro do Consentimento Livre e Esclarecido deve trazer, de forma explícita,

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

Página 20 de 33

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.185.028

os meios de contato com o/a pesquisador/a responsável (endereço, e-mail e telefone NACIONAIS). Se não houver Registro por escrito desse Processo, o/a pesquisador/a deverá entregar essas informações por escrito (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 17, Incisos VIII e X). Solicita-se adequação.

RESPOSTA: CNS nº 510 de 2016, art. 17, Incisos VIII e X.

A pesquisadora Ivaneide Almeida Braga responsável por este estudo poderá ser localizada na Rua Tiradentes, 63 Bairro Primavera, Poções – Bahia. E-mail: neidebraga@uesb.edu.br. Celular: (77) 98113-4526, Whatsapp: (77) 99975-5722, no horário das 9:00 às 17:00 horas para esclarecer eventuais dúvidas que o participante possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.10. O Processo e Registro do Consentimento Livre e Esclarecido deve informar os meios de contato com o CEP (endereço, E-MAIL e TELEFONE NACIONAL), assim como os horários de atendimento ao público. Também é necessário apresentar, em linguagem simples, uma breve explicação sobre o que é o CEP. Como o estudo envolve análise ética pela Conep, essas recomendações também devem ser estendidas a esta Comissão (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 17, Incisos IX e X). Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Se o participante tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, este poderá contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Nobre (CEP/FAN), no endereço: Rua Paulo VI, 609, Bairro: Queimadinha, CEP: 44.050-162, E-mail: cepfan@gruponobre.net ou pelo telefone: (75) 2102-9115. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde). O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Este papel está baseado nas diretrizes éticas internacionais (Declaração de Helsinque, Diretrizes Internacionais para Pesquisas Biomédicas envolvendo Seres Humanos – CIOMS) e brasileiras (Res. CNS 466/12, Res. CNS 510/16 e complementares).

Poderá ainda entrar em contato com o CONEP – Comissão Nacional de Ética e Pesquisa, responsável por avaliar eticamente e acompanhar os protocolos de pesquisas que envolvem seres humanos, pelo endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D – Edifício PO 700, 3º andar, Bairro: Asa

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040

UF: DF **Município:** BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.185.028

Norte CEP: 70.719-040, UF: DF, Brasília, E-mail: conep@saude.gov.br, Telefone: (61)3315-5877.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.11. Solicita-se que informações de AUTORIZAÇÃO DE USO DE VOZ sejam incluídas no Registro do Consentimento Livre e Esclarecido, inserindo opções excludentes (“sim, autorizo a gravação da minha voz” e “não, não autorizo a gravação da minha voz”).

RESPOSTA: As crianças com TDAH e Perturbações da Linguagem atendidas no Centro de Atendimento Educacional Especializado, participantes do estudo serão avaliadas pela fonoaudióloga através da aplicação do ABFW – Teste de Linguagem Infantil, sendo esse teste grafado para avaliação posterior. A partir do resultado do teste serão selecionadas uma amostra de pais ou responsáveis, professores, monitores e profissionais especializados que atuam com as crianças para serem entrevistados. Essas entrevistas serão gravadas com a devida autorização dos participantes conforme expressado abaixo:

Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que

() Sim. Autorizo a gravação da minha voz

() Não, não autorizo a gravação da minha voz

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.12. Considerando que é um projeto cuja metodologia utilizada é de Ciências Humanas e Sociais, recomenda-se estar em conformidade com a Resolução CNS nº 510 de 2016 (Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais).

RESPOSTA: Para realização da pesquisa serão utilizadas e obedecidas às exigências e recomendações do Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 466/12, tendo em vista que o tema além de ter seu foco na educação, está voltado para o atendimento educacional especializado, realizado por profissionais da área de saúde e por se tratar de uma metodologia de Ciências Humanas e Sociais atenderá ao disposto na Resolução CNS nº 510 de 2016 (Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais).

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.13. Como o modelo de Registro do Consentimento Livre e Esclarecido será aplicado a todos os participantes independente do grupo /população a ser estudada, solicita-se que o/a pesquisador/a avalie se apenas um modelo de Registro contempla todos os diferentes grupos, ou se seria mais adequado elaborar um modelo de Registro para cada um dos grupos de

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

Continuação do Parecer: 4.185.028

participantes.

RESPOSTA: Serão utilizados três modelos de Registro de Consentimento Livre Esclarecido: um para participação dos Pais e/ou Responsável Legal, com uma linguagem mais clara e compreensível (Modelo 1), outro para os Pais para participação da criança (Modelo 2), e, outro para os profissionais (professores, monitores e profissionais especializados).

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3. Quanto ao Registro de Assentimento Livre e Esclarecido – referente ao arquivo " TCLE.doc", postado na Plataforma Brasil em 28/04/2020:

3.1. A linguagem do Registro do Assentimento Livre e Esclarecido está inadequada ao nível de compreensão da faixa etária do estudo. O referido documento deve ser apresentado em linguagem acessível aos participantes podendo, inclusive, fazer uso de argumentos gráficos como desenhos, personagens, histórias ilustrativas, para que a criança e/ou adolescente compreenda(m) em linguagem adequada a importância, os procedimentos e objetivos da pesquisa. Além disso, solicita-se considerar a possibilidade de utilizar outras estratégias para registrar o assentimento que não a escrita, como oralmente, por exemplo. Solicita-se adequação.

RESPOSTA: O Termo de Assentimento Livre e Esclarecido foi reestruturado pela Pesquisadora com uma linguagem mais acessível para a faixa etária das crianças participantes da pesquisa de 06 a 12 anos, contendo figuras e/ou ilustrações para torná-lo mais elucidativo. O mesmo será apresentado para as crianças de forma lúdica pela fonoaudióloga em um encontro previamente agendado com a família da mesma e após a apresentação e aceitação de todos, será colhida a sua assinatura.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3.2. No momento em que a criança está sendo convidada a participar da pesquisa, ela tem o direito de saber que seus pais/responsáveis já foram consultados a respeito, mas ela tem autonomia de concordar ou não em participar. Solicita-se substituir o trecho "Convidamos você, após autorização dos seus pais ou dos responsáveis legais para participar como voluntário (a) da pesquisa" por "se você concordar em participar, também pediremos autorização aos seus pais".

RESPOSTA: As crianças serão convidadas a participar da Pesquisa utilizando a seguinte expressão: "se você concordar em participar, também pediremos autorização aos seus pais.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

Continuação do Parecer: 4.185.028

3.3. O Registro de Assentimento Livre e Esclarecido deve ser elaborado pelo/a pesquisador/a em linguagem acessível à compreensão dos participantes da pesquisa, EM SUAS DIFERENTES FAIXAS ETÁRIAS. Não é adequado apresentar somente uma única forma de Registro de Assentimento para todos os participantes menores de 18 anos. Sugere-se considerar qual a melhor forma de realizar o Registro desse Processo (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigos 2º e 5º). Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Por se tratar de uma pesquisa realizada com a participação de crianças na faixa etária de 06 a 12 anos será elaborado um termo de assentimento livre e esclarecido em linguagem clara e acessível e ilustrativa a todos, de forma a estabelecer uma relação de confiança entre participante e pesquisador, sendo o registro obtido de forma escrita.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3.4. Considerando ainda que nos instrumentos de coleta prevê-se "encontros presenciais" e que o momento de isolamento social prevê a diminuição de todo e qualquer contato físico para além do essencial, solicita-se que o pesquisador reconsidere a estratégia de coleta de dados apresentada bem como as medidas de segurança que serão adotadas a fim de garantir a manutenção do estado de segurança da saúde pública. Considerando as características da pesquisa, solicita-se apresentar os cuidados que serão adotados na abordagem dos participantes.

RESPOSTA: Para coleta de dados as crianças serão avaliadas através da aplicação do ABFW- Teste de Linguagem Infantil, pela fonoaudióloga que as acompanham no processo de intervenção realizado no Centro de Atendimento Educacional Especializado e que agora estão sendo acompanhadas através de visitas domiciliares, previamente agendadas pela profissional. A fonoaudióloga vem atuando conforme o protocolo de recomendações para assistência e atendimento em fonoaudiologia emitido pelo Conselho Regional de Fonoaudiologia - 4ª Região, o qual traz as diretrizes para o retorno das atividades laborais levando em consideração três importantes recomendações para a segurança do público alvo dos serviços de fonoaudiologia, do fonoaudiólogo e de seus colaboradores: distanciamento social; medidas de cuidados individuais e do ambiente e uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) e medidas de monitoramento de casos suspeitos para o COVID-19.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3.5. A Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 17, Inciso I, prevê que o Registro do Assentimento Livre e Esclarecido, em suas diferentes formas, deve conter "a justificativa, os objetivos e os

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

Continuação do Parecer: 4.185.028

procedimentos que serão utilizados na pesquisa, com informação sobre métodos a serem utilizados, em linguagem clara e acessível, aos participantes da pesquisa, respeitada a natureza da pesquisa". O documento apresentado não esclarece ao participante de pesquisa sobre os procedimentos adotados, no que se refere ao local e tempo dispensado para sua participação no estudo. Solicita-se incluir nesse e nos demais documentos pertinentes, os itens solicitados.

RESPOSTA: Através do atendimento domiciliar, previamente agendado com os pais e responsável, a fonoaudióloga aplicará o ABFW que consiste numa testagem fonológica para realização de duas provas: nomeação, composta por 34 figuras e imitação, composta por 39 vocábulos, onde serão colhidas as respostas orais das crianças, gravadas em áudio, com autorização do uso de voz pelos responsáveis, para posterior análise do inventário fonológico das mesmas e aplicação do TCC – Percentual de Consoantes Corretas que a crianças pronunciou. A prova tem a duração máxima de 50 minutos e acontecerá em um dos dias destinados ao acompanhamento domiciliar realizado pela fonoaudióloga. As figuras utilizadas no teste serão plastificadas para melhor higienização e caso a criança necessite tocá-las na hora do teste a fonoaudióloga pedirá que a mesma utilize luvas. Por se tratar de um teste que requer a pronuncia e de forma a evitar distorções na compreensão da fala a criança usará em vez de máscaras protetores faciais.
ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3.6. O Processo de Assentimento Livre e Esclarecido envolve o estabelecimento de relação de confiança entre pesquisador e participante, continuamente aberto ao diálogo e ao questionamento, podendo ser obtido ou registrado em qualquer das fases de execução da pesquisa, bem como retirado a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao participante (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 4º). Solicita-se descrever como se dará esse Processo.

RESPOSTA: Antes da aplicação do ABFW a fonoaudióloga em um dos seus atendimentos domiciliares de acompanhamento da criança, irá apresentar de forma lúdica o Termo de Assentimento Livre Esclarecido, zelando para que a mesma compreenda o objetivo da pesquisa e como a coleta de dados se dará. Após o aceite da criança em participar, a fonoaudióloga irá verificar com os pais ou responsáveis se os mesmos consentem sua participação.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3.7. O Registro do Assentimento Livre e Esclarecido deve assegurar de forma clara e afirmativa a garantia de ressarcimento ao participante da pesquisa e a descrição das formas de cobertura das despesas realizadas pelo participante decorrentes da pesquisa, quando houver (Resolução CNS nº

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.185.028

510 de 2016, Artigo 17, Inciso VII). Solicita-se incluir no Processo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou de Assentimento Livre e Esclarecido, bem como no seu Registro, os possíveis gastos como seu reembolso (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 2º, Inciso XXIV).

RESPOSTA: A coleta de dados se dará no momento do atendimento domiciliar prestado pela fonoaudióloga e a pesquisadora se encarregará de muni - lá com todos os materiais necessários exigidos pelas medidas de segurança contra o coronavírus, tais como luvas, sabão, álcool gel, máscaras, protetores faciais, e o que vier a necessitar. Não gerando nenhum tipo de despesa ou gasto para os participantes, mas caso aconteça, a pesquisadora se compromete a ressarcir-lo em sua totalidade.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3.8. Solicita-se incluir no Registro do Assentimento Livre e Esclarecido a informação de que, havendo algum dano decorrente da pesquisa, o participante terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19).

RESPOSTA: Tendo em vista que a Fonoaudióloga já vem acompanhando as crianças através de visitas domiciliares, visando a não interrupção da intervenção fonoaudiológica realizada pelo Centro de Atendimento Educacional Especializado e por já existir um clima de familiaridade entre a profissional, a criança e sua família, dificilmente a coleta de dados da pesquisa implicará em algum tipo de risco e/ou constrangimento. Quando a saúde física das crianças e seus familiares serão tomadas todas as medidas de precaução e proteção de forma a evitar danos ou atenuar seus efeitos, para que o participante tenha sua integridade física, psíquica, moral e material preservada, mas caso o mesmo se sinta lesado ou prejudicado de qualquer forma, a pesquisadora assume a responsabilidade de reparação dos danos causados, fornecendo toda a assistência que o mesmo necessitar e também indenizá-lo, se for o caso, em conformidade com o arts. 927 a 954 do Código Civil e art. 19 da Resolução CNS nº 510 de 2016.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3.9. A Resolução CNS nº 510 de 2016 define risco da pesquisa como "a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural do ser humano, em qualquer etapa da pesquisa e dela decorrente". Ao subestimar os riscos envolvidos em um estudo, o pesquisador não transmite as informações necessárias para que o indivíduo tome uma decisão autônoma sobre sua participação na pesquisa. Dessa forma, solicita-se que os RISCOS DA PESQUISA sejam expressos

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

Página 26 de 33

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.185.028

de forma clara no Registro de Consentimento Livre e Esclarecido e demais documentos, bem como a apresentação das providências e cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições que possam vir a causar algum dano ao participante de pesquisa (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 2º, Inciso XXV).

RESPOSTA: Levando-se em consideração que qualquer pesquisa cuja metodologia é de Ciências humanas e sociais, deve se considerar a possibilidade de danos físicos, psíquico, moral, intelectual, social e cultural do participante em todas as etapas da pesquisa. Devido a isso, serão tomadas todas as medidas cabíveis para evitar e/ou reduzir os efeitos e as condições que possam vir a causar algum dano aos participantes dessa pesquisa, a saber:

O teste de linguagem será aplicado pela fonoaudióloga através de atendimento domiciliar a criança, não havendo risco de constrangimento desta ou de sua família tendo em vista que a mesma já acompanha a criança no processo de intervenção no Centro de Atendimento Educacional Especializado, e atualmente vem realizando esse acompanhamento através de visita domiciliar previamente agendada, já existindo uma familiaridade entre os mesmos. Quanto aos riscos a saúde física, serão tomadas todas as medidas de segurança, conforme protocolo de recomendações para assistência e atendimento fonoaudiológico emitido pelo Conselho Regional de Fonoaudiologia – 4ª Região; Os testes serão gravados para posterior análise, com a devida autorização de seus pais ou responsáveis.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3.10. Considerando que o participante da pesquisa tem direito ao sigilo e à confidencialidade das informações prestadas, solicita-se apresentar o compromisso de que as informações obtidas serão utilizadas somente conforme os objetivos propostos pela pesquisa (Resolução CNS 510 de 2016, Artigo 9º, Inciso V; Artigo 17, Inciso IV). Solicita-se adequação.

RESPOSTA: A pesquisadora assegura que todos os dados coletados serão de uso específico para o desenvolvimento da pesquisa em questão. Os testes de linguagem aplicados irão compor o prontuário de cada criança no Centro de Atendimento Educacional Especializado. A pesquisadora só terá acesso aos dados fornecidos pela fonoaudióloga, sendo que os participantes serão identificados por códigos, sendo mantido o sigilo sobre nomes e dados e restringirá sua utilização apenas para a Pesquisa mencionada neste termo. O Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, quando se faça necessário, será emitido em duas vias cada um deles para serem conhecidos e assinados pelos participantes, tanto pesquisador, quanto pesquisado e/ou responsável legal e serão mantidos pelo pesquisador em confidência estrita, juntos, em um único arquivo relacionado

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

Página 27 de 33

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.185.028

esta pesquisa. Será assegurado aos participantes que compõem a amostra receber uma via original do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3.11. O Processo e o Registro do Assentimento Livre e Esclarecido deve trazer, de forma explícita, os meios de contato com o/a pesquisador/a responsável (endereço, e-mail e telefone nacionais). Se não houver Registro por escrito desse Processo, o/a pesquisador/a deverá entregar essas informações por escrito (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 17, Incisos VIII e X). Solicita-se adequação.

RESPOSTA: A pesquisadora Ivaneide Almeida Braga responsável por este estudo poderá ser localizada Rua Tiradentes, 63 Bairro Primavera, Poções – Bahia. E-mail: neidebraga@uesb.edu.br. Celular: (77) 98113 -4526, Whatsapp: (77) 99975-5722, no horário das 9:00 às 17:00 horas para esclarecer eventuais dúvidas que o participante possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3.12. O Processo e Registro do Assentimento Livre e Esclarecido deve informar os meios de contato com o CEP (endereço, E-MAIL e TELEFONE nacional), assim como os horários de atendimento ao público. Também é necessário apresentar, em linguagem simples, uma breve explicação sobre o que é o CEP. Como o estudo envolve análise ética pela Conep, essas recomendações também devem ser estendidas a esta Comissão (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 17, Incisos IX e X). Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Se o participante tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, este poderá contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Nobre (CEP/FAN), no endereço: Rua Paulo VI, 609, Bairro: Queimadinha, CEP: 44.050-162, E-mail: cepfan@gruponobre.net ou pelo telefone: (75) 2102 -9115. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde). O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Este papel está baseado nas diretrizes éticas internacionais (Declaração de Helsinque, Diretrizes Internacionais para Pesquisas Biomédicas envolvendo Seres Humanos – CIOMS) e brasileiras (Res.

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040

UF: DF **Município:** BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

Página 28 de 33

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.185.028

CNS 466/12 e complementares).

Poderá ainda entrar em contato com o CONEP – Comissão Nacional de Ética e Pesquisa, responsável por avaliar eticamente e acompanhar os protocolos de pesquisas que envolvem seres humanos, pelo endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D – Edifício PO 700, 3º andar, Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040, UF: DF, Brasília, E-mail: conep@saude.gov.br, Telefone: (61)3315-5877.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3.13. Solicita-se que informações de AUTORIZAÇÃO DE USO DE VOZ sejam incluídas no Registro do Assentimento Livre e Esclarecido, inserindo opções excludentes (“sim, autorizo a gravação da minha voz” e “não, não autorizo a gravação da minha voz”).

RESPOSTA: As crianças com TDAH e Perturbações da Linguagem atendidas no Centro de Atendimento Educacional Especializado, participantes do estudo serão avaliadas pela fonoaudióloga através da aplicação do ABFW – Teste de Linguagem Infantil, sendo esse teste grafado para avaliação posterior, com a devida autorização da crianças e consentimento expresso dos pais ou responsável, como expresso abaixo:

Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que

() Sim. Autorizo a gravação da minha voz

() Não, não autorizo a gravação da minha voz

Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que

() Sim. Autorizo a gravação da voz do meu filho (a)

() Não, não autorizo a gravação da voz do meu filho (a)

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3.14. Considerando que é um projeto cuja metodologia utilizada é de Ciências Humanas e Sociais, recomenda-se estar em conformidade com a Resolução CNS nº 510 de 2016 (Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais).

RESPOSTA: Para realização da pesquisa serão utilizadas e obedecidas às exigências e recomendações do Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 466/12, tendo em vista que o tema além de ter seu foco na educação, está voltado para o atendimento educacional especializado, realizado por profissionais da área de saúde e por se tratar de uma metodologia de Ciências Humanas e Sociais atenderá ao disposto na Resolução CNS nº 510 de 2016 (Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais).

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.185.028

4. Solicita-se que o orçamento financeiro apresentado, detalhe os recursos, fontes e destinação, constando também os custos relacionados com a elaboração, publicação ou divulgação (Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, item 3). Solicita-se adequação).

RESPOSTA: O orçamento financeiro foi devidamente elaborado com base na Norma Operacional CNS nº 001 de 2013 conforme modelo constante do item 1.2 dessa carta resposta.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

5. No documento intitulado "Declaracaodospesquisadores.doc", lê-se: "Estou ciente e assumo o compromisso de cumprir os termos da resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma (240/1997, 251/1997, 292/1999, 304/2000, 340/2004, 346/2005 e 347/2005)". Considerando que é um projeto cuja metodologia utilizada é de Ciências Humanas e Sociais, recomenda-se estar em conformidade com a Resolução CNS nº 510 de 2016 (Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais).

RESPOSTA: Altera-se a Declaração dos pesquisadores: onde se lê: "Estou ciente e assumo o compromisso de cumprir os termos da Resolução nº 466/12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais Resoluções Complementares à mesma (240/1997; 251/1997; 292/1999; 304/2000; 340/2004; 346/2005 e 347/2005)"

Para: "Estou ciente e assumo o compromisso de cumprir os termos da Resolução nº 466/12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais Resoluções Complementares à mesma (240/1997; 251/1997; 292/1999; 304/2000; 340/2004; 346/2005 e 347/2005), bem como, os termos da Resolução CNS nº 510 de 07 de abril de 2016 a qual dispõe sobre as normas aplicáveis a Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais."

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

Página 30 de 33

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.185.028

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1396402.pdf	29/06/2020 12:43:01		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALecrianca07a12anoslimpo.doc	29/06/2020 12:38:07	IVANEIDE ALMEIDA BRAGA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALecrianca07a12anoscomdestaque.doc	29/06/2020 12:37:15	IVANEIDE ALMEIDA BRAGA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Modelo3TCLElimpodocx.docx	29/06/2020 12:36:17	IVANEIDE ALMEIDA BRAGA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Modelo3TCLEcomdestaque.docx	29/06/2020 12:35:44	IVANEIDE ALMEIDA BRAGA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Modelo2TCLEpaisparticipacaocriancalimpo.doc	29/06/2020 12:35:26	IVANEIDE ALMEIDA BRAGA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Modelo2TCLEpaisparticipacaocriancacomdestaque.doc	29/06/2020 12:35:02	IVANEIDE ALMEIDA BRAGA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Modelo1TCLEpaislimpo.docx	29/06/2020 12:34:42	IVANEIDE ALMEIDA BRAGA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Modelo1TCLEpaiscomdestaque.docx	29/06/2020 12:33:57	IVANEIDE ALMEIDA BRAGA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodepesquisalimpo.doc	29/06/2020 12:31:48	IVANEIDE ALMEIDA BRAGA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodepesquisacomdestaques.doc	29/06/2020 12:31:07	IVANEIDE ALMEIDA BRAGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaodoPesquisadorLimpa.pdf	29/06/2020 12:30:22	IVANEIDE ALMEIDA BRAGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaodoPesquisadorcomdestaque.pdf	29/06/2020 12:29:11	IVANEIDE ALMEIDA BRAGA	Aceito

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040

UF: DF **Município:** BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.185.028

Outros	CARTARESPOSTAAOPARECERCONS UBSTANCIADODACONEP.docx	29/06/2020 12:28:37	IVANEIDE ALMEIDA BRAGA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodepesquisa.doc	28/04/2020 12:43:25	IVANEIDE ALMEIDA BRAGA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracaoinstituicao.doc	28/04/2020 12:42:31	IVANEIDE ALMEIDA BRAGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaodospesquisadores.doc	28/04/2020 12:40:11	IVANEIDE ALMEIDA BRAGA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODEASSENTIMENTO.doc	28/04/2020 12:39:43	IVANEIDE ALMEIDA BRAGA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	28/04/2020 12:38:54	IVANEIDE ALMEIDA BRAGA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoteserecomendacoesCEP.pdf	19/03/2020 12:55:43	IVANEIDE ALMEIDA BRAGA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoinstitucional.pdf	08/10/2019 18:54:18	IVANEIDE ALMEIDA BRAGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodapesquisadora.pdf	08/10/2019 18:53:34	IVANEIDE ALMEIDA BRAGA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	08/10/2019 18:52:19	IVANEIDE ALMEIDA BRAGA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termoassentimento.pdf	11/09/2019 08:35:58	IVANEIDE ALMEIDA BRAGA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/09/2019 08:35:21	IVANEIDE ALMEIDA BRAGA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetese.pdf	30/07/2019 08:50:27	IVANEIDE ALMEIDA BRAGA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.185.028

BRASILIA, 08 de Agosto de 2020

Assinado por:
Jorge Alves de Almeida Venancio
(Coordenador(a))

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

Página 33 de 33

ANEXO XVIII - Autorização Institucional



SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DE POÇÕES –
SMEP
CENTRO MUNICIPAL DE ATENDIMENTO EDUCACIONAL
ESPECIALIZADO DE POÇÕES-CMAEEP
E-mail: cmaeep@yahoo.com.br



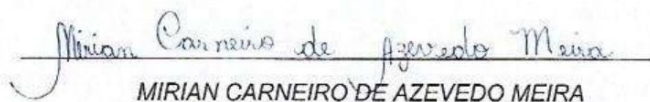
CNPJ: 22.786.806/0001-90

**AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA A COLETA DE DADOS
E DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA**

Eu, MIRIAN CARNEIRO DE AZEVEDO MEIRA, ocupante do cargo de Diretora do CENTRO MUNICIPAL DE ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO DE POÇÕES - CMAEEP, AUTORIZO a coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado “Comportamento Social, Transtorno de Linguagem e Conhecimento sobre TDAH na população infantil: percepções de pais, professores, monitores e profissionais de saúde/educação” da pesquisadora responsável IVANEIDE ALMEIDA BRAGA, após a aprovação do referido projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FAN – Faculdade Nobre de Feira de Santana – Bahia, e,

DECLARO que esta instituição apresenta a infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa, e que esta declaração só terá validade no caso de aprovação do projeto de pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FAN – Faculdade Nobre de Feira de Santana – Bahia.

Poções – Bahia, 16 de setembro de 2019.


MIRIAN CARNEIRO DE AZEVEDO MEIRA

Diretora

Mirian Carneiro de A. Meira
DIRETORA
DECRETO 073/2019

Centro Municipal de Atendimento
Educatonal Especializado de
Poções - CMAEEP
CNPJ: 22.786.806/0001-90

Rua Braz Labanca, 10 – Bairro Primavera
Poções - Bahia

ANEXO XIX - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Para Pais/Responsável Legal)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Para Pais e/ou Responsável Legal)

Prezado (a) Senhor (a), sou **IVANEIDE ALMEIDA BRAGA**, aluna do Doutorado em Desenvolvimento e Perturbação da Linguagem da Universidade Fernando Pessoa em Porto-Portugal, estou convidando os Senhores (as), Pais e Responsáveis Legais a participar de um estudo intitulado **Comportamento Social, Transtorno de Linguagem e Conhecimento sobre PHDA na população infantil: percepções de pais, professores, monitores e profissionais de saúde/educação**, de forma a perceber qual o conhecimento que o Senhor (a) possui sobre o Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção - PHDA e Perturbações da Linguagem, sofridos pela criança a qual o (a) Senhor (a) é cuidador (a) e como isso afeta o comportamento social dessa criança, para que se possam buscar meios de ajudá-la no seu desenvolvimento social, familiar e escolar.

O objetivo desta pesquisa é conhecer a percepção dos Pais e/ou Responsável Legal sobre PHDA e Perturbação do Desenvolvimento da linguagem e traçar o perfil linguístico dessa criança de forma a buscar ajuda de profissionais e mecanismos de intervenção no tratamento desses transtornos.

Caso o Senhor (a) aceite participar da pesquisa, eu marcarei um encontro, com no máximo meia hora de duração, pelo Google meet para falarmos um pouco sobre Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção - PHDA e para que eu possa explicar como responder um questionário sobre o assunto, o qual eu te enviarei por email para que você possa responder, dizendo se as afirmações são (V) verdadeiras, (F) falsas ou (NS) não sabe e depois me devolver, o questionário leva em média de 15 a 30 minutos para ser respondido. O senhor (a) também será convidado (a) a participar de um encontro com a psicóloga para orientações de como responder um questionário sobre o comportamento social das crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção - PHDA e Perturbação da linguagem, com duração de máxima de 30 minutos, posteriormente ela te enviara o questionário por email para ser respondido marcando a alternativa que você considera correta. O questionário é simples e de linguagem clara e o tempo estimado para resposta é entre 15 e 30 minutos. Para tanto o (a) Senhor (a) não precisará se deslocar da sua casa apenas precisará de acesso a internet e de um tempinho disponível para nosso

encontro e para responder os questionários, de forma a respeitar as medidas de isolamento social determinadas pelo Ministério da Saúde, não representando nenhum risco de contágio pelo Novo Coronavírus -COVID – 19.

Caso seja cuidador (a) de alguma das crianças que apresentem um nível de perturbações de linguagem, muito alto no teste de linguagem realizado nesse estudo, o (a) Senhor (a) será convidado (a) a responder algumas perguntas sobre o comportamento linguístico dessa criança e para isso precisarei gravar a sua fala caso concorde ou irei transcrever o que for respondido pelo (a) Senhor (a) na entrevista.

Durante a realização da pesquisa o (a) Senhor (a) poderá experimentar algum desconforto, principalmente relacionado a cansaço ou constrangimento e poderá me comunicar que não se sente a vontade e que deseja retirar seu consentimento ou interromper a sua participação na pesquisa. A sua participação neste estudo é voluntária e se o (a) senhor (a) não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolva este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. Durante todo o processo de realização da pesquisa eu estarei à disposição do (a) Senhor (a) para esclarecer dúvidas e fornecer toda a assistência necessária, incluindo assistência profissional caso o (a) Senhor (a) apresente alguma fragilidade em sua saúde emocional e manifeste o desejo de algum tipo de acompanhamento profissional.

O estudo pode trazer alguns riscos, como por exemplo, o (a) Senhor (a) se constranger durante a realização da pesquisa, devido a isso, serão tomadas todas as medidas cabíveis para evitar e/ou reduzir os efeitos e as condições que possam vir a causar algum dano ao Senhor (a). Quanto ao questionário sobre PHDA, que aplicarei contigo, não precisa se preocupar, basta responder o que o (a) Senhor (a) pensa sobre o assunto. O Questionário sobre o comportamento social, o (a) Senhor (a) responderá com base na experiência que possui e nas atitudes que seu filho com PHDA e Perturbação do Desenvolvimento da linguagem apresenta. Para resguardar a sua integridade física nosso contato será realizado pela internet da mesma forma que o (a) Senhor (a) já está acostumado a utilizar em junto com seus filhos durante as aulas remotas que ele participa. No caso de ser convidado a participar da entrevista, terá o direito de escolher se autoriza a gravação da sua voz ou se prefere que a mesma seja transcrita por mim.

Os benefícios esperados com essa pesquisa é contribuir para aumentar o seu conhecimento acerca do comportamento social e linguístico de seu filho e contribuir para melhoria dos cuidados prestados ao seu filho, bem como, identificando as principais dificuldades que o (a) Senhor (a) enfrenta, levando a uma reflexão sobre as melhores maneiras de lidar com sua criança de modo a ajudá-la a amenizar os efeitos desses transtornos e perturbações.

Eu, Ivaneide Almeida Braga, pesquisadora responsável por este estudo poderei ser localizada na Rua Tiradentes, 63 Bairro Primavera, Poções – Bahia. E-mail: neidebraga@uesb.edu.br. Celular: (77) 98113-4526, Watsapp: (77) 99975-5722, no horário das 9:00 às 17:00 horas para esclarecer eventuais dúvidas que o (a) Senhor (a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, tais como, pais, responsáveis, professores, monitores, profissionais especializados que atuam no Centro Municipal de Atendimento Educacional Especializado. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade. Nos dados de arquivos, será mantido o sigilo sobre seu nome e os dados terão sua utilização, restrita, apenas para a Pesquisa mencionada neste termo. O caráter anônimo e a confidencialidade de sua participação, serão mantidas em estrita confidencialidade e sua identidade ou qualquer tipo de identificação serão protegidos. Os instrumentos de pesquisa ou qualquer documento que venha a ser necessário, contendo os seus dados, não serão identificados pelo nome, mas por um código, garantindo assim o sigilo de suas informações. Sendo que os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com comigo por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa serão todas de minha responsabilidade, não gerando nenhum tipo de gasto para o (a) Senhor (a), mas caso necessite realizar algum gasto ou despesa decorrente de sua participação na pesquisa, peço, por favor, que me comunique para que eu possa providenciar o ressarcimento. E caso o (a) Senhor (a) sofra qualquer tipo de danos morais ou materiais, decorrentes da pesquisa poderá solicitar uma indenização através das vias judiciais.

Sendo assim, eu me comprometo a tornar público os resultados da pesquisa por meio de publicações em revistas científicas, relacionadas à área estudada, ou apresentados em reuniões científicas, congressos, jornadas etc., independentemente de os resultados serem favoráveis ou não. E a realizar palestras e rodas de conversas para que o (a) Senhor (a) tenha acesso aos resultados da pesquisa e compreenda os benefícios que a mesma pode trazer ao tratamento de crianças com PHDA e Perturbações do Desenvolvimento da Linguagem.

Se o (a) Senhor (a) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Nobre (CEP/FAN), no endereço: Rua Paulo VI, 609, Bairro: Queimadinha, CEP: 44.050-162, E-mail: cepfan@gruponobre.net ou pelo telefone: (75) 2102-9115. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde). O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Este papel está baseado nas diretrizes éticas internacionais (Declaração de Helsinque, Diretrizes Internacionais para Pesquisas Biomédicas envolvendo Seres Humanos – CIOMS) e brasileiras (Res. CNS 466/12, Res. CNS 510/16 e complementares). Ou poderá ainda entrar em contato com o CONEP – Comissão Nacional de Ética e Pesquisa, responsável por avaliar eticamente e acompanhar os protocolos de pesquisas que envolvem seres humanos, pelo endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D – Edifício PO 700, 3º andar, Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040, UF: DF, Brasília, E-mail: conep@saude.gov.br, Telefone: (61)3315-5877.

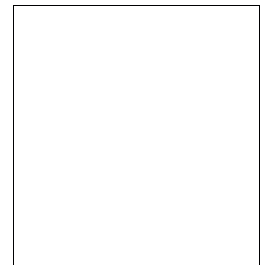
Por este meio, _____,
AUTORIZO o uso dos meus dados neste Projeto de Pesquisa, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora, concordo em participar deste estudo como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Compreendo que não irei receber qualquer incentivo

financeiro ou ter qualquer ônus em troca, e participarei com a finalidade exclusiva de colaborar para as conclusões acadêmicas e científicas da mesma. Foi garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento até a publicação dos dados, sem que isto leve a qualquer penalidade e que se houver necessidade, as despesas para a minha participação serão assumidas ou ressarcidas pela pesquisadora.

Fui informado (a) pela pesquisadora que no momento da realização da entrevista terei minha voz gravada, caso esteja de acordo ou a mesma transcreverá a minha fala. Sendo assim, por esta ser a expressão da minha vontade declaro que:

- () Sim, autorizo a gravação da minha voz
- () Não, não autorizo a gravação da minha voz

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.



Impressão Datiloscópica

Assinatura do Participante

IVANEIDE ALMEIDA BRAGA
PESQUISADORA RESPONSÁVEL
TEL. (77)99975-5722
E-MAIL: neidebraga@uesb.edu.br

**ENDEREÇO INSTITUCIONAL DOS
PESQUISADORES:** Universidade Fernando Pessoa
Praça 9 de abril, 349 – Jardim da Arca D'agua
Porto - Portugal

ENDEREÇO DO COMITÊ DE ÉTICA:
Rua Paulo VI, 609 CEP: 44.050-162
Bairro: Queimadinha
Fone: (75) 21029115
E-mail: cepfan@gruponobre.net

ANEXO XX - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Pais/Responsável Legal
(Participação da Criança de 06 a 12 anos)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PAIS/RESPONSÁVEL LEGAL

(Participação da Criança de 06 a 12 anos)

A criança, sob sua responsabilidade, está sendo convidado por mim, IVANEIDE ALMEIDA BRAGA, a participar de um estudo intitulado **Comportamento Social, Perturbação de Linguagem e Conhecimento sobre PHDA na população infantil: percepções de pais, professores, monitores e profissionais de saúde/educação**. O objetivo desta pesquisa é conhecer a percepção dos Pais e/ou Responsável Legal sobre PHDA e Perturbação do Desenvolvimento da linguagem e traçar o perfil linguístico dessa criança de forma a buscar ajuda de profissionais e mecanismos de intervenção no tratamento desses transtornos.

O (a) seu (sua) filho (a) está sendo convidado a participar da aplicação de um teste de linguagem infantil para crianças de 06 a 12 anos – ABFW, o qual será aplicado pela fonoaudióloga que o acompanha no Processo de Intervenção do Centro de Atendimento Educacional Especializado. O teste tem por objetivo traçar o perfil de linguagem de seu (sua) filho (a), para se verificar o nível de dificuldade de linguagem que a criança apresenta.

O (a) Senhor (a) tem plena liberdade de recusar a participação do seu (sua) filho (a) ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma para o tratamento que ele (a) recebe no Centro de Atendimento Educacional Especializado.

Caso aceite participar, a participação do seu (sua) filho (a) se dará com aplicação do Teste de Linguagem Infantil - ABFW o qual será realizado em seu domicílio, com atendimento previamente agendado com o (a) Senhor (a). A fonoaudióloga aplicará o ABFW que consiste numa testagem fonológica para realização de duas provas: nomeação, composta por 34 figuras e imitação, composta por 39 vocábulos, onde serão colhidas as respostas orais da criança, gravadas em áudio, com autorização do uso de voz pelo (a) Senhor (a), para posterior análise do inventário fonológico da mesma e aplicação do TCC – Percentual de Consoantes Corretas que a criança pronunciou. A prova tem a duração máxima de 50 minutos e acontecerá em um dos dias destinados ao acompanhamento

domiciliar realizado pela fonoaudióloga. As figuras utilizadas no teste serão plastificadas para melhor higienização e caso a criança necessite tocá-las na hora do teste a fonoaudióloga pedirá que a mesma utilize luvas. Por se tratar de um teste que requer a observação da pronúncia, de forma a evitar distorções na compreensão da fala, a mesma, usará em vez de máscaras, protetores faciais.

É possível que seu (sua) filho (a) experimente algum desconforto, principalmente relacionado a sua dificuldade de manter a atenção concentrada e que expresse cansaço em determinado momento, contudo, poderá comunicar a fonoaudióloga que a mesma encerrará o teste e não se sentindo a vontade poderá retirar seu consentimento ou interromper participação do (a) mesmo (a) na pesquisa. A participação dele (a) neste estudo é voluntária e se ele (a) não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento. Asseguramos ao seu (sua) filho (a) o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo, pelo tempo que for necessário.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. Nesta pesquisa os riscos para o (a) seu (sua) filho (a) são de se sentir incomodado com a duração do teste devido a sua dificuldade de atenção concentrada e sua hiperatividade. Sabendo disso, serão tomadas todas as medidas cabíveis para evitar e/ou reduzir os efeitos e as condições que possam vir a causar algum dano a ele (a). Quanto a outros potenciais riscos, o teste de linguagem será aplicado pela fonoaudióloga através de atendimento domiciliar para seu (sua) filho (a), não havendo risco de constrangimento deste (a) ou de sua família tendo em vista que a mesma já acompanha seu (sua) filho (a) no processo de intervenção no Centro de Atendimento Educacional Especializado, e atualmente vem realizando esse acompanhamento através de visita domiciliar previamente agendada, já existindo uma familiaridade entre com vocês. Quanto aos riscos a saúde física, serão tomadas todas as medidas de segurança cabíveis, conforme protocolo de recomendações para assistência e atendimento fonoaudiológico emitido pelo Conselho Regional de Fonoaudiologia – 4ª Região; os testes serão gravados para posterior análise, com a devida autorização dos senhores pais ou responsáveis.

Também são esperados os seguintes benefícios com esta pesquisa: com a aplicação do testes de linguagem o (a) Senhor (a), bem como, os professores, monitores e profissionais especializados do Centro de Atendimento Educacional Especializado poderão conhecer

o nível de dificuldade de linguagem que seu (sua) filho (a) apresenta e o reflexo que isso tem em seu comportamento social e no desenvolvimento escolar, facilitando se pensar as melhores maneiras de se lidar com esses transtornos e perturbações.

Se julgar necessário, o (a) Senhor (a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre a participação do (da) seu (sua) filho (a), consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa serão todas de minha responsabilidade, não gerando nenhum tipo de gasto para a criança, mas caso necessite realizar algum gasto ou despesa decorrente de sua participação na pesquisa, garantimos ao seu (sua) filho (a), e seu acompanhante quando necessário, o ressarcimento das despesas, ainda que não previstas inicialmente. Também está assegurado ao (à) Senhor (a) o direito a pedir indenizações e cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao seu (sua) filho (a).

Garantimos ao (à) Sr (a) a manutenção do sigilo e da privacidade da participação do seu filho(a) e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica. Nos dados de arquivos, será mantido o sigilo sobre o nome de seu (sua) filho (a) e os dados terão sua utilização, restrita, apenas para a Pesquisa mencionada neste termo. O caráter anônimo e a confidencialidade de sua participação serão mantidos em estrita confidencialidade e sua identidade ou qualquer tipo de identificação será protegido.

O (a) Senhor (a) pode entrar em contato comigo, Ivaneide Almeida Braga, pesquisadora responsável por este estudo no Endereço: Rua Tiradentes, 63 Bairro Primavera, Poções – Bahia. E-mail: neidebraga@uesb.edu.br. Celular: (77) 98113-4526, Whatsapp: (77) 99975-5722, no horário das 9:00 às 17:00 horas para esclarecer eventuais dúvidas que o (a) Senhor (a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Se o (a) Senhor (a) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Nobre (CEP/FAN), no endereço: Rua Paulo VI, 609, Bairro: Queimadinha, CEP: 44.050-162, E-mail: cepfan@gruponobre.net ou pelo telefone: (75) 2102-9115. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas

instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde). O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Este papel está baseado nas diretrizes éticas internacionais (Declaração de Helsinque, Diretrizes Internacionais para Pesquisas Biomédicas envolvendo Seres Humanos – CIOMS) e brasileiras (Res. CNS 466/12, Res. CNS 510/16 e complementares). Ou poderá ainda entrar em contato com o CONEP – Comissão Nacional de Ética e Pesquisa, responsável por avaliar eticamente e acompanhar os protocolos de pesquisas que envolvem seres humanos, pelo endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D – Edifício PO 700, 3º andar, Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040, UF: DF, Brasília, E-mail: conep@saude.gov.br, Telefone: (61)3315-5877.

Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pelo (a) Senhor (a) e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo para o qual autorizo a participação da criança sob minha responsabilidade. A explicação que recebi menciona os potenciais riscos e benefícios e eu entendi que somos livres para interromper a participação a qualquer momento sem justificar nossa decisão e sem qualquer prejuízo para mim e para meu (minha) filho (a). Fui informado (a) pela pesquisadora que no momento da realização do teste meu (minha) filho (a) terá voz gravada. Sendo assim, por esta ser a expressão da minha vontade declaro que:

Sim, autorizo a gravação da voz do (da) meu (minha) filho (a).

Não, não autorizo a gravação da voz do (da) meu (minha) filho (a).

Declaro que concordo que meu (minha) filho (a)

(nome completo do menor de 18 anos) participe desta pesquisa.

_____, ____/____/____



Assinatura do Responsável Legal

IMPRESSÃO DACTILOSCÓPICA

Assinatura do Pesquisador Responsável

IVANEIDE ALMEIDA BRAGA
PESQUISADORA RESPONSÁVEL
TEL. (77)99975-5722
E-MAIL: neidebraga@uesb.edu.br

ENDEREÇO INSTITUCIONAL DOS

PESQUISADORES: Universidade Fernando Pessoa
Praça 9 de abril, 349 – Jardim da Arca D'agua
Porto - Portugal

ENDEREÇO DO COMITÊ DE ÉTICA:

Rua Paulo VI, 609 CEP: 44.050-162
Bairro: Queimadinha
Fone: (75) 21029115
E-mail: cepfan@gruponobre.net

ANEXO XXI - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Para crianças de 6 a 12 anos)

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Crianças de 6 a 12 anos)

Eu, IVANEIDE ALMEIDA BRAGA, aluna do Doutorado em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem da Universidade Fernando Pessoa em Porto – Portugal, convido você a participar de um estudo que se chama **Comportamento Social, Perturbação de Linguagem e Conhecimento sobre PHDA na população infantil: percepções de pais, professores, monitores e profissionais de saúde/educação**. Eu estou estudando esse assunto para ajudar seus pais, professores, monitores e os profissionais do Centro de Atendimento Educacional Especializado – CMAEEP a entender porque você não consegue manter a atenção nas aulas e porque tem dificuldades na hora de falar.

Se você concordar em participar, vou pedir autorização aos seus pais e você ira assinar esse termo de assentimento.

O que significa assentimento ?



Assentimento é um termo que nós, pesquisadores, utilizamos quando convidamos uma pessoa da sua idade (criança) para participar de um estudo. Depois de compreender do que se trata o estudo e se concordar em participar dele você pode assinar este documento.

Nós te asseguramos que você terá todos os seus direitos respeitados e receberá todas as informações sobre o estudo, por mais simples que possam parecer.

Pode ser que este documento denominado Termo de Assentimento Livre e Esclarecido contenha palavras que você não entenda. Por favor, peça a gente para explicar qualquer palavra ou informação que você não entenda claramente.



Por que estamos querendo fazer este estudo?

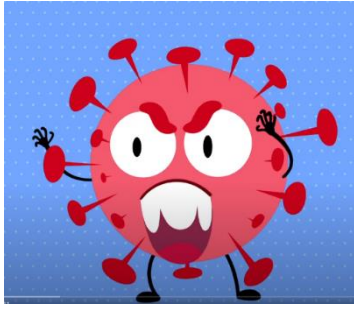
Por que precisamos que seus pais, professores, monitores e profissionais do CMAEEP, entendam por que você não consegue se concentrar na aula e às vezes têm dificuldade em falar algumas palavras. E para isso vamos fazer um teste bem legal com você. Vamos te mostrar umas figurinhas e você irá me dizer o nome delas e depois vou te falar umas palavras e você vai repetir comigo e irei gravar as palavras que você disser.



Para fazer o teste vamos pedir que você lave bem suas mãos com água e sabão e que coloque a máscara para vim conversar comigo. Também deverá passar álcool gel nas mãos todas as vezes que tocar nas figurinhas. Toda sua família também deverá usar máscaras nesse momento.



Vamos cuidar muito bem de você para que você não corra nenhum risco. Não queremos que você fique doente, por isso, também vamos usar umas roupinhas especiais e engraçadas.



Durante o teste você poderá sentir algum desconforto, como por exemplo, se sentir cansado ou chateado. Caso isso aconteça, você pode pedir para parar o teste enquanto descansa ou mesmo dizer para mim e para seus pais que não quer mais participar.

Essa pesquisa te ajudará bastante, pois os professores, os monitores e os profissionais do CMAEEP vão passar umas atividades bem legais para você. Seus pais também irão fazer coisas legais contigo e você vai conseguir prestar mais atenção na hora de estudar e de ajudar seus pais em casa e também vai se comunicar melhor com seus amiguinhos e com as outras pessoas.

Se você ou os responsáveis por você tiverem dúvidas com relação ao estudo ou aos riscos relacionados a ele, você deve entrar em contato comigo, Ivaneide Almeida Braga pelo telefone (77) 98113-4526 e pelo whatsapp (77) 99975-7522 ou no endereço Rua Tiradentes, 63, Bairro Primavera, Poções-Bahia, no horário das 9:00 às 17:00 que esclareceremos as dúvidas e lhes forneceremos as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.



Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você ou seus responsáveis podem contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Nobre (CEP/FAN), no endereço: Rua Paulo VI, 609, Bairro: Queimadinha, CEP: 44.050-162, E-mail: cepfan@gruponobre.net ou pelo telefone: (75) 2102-9115. O Comitê de Ética em Pesquisa é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, ou poderá ainda entrar em contato com o CONEP – Comissão Nacional de Ética e Pesquisa, responsável por

avaliar eticamente e acompanhar os protocolos de pesquisas que envolvem seres humanos, pelo endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D – Edifício PO 700, 3º andar, Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040, UF: DF, Brasília, E-mail: conep@saude.gov.br, Telefone: (61)3315-5877.



As despesas necessárias para a realização da pesquisa serão todas de nossa responsabilidade, não gerando nenhum tipo de gasto para você ou sua família, mas caso necessite realizar algum gasto ou despesa decorrente de sua participação na pesquisa, garantimos você, o ressarcimento das despesas, ainda que não previstas inicialmente. Também estarão assegurados a seus responsáveis o direito a pedir indenizações e cobertura material para reparação a danos causados pela pesquisa.

Garantimos que os dados coletados em seu teste serão mantidos em sigilo e de forma confidencial durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica. Nos dados de arquivos, será mantido o sigilo sobre o seu nome e os dados terão sua utilização, restrita, apenas para a pesquisa mencionada neste termo. O caráter anônimo e a confidencialidade de sua participação serão mantidos em estrita confidencialidade e sua identidade ou qualquer tipo de identificação será protegido.

Se em algum momento você não se sentir confortável em participar, fique à vontade para dizer não e estará tudo bem e se não tiver mais interesse em participar da pesquisa, pode pedir para seus pais ou responsáveis que nos comuniquem.

Você entendeu? Quer perguntar mais alguma coisa ?

ASSENTIMENTO DO MENOR DE IDADE EM PARTICIPAR COMO VOLUNTÁRIO

Eu, _____, concordo em participar desse estudo como voluntário (a). Fui informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, o que vai ser feito, assim como os possíveis riscos e benefícios que podem acontecer com a minha participação. Foi-me garantido que eu sou livre para aceitar ou recusar e que posso interromper a minha participação a qualquer

momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi que para realização do teste minha voz precisa ser gravada e sendo assim, por esta ser a expressão da minha vontade declaro que:

() Sim, autorizo a gravação da minha voz

() Não, não autorizo a gravação da minha voz

Eu entendi a informação apresentada neste TERMO DE ASSENTIMENTO. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste documento.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura da Criança

Assinatura do Pesquisador ou quem aplicou o TALE

ANEXO XXII - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Professores, Monitores
Educação Inclusiva e Equipa Multiprofissional)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Para Professores, Monitores e Equipa Multiprofissional)

Prezado (a) Senhor (a), sou **IVANEIDE ALMEIDA BRAGA**, aluna do Doutorado em Desenvolvimento e Perturbação da Linguagem da Universidade Fernando Pessoa em Porto-Portugal, estou convidando o Senhor (a), Professor, Monitor ou Profissional Especializado, a participar de um estudo intitulado **Comportamento Social, Perturbações de Linguagem e Conhecimento sobre PHDA na população infantil: percepções de pais, professores, monitores e profissionais de saúde/educação**, de forma a perceber qual o conhecimento que o Senhor (a) possui sobre crianças com Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção - PHDA e Perturbações da Linguagem e como isso afeta o comportamento social dessas crianças, para que se possam criar meios de ajudá-las no seu desenvolvimento social, familiar e escolar.

O objetivo desta pesquisa é conhecer a percepção de professores, monitores e profissionais especializados em educação e saúde sobre PHDA e Perturbação do Desenvolvimento da linguagem e traçar o perfil linguístico dessas crianças de forma a aperfeiçoar os mecanismos de intervenção no tratamento desses transtornos.

Caso o Senhor (a) aceite participar da pesquisa, eu marcarei um encontro, de no máximo meia hora de duração, pelo Google meet para falarmos um pouco sobre Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH e para que eu possa explicar como responder um questionário sobre o assunto, o qual eu te enviarei por email para que você possa responder, dizendo se as afirmações são (V) verdadeiras, (F) falsas ou (NS) não sabe e depois me devolver, o questionário leva em média de 15 a 30 minutos para ser respondido. O senhor (a) também será convidado (a) a participar de um webinar com a psicóloga para orientações de como responder uma escala sobre o comportamento social das crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH e Perturbação da linguagem, com duração de máxima de 30 minutos, posteriormente ela te enviara o questionário por email para ser respondido marcando a alternativa que você considera correta. O questionário é simples e de linguagem clara e o tempo estimado para resposta é entre 15 e 30 minutos. Para tanto o (a) Senhor (a) não precisará se deslocar da sua casa apenas precisará de acesso a internet e de um tempinho disponível para nosso encontro e

para responder os questionários, de forma a respeitar as medidas de isolamento social determinadas pelo Ministério da Saúde, não representando nenhum risco de contágio pelo Novo Coronavírus -COVID – 19.

Caso atuem com alguma das crianças que apresentem um nível de perturbações de linguagem, muito alto no teste de linguagem realizado nesse estudo, o (a) Senhor (a) será convidado (a) a responder algumas perguntas sobre o comportamento linguístico dessa criança e para isso precisarei gravar a sua fala caso concorde ou irei transcrever o que for respondido pelo (a) Senhor (a) na entrevista.

Durante a realização da pesquisa o (a) Senhor (a) poderá experimentar algum desconforto, principalmente relacionado a cansaço ou constrangimento e poderá me comunicar que não se sente a vontade e que deseja retirar seu consentimento ou interromper a sua participação na pesquisa. A sua participação neste estudo é voluntária e se o (a) senhor (a) não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolva este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. Durante todo o processo de realização da pesquisa eu estarei à disposição do (a) Senhor (a) para esclarecer dúvidas e fornecer toda a assistência necessária, incluindo assistência profissional caso o (a) Senhor (a) apresente alguma fragilidade em sua saúde emocional e manifeste o desejo de algum tipo de acompanhamento profissional.

O estudo pode trazer alguns riscos, como por exemplo, o (a) Senhor (a) se constranger durante a realização da pesquisa, devido a isso, serão tomadas todas as medidas cabíveis para evitar e/ou reduzir os efeitos e as condições que possam vir a causar algum dano ao Senhor (a). Quanto ao questionário sobre TDAH, que aplicarei contigo, não precisa se preocupar, basta responder o que o (a) Senhor (a) pensa sobre o assunto. O Questionário sobre o comportamento social, o (a) Senhor (a) responderá com base na experiência que possui e nas atitudes que crianças com TDAH e Perturbação do Desenvolvimento da linguagem apresentam. Para resguardar a sua integridade física nosso contato será realizado pela internet da mesma forma que o (a) Senhor (a) já está acostumado a utilizar em suas aulas ou e seus atendimentos. No caso de ser convidado a participar da entrevista, terá o direito de escolher se autoriza a gravação da sua voz ou se prefere que a mesma seja transcrita por mim.

Os benefícios esperados com essa pesquisa é contribuir para aumentar o seu conhecimento acerca do comportamento social e linguístico de crianças com evidências de Transtornos de Linguagem associados ao TDAH; e, contribuir para melhoria das práticas de apoio prestado pelo (a) Senhor (a) como profissional no atendimento às necessidades especiais dessas crianças, proporcionando um maior conhecimento sobre o assunto, bem como, identificando os principais entraves/facilitadores para uma atuação mais eficaz, fazendo uma reflexão sobre as melhores práticas de atuação de modo a ajudá-las a amenizar os efeitos desses transtornos e perturbações.

Eu, Ivaneide Almeida Braga, pesquisadora responsável por este estudo poderei ser localizada na Rua Tiradentes, 63 Bairro Primavera, Poções – Bahia. E-mail: neidebraga@uesb.edu.br. Celular: (77) 98113-4526, Whatsapp: (77) 99975-5722, no horário das 9:00 às 17:00 horas para esclarecer eventuais dúvidas que o (a) Senhor (a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, tais como, pais, professores, monitores, profissionais especializados que atuam no Centro Municipal de Atendimento Educacional Especializado. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade. Nos dados de arquivos, será mantido o sigilo sobre seu nome e os dados terão sua utilização, restrita, apenas para a Pesquisa mencionada neste termo. O caráter anônimo e a confidencialidade de sua participação, será mantida em estrita confidencialidade e sua identidade ou qualquer tipo de identificação serão protegidos. Os instrumentos de pesquisa ou qualquer documento que venha a ser necessário, contendo os seus dados, não serão identificados pelo nome, mas por um código, garantindo assim o sigilo de suas informações. Sendo que os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com comigo por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa serão todas de minha responsabilidade, não gerando nenhum tipo de gasto para o (a) Senhor (a), mas caso necessite realizar algum gasto ou despesa decorrente de sua participação na pesquisa, peço, por favor, que me comunique para que eu possa providenciar o ressarcimento. E

caso o (a) Senhor (a) sofra qualquer tipo de danos morais ou materiais, decorrentes da pesquisa poderá solicitar uma indenização através das vias judiciais.

Sendo assim, eu me comprometo a tornar público os resultados da pesquisa por meio de publicações em revistas científicas, relacionadas à área estudada, ou apresentados em reuniões científicas, congressos, jornadas etc., independentemente de os resultados serem favoráveis ou não. E a realizar workshop e rodas de conversas para que o (a) Senhor (a) tenha acesso aos resultados da pesquisa e compreenda os benefícios que a mesma pode trazer ao tratamento de crianças com PHDA e Perturbações do Desenvolvimento da Linguagem.

Se o (a) Senhor (a) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Nobre (CEP/FAN), no endereço: Rua Paulo VI, 609, Bairro: Queimadinha, CEP: 44.050-162, E-mail: cepfan@gruponobre.net ou pelo telefone: (75) 2102-9115. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde). O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Este papel está baseado nas diretrizes éticas internacionais (Declaração de Helsinque, Diretrizes Internacionais para Pesquisas Biomédicas envolvendo Seres Humanos – CIOMS) e brasileiras (Res. CNS 466/12, Res. CNS 510/16 e complementares). Ou poderá ainda entrar em contato com o CONEP – Comissão Nacional de Ética e Pesquisa, responsável por avaliar eticamente e acompanhar os protocolos de pesquisas que envolvem seres humanos, pelo endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D – Edifício PO 700, 3º andar, Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040, UF: DF, Brasília, E-mail: conep@saude.gov.br, Telefone: (61)3315-5877.

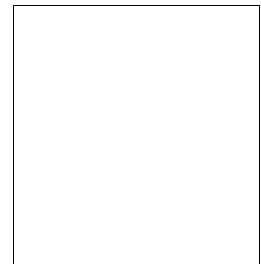
Por este meio, _____,
AUTORIZO o uso dos meus dados neste Projeto de Pesquisa, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora, concordo em participar deste estudo como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre

a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Compreendo que não irei receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus em troca, e participarei com a finalidade exclusiva de colaborar para as conclusões acadêmicas e científicas da mesma. Foi garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento até a publicação dos dados, sem que isto leve a qualquer penalidade e que se houver necessidade, as despesas para a minha participação serão assumidas ou ressarcidas pela pesquisadora.

Fui informado (a) pela pesquisadora que no momento da realização da entrevista terei minha voz gravada, caso em esteja de acordo ou a mesma transcreverá a minha fala. Sendo assim, por esta ser a expressão da minha vontade declaro que:

- Sim, autorizo a gravação da minha voz
- Não, não autorizo a gravação da minha voz

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.



Impressão Datiloscópica

Assinatura do Participante

IVANEIDE ALMEIDA BRAGA
PESQUISADORA RESPONSÁVEL
TEL. (77)99975-5722
E-MAIL: neidebraga@uesb.edu.br

ENDEREÇO INSTITUCIONAL DOS

PESQUISADORES: Universidade

Fernando Pessoa

Praça 9 de abril, 349 – Jardim da Arca

D'agua

Porto - Portugal

**ENDEREÇO DO COMITÊ DE
ÉTICA:**

Rua Paulo VI, 609 CEP: 44.050-162

Bairro: Queimadinha

Fone: (75) 21029115

E-mail: cepfan@gruponobre.net