



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE D
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

CATARINA ISABEL DA SILVA AZEVEDO

***Perturbações da Comunicação, Linguagem e Fala na Medicina
Geral e Familiar***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA
SUSANA MARIA MARTINS FERNANDES

NOVEMBRO/2021

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

***Perturbações da Comunicação, Linguagem e Fala
na Medicina Geral E Familiar***

Azevedo, C¹. Rosendo, I^{1,2}., Martins, S³

¹ Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

² Unidade de Saúde Familiar Coimbra Centro

³ Unidade de Saúde Familiar de Penela

Email: catarina_isabel98@hotmail.com

ÍNDICE

RESUMO	5
ABSTRACT	7
LISTA DE ABREVIATURAS.....	8
INTRODUÇÃO.....	9
MÉTODOS.....	12
RESULTADOS	16
DISCUSSÃO	24
CONCLUSÃO	29
AGRADECIMENTOS.....	30
REFERÊNCIAS	31
ANEXOS	33

RESUMO

Introdução: As perturbações da comunicação, linguagem e fala (PCLF) condicionam alterações no neurodesenvolvimento infantil. O desenvolvimento comunicativo deve ser avaliado desde cedo para detetar precocemente alterações. Nesta avaliação, o médico de família (MF) tem um papel preponderante pois acompanha longitudinalmente a criança ao longo da sua vida. Os objetivos deste trabalho foram caracterizar a satisfação do MF quanto aos seus conhecimentos e capacidades sobre PCLF e avaliar o impacto de uma formação nesta área.

Métodos: Este foi um estudo de intervenção longitudinal, com avaliação antes e depois de uma formação, em amostra de conveniência de MF. O questionário realizado antes da formação caracterizou a opinião dos MF sobre as suas capacidades e avaliou conhecimentos sobre comunicação, linguagem e fala (CLF). Seguidamente lecionou-se uma formação baseada em casos clínicos. No questionário após a intervenção, efetuaram-se as mesmas questões teóricas do primeiro questionário, para estabelecer correspondência entre respostas e avaliar aprendizagens. A análise estatística descritiva realizou-se através do cálculo de médias, desvios padrão, frequência e percentagens. A evolução da proporção de respostas corretas avaliou-se pelo teste McNemar, considerando o nível de significância de 0,05.

Resultados: Amostra de 68 MF, 100% do sexo feminino, 69.1% com ≤ 35 anos, 50% internas e 50% especialistas, 50% da ARS Centro. Inicialmente, a satisfação com os conhecimentos e capacidades em CLF teve uma média <3 (escala de 1 a 5), especialmente na formação universitária ($M=1.88$) e pós-universitária ($M=2.07$). O interesse pessoal em CLF foi classificado em 80.9% como bastante ou muito interesse. A autoperceção dos conhecimentos foi menor nos parâmetros da hiperatividade e comportamento. Após a intervenção, obteve-se melhoria estatisticamente significativa em 8 das 20 questões sobre conhecimentos.

Discussão: A formação teve impacto positivo em 8 questões, 3 delas sobre gaguez, parecendo ser uma formação útil para MF. A dimensão da amostra era relativamente reduzida, ainda que representativa em termos de n, teve apenas elementos do sexo feminino, havendo ainda a considerar o viés de voluntarismo desta amostra muito motivada.

Conclusão: As médicas encontravam-se pouco satisfeitas relativamente às suas capacidades e competências e houve melhoria significativa nos conhecimentos e conseqüentemente na satisfação das MF, pelo que parece importante investir na formação nesta área.

PALAVRAS CHAVE: “Comunicação”, “Linguagem”, “Fala”, “Desenvolvimento”, “Perturbações”, “Medicina Geral e Familiar”.

ABSTRACT

Introduction: Communication, Language and Speech Disorders (CLSD) limit the changes on childhood neurodevelopment. Communication development must be early assessed to detect alterations. In this assessment, the family doctor (FM) has a preponderant role, as they follow the child longitudinally throughout their life. This work aimed to characterize FD satisfaction with their knowledge and skills on CLSD and to assess the impact of training in this area.

Methods: This was a longitudinal intervention study, with assessment before and after a formation, in a convenient sample of FDs. The questionnaire carried out before the training characterized the opinion of the FM about their skills and assessed their knowledge about communication, language and speech (CLF). Then, a training based on clinical cases was taught. After the intervention, the FDs responded to the first questionnaire theoretical questions to establish correspondence between answers and evaluate learning. Descriptive statistical analysis was performed by calculating mean, standard deviation, frequency and percentages. The McNemar test was used to determine the evolution of proportion of right answers by considering the significance level of 0.05.

Results: 68 FDs female sample, 69.1% aged ≤ 35 years, 50% resident and 50% specialty doctors, 50% from ARS Centre. CLS satisfaction rating of knowledge and skills obtained a mean <3 (scale 1 to 5), especially on university formation ($M=1.88$) and post-university ($M=2.07$). The personal interest on CLS was rated 80.9% as enough or very interesting. The self-perception of knowledge was lower in hyperactivity and behaviour parameters. After the intervention, 8 out of 20 questions were rated as having a statistical significant improvement about knowledge.

Discussion: The formation impacted positively on 8 questions, 3 of them about stutter, which seemed to be a useful formation for the MF. The sample size was relatively small, although representative in terms of n, it had only female elements, and the volunteer bias of this highly motivated sample must also be taken into account.

Conclusion: The doctors were not very satisfied with their abilities and skills and a significant improvement was found on knowledge and consequently on FDs satisfaction, so it seems important to invest in training in this field.

KEYWORDS: "Communication", "Language", "Speech", "Development", "Disorders", "General and Family Medicine".

LISTA DE ABREVIATURAS

ARS – Administração Regional de Saúde

CLF – Comunicação, linguagem e fala

CSP – Cuidados de Saúde Primários

MF – Médico de Família

MGF – Medicina Geral e Familiar

MSIJ – Manual de Saúde Infantil e Juvenil

PCLF – Perturbações da comunicação, linguagem e fala

SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

INTRODUÇÃO

Os termos comunicação, linguagem e fala são frequentemente utilizados como sinónimos devido à interseção parcial de significados, contudo são conceitos diferenciados pelo que é importante discriminá-los. A comunicação é inata e essencial à vida e como tal inicia-se desde muito cedo na espécie humana. Define-se comunicação como um processo em que há troca ativa de uma ou mais mensagens, através de um canal, entre pelo menos um emissor e um destinatário, implicando a construção de um significado comum. Já em 1998, Sim Sim afirmou que *“por mais que tentemos não podemos deixar de comunicar: ação ou imobilidade, palavras, gestos ou silêncio todos contêm uma mensagem que é percebida pelos pares a que pertencemos”*. (1) Esta frase vem justificar as duas vertentes comunicativas, a verbal e a não verbal. (2,3)

Definir linguagem é uma missão complexa, contudo é aceite pela comunidade científica a definição construída pela *American Speech-Language-Hearing Association*, que explica que a linguagem consiste num sistema complexo e dinâmico de símbolos convencionais através de uma combinação regrada de sons e palavras, ao qual o homem recorre em várias modalidades (como a oralidade e a escrita) para elaborar o seu pensamento e estabelecer comunicação.(4,5) A linguagem expressiva prende-se com a capacidade de produzir e construir significado de uma mensagem, enquanto que a linguagem compreensiva prende-se com a capacidade de entender uma mensagem. Foram definidos três domínios da linguagem que se interseitam entre si, nomeadamente, a forma, o conteúdo e o uso. A forma é a composição estrutural da linguagem, ou seja, como se diz, que é regida pela fonologia (sons da língua) e pela morfossintaxe (construção de concordância de género, número ou verbo). O conteúdo é o significado da mensagem, aquilo que é dito com base em regras que organizam o significado das palavras e da sua combinação, a semântica. O uso consiste em determinar onde se diz, ou seja, as razões para escolher determinada forma linguística em contexto social e que tem por base a pragmática. (6) A fala é uma ação motora e cognitiva, concretizada através da coordenação neuromuscular das estruturas do trato vocal em que há expressão e realização da linguagem em resultado dos sons expressos. (7) Para que a fala se efetive são necessários três componentes básicos, a articulação, a voz e a fluência.(8)

Uma perturbação acontece perante um desvio do padrão considerado normal numa população ou sociedade. A sua ocorrência a nível da comunicação, linguagem ou fala poderá condicionar uma alteração do neurodesenvolvimento infantil. Como tal, acarretará repercussões individuais e sociais, refletindo-se frequentemente em consequências futuras a nível intelectual, emocional, integrativo e da aprendizagem das crianças.(9–12) A prevalência

das perturbações da comunicação, linguagem e fala (PCLF) foi pouco estudada, no entanto um estudo português apontou uma prevalência entre 1% e 32% nas crianças em idade pré-escolar, sendo consideradas as mais comuns entre os problemas de desenvolvimento na infância. (13)

O desenvolvimento comunicativo da criança acontece gradualmente, devendo ser acompanhado e avaliado desde o nascimento, de modo a facilitar a identificação precoce das PCLF e a minimizar as suas consequências. Os Cuidados de Saúde Primários (CSP), na pessoa do médico de família (MF), apresentam um papel preponderante na deteção atempada e referenciação das crianças com PCLF. (9–12) Nesse sentido, o MF, no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), tem ao seu dispor um quadro com parâmetros orientadores para cada idade-chave, baseados na Escala de *Mary Sheridan* Modificada, a seguir durante a consulta de saúde infantil. Incluem a avaliação do desenvolvimento e sinais de alerta para a visão e motricidade fina, audição e linguagem, postura e motricidade global e comportamento e adaptação social. (14–17) As diferentes áreas do desenvolvimento apresentam um papel preponderante no desenvolvimento da fala, da linguagem e da própria comunicação. Uma vez que a avaliação isolada do desenvolvimento da criança apresenta valor limitado, o MF, através dos seus contactos repetidos, encontra-se numa posição privilegiada para monitorizar o desenvolvimento infantil. Devido ao acompanhamento longitudinal na vida da criança, este profissional tem a oportunidade de presenciar a sua história pessoal, social e avaliar o seu ambiente familiar e a sua comunidade. O conhecimento do contexto familiar das crianças permite ao MF estabelecer uma forte relação com os pais ou cuidadores. (9–12,16) Deste modo, a colaboração entre os pais e o MF possibilita o aconselhamento e orientação em relação ao processo fisiológico do desenvolvimento infantil e à deteção de sinais de alerta, bem como a instituição de estratégias potenciadoras do desenvolvimento das capacidades comunicativas. É de extrema importância que os cuidadores sejam capacitados para acompanhar e intervir no desenvolvimento da criança.

Contudo, os estudos atualmente existentes que abordam a capacitação e perceção dos MF sobre a importância e o seu papel na abordagem das PCLF são escassos. Até ao momento foram encontrados três artigos portugueses que pretenderam demonstrar o MF como uma peça fundamental no desenvolvimento da criança, abordar a vigilância de desenvolvimento psicomotor e sinais e de alarme e estudar a perspectiva dos MF quanto à referenciação de crianças com problemas de comunicação e linguagem. (9,12,16) Por este motivo existe a necessidade de investigar mais nesta área.

Os objetivos do presente estudo foram, então: caracterizar a relação do MF com as PCLF sendo que para isso se avaliou a satisfação dos mesmos quanto à formação, capacidades e competências que têm, o interesse pessoal e a importância conferida ao seu papel e ainda a auto percepção dos seus conhecimentos teóricos. Além disso, pretendeu-se avaliar qual o impacto de uma formação desenhada para melhorar a capacitação dos MF nos seus conhecimentos teóricos e confiança para os aplicar.

MÉTODOS

Este foi um estudo de intervenção longitudinal, com avaliação antes e depois de uma formação, não controlado, em amostra de conveniência. Foi realizado sob o parecer favorável da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro (Anexo I).

O recrutamento dos participantes foi realizado através da divulgação do estudo de investigação com recurso a listas de emails e redes sociais. Ao divulgar a formação, foi realizada uma descrição sucinta da temática e da importância da ação de formação sobre PCLF na MGF. Foi também enviado um link para o formulário de inscrição. A amostragem a atingir foi calculada através do endereço web da ferramenta *Raosoft Sample Size Calculator*, tendo sido obtido um valor mínimo de 68 participantes, com um intervalo de confiança de 90% e margem de erro de 10%. O critério de inclusão deste estudo era ser médico especialista ou interno de formação específica de MGF. No formulário de inscrição constava o consentimento informado, que foi aceite por todos os elementos participantes.

Os participantes foram informados que não existiria qualquer recompensa ou pagamento monetário pela sua participação e que não se tratava de um estudo financiado. Foi salientado o carácter voluntário da participação e garantida a ausência de prejuízos para o abandono a qualquer momento ou não aceitação de participação. A confidencialidade e o anonimato das respostas submetidas e da identificação dos participantes foram atestados, segundo as normas da Comissão Nacional de Proteção de Dados. Os participantes codificaram a sua identidade através das duas primeiras letras do seu apelido e os dois últimos dígitos do cartão de cidadão, de forma a ser possível uma correspondência entre os questionários obtidos no primeiro momento e no segundo, assim como a não duplicação de dados.

Os formulários foram elaborados pelas investigadoras e aplicados em formato digital através da plataforma *Google Forms*. No formulário de inscrição constava uma pequena introdução ao tema, o consentimento informado, o email para exclusivos efeitos de envio de certificado de participação e de comunicações referentes à formação, a confirmação da situação profissional como MF e a data mais conveniente para assistir à formação (Anexo II). Procedeu-se à recolha dos dados para o estudo através do autopreenchimento de dois questionários em dois momentos distintos, cujo tempo estimado de preenchimento rondava os 15 minutos. O grupo dos participantes efetuou o preenchimento do primeiro questionário imediatamente antes da formação (momento 1) e o preenchimento do segundo questionário imediatamente após a formação (momento 2).

O questionário aplicado no momento 1 continha uma sucinta introdução da pertinência do tema nos CSP e encontrava-se dividido em quatro partes classificadas por ordem alfabética de A a D (Anexo III). Neste questionário foram submetidas 103 respostas.

Na parte A foi realizada a codificação da identidade do participante e foram pedidos dados sociodemográficos dos participantes: sexo, classe etária, condição profissional (especialista ou interno de MGF), qual o ano de internato a frequentar se interno, tipo de instituição onde trabalha e Administração Regional de Saúde (ARS) pertencente.

Na parte B pretendeu-se perceber qual o grau de satisfação e de autopercepção de conhecimentos sobre CLF. Para isso foi pedida uma quantificação do interesse pessoal e a importância do papel de um MF na área da CLF nas crianças, através de uma escala ordinal tipo Likert (1 - nada importante, 2 - pouco importante, 3 - importante, 4 - bastante importante, 5 - muito importante). Foi também usada uma escala ordinal tipo Likert para avaliar o grau de satisfação relativo à: formação universitária e pós-universitária na área da PCLF, capacidade para avaliar, detetar e acompanhar e informar os pais sobre PCLF e a percepção da adequação da escala *Mary Sheridan* como instrumento de avaliação para deteção de PCLF foi também avaliada. Foi questionada através da seleção de respostas de escolha múltipla qual a atitude tomada perante a deteção de PCFL.

Para determinar a autopercepção de conhecimentos foram aplicadas frases com sinais de alarme para algumas idades em que cada MF deveria classificar qual a dificuldade da identificação dos mesmos (sem dificuldade, dificuldade ligeira, dificuldade moderada, muita dificuldade, dificuldade máxima). Foi ainda questionada a frequência de utilização de determinadas fontes de informação para identificação de eventuais PCLF (nunca, raramente, às vezes, quase sempre, sempre).

Na parte C foi averiguada a frequência de recomendação aos pais de determinadas estratégias e atividades promotoras de comunicação, linguagem e de desenvolvimento nas crianças (nunca, raramente, às vezes, quase sempre, sempre).

Na parte D foi realizada a avaliação de conhecimentos. Esta parte foi comum ao questionário aplicado no momento 1 e ao questionário aplicado no momento 2, pelo que foi utilizada como ferramenta de avaliação de conhecimentos adquiridos na formação. Esta parte consistiu na classificação como verdadeiro ou falso, sem recurso a qualquer meio de informação, de 20 itens que abordavam atitudes, comportamentos e sinais de alarme para determinada idade chave do desenvolvimento infantil.

A intervenção consistiu na aplicação de uma formação online, através da plataforma ZOOM, com um programa orientado para definição de conceitos de CLF e aplicação a casos clínicos, utilizando a votação pelos formandos para a tornar mais interativa (Anexo IV). Foram

resolvidos cinco casos: o primeiro caso iniciava-se com “E quando falha a comunicação?” e pretendia estudar as perturbações da comunicação; o segundo caso tinha como problema “Ele compreende tudo, mas não fala...” e o seu intuito era analisar as perturbações da linguagem; os últimos três casos tinham como objetivo estudar as perturbações da fala e intitulavam-se: "O João é um sopinha de massa", “Dr. ele ainda não diz os R” e "Ele apanhou um susto e a partir daí ficou gago". A formação foi desenhada tendo em conta as limitações que os profissionais sentem no seu quotidiano nas consultas de saúde infantil, considerando a experiência clínica das formadoras. Foram dadas estratégias adequadas para os MF detetarem e orientarem estas situações, atendendo ao contexto laboral e aos serviços e respostas existentes. Este curso virtual foi realizado em duas oportunidades temporais escolhidas no formulário de inscrição pelos participantes - 15 de julho e 20 de julho de 2021, em horário pós-laboral, com uma duração total de 1 hora e 30 minutos e com emissão de certificado de participação (Anexo V). Esta formação teve como objetivo uma melhoria dos conhecimentos dos MF sobre CLF e aumento da confiança para os utilizar.

O questionário aplicado após o curso virtual dividiu-se em duas partes (anexo VI). A parte A foi coincidente com a Parte D do questionário aplicado no primeiro momento. Na parte B foi questionada a opinião dos participantes quanto à formação, através de 5 questões. As primeiras 4 questões foram respondidas através de uma escala tipo Likert (sendo 1=nada e 5=totalmente) em que se questionava se consideravam que tinham sido atingidos os objetivos a que as investigadoras se propuseram e as expectativas do formando, o impacto da formação nos conhecimentos e capacidades e ainda a melhoria da confiança do próprio nas consultas de saúde infantil e juvenil. Foi colocada uma pergunta aberta de resposta opcional sobre apreciações e sugestões à formação. Neste questionário foram obtidas um total de 74 submissões.

Após a correspondência e eliminação de submissões duplicadas através da codificação da identidade, foram obtidos um total de 68 participantes que responderam nos dois momentos.

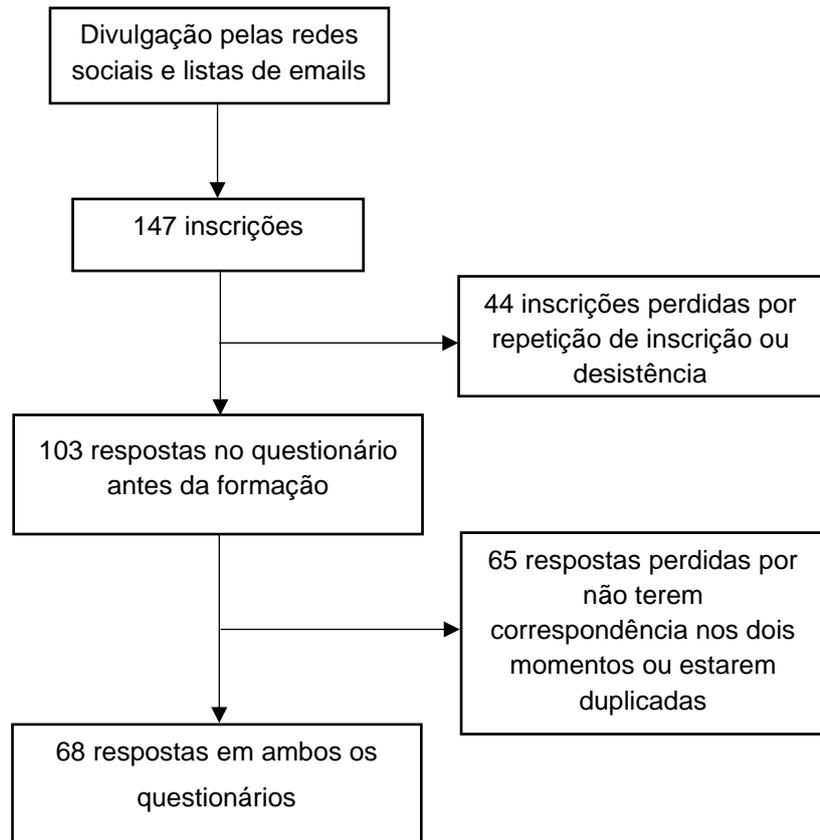


Figura 1. Fluxograma.

A análise estatística foi efetuada com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 26 para MacOS e organizados no programa *Microsoft Excel*. Nas análises descritivas foram calculadas médias (M), desvios padrão (DP), frequências (n) e percentagens (%), conforme a natureza das variáveis. Na avaliação do viés de seleção (diferenças na amostra inicial e final) foi utilizado o teste qui-quadrado, ou em alternativa o teste de Fisher. Para avaliar a evolução da proporção de respostas corretas após a formação foi utilizado o teste McNemar. O nível de significância considerado foi de 0,05.

RESULTADOS

Tratando-se de um estudo de intervenção, em que foram observados num primeiro momento indivíduos que não participaram no segundo momento do estudo, foi em primeiro lugar efetuada uma comparação da amostra inicial e final, para avaliação do potencial viés de seleção, com base nas variáveis da idade, categoria profissional, instituição e ARS. Não foram detetadas diferenças estatisticamente significativas entre os médicos que responderam apenas a um questionário e os que responderam aos dois questionários (antes e depois da intervenção) ao nível da idade, categoria profissional e ARS. Houve apenas uma diferença entre os grupos: os médicos que responderam aos dois questionários trabalhavam mais em USF modelo B (57.4%), ao passo que os que responderam apenas ao primeiro exerciam mais as suas funções em USF modelo A (57.1%), ($p=.004$).

Considerando as 68 respostas válidas, todos os profissionais avaliados foram mulheres. A categoria de idade mais frequente foi 26-30 anos ($n=27$, 39.7%), seguida por 31-35 anos ($n=20$, 29.4%), 36-40 anos ($n=13$, 19.1%). Acima de 40 anos constavam da amostra 8 médicas (11.8%). Metade das médicas eram especialistas e as restantes internas de formação específica. A distribuição de frequência do ano de internato foi de 12 (35.3%) médicas no primeiro ano, 6 (17.6%) no segundo ano, 6 (17.6%) no terceiro ano e 4 (29.4%) no quarto ano. A ARS Centro foi a mais representada, com 50% das médicas (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e comparação entre participantes e não participantes

	Apenas 1 questionário ($n=35$)	2 questionários ($n=68$)	Teste X^2
Idade			$X^2_{(1)}=0.41$ ($p=.522$) ^(a)
≤ 35 anos	22 (62.9%)	47 (69.1%)	
> 35 anos	13 (37.1%)	21 (30.9%)	
Categoria profissional			$X^2_{(1)}=0.17$ ($p=.680$) ^(a)
Interno	19 (54.3%)	34 (50.0%)	
Especialista	16 (45.7%)	34 (50.0%)	
Instituição			$X^2_{(2)}=10.83$ ($p=.004$) ^(a)
UCSP	5 (14.3%)	12 (17.6%)	
USFA	20 (57.1%)	17 (25.0%)	
USFB	10 (28.6%)	39 (57.4%)	
ARS			$X^2_{(3)}=5.14$ ($p=.249$) ^(b)
Norte	2 (5.7%)	10 (14.7%)	
Centro	13 (37.1%)	34 (50.0%)	
LVT	19 (54.3%)	22 (32.4%)	
Outras	1 (2.9%)	2 (2.9%)	

(a) teste qui-quadrado; (b) teste exato de Fisher.

Análise descritiva das respostas

O grau de satisfação das 68 médicas sobre os conhecimentos e capacidades em CLF foi tendencialmente baixo. A média das pontuações de todas as respostas foi inferior 3 (numa escala de 1-5), particularmente na formação académica e universitária ($M=1.88$, $DP=0.84$) e na formação pós-universitária ($M=2.07$, $DP=0.85$) (Tabela 2).

Tabela 2. Grau de satisfação das MF sobre conhecimentos e capacidades em CLF

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Formação académica e universitária	1.88	0.84
Formação pós-universitária	2.07	0.85
Capacidade para avaliar e detetar	2.37	0.75
Capacidade para acompanhar e referenciar	2.51	0.68
Satisfação nº casos detetados	2.65	0.66
Satisfação competências informar pais	2.41	0.72

1 - Nada satisfeito; 2 - Pouco satisfeito; 3 - Satisfeito; 4 - Bastante satisfeito; 5 - Muito satisfeito.

O interesse pessoal das médicas na área da CLF era elevado. Apenas 1.5% das respostas revelaram pouco interesse (Fig.2).

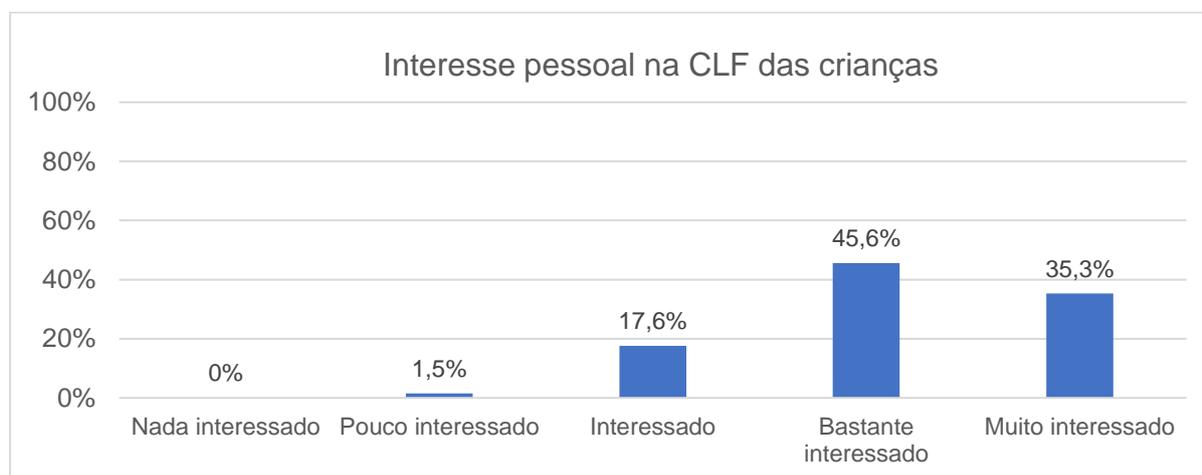


Figura 2. Interesse pessoal dos MF na comunicação, linguagem e fala das crianças.

A distribuição das respostas dadas à importância do MF no acompanhamento da CLF nas crianças foi similar à questão anterior, com apenas 1.5% das médicas a considerar que é pouco importante (Fig.3).

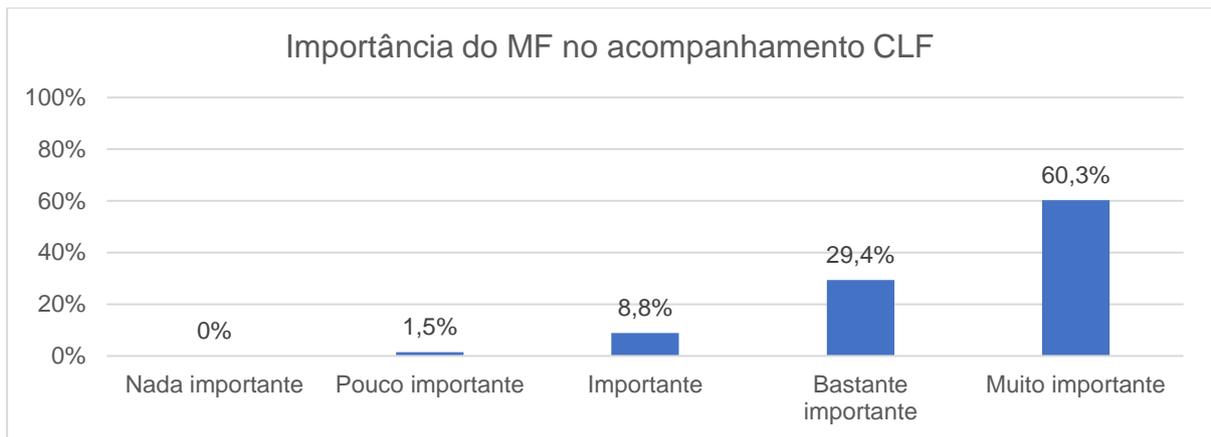


Figura 3. Distribuição das respostas dadas sobre a importância do MF no acompanhamento da CLF nas crianças.

Grande parte das médicas entendeu que os critérios nomeados na Escala de *Mary Sheridan* Modificada eram, pelo menos, adequados (78.9%) (Fig.4).

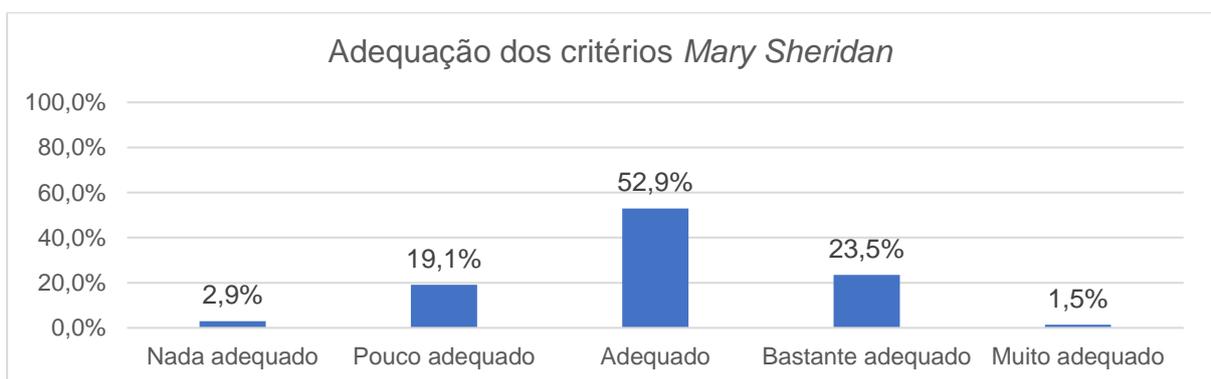


Figura 4. Distribuição das respostas dadas à adequação dos critérios *Mary Sheridan*.

Quando detetam crianças em risco/com perturbações da comunicação e linguagem as médicas de família disseram ter como práticas principais referenciar para consulta hospitalar (66.2%) ou outros profissionais de saúde (60.3%). O encaminhamento para o Sistema de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) surge em terceiro lugar com 39.7%. Seguem-se as informações dadas aos familiares (36.8%), acompanhamento em consultas posteriores (30.9%) e por fim outras práticas (7.4%) (Tabela 3).

Tabela 3. Atitudes face à deteção de crianças em risco/ com perturbações

	<i>n (%)</i>
Referenciação para consulta hospitalar	45 (66.2%)
Encaminhamento para outros profissionais de saúde	41 (60.3%)
SNIPi	27 (39.7%)
Informações aos familiares	25 (36.8%)
Acompanhamento em consultas posteriores	21 (30.9%)
Outro	5 (7.4%)

Na Tabela 4 são apresentados os resultados relativos à autoperceção que as médicas têm sobre o conhecimento e capacidades em perturbações de comunicação e linguagem. Numa perspetiva geral, a autoperceção das médicas era positiva. Grande parte das respostas concentraram-se nos níveis sem dificuldade e dificuldade ligeira. As maiores dificuldades identificadas prenderam-se com a avaliação da hiperatividade e dificuldade de concentração e perturbações de comportamento, tendo os níveis de dificuldade moderada, muita dificuldade ou incapacidade atingido 54.3% e 54.5%, respetivamente. Por outro lado, as médicas sentiam muito poucas dificuldades (<10% DM + MD + I) em avaliar sorriso, pegar em objetos, reagir a sons/ vocalizar e responder ao nome. A avaliação de palavras inteligíveis, linguagem incompreensível, substituições fonéticas e gaguez contaram com a maior parte das respostas entre SD, DL e DM, sendo que a linguagem incompreensível se apresentou com 41.2% dos resultados em SD para as MF. Os restantes indicadores podem ser observados na Tabela 4.

Tabela 4. Autoperceção dos conhecimentos e capacidades

	<i>SD</i>	<i>DL</i>	<i>DM</i>	<i>MD</i>	<i>I</i>
1M: Não vira os olhos e cabeça para os sons.	39 (57.4%)	21 (30.9%)	7 (10.3%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)
3M: Não sorri.	56 (82.4%)	10 (14.7%)	2 (2.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
6M: Não olha nem pega em objetos.	47 (69.1%)	18 (26.5%)	3 (4.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
6M: Não reage aos sons e/ou não vocaliza.	44 (64.7%)	18 (26.5%)	5 (7.4%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)
6M: Apresenta desinteresse pelo ambiente e/ou irritabilidade.	29 (42.6%)	21 (30.9%)	16 (23.5%)	2 (2.9%)	0 (0.0%)
9M: Vocaliza monotona ou perde a vocalização.	17 (25.0%)	20 (29.4%)	26 (38.2%)	5 (7.4%)	0 (0.0%)
9M: É apático(a), sem relacionamento com familiares.	27 (39.7%)	24 (35.3%)	15 (22.1%)	2 (2.9%)	0 (0.0%)
12M: Não responde à voz.	36 (52.9%)	22 (32.4%)	10 (14.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
12M: Não mastiga.	31 (45.6%)	22 (32.4%)	12 (17.6%)	3 (4.4%)	0 (0.0%)
18M: Não responde quando o chamam.	39 (57.4%)	25 (36.8%)	3 (4.4%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)
18M: Deita objetos fora; leva-os sistematicamente à boca.	29 (42.6%)	27 (39.7%)	11 (16.2%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)
2A: Não parece compreender o que se diz.	17 (25.0%)	23 (33.8%)	23 (33.8%)	5 (7.4%)	0 (0.0%)
2A: Não pronuncia palavras inteligíveis.	16 (23.5%)	29 (42.6%)	17 (25.0%)	4 (5.9%)	2 (2.9%)
2A: Não se interessa pelo que está ao seu redor.	22 (32.4%)	30 (44.1%)	15 (22.1%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)
2A: Não estabelece contacto e/ou não procura imitar.	23 (33.8%)	25 (36.8%)	17 (25.0%)	3 (4.4%)	0 (0.0%)
4-5A: É hiperativo(a), distraído(a) e tem dificuldade de concentração.	15 (22.1%)	16 (23.5%)	23 (33.8%)	12 (17.6%)	2 (2.9%)
4-5A: Apresenta linguagem incompreensível.	28 (41.2%)	17 (25.0%)	18 (26.5%)	3 (4.4%)	2 (2.9%)
4-5A: Apresenta substituições fonéticas.	15 (22.1%)	22 (32.4%)	22 (32.4%)	7 (10.3%)	2 (2.9%)
4-5A: Apresenta gaguez.	21 (30.9%)	21 (30.9%)	21 (30.9%)	3 (4.4%)	2 (2.9%)
4-5A: Apresenta perturbações de comportamento.	8 (11.8%)	23 (33.8%)	25 (36.8%)	11 (16.2%)	1 (1.5%)

SD=Sem dificuldade; DL=Dificuldade ligeira; DM=Dificuldade moderada; MD= Muita dificuldade; I= incapacidade

As fontes de informação mais frequentemente utilizadas para identificação de crianças com PCLF (Tabela 5) eram os conhecimentos adquiridos ao longo da prática profissional, com 64.7% de respostas distribuídas pelos níveis quase sempre (45.6%) e sempre (19.1%). Seguiu-se a transmissão de informação e conhecimentos entre profissionais de saúde ou familiares, com 54.4% de respostas alocadas nos níveis acima referidos (44.1% e 10.3%). Os conhecimentos adquiridos ao longo da formação universitária/internato foram a terceira fonte identificada com utilização mais frequente (45.6%: 30.9% + 14.7%), embora uma proporção relevante de médicas tenha referido que raramente recorre a esta fonte (30.9%). Os folhetos informativos e a consulta de publicações científicas foram referidas como as fontes menos utilizadas.

Tabela 5. Frequência da utilização das seguintes fontes de informação para identificação de PCLF

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Conhecimentos adquiridos ao longo da formação universitária/internato médico.	3 (4.4%)	21 (30.9%)	13 (19.1%)	21 (30.9%)	10 (14.7%)
Conhecimentos adquiridos ao longo da prática profissional.	0 (0.0%)	8 (11.8%)	16 (23.5%)	31 (45.6%)	13 (19.1%)
Conhecimentos adquiridos através da consulta de publicações científicas.	4 (5.9%)	27 (39.7%)	25 (36.8%)	11 (16.2%)	1 (1.5%)
Conhecimentos adquiridos através da consulta de cursos/workshops.	6 (8.8%)	13 (19.1%)	25 (36.8%)	23 (33.8%)	1 (1.5%)
Conhecimentos adquiridos através de pesquisa na internet.	6 (8.8%)	13 (19.1%)	31 (45.6%)	16 (23.5%)	2 (2.9%)
Transmissão de informação e conhecimentos entre profissionais de saúde ou familiares.	4 (5.9%)	5 (7.4%)	22 (32.4%)	30 (44.1%)	7 (10.3%)
Conhecimentos adquiridos através de folhetos informativos.	13 (19.1%)	28 (41.2%)	21 (30.9%)	6 (8.8%)	0 (0.0%)

Na Tabela 6 encontram-se os resultados de frequência de recomendação de estratégias e atividades promotoras de comunicação, linguagem e desenvolvimento fornecidas aos pais. Considerando frequências de recomendação que ocorrem quase sempre ou sempre, as estratégias que se destacam são “incentivar que aprenda a pedir quando quer algo, verbalizando-o” (83.8%), “incentivar a pronunciar palavras corretamente” (75.0%) e “estimular ordens simples, dar estímulo positivo após a realização destas” (72.1%). Entre as recomendações menos frequentes estão “pedir para que explique o significado de palavras simples” (35.3%), “produzir sons suaves com chocalhos, caixa de música e observar a sua atenção” (36.8%), “proporcionar brincadeiras de interação, ex. colocar à frente do espelho” (41.2%), “proporcionar oportunidade para a criança desenhar da figura humana (44.1%)” e “maximizar o uso de comunicação não verbal - ex. expressões faciais, apontar” (45.6%).

Tabela 6. Frequência de recomendação de estratégias e atividades estimulantes

	<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Quase sempre</i>	<i>Sempre</i>	<i>Total*</i>
Produzir sons suaves com chocalhos, caixa de música e observar a sua atenção.	11 (16.2%)	12 (17.6%)	20 (29.4%)	17 (25.0%)	8 (11.8%)	36.8%
Interagir através da fala, usar a mímica do rosto e imitar o som de objetos, instrumentos ou animais.	4 (5.9%)	6 (8.8%)	14 (20.6%)	26 (38.2%)	18 (26.5%)	64.7%
Proporcionar brincadeiras de interação, ex. espelho	9 (13.2%)	12 (17.6%)	19 (27.9%)	20 (29.4%)	8 (11.8%)	41.2%
Utilizar brincadeiras de destapar o rosto, palmas, etc	4 (5.9%)	6 (8.8%)	18 (26.5%)	30 (44.1%)	10 (14.7%)	58.8%
Estimular ordens simples; dar estímulo positivo após a realização destas.	0 (0.0%)	6 (8.8%)	13 (19.1%)	35 (51.5%)	14 (20.6%)	72.1%
Incentivar que aprenda a pedir quando quer algo, verbalizando-o.	1 (1.5%)	2 (2.9%)	8 (11.8%)	30 (44.1%)	27 (39.7%)	83.8%
Atividades com música, incentivar a dançar e cantar.	3 (4.4%)	5 (7.4%)	20 (29.4%)	30 (44.1%)	10 (14.7%)	58.8%
Estimular a linguagem compreensiva e expressiva com conversas, canções, etc.	2 (2.9%)	4 (5.9%)	18 (26.5%)	30 (44.1%)	14 (20.6%)	64.7%
Pedir à criança que conte histórias ou algo que fez.	4 (5.9%)	7 (10.3%)	20 (29.4%)	28 (41.2%)	9 (13.2%)	54.4%
Proporcionar oportunidade para a criança desenhar da figura humana.	7 (10.3%)	12 (17.6%)	19 (27.9%)	23 (33.8%)	7 (10.3%)	44.1%
Promover as construções com lego e com puzzles.	2 (2.9%)	9 (13.2%)	16 (23.5%)	28 (41.2%)	13 (19.1%)	60.3%
Pedir para que explique o significado de palavras simples.	9 (13.2%)	19 (27.9%)	16 (23.5%)	18 (26.5%)	6 (8.8%)	35.3%
Incentivar a pronunciar palavras corretamente.	2 (2.9%)	4 (5.9%)	11 (16.2%)	31 (45.6%)	20 (29.4%)	75.0%
Estabelecer contacto ocular e conversar de frente para a criança.	5 (7.4%)	11 (16.2%)	14 (20.6%)	26 (38.2%)	12 (17.6%)	55.8%
Maximizar o uso de comunicação não verbal	6 (8.8%)	15 (22.1%)	16 (23.5%)	22 (32.4%)	9 (13.2%)	45.6%
Estimular as intenções comunicativas.	4 (5.9%)	10 (14.7%)	18 (26.5%)	22 (32.4%)	14 (20.6%)	53.0%

*Total= Soma das proporções obtidas nos níveis quase sempre e sempre.

Os resultados da avaliação do impacto da formação encontram-se na Tabela 7. Foram encontradas melhorias estatisticamente significativas em oito dos parâmetros avaliados, após a formação. A maior subida registada da proporção de respostas corretas ocorreu no conhecimento sobre “perante uma criança com gaguez, ajuda dizer "Tem calma, respira fundo, fala devagar””, em que a proporção de respostas corretas subiu de 41.2% para 91.2% ($p < .001$). Seguiu-se a frase “Algumas crianças começam a gaguejar após terem apanhado um susto”, em que a proporção de respostas corretas subiu de 64.7% para 94.1% ($p < .001$). Houve também acentuada melhoria nos conhecimentos sobre “antes dos 2 anos não existe benefício para a criança em iniciar terapia da fala” com uma subida da proporção de respostas corretas de 69.1% para 94.1% ($p < .001$) e “uma criança com 5 anos que não consiga dizer o R nas palavras deve ser encarada com um sinal de alarme”, com subida da proporção de respostas corretas de 50.0% para 75.0% ($p = .004$).

Foram ainda identificadas melhorias estatisticamente significativas no conhecimento sobre “quando a criança emite uma palavra de forma errada devemos repetir a palavra como a criança disse e posteriormente dizer a palavra correta”, em que proporção de respostas corretas subiu de 66.2% para 86.8% ($p = .004$), e ainda sobre “uma criança com 3 anos que gagueja constantemente pode ser considerada como gaga”, com uma subida da proporção de respostas corretas de 79.4% para 98.5%, sobre “uma criança com 4 anos já deve ser capaz de dizer o seu nome completo, a idade, o sexo e habitualmente a morada”, em que a proporção de respostas corretas subiu de 77.9% para 92.6% ($p < .001$) e ainda “uma criança com 6 meses que não vocalize deve ser encarada a presença de um sinal de alarme”, com a proporção de respostas corretas subir de 82.4% para 94.1% ($p = .039$).

Tabela 7. Comparação das respostas corretas antes e após formação

	<i>M1 (RC)</i>	<i>M2 (RC)</i>	<i>Diferença</i>	<i>p-valor*</i>
1. Num bebê de 1 mês não é esperado que vire os olhos e/ou a cabeça para na direção da fonte sonora.	59 (86.8%)	59 (86.8%)	0.0%	p>.990
2. Aos 3 meses é normal que o bebê chore ou grite se tocado.	62 (91.2%)	60 (88.2%)	-3.0%	p=.625
3. Uma criança com 6 meses que não vocalize deve ser encarada a presença de um sinal de alarme.	56 (82.4%)	64 (94.1%)	11.7%	p=.039
4. Aos 12 meses, habitualmente a criança não reage quando chamam pelo seu nome.	68 (100.0%)	68 (100.0%)	0.0%	-
5. Aos 12M a criança compreende ordens simples.	65 (95.6%)	68 (100.0%)	4.4%	p=.250
6. Aos 14M aponta e dirige o olhar para objetos de uso comum nomeados pelo adulto.	66 (97.1%)	68 (100.0%)	2.9%	p=.500
7. Aos 16M é esperado que diga a criança palavras isoladas com sentido de frase.	46 (67.6%)	55 (80.9%)	13.3%	p=.078
8. Aos 20 meses as crianças usam em média 500 palavras e compreendem muitas mais.	49 (72.1%)	53 (77.9%)	5.8%	p=.523
9. Não deve ser incentivado o uso de gestos aos 2 anos porque pode condicionar o desenvolvimento da fala.	59 (86.8%)	60 (88.2%)	1.4%	p>.990
10. Antes dos 2 anos não existe benefício para a criança em iniciar terapia da fala.	47 (69.1%)	64 (94.1%)	25.0%	p<.001
11. Aos 3 anos é considerado normal que a linguagem utilizada pelas crianças seja incompreensível para familiares e para estranhos.	57 (83.8%)	62 (91.2%)	7.4%	p=.302
12. Uma criança com 4 anos já deve ser capaz de dizer o seu nome completo, a idade, o sexo e habitualmente a morada.	53 (77.9%)	63 (92.6%)	14.7%	p=.006
13. Aos 5 anos compreende ordens complexas sendo capaz de cumprir 2 a 3 ordens em sequência "vai buscar os sapatos e vai dar ao pai que está na sala.	67 (98.5%)	68 (100.0%)	1.5%	p>.990
14. Uma criança com 5 anos que não fala fluentemente não necessita intervenção diferenciada pois ainda será ensinada a falar corretamente quando iniciar a escola.	66 (97.1%)	67 (98.5%)	1.4%	p>.990
15. Uma criança com 5 anos que não consiga dizer o R nas palavras deve ser encarada com um sinal de alarme.	34 (50.0%)	51 (75.0%)	25.0%	p=.004
16. Uma criança com 5 anos que troca alguns sons deve ser encaminhada para terapia da fala.	52 (76.5%)	55 (80.9%)	4.4%	p=.629
17. Quando a criança emite uma palavra de forma errada devemos repetir a palavra como a criança disse e posteriormente dizer a palavra correta.	45 (66.2%)	59 (86.8%)	20.6%	p=.004
18. Uma criança com 3 anos que gagueja constantemente pode ser considerada como gaga.	54 (79.4%)	67 (98.5%)	19.1%	p<.001
19. Algumas crianças começam a gaguejar após terem apanhado um susto.	44 (64.7%)	65 (95.6%)	30.9%	p<.001
20. Perante uma criança com gaguez, ajuda dizer "Tem calma, respira fundo, fala devagar".	28 (41.2%)	62 (91.2%)	50.0%	p<.001

*teste McNemar; M1, M2=dois momentos de avaliação, antes e após formação; RC=Resposta correta.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que as inquiridas não se encontravam satisfeitas com a sua formação, capacidades e competências referentes ao desenvolvimento das crianças, o que vem contrariar dados da literatura em que os médicos se mostravam maioritariamente agradados com o seu desempenho.(12) Uma possível justificação para este dado é o facto das médicas da amostra se encontrarem motivadas a realizar uma formação devido à sua menor satisfação com capacidades prévias. Por outro lado, as participantes revelaram elevado interesse pessoal na área e demonstraram valorizar a importância do seu papel no acompanhamento das crianças, em que 60,3% classificou como “muito importante”. Podemos inferir que estes dados nos indicam que as médicas desta amostra pretendem ser mais instruídas na área do desenvolvimento infantil de forma a aprimorar o seu desempenho, pois a formação que possuem até ao momento lhes parece insuficiente face às necessidades de uma consulta de saúde infantil.

As médicas disseram utilizar poucos folhetos informativos e publicações científicas como fontes de informação auxiliares, sendo que o primeiro recebeu como resposta “nunca” e “raramente” quanto à frequência de utilização, em 60.3% de respostas. Pensa-se que este facto se prende com a escassez de folhetos informativos disponíveis na área, assim como de trabalhos científicos publicados recentemente que estudem as PCLF nas crianças aplicadas à MGF.

Quando inquiridas acerca da dificuldade em detetar determinados sinais de alarme relativos ao desenvolvimento, expressos na Escala *Mary Sheridan* Modificada, as médicas admitiram uma maior dificuldade na avaliação da hiperatividade, dificuldade de concentração e perturbações do comportamento. Esta afirmação é um dado preocupante pois a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção é uma perturbação comportamental cuja prevalência está a aumentar e que acarreta repercussões na vida adulta evitáveis por um diagnóstico temporalmente oportuno. (18,19) Os CSP devem ser os responsáveis pela deteção, acompanhamento e tratamento destas crianças (18,20,21) pelo que se deve pensar num investimento em treino de competências na deteção destes parâmetros.

As respostas dadas em relação à frequência de recomendação de estratégias promotoras do desenvolvimento mostraram resultados bastante diversificados. O ensino de estratégias promotoras do desenvolvimento comunicativo, permitirá aos pais fomentar as competências de comunicação em contexto familiar, alargando a abrangência da intervenção. Deve ser uma capacitação em que o carácter individual de cada família deve ser respeitado e entendido porque cada uma tem as suas crenças, valores e necessidades próprias. (6) Aconselhar o incremento da comunicação não verbal, como incentivar o uso de expressões

faciais, mímica corporal e os gestos concomitantemente com a fala é fundamental para a estimulação das competências comunicativas. (6) No entanto, verificamos que apenas 45.6% da nossa amostra fá-lo “quase sempre” ou “sempre”. Uma forma eficaz de transmitir todas estas informações aos pais e melhorar este resultado seria a elaboração de folhetos destinados a cada idade com estratégias adequadas para a promoção do desenvolvimento que pudessem ser partilhados nos CSP. Estimular o desenho da figura humana, com 44.1% das respostas para “quase sempre” e “sempre”, é uma atividade que se deve iniciar por volta dos 4 anos e que a vai acompanhar progressivamente ao longo do crescimento quer em contexto social ou educacional. (22) É uma atividade que se repete e adquire cada vez mais pormenor estimulando as competências linguísticas, sociais, cognitivas e a motricidade fina e global. A evolução do desenho representa marcos importantes nas capacidades das crianças sendo quase incompreensível esta lacuna nas recomendações médicas aos pais. A recomendação da explicação de conceitos simples conforme preconizado na consulta dos 5 anos, foi a estratégia que contou com uma menor pontuação das avaliadas (35,3% responderam que o faziam “quase sempre” ou “sempre”). A importância da realização desta atitude prende-se com incentivar a capacidade linguística da criança fazendo entender que existem variadas formas de se expressar quanto à mesma coisa, assim como perceber se a criança adquiriu o significado correto dessa mesma palavra. (6)

As médicas revelaram que referenciavam mais para a consulta hospitalar, com o SNIPI em terceiro lugar. Este resultado está de acordo com um estudo realizado na área, contudo o encaminhamento para o SNIPI é uma das recomendações do PNSIJ. (12) Apesar de um estudo realizado em Portugal demonstrar que os médicos referenciam na sua maioria PCLF para a terapia da fala e consideram esta área importante (25) as respostas iniciais da nossa amostra revelam que as médicas tinham pouco conhecimento acerca da intervenção dos terapeutas da fala. Uma grande parte considerava que não existia benefício em iniciar terapia da fala antes dos 2 anos. Contudo a terapia da fala pode ser iniciada em indivíduos de qualquer idade com ou sem patologias diagnosticadas. É importante destacar o papel de uma equipa multidisciplinar integrativa de MF, terapeutas da fala e outros profissionais de saúde onde cada função dentro da equipa e áreas de atuação seja conhecida pelo outro de modo a maximizar a contribuição para os pacientes.

Este estudo mostrou uma melhoria nos conhecimentos das profissionais e na confiança para os aplicar após a intervenção formativa. Entre as oito questões que apresentaram uma melhoria estatisticamente significativa, duas delas constavam dos parâmetros da Escala *Mary Sheridan* Modificada. Referiam-se à ausência de vocalização aos 6 meses e respetiva deteção como sinal de alarme e à capacidade de uma criança de 4 anos para saber o seu nome, idade, sexo e morada – atitude esperada para a idade. Este resultado

vem reforçar a importância de fomentar a produção de sons e brincadeiras de interação como a produção de sons suaves e observação da reação/atenção da criança, que assumiu uma frequência de recomendação como “quase sempre” e “sempre” de apenas 36.8%. Estas brincadeiras de interação estimulam várias áreas cognitivas da criança, incluindo a expressão e compreensão de emoções sendo importante maximizar o valor obtido. (23) A melhoria dos resultados nestas duas questões vem demonstrar que, apesar de 52.9% das MF ter considerado esta escala como adequada, existe a necessidade de renovar estes conceitos. Isto é importante para que as crianças sejam referenciadas no momento da detecção para o local correto.

As três questões colocadas sobre gaguez sofreram todas uma melhoria. Isto revela a desinformação de base das médicas acerca deste tópico. Com a nossa intervenção notou-se uma melhoria nos conhecimentos sobre o diagnóstico, a etiologia e aconselhamento. As médicas ainda demonstravam acreditar em crenças e mitos enraizados na sociedade. (6,23) Inicialmente, 35.3% das inquiridas pensava que a etiologia da gaguez advinha de um susto, tendo reduzido favoravelmente para 4.4% após a formação. Da mesma forma, 58.8% considerava, antes da formação, que um dos melhores conselhos para a criança passaria por recomendar que se acalmasse durante o discurso, o que na verdade consciencializa a criança da sua gaguez, gerando ainda mais ansiedade. (6) Depois da formação apenas 8.8% das médicas continuava com esta crença. O MF representa um papel valioso nesta perturbação da fluência. Deve tranquilizar os pais nas idades em que é suposto ser disfluente e dar estratégias que promovam a fluência, sem nunca desprezar sinais de alarme que impliquem outra atitude. Por outro lado, nas situações de gaguez instituída deverá referenciar, sempre com uma abordagem empática ao seu doente, que é submetido constantemente a episódios de pressão social e frustração. (23,24) Isto implica que a gaguez seja estudada pelos médicos para adquirirem capacidades clínicas, o que na realidade não acontece nos dias de hoje, imperando investir nesta formação.

As participantes apresentaram melhoria no reconhecimento de sinais de alarme como a incapacidade para dizer o “R” numa criança de 5 anos. Antes da formação metade respondeu corretamente e após a formação obtivemos 75% de respostas corretas. Isto permite inferir que as crianças com esta perturbação serão mais adequadamente referenciadas pela nossa amostra no futuro. Outro conhecimento que adquiriram foi de recomendar aos pais que quando uma palavra é proferida de forma errónea, o correto é dar o modelo correto e nunca repetir a palavra errada, havendo um aumento de 20.6% de respostas corretas. (6)

Este estudo apresentou algumas limitações. A dimensão da amostra era relativamente reduzida, ainda que tenha atingido o número calculado como representativo e tenha tido

representatividade nacional. Por outro lado, a amostra apenas contou com elementos do sexo feminino, sendo importante estudar o sexo masculino. Outra limitação a apresentar foram os temas abordados na formação que assumiram um caráter muito resumido do espectro das PCLF devido à duração da mesma, que foi assim decidida para ter uma maior adesão. Com a grande carência de conhecimentos nesta área é importante que as formações implementadas sejam mais completas e repetidas no tempo. Há ainda a considerar o viés de voluntarismo, pois apenas participaram neste estudo indivíduos interessados no tema e o viés de seleção, uma vez que a divulgação foi realizada pelas redes sociais e listas de emails, deixando de fora médicos pouco utilizadores da internet.

CONCLUSÃO

Neste estudo verificou-se que as médicas se encontravam muito pouco satisfeitas relativamente às suas capacidades e competências na área da CLF nas crianças. Os resultados revelaram que as inquiridas consideravam a sua formação universitária e pós-universitária deficitária em relação às necessidades.

Os resultados demonstraram uma melhoria significativa nos conhecimentos das médicas da amostra após a implementação da formação. Como consequência advirá uma incrementação da confiança das médicas na atuação perante uma criança com PCLF, que lhes permitirá diagnosticar, referenciar e acompanhar crianças com PCLF. É imperativo investir na formação pré e pós-graduada destes profissionais de saúde, o que se justifica pelo défice de informação que prevalece na MGF.

Sugere-se a conceção de material de apoio adequado ao desenvolvimento das crianças, como folhetos informativos por exemplo, destinados aos MF e aos cuidadores que devem ser capacitados e empoderados para educar as suas crianças nesta fase enriquecedora e preponderante da vida delas.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Inês Rosendo, minha orientadora, pelo voto de confiança para desenvolver este trabalho ao seu lado, com todo o seu apoio e disponibilidade. A sua capacidade é admirável não só na medicina como na pessoa que é.

À Doutora Susana Martins, minha co orientadora e o meu maior apoio nesta caminhada. Orgulho-me de que deste projeto tenha resultado uma amizade. Todas as palavras de apoio, correções, ensinamentos e incentivo proporcionados são imensuráveis. Todo o seu amor pela nossa profissão e pelo ser humano são uma fonte de inspiração para mim.

Aos meus pais e família, por me permitirem ingressar nesta viagem, sem vocês nada teria sido possível. Em especial à minha mãe, incansável na pessoa que é e naquilo que faz por mim e pelo outro. As palavras nunca serão suficientes para lhe agradecer.

Ao José Paulo, por caminhar orgulhosamente ao meu lado, por me confortar, desafiar, amar e incentivar nos momentos mais difíceis e acima de tudo pelas suas palavras certas. O meu sucesso deve-se em grande parte a ti.

Aos meus avós António e Fátima e à Ana Paula por serem a minha segunda família e me proporcionarem um caloroso sentimento de amor e apoio incondicional.

Aos meus amigos, em especial à Flor, por toda a sua dedicação, paciência, confiança e amizade que nutrimos ao longo deste percurso e que se estenderá certamente pela vida.

Agradeço às minhas colegas de casa e amigas, Bruna, Edna, Filipa, Helena, Joana e Vânia por nunca me deixarem sozinha e chegarmos ao dia de hoje unidas como uma verdadeira família.

À D. Clotilde, que me acompanha sob o seu olhar mais brilhante e atento do céu.

A todos aqueles que permitiram e contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Sim-Sim I. Desenvolvimento da linguagem. Lisboa: Universidade Aberta; 1998.
2. Carrapiço E, Ramos V. A comunicação na consulta. Uma proposta prática para o seu aperfeiçoamento contínuo. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar* 2012 Maio; 28(3):212–22.
3. DeVito J.A. *Essentials of Human Communication*. 9ª ed. New York: Pearson; 2016.
4. American Speech-Language-Hearing Association. (1982). *Language* [Relevant Paper]; Disponível em: <http://www.asha.org/policy/RP1982-00125>
5. Hoff, E. *Language development*, 5ª ed. Belmont: Wadsworth Cengage; 2014.
6. Rombert, J. *O Gato Comeu-te a Língua?* 2ª ed. Lisboa: Esfera dos livros; 2015.
7. Sociedade Portuguesa da Terapia da Fala. Fala [Internet]. Fala. Disponível em: <https://sptf.org.pt/portfolio-items/fala/>
8. Sociedade Portuguesa da Terapia da Fala. *Dicionário terminológico de terapia da fala*. 2ª ed. Lisboa: Papa Letras; 2020.
9. Castelhana J, Oliveira G. Médico de família - Peça fundamental no desenvolvimento da criança. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 2009 Nov 25(6):667–8.
10. Lipkin PH, Macias MM, Council on Children with Disabilities Section on Development and Behavioral Pediatrics. Promoting Optimal Development: Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders Through Developmental Surveillance and Screening. *Pediatrics*. 2020 Jan;145(1).
11. Centers for Disease Control and Prevention, Developmental Monitoring and Screening. *Developmental Monitoring* [Internet]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment/screening.html>
12. Dinis I, Maia F, Meneses RF, Sousa R. A perspetiva dos médicos de família Portugueses quanto à referenciação de crianças com problemas de comunicação e linguagem. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 2020 Abril; 36(2):114–25.
13. Silva C, Peixoto V. Rastreio e prevalência das perturbações da comunicação num agrupamento de escolas. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. 2008; 5: 272-82.
14. Direção Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil: norma da DGS Nº 010/2013 de 31/05/2013. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.asp>

15. ARS Norte. Manual de Saúde Infantil e Juvenil. Disponível em: http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/01/Manual_Saude_Infantil_Juvenil.pdf
16. Pinto M. Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 2009 Nov; 25(6):677–87.
17. Oliveira G, Saraiva J. Lições de Pediatria Vol. I e II. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2017.
18. Kewley G, Halliwell N. Attention deficit hyperactivity disorder: clinical update. *British Journal of General Practice*. 2014 Apr; 64(621):e243–5.
19. Felt BT, Biermann B, Christner JG, Kochhar P, Harrison R van. Diagnosis and Management of ADHD in Children. *American Family Physician*. 2014 Oct; 90(7):456–64.
20. Bowling Z, Nettleton A. The diagnosis and management of ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) in children and young people: a commentary on current practice and future recommendations. *BJGP Open*. 2020 Apr; 4(1).
21. Pardilhão C, Marques M, Marques C. 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*. 2009 Sep; 25(5):592–9.
22. Pereira C. Importância do desenho infantil para o desenvolvimento das crianças em jardim de infância. Algarve. Tese [Mestrado em Educação Pré Escolar] – Escola Superior de Educação e Comunicação da Universidade do Algarve; 2016.
23. Lawrence M, David M, Barclay I. Stuttering: A Brief Review. *American Family Physician*. 1998 May;57(9):2175.
24. Sander RW, Osborne CA. Stuttering: Understanding and Treating a Common Disability. *American Family Physician*. 2019 Nov; 100(9):556–60.
25. Bessa CMM. Perceção dos médicos de família em relação ao papel de intervenção dos terapeutas da fala. Porto. Monografia [Licenciatura em Terapêutica da Fala] – Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa; 2013.

ANEXOS

Anexo I – Parecer favorável por parte da Comissão de Ética da ARS Centro



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: Parecer favorável.	DESPACHO: Tomado conhecimento e homologado o parecer final da Comissão de Ética da Saúde. 25.11.2024 Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.
---	--

ASSUNTO:

90/2021 – “Perturbações da Comunicação, Linguagem e Fala na Medicina Geral e Familiar”

Dr.ª Rosa Reis Marques
Presidente,
Dr. Mário Ruivo
Vogal,

Esta Comissão de Ética deverá receber cópia do relatório final.

Como primeiro autor este trabalho tem Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. E como Co-autor(es) /afiliação institucional: Catarina Isabel da Silva Azevedo - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Susana Maria Martins Fernandes – Médica Interna de Medicina Geral e Familiar – USF Penela	 Dr. Fernando Cravo Vogal,
Objetivos: Pretendemos avaliar o impacto e a qualidade de uma formação desenhada para melhorar a capacitação dos médicos de família nesta área. O principal objetivo deste trabalho é determinar qual o nível de interesse pessoal dos MF na área do desenvolvimento da comunicação, linguagem e fala (CLF); se os médicos de família consideram adequados os seus conhecimentos sobre desenvolvimento da CLF; qual o grau de dificuldade dos MF na identificação dos sinais de alerta das PCLF, qual a frequência de utilização de estratégias que visem promover a CLF destas crianças e qual a frequência de utilização de diversas formas de suporte para identificação de crianças em risco e referenciação.	
Material e métodos.	

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Estudo de intervenção com medição antes e depois das variáveis em estudo.

Em primeiro lugar serão recrutados médicos, especialistas e internos de MGF, que aceitem realizar esta formação, através de listas de e-mails e redes sociais. A amostra a atingir foi calculada (<http://www.raosoft.com/samplesize.html>) como 68, com um IC de 90% e margem de erro de 10%.

Neste projeto de investigação será realizada a aplicação de questionários online elaborado pelas investigadoras através da plataforma Formulários Google. Estes questionários de autoadministração destinados a MF serão preenchidos após a obtenção online do consentimento informado. Serão inferidos: dados sociodemográficos dos participantes, dados quantitativos - como o grau de satisfação e auto percepção da capacidade e dificuldades para avaliar o desenvolvimento da CLF e alguns conhecimentos específicos nesta área e dados sob a forma qualitativa em relação aos temas com necessidade de formação. Estes questionários online serão aplicados em dois momentos: antes de um curso de formação virtual na área das PCLF e um questionário depois. Com os dados recolhidos será efetuado um tratamento estatístico descritivo e inferencial dos mesmos, onde serão comparadas as respostas obtidas pré e pós formação.

O curso terá o formato online e terá a duração de 1h30 minutos.

Será garantido a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes pedindo apenas 2 primeiras letras do seu apelido e os 2 últimos dígitos do número do cartão de cidadão para termos de comparação antes e depois do curso.

O profissional de saúde dos CSP poderá desistir a qualquer altura, sem qualquer prejuízo para si.

Cronograma:

Data e início de recolha de dados

Após a aprovação do projeto e obtidas as autorizações, pretendemos iniciar o projeto de investigação em Setembro de 2021, com término da intervenção previsto para Novembro de 2021.

3.5 - Expectativa de resultados (máximo de 200 palavras):

Com este estudo esperamos obter uma melhoria da satisfação do MF acerca dos seus conhecimentos sobre comunicação e linguagem, e confiança para os utilizar. Ao determinarmos quais as limitações que estes profissionais sentem no dia-a-dia, realizaremos sugestões adequadas ao seu contexto laboral com os serviços e respostas existentes.

Pretendemos obter, no futuro, um aumento das referenciarções de crianças com PCL, em idades mais precoces, enriquecendo o potencial benefício para a sua vida, das suas famílias e de todos nós.

Handwritten initials/signature

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Local de realização:

Formação online através da plataforma ZOOM.

Concordância das instituições em que se realizará o trabalho:

Não aplicável

Termo de consentimento informado: Conforme o exigido por esta Comissão de Ética.

Carlos Fontes Ribeiro
Presidente da Comissão de Ética

Handwritten signature of Luiz Miguel Santiago

Luiz Miguel Santiago
Relator

Handwritten signature of Carlos Fontes Ribeiro

Anexo II – Formulário de Inscrição na Formação

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

As Perturbações da Comunicação, Linguagem e Fala (PCLF) em crianças representam uma alteração de desenvolvimento na infância e como tal terão repercussões a nível emocional, social e académico do indivíduo. Estas perturbações devem ser identificadas o mais precocemente possível, de forma a proporcionar uma intervenção que possibilite a minimização das suas consequências, contribuindo para o sucesso pessoal e escolar das crianças.

Os Cuidados de Saúde Primários, na pessoa do médico de família, encontram-se numa posição privilegiada para efetuar a deteção e referenciação das crianças com PCLF. Desenvolvemos este estudo com o objetivo de determinar qual o nível de interesse pessoal dos MF na área do desenvolvimento da comunicação, linguagem e fala (CLF), se os MF consideram adequados os seus conhecimentos sobre PCLF, qual o grau de dificuldade dos MF na identificação dos sinais de alerta das PCLF, qual a frequência de utilização de estratégias que visem promover a CLF destas crianças, qual a frequência de utilização de formas de suporte para identificação de crianças em risco e referenciação e qual o impacto de uma formação desenhada para melhorar a capacitação de MF nos seus conhecimentos e confiança para os aplicar.

1. Consentimento Informado

Caro(a) profissional de saúde, médico de Medicina Geral e Familiar, os questionários que serão aplicados antes e depois da intervenção formativa terão como objetivo avaliar o impacto da formação online que será realizada nas suas competências para avaliar o desenvolvimento da comunicação, linguagem e fala em saúde infantil, assim como perceber quais são as suas principais dificuldades na identificação dos sinais de alerta das perturbações da comunicação, linguagem e fala. Desta forma, apelamos à sua colaboração neste estudo, através do preenchimento dos questionários. Garantimos confidencialidade e anonimato das suas respostas, assim como da sua identificação. Assume-se um total carácter voluntário da sua participação, pelo que, se assim o desejar, poderá abandonar este estudo a qualquer momento. Os dados recolhidos serão unicamente utilizados no âmbito deste estudo e poderão ser consultados, após tratamento dos mesmos, por si, sempre que manifeste essa vontade. Agradecemos desde já a sua disponibilidade e participação. Declara ter compreendido, estar

esclarecido e aceita participar voluntariamente neste estudo, declarando assim o consentimento informado?

- Sim, aceito.
- Não, não aceito.

2. Indique, por favor, o seu e-mail, para efeitos de certificação e comunicações referentes à formação: _____

3. Confirma que é, atualmente, médico de Medicina Geral Familiar?

- Sim, sou médico interno de MGF.
- Sim, sou médico especialista de MGF.
- Não.

4. Qual o dia e o horário para os quais apresenta maior disponibilidade para o curso virtual sobre o desenvolvimento da comunicação, linguagem e fala nas crianças?

- Quinta feira, 15 de julho de 2021, 21h às 23h.
- Terça feira, 20 de julho de 2021, 21h às 23h.

ANEXO III – Formulário aplicado no momento 1 (antes da formação)

PERTURBAÇÕES DA COMUNICAÇÃO, LINGUAGEM E FALA NA MEDICINA GERAL E FAMILIAR

As Perturbações da Comunicação, Linguagem e Fala (PCLF) em crianças representam uma alteração de desenvolvimento na infância e como tal terão repercussões a nível emocional, social e académico do indivíduo. Estas perturbações devem ser identificadas o mais precocemente possível, de forma a proporcionar uma intervenção que possibilite a minimização das suas consequências, contribuindo para o sucesso pessoal e escolar das crianças.

Os Cuidados de Saúde Primários, na pessoa do médico de família, encontram-se numa posição privilegiada para efetuar a deteção e referenciação das crianças com PCLF. Desenvolvemos este estudo com o objetivo de determinar qual o nível de interesse pessoal dos MF na área do desenvolvimento da comunicação, linguagem e fala (CLF), se os MF consideram adequados os seus conhecimentos sobre PCLF, qual o grau de dificuldade dos MF na identificação dos sinais de alerta das PCLF, qual a frequência de utilização de estratégias que visem promover a CLF destas crianças, qual a frequência de utilização de formas de suporte para identificação de crianças em risco e referenciação e qual o impacto de uma formação desenhada para melhorar a capacitação de MF nos seus conhecimentos e confiança para os aplicar.

PARTE A – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. Indique, por favor, quais as 2 primeiras letras do seu apelido e os 2 últimos dígitos do número do cartão de cidadão (exemplo: MA15).

2. Sexo:

Masculino

Feminino

3. Idade:

- 26 - 30
- 31 - 35
- 36 - 40
- 41 - 45
- 46 - 50
- 51 - 60
- 61 - 65
- Mais de 66

4. Condição profissional:

- Interno de MGF
- Especialista de MGF
- Outro

5. Se interno de MGF, qual o ano de internato?

- 1º ano
- 2º ano
- 3º ano
- 4º ano

6. Tipo de instituição onde trabalha:

- USF – Modelo A
- USF – Modelo B
- UCSP

7. Qual a ARS a que pertence?

- ARS Norte
- ARS Centro
- ARS Lisboa e Vale do Tejo
- ARS Alentejo
- ARS Algarve

PARTE B – GRAU DE SATISFAÇÃO E AUTOPERCEÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE CLF

1. Como quantifica o seu interesse pessoal na área da CLF das crianças?

Classifique, por favor, de 1 a 5 o seu grau de interesse, sendo que a classificação corresponde:

- 1- Nada interessado(a);
- 2- Pouco interessado(a);
- 3- Interessado(a);
- 4- Bastante interessado(a);
- 5- Muito interessado(a).

	1	2	3	4	5	
1- Nada interessado(a)	<input type="radio"/>	5- Muito interessado(a)				

2. Como quantifica a importância do papel de um médico de família no acompanhamento das crianças, especialmente na área da CLF?

Classifique, por favor, de 1 a 5 o grau de importância, sendo que a classificação corresponde:

- 1- Nada importante;
- 2- Pouco importante;
- 3- Importante;
- 4- Bastante importante;
- 5- Muito importante;

	1	2	3	4	5	
Nada importante	<input type="radio"/>	Muito importante				

3. Está satisfeito com a sua formação académica universitária referente à CLF e ao respetivo desenvolvimento nas crianças?

Classifique, por favor, de 1 a 5 o seu grau de satisfação, sendo que a classificação corresponde:

- 1- Nada satisfeito(a);
- 2- Pouco satisfeito(a);
- 3- Satisfeito(a);
- 4- Bastante satisfeito(a);
- 5- Muito satisfeito(a).

1 2 3 4 5

Nada satisfeito(a) Muito satisfeito(a)

4. Está satisfeito com a formação oferecida depois do seu percurso académico universitário, a nível da CLF das crianças (curso, congressos, ações de formação, por exemplo)?

Classifique, por favor, de 1 a 5 o seu grau de satisfação, sendo que a classificação corresponde:

- 1- Nada satisfeito(a);
- 2- Pouco satisfeito(a);
- 3- Satisfeito(a);
- 4- Bastante satisfeito(a);
- 5- Muito satisfeito(a).

1 2 3 4 5

Nada satisfeito(a) Muito satisfeito(a)

5. Está satisfeito com a sua capacidade para avaliar e detetar perturbações do desenvolvimento da linguagem, comunicação e fala nas crianças?

Classifique, por favor, de 1 a 5 o seu grau de satisfação, sendo que a classificação corresponde:

- 1- Nada satisfeito(a);
- 2- Pouco satisfeito(a);
- 3- Satisfeito(a);
- 4- Bastante satisfeito(a);
- 5- Muito satisfeito(a).

1 2 3 4 5

Nada satisfeito(a) Muito satisfeito(a)

6. Está satisfeito com a sua capacidade para acompanhar e referenciar as crianças com eventuais PCLF?

Classifique, por favor, de 1 a 5 o seu grau de satisfação, sendo que a classificação corresponde:

- 1- Nada satisfeito(a);
- 2- Pouco satisfeito(a);
- 3- Satisfeito(a);
- 4- Bastante satisfeito(a);
- 5- Muito satisfeito(a).

1 2 3 4 5

Nada satisfeito(a) Muito satisfeito(a)

7. Qual foi a atitude que tomou quando detetou crianças em risco e/ou com PCLF?

Marcar tudo o que for aplicável.

- Prestou informações aos familiares da criança
- Encaminhou para o SNIPI
- Encaminhou para Consulta Hospitalar
- Recorreu a outros profissionais de saúde como terapeutas da fala, por exemplo
- Continuou a acompanhar a criança e o seu desenvolvimento em consultas posteriores
- Não tomou qualquer atitude

Outra:

8. Está satisfeito com o número de casos de PCLF que detetou durante as suas consultas de Saúde Infantil?

Classifique, por favor, de 1 a 5 o seu grau de satisfação, sendo que a classificação corresponde:

- 1- Nada satisfeito(a);
- 2- Pouco satisfeito(a);
- 3- Satisfeito(a);
- 4- Bastante satisfeito(a);
- 5- Muito satisfeito(a).

1 2 3 4 5

Nada satisfeito(a) Muito satisfeito(a)

9. Considera os critérios nomeados na Escala *Mary Sheridan* Modificada adequados para a avaliação do desenvolvimento da linguagem das crianças?

Classifique, por favor, de 1 a 5 o grau de adequação, sendo que a classificação corresponde:

- 1- Nada adequado;
- 2- Pouco adequado;
- 3- Adequado;
- 4- Bastante adequado;
- 5- Muito adequado.

1	2	3	4	5	
Nada Adequado	<input type="radio"/> Muito adequado				

10. Nas alíneas que se seguem avalie o grau de dificuldade que sente em identificar cada um dos sinais de alarme relativos ao desenvolvimento de acordo com a Escala *Mary Sheridan* Modificada e a respetiva idade, na faixa etária dos 1 – 12 meses.

	Sem dificuldade	Dificuldade ligeira	Dificuldade moderada	Muita dificuldade	Dificuldade máxima
1M: Não vira os olhos e cabeça para os sons	<input type="radio"/>				
3M: Não sorri	<input type="radio"/>				
6M: Não olha, nem pega em objetos	<input type="radio"/>				
6M: Não reage aos sons e/ou não vocaliza	<input type="radio"/>				
6M: Apresenta desinteresse pelo ambiente e/ou irritabilidade	<input type="radio"/>				
9M: Vocaliza monotonamente ou perde a vocalização	<input type="radio"/>				
9M: É apático, sem relacionamento com familiares	<input type="radio"/>				
12M: Não responde à voz	<input type="radio"/>				
12M: Não mastiga	<input type="radio"/>				

11. Nas alíneas que se seguem avalie o grau de dificuldade que sente em identificar cada um dos sinais de alarme relativos ao desenvolvimento de acordo com a Escala *Mary Sheridan* Modificada e a respetiva idade, na faixa etária dos 18M – 5 Anos.

	Sem dificuldade	Dificuldade ligeira	Dificuldade moderada	Muita dificuldade	Dificuldade máxima
18M: Não responde quando o chamam.	<input type="radio"/>				
18M: Deita objetos fora; leva-os sistematicamente à boca.	<input type="radio"/>				
2A: Não parece compreender o que se diz.	<input type="radio"/>				
2A: Não pronuncia palavras inteligíveis.	<input type="radio"/>				
2A: Não se interessa pelo que está ao seu redor.	<input type="radio"/>				
2A: Não estabelece contacto e/ou não procura imitar.	<input type="radio"/>				
4-5A: É hiperativo, distraído e tem dificuldade de concentração.	<input type="radio"/>				
4-5A: Apresenta linguagem incompreensível.	<input type="radio"/>				
4-5A: Apresenta substituições fonéticas.	<input type="radio"/>				
4-5A: Apresenta gaguez.	<input type="radio"/>				
4-5A: Apresenta perturbações de comportamento.	<input type="radio"/>				

12. Nas alíneas que se seguem, avalie com que frequência utiliza as seguintes fontes de informação para identificação de crianças com eventual PCLF.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
Conhecimentos adquiridos ao longo da formação universitária/internato médico.	<input type="radio"/>				
Conhecimentos adquiridos ao longo da prática profissional.	<input type="radio"/>				
Conhecimentos adquiridos através da consulta de publicações científicas.	<input type="radio"/>				
Conhecimentos adquiridos através de cursos/workshops.	<input type="radio"/>				
Conhecimentos adquiridos através da pesquisa na internet.	<input type="radio"/>				
Transmissão de informação e conhecimento entre profissionais de saúde, ensino ou familiares.	<input type="radio"/>				
Conhecimentos adquiridos através de folhetos informativos.	<input type="radio"/>				

13. Está satisfeito com as suas competências para informar os pais acerca do desenvolvimento da CLF?

Classifique, por favor, de 1 a 5 o seu grau de satisfação, sendo que a classificação corresponde:

- 1- Nada satisfeito(a);
- 2- Pouco satisfeito(a);
- 3- Satisfeito(a);
- 4- Bastante satisfeito(a);
- 5- Muito satisfeito(a).

	1	2	3	4	5	
Nada satisfeito(a)	<input type="radio"/>	Muito satisfeito(a)				

PARTE C – ESTRATÉGIAS PARA PROMOVER A COMUNICAÇÃO

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
Produzir sons suaves com chocalhos, caixa de música e observar a atenção.	<input type="radio"/>				
Interagir através da fala, usar amímica do rosto e imitar o som de objetos, instrumentos ou animais.	<input type="radio"/>				
Proporcionar brincadeiras de interação, ex colocar à frente do espelho.	<input type="radio"/>				
Estimular ordens simples; dar estímulo positivo após a realização destas.	<input type="radio"/>				
Incentivar que aprenda a pedir quando quer algo, verbalizando.	<input type="radio"/>				
Atividades com música, incentivar a dançar e a cantar.	<input type="radio"/>				
Estimular linguagem compreensiva e expressiva, com conversas, canções...	<input type="radio"/>				
Pedir à criança que conte histórias ou algo que fez.	<input type="radio"/>				
Proporcionar oportunidade para a criança desenhar a figura humana.	<input type="radio"/>				
Promover construções com lego e puzzles.	<input type="radio"/>				
Pedir que explique palavras simples.	<input type="radio"/>				
Incentivar a pronunciar palavras corretamente.	<input type="radio"/>				
Estabelecer contacto ocular e conversar de frente para a criança.	<input type="radio"/>				
Maximizar o uso de comunicação não verbal – ex: expressões faciais.	<input type="radio"/>				
Estimular intenções comunicativas.	<input type="radio"/>				

PARTE D – AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS

As afirmações abaixo referidas serão questões abordadas na formação. Classifique--as quanto à sua veracidade, aplicando os conhecimentos presentes e sem recorrer a qualquer meio de informação, por favor.

1. Num bebé de 1 mês não é esperado que vire os olhos e/ou a cabeça na direção da fonte sonora.
 Verdadeiro
 Falso
2. Aos 3 meses é normal que o bebé chore ou grite quando se toca.
 Verdadeiro
 Falso
3. Uma criança com 6 meses que não vocalize deve ser encarada a presença de um sinal de alarme.
 Verdadeiro
 Falso
4. Aos 12 meses habitualmente a criança não reage quando chamam pelo seu nome.
 Verdadeiro
 Falso
5. Aos 12 meses a criança compreende ordens simples.
 Verdadeiro
 Falso

6. Aos 14 meses aponta e dirige o olhar para objetos de uso comum nomeados pelo adulto.

Verdadeiro

Falso

7. Aos 16 meses é esperado que diga palavras isoladas com sentido de frase.

Verdadeiro

Falso

8. Aos 20 meses as crianças usam em média 500 palavras e compreendem muitas mais.

Verdadeiro

Falso

9. Não deve ser incentivado o uso de gestos aos 2 anos porque pode condicionar o desenvolvimento da fala.

Verdadeiro

Falso

10. Antes dos 2 anos não existe benefício para a criança em iniciar terapia da fala.

Verdadeiro

Falso

11. Aos 3 anos é considerado normal que a linguagem utilizada pelas crianças seja incompreensível para familiares e para estranhos.

Verdadeiro

Falso

12. Uma criança com 4 anos já deve ser capaz de dizer o seu nome completo, a idade, o sexo e habitualmente a morada.

Verdadeiro

Falso

13. Aos 5 anos a criança compreende ordens complexas sendo capaz de cumprir 2 a 3 ordens em sequência, por exemplo, "Vai buscar os sapatos e vai dar ao pai que está na sala".

Verdadeiro

Falso

14. Uma criança com 5 anos que não fala fluentemente não necessita de intervenção diferenciada pois ainda será ensinada a falar corretamente quando iniciar a escola.

Verdadeiro

Falso

15. Uma criança com 5 anos que não consiga dizer o R nas palavras deve ser encarada na presença de um sinal de alarme.

Verdadeiro

Falso

16. Uma criança com 5 anos que troca alguns sons deve ser encaminhada para a terapia da fala.

Verdadeiro

Falso

17. Quando a criança emite uma palavra de forma errada devemos repetir a palavra como a criança disse e posteriormente dizer a palavra correta.

Verdadeiro

Falso

18. Uma criança com 3 anos que gagueja constantemente pode ser considerada como gaga.

Verdadeiro

Falso

19. Algumas crianças começam a gaguejar após terem apanhado um susto.

Verdadeiro

Falso

20. Perante uma criança com gaguez ajuda dizer “tem calma, respira fundo, fala devagar”.

Verdadeiro

Falso

ANEXO IV – Apresentação utilizada para ministrar a formação

Diapositivo 1

Perturbações da Comunicação, Linguagem e Fala na Medicina Geral e Familiar

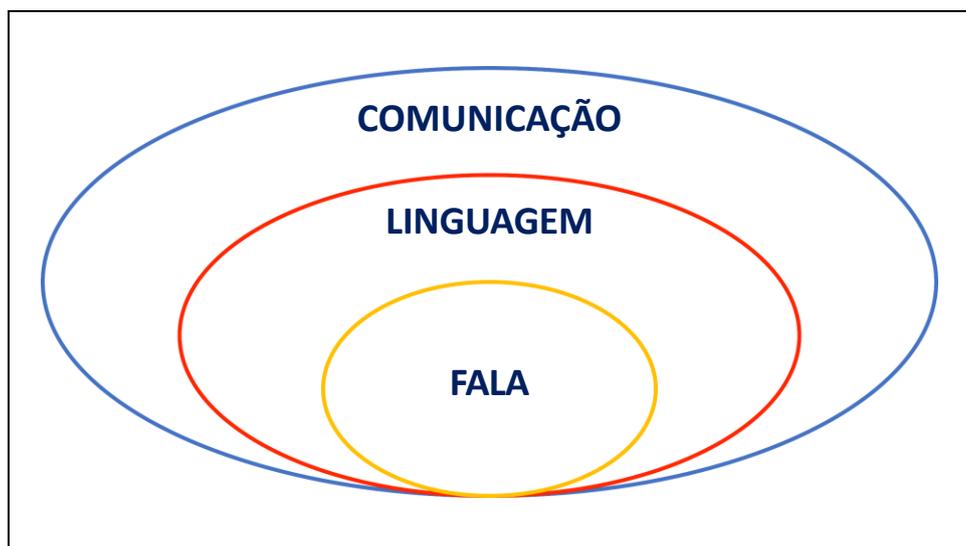
Curso Online

20 de julho às 21.00h - 22.30h
Plataforma ZOOM

Trabalho de Investigação de: Catarina Azevedo
Formador: Susana Martins
Coordenação Pedagógica: Inês Rosendo

The slide features a dark blue header with the course title in white. A red oval on the right contains the text 'Curso Online'. A green arrow-shaped box below the header contains the date and time, and the platform 'ZOOM'. A yellow-bordered box at the bottom left lists the research work, instructor, and pedagogical coordinator. On the right side, there is a colorful illustration of children playing around a globe, with some climbing ladders and others holding tools, symbolizing global education and communication.

Diapositivo 2



Diapositivo 3



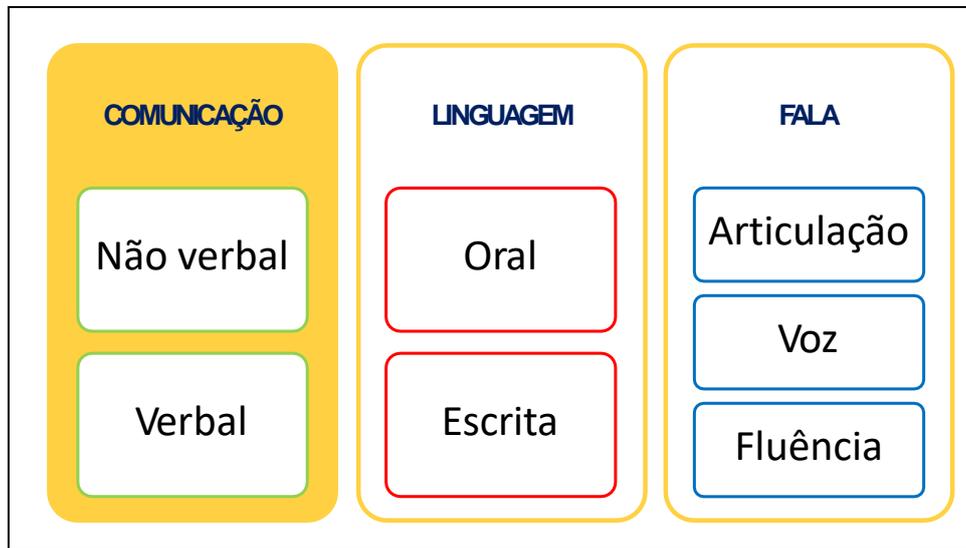
Diapositivo 4

COMUNICAÇÃO

- “A comunicação faz parte da nossa condição de seres sociais; por mais que tentemos não podemos deixar de comunicar: ação ou imobilidade, palavras, gestos ou silêncio todos contêm uma mensagem que é percebida pelos pares a que pertencemos.”
- “é um processo que envolve a troca de informações entre dois ou mais interlocutores”

Sim-Sim (1998)

Diapositivo 5



Diapositivo 6

COMUNICAÇÃO

NÃO VERBAL

- Choro
- Entoação
- Expressão facial
- Gestos
- Toque
- Postura e marcha
- Figuras
- Objetos
- Proxémia
- Aparência pessoal

The slide features a grid of six cartoon illustrations of a boy's face, each with a different expression: smiling, surprised, crying, shouting, winking, and neutral. To the right of the grid is a list of non-verbal communication elements.

Diapositivo 7



Diapositivo 8

A slide with a white background and a black border, featuring a central text box with a blue border. The text box contains a case report. The background of the slide has decorative semi-circles in red, yellow, and blue.

Davide, 12 Meses
Avaliado na consulta de Saúde Infantil e Juvenil
Gravidez vigiada

“Não fala nenhuma palavra mas emite sons guturais. Em casa quando nós chamamos ele não responde. Nem olha para nós. Às vezes fazemos gestos para ver se ele percebe melhor. Eu sei que ele ouve porque fica muito agitado com alguns sons altos.

A educadora diz que ele não gosta muito de brincar com os outros meninos da sala. Não parece ter muito interesse pelos brinquedos.

Ele costuma comer e dormir muito bem.

Será que é normal isto acontecer?”

Adaptado de: “O Gato comeu-te a língua?”

Diapositivo 9



Diapositivo 10

S	1. INTERCORRÊNCIAS desde a consulta anterior
	2. ALIMENTAÇÃO : tipo de aleitamento; diversificação alimentar
	3. SUPLEMENTAÇÃO
	4. Avaliar TRÂNSITO INTESTINAL .
	5. Cuidados de HIGIENE DIÁRIOS (incluindo higiene oral).
	6. SONO : local onde dorme, nº de horas de sono, rotinas da hora de deitar
	7. AVALIAR AMBIENTE FAMILIAR , cuidadores
	8. ACIDENTES E SEGURANÇA : risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer
	9. Verificar a existência de SINAIS DE ALERTA de qualquer tipo de maus tratos
	10. Verificar presença de critérios de elegibilidade para vacinação com BCG
	11. Averiguar cumprimento do calendário vacinal

ONDE PASSA O DIA?

Diapositivo 11

O

1. Avaliação antropométrica
 Peso
 Comprimento
 Perímetro cefálico

2. Exame Físico completo COM ESPECIAL ATENÇÃO PARA:
VISÃO
AUDIÇÃO

DESENVOLVIMENTO

Escala Avaliação Desenvolvimento Mary Sheridan Modificada

Diapositivo 12

	4 – 6 Semanas	3 Meses	6 Meses	9 Meses	12 Meses
Audição Linguagem	<input type="checkbox"/> Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15cm do ouvido.	<input type="checkbox"/> Atende e volta-se geralmente aos sons.	<input type="checkbox"/> Segue os sons a 45cm do ouvido. <input type="checkbox"/> Vocaliza sons monossilabos e dissilabos. <input type="checkbox"/> Dá gargalhadas.	<input type="checkbox"/> Atenção rápida para os sons perto e longe. <input type="checkbox"/> Localização de sons suaves a 90cm abaixo ou acima do nível do ouvido. <input type="checkbox"/> Repete várias sílabas ou sons do adulto.	<input type="checkbox"/> Resposta rápida aos sons suaves mas habituando-se depressa. <input type="checkbox"/> Dá pelo nome e volta-se. <input type="checkbox"/> <i>Jargon</i> . <input type="checkbox"/> Compreende ordens simples: "dá, cá e adeus".
Comportamento Adaptação Social	<input type="checkbox"/> Fixa a face da mãe quando o alimenta. <input type="checkbox"/> Sorriso presente às 6 semanas. <input type="checkbox"/> Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer.	<input type="checkbox"/> Sorri. <input type="checkbox"/> Boa resposta social à aproximação de uma face familiar.	<input type="checkbox"/> Muito ativo, atento e curioso.	<input type="checkbox"/> Leva uma bolacha à boca. <input type="checkbox"/> Mastiga. <input type="checkbox"/> Distingue os familiares dos estranhos.	<input type="checkbox"/> Bebe pelo copo com ajuda. <input type="checkbox"/> Segura a colher mas não usa. <input type="checkbox"/> Colabora no vestir levantando os braços. <input type="checkbox"/> Muito dependente do adulto. <input type="checkbox"/> Demonstra afeto.

<https://www.spedp.pt/files/upload/noticias/3--pediatria-dgs-2012.pdf>

Diapositivo 13

	4 – 6 Semanas	3 Meses	6 Meses	9 Meses	12 Meses
Postura e Motricidade Global (PMG)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Decúbito ventral levanta a cabeça. <input type="checkbox"/> Decúbito dorsal - a postura deve ser assimétrica; membro superior do lado da face em extensão. <input type="checkbox"/> Tração pelas mãos - a cabeça cal. <input type="checkbox"/> Sentado - dorso em arco e mãos fechadas. <input type="checkbox"/> Suspensão vertical - cabeça ereta membros semi-fletidos. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Decúbito ventral - apoio nos antebraços. <input type="checkbox"/> Decúbito dorsal - postura simétrica, membros com movimentos ritmados. <input type="checkbox"/> Tração pelas mãos - cabeça ereta e coluna dorsal direita. <input type="checkbox"/> De pé - flete os joelhos, não faz apoio. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Decúbito ventral - apoia-se nas mãos. <input type="checkbox"/> Decúbito dorsal - levanta cabeça, membros inferiores na vertical com dedos fletidos. <input type="checkbox"/> Tração pelas mãos - faz força para se sentar. <input type="checkbox"/> Mantém-se sentado sem apoio. <input type="checkbox"/> De pé faz apoio. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Senta-se sozinho e fica sentado 10 a 15min. <input type="checkbox"/> Põe-se de pé com apoio mas não consegue baixar-se. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Passa de decúbito dorsal a sentado. <input type="checkbox"/> Tem equilíbrio sentado. <input type="checkbox"/> Gatinha. <input type="checkbox"/> Põe-se de pé e baixa-se com o apoio de uma ou duas mãos.
Visão e Motricidade Fina (VMF)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Segue uma bola pendente a 20-25cm em ¼ de círculo (do lado até à linha média). <input type="checkbox"/> Segura brevemente a roca e move-a em direção à face. <input type="checkbox"/> Segue uma bola pendente ½ círculo e horizontal. <input type="checkbox"/> Convergência. <input type="checkbox"/> Pestanejo de defesa. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mãos abertas - junta-as na linha média e brinca com elas. <input type="checkbox"/> Segura brevemente a roca e move-a em direção à face. <input type="checkbox"/> Segue uma bola pendente ½ círculo e horizontal. <input type="checkbox"/> Convergência. <input type="checkbox"/> Pestanejo de defesa. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tem preensão palmar. <input type="checkbox"/> Leva os objetos à boca. <input type="checkbox"/> Transfere objetos. <input type="checkbox"/> Se o objeto cai esquece-o imediatamente. <input type="checkbox"/> Boa convergência (estrabismo anormal). 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tem preensão e manipulação. <input type="checkbox"/> Leva tudo à boca. <input type="checkbox"/> Aponta com o indicador. <input type="checkbox"/> Faz pinça. <input type="checkbox"/> Atrai os objetos ao chão deliberadamente. <input type="checkbox"/> Procura o objecto que caiu ao chão. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Explora com energia os objectos e atrai-os sistematicamente ao chão. <input type="checkbox"/> Procura um objeto escondido. <input type="checkbox"/> Interesse visual para perto e longe.

<https://www.spedp.pt/files/upload/noticias/3--pediatria-dgs-2012.pdf>

Diapositivo 14

SINAIS DE ALARME					
1 MÊS	3 MESES	6 MESES	9 MESES	12 MESES	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado. <input type="checkbox"/> Hipertonicidade na posição de pé <input type="checkbox"/> Nunca segue a face humana. <input type="checkbox"/> Não vira os olhos e a cabeça para o som (voz humana). <input type="checkbox"/> Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não fixa nem segue objetos. <input type="checkbox"/> Não sorri. <input type="checkbox"/> Não há qualquer controlo da cabeça. <input type="checkbox"/> Mãos sempre fechadas. <input type="checkbox"/> Membros rígidos em repouso. <input type="checkbox"/> Sobressalto ao menor ruído. <input type="checkbox"/> Chora e grita quando se toca. <input type="checkbox"/> Pobreza de movimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ausência de controlo da cabeça. <input type="checkbox"/> Membros inferiores rígidos e passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar. <input type="checkbox"/> Não olha nem pega em qualquer objeto. <input type="checkbox"/> Assimétrias. <input type="checkbox"/> Não reage aos sons. <input type="checkbox"/> Não vocaliza. <input type="checkbox"/> Desinteresse pelo ambiente. <input type="checkbox"/> Irritabilidade. <input type="checkbox"/> Estrabismo manifesto e constante. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não se senta. <input type="checkbox"/> Permanece sentado e imóvel sem procurar mudar de posição. <input type="checkbox"/> Assimétrias. <input type="checkbox"/> Sem preensão palmar, não leva objetos à boca. <input type="checkbox"/> Não reage aos sons. <input type="checkbox"/> Vocaliza monotonamente ou perde a vocalização. <input type="checkbox"/> Apático sem relação com familiares. <input type="checkbox"/> Engasga-se com facilidade. <input type="checkbox"/> Estrabismo. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não aguenta o peso nas pernas. <input type="checkbox"/> Permanece imóvel, não procura mudar de posição. <input type="checkbox"/> Assimétrias. <input type="checkbox"/> Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão. <input type="checkbox"/> Não responde à voz. <input type="checkbox"/> Não brinca nem estabelece contacto. <input type="checkbox"/> Não mastiga. 	

<https://www.spedp.pt/files/upload/noticias/3--pediatria-dgs-2012.pdf>

Diapositivo 15

Davide, 12 Meses
Avaliado na consulta de Saúde Infantil e Juvenil

“Não fala nenhuma palavra, mas emite sons guturais. Em casa quando **nós chamamos ele não responde. Nem olha para nós.** Às vezes fazemos gestos para ver se ele percebe melhor. Eu sei que ele ouve porque fica muito agitado com alguns sons altos.

A **educadora diz que ele não gosta muito de brincar** com os outros meninos da sala. **Não parece ter muito interesse pelos brinquedos.**

Ele costuma comer e dormir muito bem. “

Adaptado de: “O Gato comeu-te a língua?”

Diapositivo 16

COMUNICAÇÃO

AUXILIAR DE MEMÓRIA

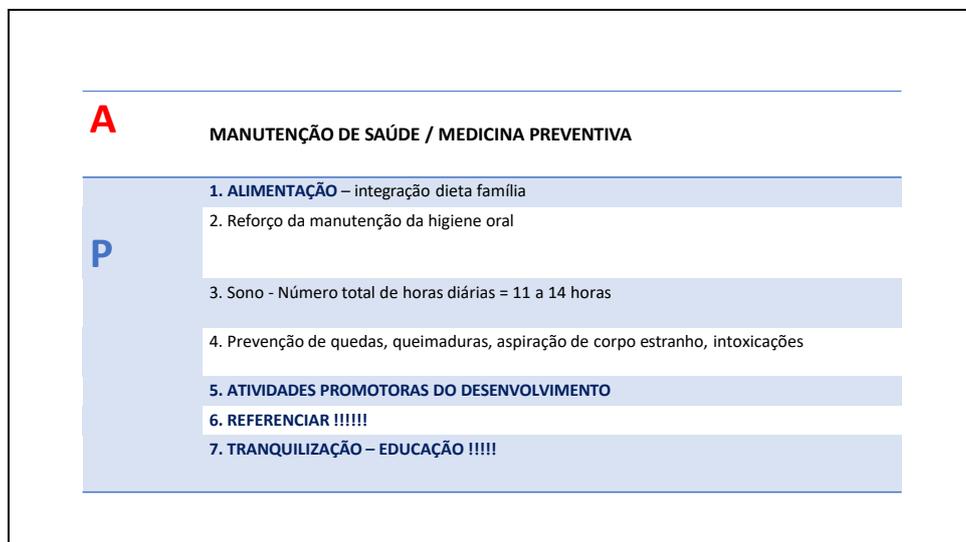
Alerta importante!

- NÃO RESPONDE AO NOME
- USA POUCOS GESTOS
- NÃO APONTA
- ALTERAÇÃO CONTACTO VISUAL
- ALTERAÇÃO ATENÇÃO CONJUNTA
- NÃO FAZ SORRISO RECÍPROCO
- GOSTA MAIS DE BRINCAR SOZINHO

Diapositivo 17



Diapositivo 18



Diapositivo 19

COMUNICAÇÃO

Use o *maternalês* – linguagem simples, expressiva, melodiosa, com maior entoação - pronunciada de forma correta e exagerada;

Observe, pare e escute o bebê – “o que será que ele quer?”;

Responda à comunicação do bebê – ex quando chora; quando sorri

Passa tempo com o bebê, converse com ele;

Capte a sua atenção olhando olhos nos olhos, use gestos e expressões faciais;

Faça caretas, barulhos ou sons engraçados permitindo que o bebê se divirta e queira permanecer na conversa;

Aproveite as rotinas do dia a dia

Diapositivo 20



<https://www.youtube.com/watch?v=t63Etx3lpD0>

<https://www.youtube.com/watch?v=PnSnee54HP8>

<https://www.youtube.com/watch?v=gzGJZDQ3XwU>

Diapositivo 21



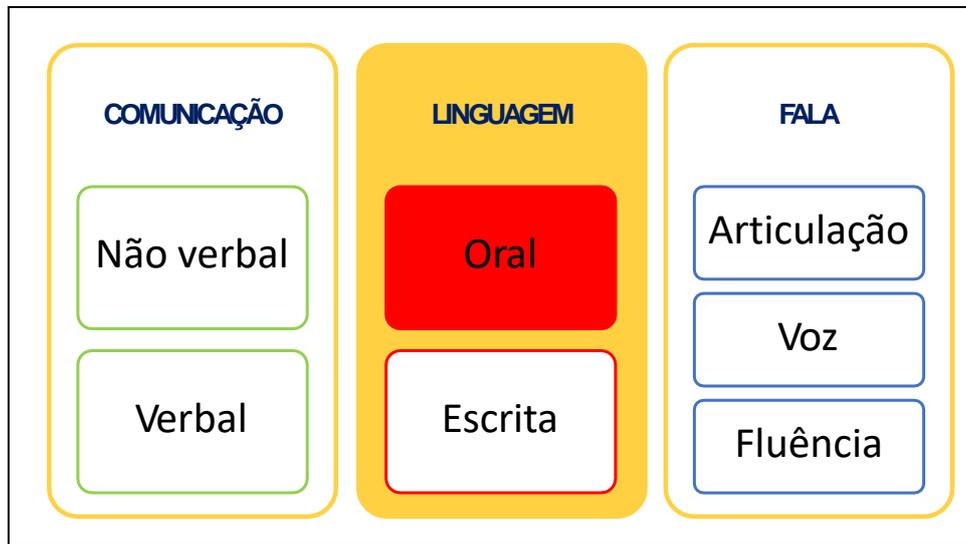
Diapositivo 22

LINGUAGEM

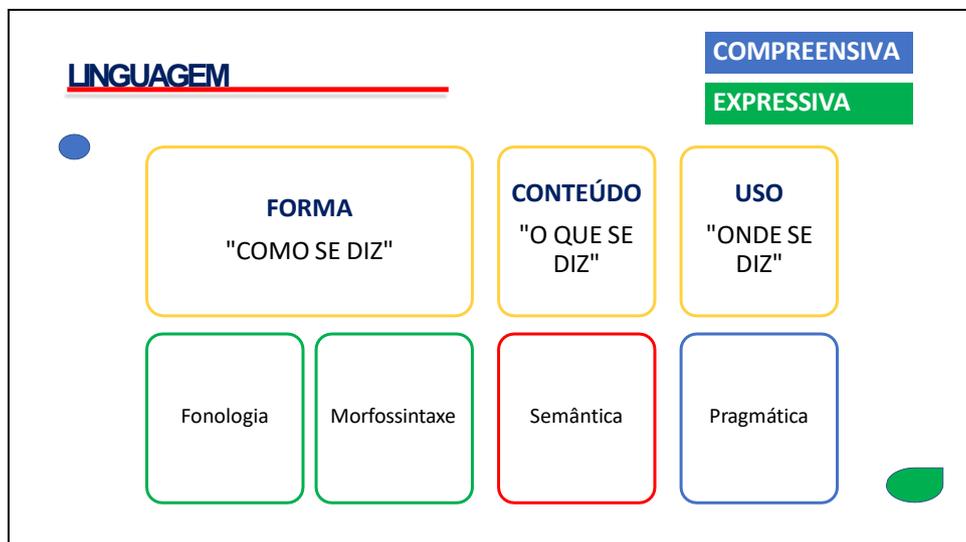
- “um sistema convencional de símbolos arbitrários e de regras de combinação dos mesmos, representando ideias que se pretendem transmitir através do seu uso e de um código socialmente partilhado, a língua.”
- Assim sendo, a linguagem é a principal forma de comunicação dos seres humanos

Franco, Reis e Gil (2003)

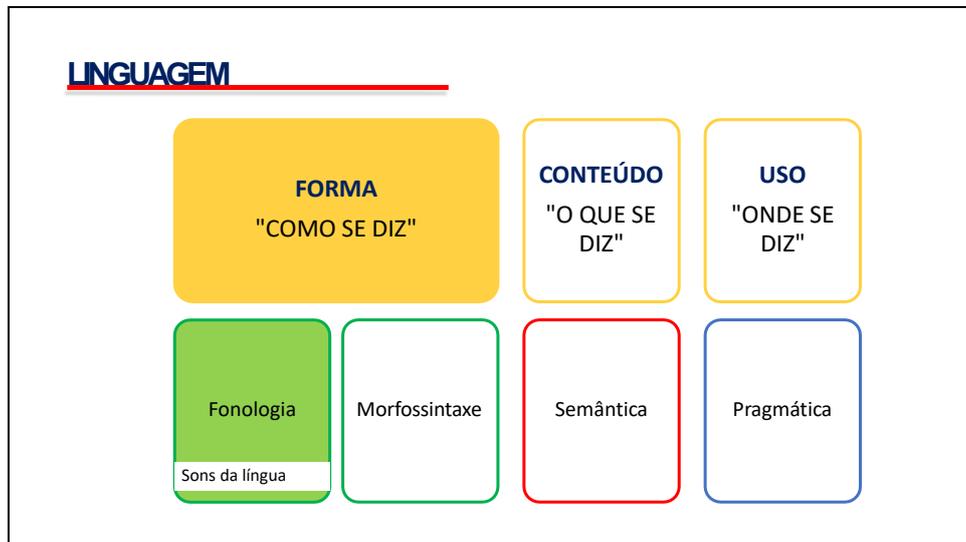
Diapositivo 23



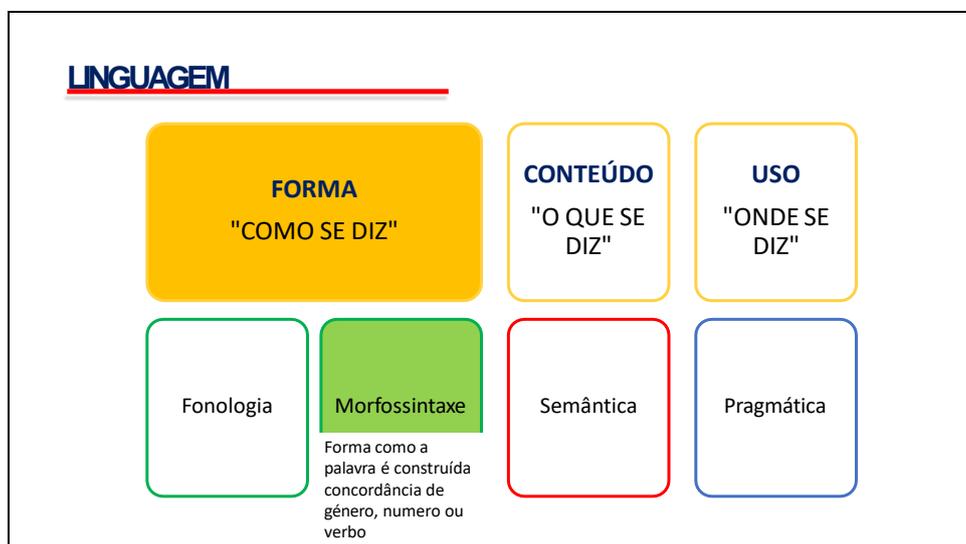
Diapositivo 24



Diapositivo 25



Diapositivo 26



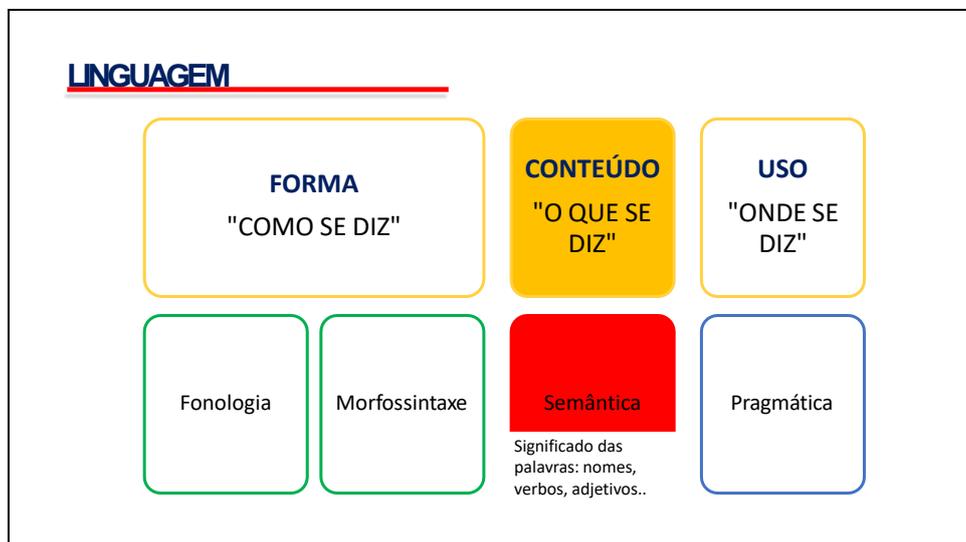
Diapositivo 27

LINGUAGEM

AUXILIAR DE MEMÓRIA

IDADE	
12-18 MESES	Holofrase – ex. “pão”
18-24 MESES	Combina 2 palavras – ex. “dá pão”
2 – 3 ANOS	Usa frases de 2 a 3 palavras – ex. “mãe dá pão”
3-4 ANOS	Usa frases de 3 a 4 palavras – “mãe, eu quero pão”
4-5 ANOS	Usa frases de 4 a 5 palavras – ex. “quero pão porque tenho fome”

Diapositivo 28



Diapositivo 29

LINGUAGEM

AUXILIAR DE MEMÓRIA

IDADE	COMPREENSÃO	EXPRESSÃO
9-12 MESES	10 PALAVRAS	1ª PALAVRA
14-15 MESES	50 PALAVRAS	10 PALAVRAS
17-19 MESES	100 PALAVRAS	50 PALAVRAS
2 ANOS	200-300 PALAVRAS	100 PALAVRAS
3 ANOS	1000 PALAVRAS	500 PALAVRAS
5-7 ANOS	10 000 PALAVRAS	5000 PALAVRAS

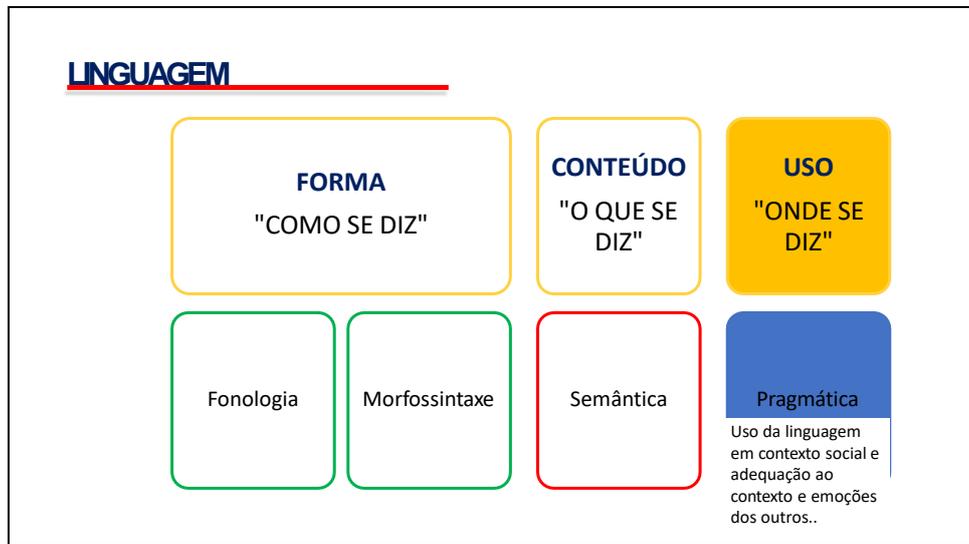
Diapositivo 30

LINGUAGEM

AUXILIAR DE MEMÓRIA

IDADE	
3 ANOS	Compreendida pela família e pessoas próximas
4 ANOS	Entendida por estranhos
5 ANOS	Entendida por todas as pessoas em todas as situações
6 ANOS	Todos os sons adquiridos

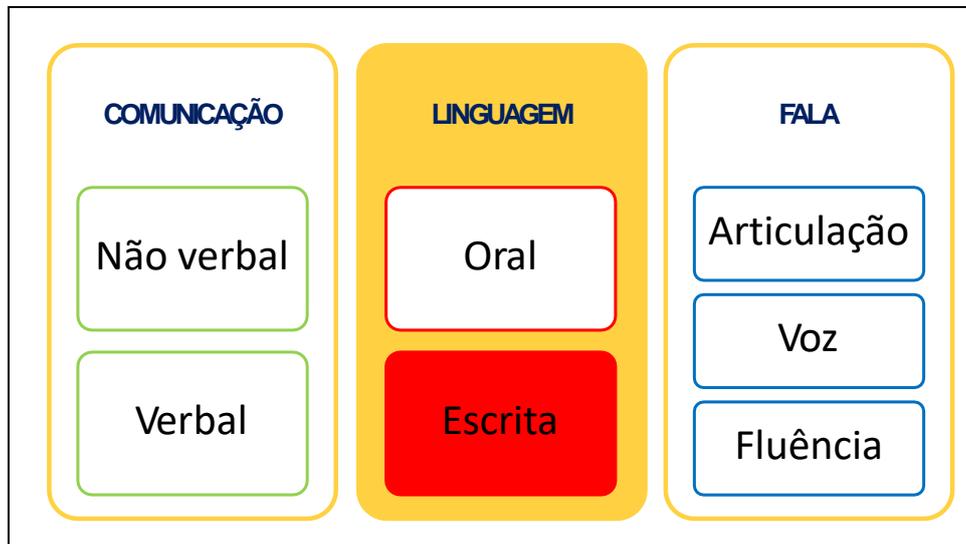
Diapositivo 31



Diapositivo 32



Diapositivo 33



Diapositivo 34

The complex block contains two main elements:

- LINGUAGEM** (Language) is written in blue text at the top left, underlined with a red line.
- Word Cloud:** A word cloud in the bottom left corner features the word **escrita** (writing) in large, bold, dark blue letters. Other words include **linguagem** (language), **letras** (letters), **crianças** (children), **aprendizagem** (learning), **desenvolvimento** (development), **escrever** (write), **palavra** (word), **letra** (letter), **podem** (can), **compreender** (understand), **atenção** (attention), **modo** (mode), **oral** (oral), **conhecimentos** (knowledge), **distúrbio** (disorder), **aspectos** (aspects), **caso** (case), **problemas** (problems), **situações** (situations), **processo** (process), **dificuldades** (difficulties), **sentido** (meaning), **série** (series), **respeito** (respect), **fonemas** (phonemes), **SONS** (sounds), **termos** (terms), and **diferentes** (different).
- Handwritten Phrase:** A yellow-bordered box on the right contains the handwritten text "O pai tem baba." (The father has drool) and "O pai tem barba." (The father has a beard) in a cursive script.

Diapositivo 35



Diapositivo 36

A slide with a white background and a black border. It features a central white box with a blue border containing text. The background has decorative elements: a red semi-circle at the top, a yellow semi-circle at the bottom left, and a blue semi-circle at the bottom right.

MARIA 3A4M

“A Maria é uma menina tímida, sossegada. Esteve com a avó até aos 3 anos, altura em que entrou para o Jardim de Infância. Sempre brincou com a avó. Gosta das Barbies, da casinha das bonecas e de brincar com as panelas de cozinha.

Agora no Jardim de Infância a educadora chamou a atenção para a linguagem da Maria. Eu também acho que está algo que não está bem, mas ela compreende tudo o que se diz. O problema é que ela fala pouco e temos dificuldade em perceber o que diz. Diz algumas palavras soltas.

No entanto ela faz-se entender muito bem usando gestos e expressões faciais para exprimir o que quer.

Acha que tenho motivo para ficar preocupada?”

Adaptado de: “O Gato comeu-te a língua?”

Diapositivo 37

S	1. INTERCORRÊNCIAS desde a consulta anterior – OTITES DE REPETIÇÃO
	2. ALIMENTAÇÃO - Mastigação
	4. Avaliar TRÂNSITO INTESTINAL.
	5. Cuidados de HIGIENE DIÁRIOS (incluindo higiene oral).
	6. SONO: local onde dorme, nº de horas de sono, rotinas da hora de deitar
	7. INFANTÁRIO
	7. AVALIAR AMBIENTE FAMILIAR , cuidadores
	8. ALTERAÇÕES SIGNIFICATIVAS NA VIDA
	8. ACIDENTES E SEGURANÇA: risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer
	9. Verificar a existência de SINAIS DE ALERTA de qualquer tipo de maus tratos
	10. RASTREIO DE SAUDE VISUAL INFANTIL AOS 2 ANOS
10 . Verificar presença de critérios de elegibilidade para vacinação com BCG	
11. Averiguar cumprimento do calendário vacinal	

Diapositivo 38

O	1. Avaliação antropométrica Peso Estatura Índice de massa corporal
	2. Exame Físico completo COM ESPECIAL ATENÇÃO PARA: VISÃO AUDIÇÃO DESENVOLVIMENTO Escala Avaliação Desenvolvimento Mary Sheridan Modificada

Diapositivo 39

	18 Meses	2 Anos	3 Anos	4 Anos	5 Anos
Postura Motricidade Global	<input type="checkbox"/> Anda bem. <input type="checkbox"/> Apanha brinquedos do chão.	<input type="checkbox"/> Corre. <input type="checkbox"/> Sobe e desce com os dois pés o mesmo degrau.	<input type="checkbox"/> Equilíbrio momentâneo num pé. <input type="checkbox"/> Sobe escadas alternadamente. <input type="checkbox"/> Desce com os dois pés no mesmo degrau.	<input type="checkbox"/> Fica num pé sem apoio 3 – 5 seg. <input type="checkbox"/> Sobe e desce as escadas alternadamente. <input type="checkbox"/> Salta num pé.	<input type="checkbox"/> Fica num pé 3 – 5 seg. com os braços dobrados sobre o tórax. <input type="checkbox"/> Salta alternadamente num pé.
Visão motricidade fina	<input type="checkbox"/> Constrói torre de 3 cubos. <input type="checkbox"/> Faz rabiscos mostrando preferência por uma mão. <input type="checkbox"/> Olha um livro de bonecos e vira várias páginas de cada vez.	<input type="checkbox"/> Constrói torre de 6 cubos. <input type="checkbox"/> Imita rabisco circular. <input type="checkbox"/> Gosta de ver livros. <input type="checkbox"/> Vira uma página de cada vez.	<input type="checkbox"/> Constrói torre de 9 cubos. <input type="checkbox"/> Imita (3A) e copia (3A 1/2) a ponte de 3 cubos – copia o círculo – imita a cruz. <input type="checkbox"/> Combina duas cores geralmente o vermelho e o amarelo. (confunde o azul e verde).	<input type="checkbox"/> Constrói escada de 6 cubos. <input type="checkbox"/> Copia a cruz. <input type="checkbox"/> Combina e nomeia 4 cores básicas.	<input type="checkbox"/> Constrói 4 degraus com 10 cubos. <input type="checkbox"/> Copia o quadrado e o triângulo (5A). <input type="checkbox"/> Conta 5 dedos de uma mão e nomeia 4 cores.
Audição e linguagem	<input type="checkbox"/> Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muitas mais. <input type="checkbox"/> Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos.	<input type="checkbox"/> Diz o primeiro nome. <input type="checkbox"/> Fala sozinho enquanto brinca. <input type="checkbox"/> Junta duas ou mais palavras, construindo frases curtas. <input type="checkbox"/> Linguagem incompreensível, mesmo pelos familiares. <input type="checkbox"/> Nomeia objetos.	<input type="checkbox"/> Diz o nome completo e o sexo. <input type="checkbox"/> Vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos. <input type="checkbox"/> Defeitos de articulação e imaturidade na linguagem.	<input type="checkbox"/> Sabe o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente a morada. <input type="checkbox"/> Linguagem compreensível. <input type="checkbox"/> Apenas algumas substituições infantis.	<input type="checkbox"/> Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data de nascimento. <input type="checkbox"/> Vocabulário fluente e articulação geralmente correta – pode haver confusão nalguns sons.

<https://www.spedp.pt/files/upload/noticias/3--pediatria-dgs-2012.pdf>

Diapositivo 40

	18 Meses	2 Anos	3 Anos	4 Anos	5 Anos
Comportamento e Adaptação Social	<input type="checkbox"/> Bebe por um copo sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos. <input type="checkbox"/> Segura a colher e leva alimentos à boca. <input type="checkbox"/> Não gosta que lhe peguem. <input type="checkbox"/> Exige muita atenção. <input type="checkbox"/> Indica necessidade de ir ao wc. <input type="checkbox"/> Começa a copiar atividades domésticas.	<input type="checkbox"/> Coloca o chapéu e os sapatos. <input type="checkbox"/> Usa bem a colher. <input type="checkbox"/> Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar.	<input type="checkbox"/> Pode despir-se, mas só se lhe desabotoarem o vestuário. <input type="checkbox"/> Vai sozinho ao wc. <input type="checkbox"/> Come com colher e garfo.	<input type="checkbox"/> Pode vestir-se e despir-se só com exceção de abotoar atrás e dar laços. <input type="checkbox"/> Gosta de brincar com crianças da sua idade. <input type="checkbox"/> Sabe esperar pela sua vez.	<input type="checkbox"/> Veste-se só. <input type="checkbox"/> Lava as mãos e a cara e limpa-se só. <input type="checkbox"/> Escolhe os amigos. <input type="checkbox"/> Compreende as regras do jogo.

<https://www.spedp.pt/files/upload/noticias/3--pediatria-dgs-2012.pdf>

Diapositivo 41

SINAIS DE ALARME		
18 MESES	2 ANOS	4-5 ANOS
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não se põe de pé, não suporta o peso sobre as pernas. <input type="checkbox"/> Anda sempre na ponta dos pés. <input type="checkbox"/> Assimetrias. <input type="checkbox"/> Não faz pinça - não pega em nenhum objeto entre o polegar e o indicador. <input type="checkbox"/> Não responde quando o chamam. <input type="checkbox"/> Não vocaliza espontaneamente. <input type="checkbox"/> Não se interessa pelo o que o rodeia; não estabelece contacto. <input type="checkbox"/> Deita os objetos fora. Leva-os sistematicamente à boca. <input type="checkbox"/> Estrabismo. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não anda sozinho. <input type="checkbox"/> Deita os objetos fora. <input type="checkbox"/> Não constrói nada. <input type="checkbox"/> Não parece compreender o que se lhe diz. <input type="checkbox"/> Não pronuncia palavras inteligíveis. <input type="checkbox"/> Não se interessa pelo que está em seu redor. <input type="checkbox"/> Não estabelece contacto. <input type="checkbox"/> Não procura imitar. <input type="checkbox"/> Estrabismo. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hiperativo, distraído, dificuldade de concentração. <input type="checkbox"/> Linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez. <input type="checkbox"/> Estrabismo ou suspeita de défice visual. <input type="checkbox"/> Perturbação do comportamento.

<https://www.spedp.pt/files/upload/noticias/3--pediatria-dgs-2012.pdf>

Diapositivo 42

LINGUAGEM			AUXILIAR DE MEMÓRIA
3 a 4 ANOS			 <p>Alerta importante!</p>
O QUE COMPREENDE	O QUE EXPRESSA	SINAIS DE ALERTA	
<ul style="list-style-type: none"> • Compreende e média 1500 a 2000 palavras • Responde a perguntas mais complexas ("Porquê, Quanto, Como?") • Responde a ordens de três ideias ("Dá o lápis amarelo, põe no estajo e arruma na mochila") • Compreende noções de espaço e tempo ("à frente", "atrás", "dentro" e "fora") • Compreende imagens e histórias "absurdas" 	<ul style="list-style-type: none"> • Usa em média 800 palavras • Está na fase dos "porquês?" • Diz "eu" quando se refere a si • Diz o seu nome completo, idade e sexo • Descreve acontecimentos do dia a dia • Conta pequenas histórias com apoio de imagens • Diz o nome das cores primárias • Repete rimas • O discurso é entendido por estranhos 	<ul style="list-style-type: none"> • Tem uma compreensão fraca e não executa ordens de duas ideias • Não compreende as palavras "pouco" e "muito"; "grande" e "pequeno". • Não responde ou não faz as perguntas ("O que é?", "Onde?") • Tem dificuldades em exprimir-se e fá-lo essencialmente por gestos • Usa apenas frases simples e curtas • Fala só sobre um tópico específico (carros ou animais) • O discurso é impercetível para estranhos • Não faz trocas de turnos num diálogo ("agora és tu e agora sou eu") 	

Diapositivo 43

A **MANUTENÇÃO DE SAÚDE / MEDICINA PREVENTIVA**

P

1. **ALIMENTAÇÃO** – Abordar a neofobia e reforçar importância da mastigação
2. Reforço da manutenção da higiene oral – Cheque Dentista
3. Sono - Número total de horas diárias = 11 a 14 horas
4. Prevenção de quedas, queimaduras, aspiração de corpo estranho, intoxicações
5. **ADOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEL**
5. **ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO**
6. Regras e limites
7. **REFERENCIAR !!!!!**
8. **TRANQUILIZAÇÃO – EDUCAÇÃO**

http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/01/Manual_Saude_Infantil_Juvenil.pdf

Diapositivo 44

PLANO

tranquilizar
1. pôr tranquilo;
sossegar; acalmar



STRATEGY



TERAPIA DA FALA



Diapositivo 45

LINGUAGEM	
	Diariamente reserve um tempo só para a criança!!!
	Promova um ambiente linguístico rico – modelo correto
	Não insista para corrigir, não insista quando ela não quer falar
ESTRATÉGIAS PARA OS PAIS	Dê oportunidades para que a criança possa falar – Deixe a criança acabar de falar!!
	Converse sobre o dia a dia – ensine no contexto do dia a dia
	Não fale “à bebé”
	Fale sobre objetos, a sua função, relacione conceitos
	Faça perguntas abertas
	Peça para a criança fazer recados no dia a dia - falar socialmente

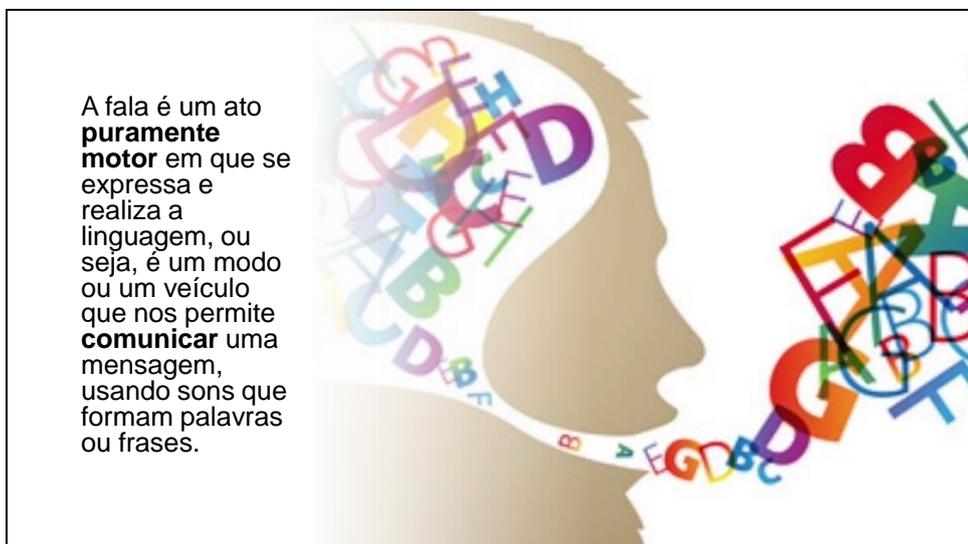
Diapositivo 46

LINGUAGEM	
	História familiar
	Dificuldades auditivas
FACTORES DE RISCO	Perturbações genéticas, neurológicas e do desenvolvimento
	Fatores Psicológicos
	Ambiente

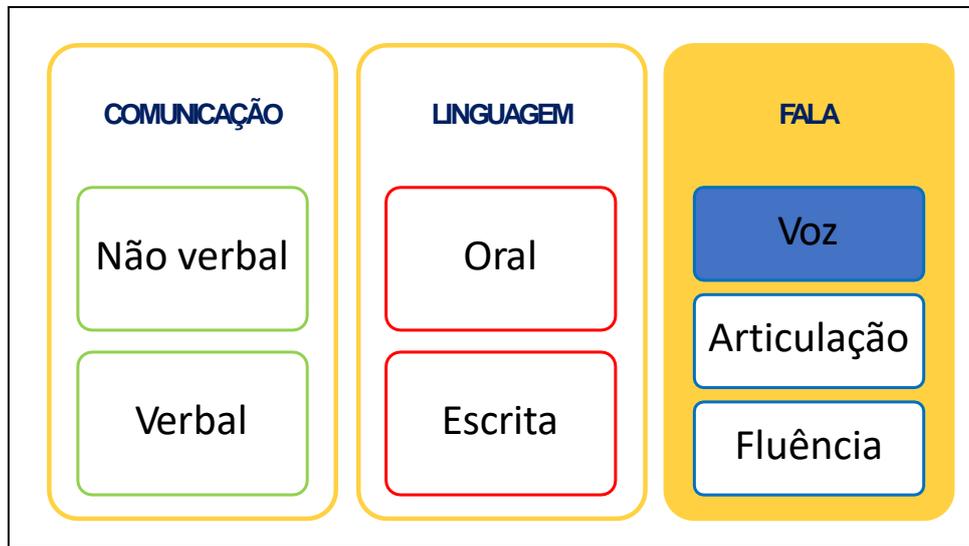
Diapositivo 47



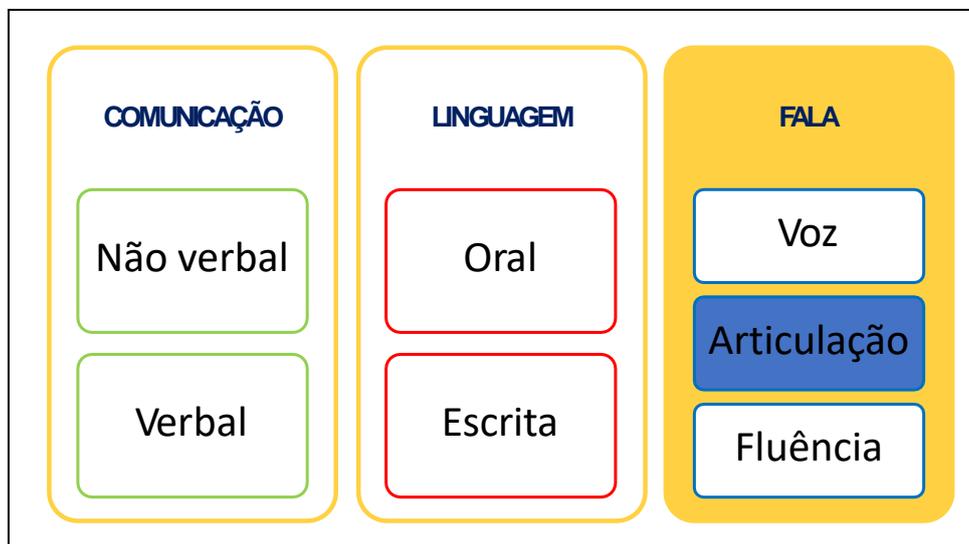
Diapositivo 48



Diapositivo 49



Diapositivo 50



Diapositivo 51



Diapositivo 52

João 4A

“O João é um menino esperto, curioso. A professora diz que ele gosta de aprender. Faz-se entender muito bem e está constantemente a fazer perguntas.

Especialmente em casa, sempre gostou da chucha, fala com ela na boca. Por vezes não se percebe bem o que diz. Tem dificuldade em pronunciar algumas palavras. Em casa estamos sempre a corrigir mas ele não gosta que lhe peçam para repetir as palavras.

Apesar de nós conseguirmos compreender o que ele quer dizer, a fala dele é, sabe Dra, como aquelas pessoas que nós chamamos “sopinha de massa”, é assim...O que é que a Dra acha?

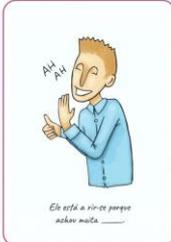
Adaptado de: “O Gato comeu-te a língua?”

Diapositivo 53

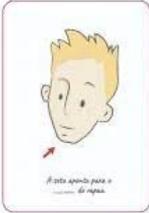
O **SIGMATISMO** é uma alteração articulatória, caracterizada pela pronúncia incorreta de fonemas fricativos como o /s/, /z/, /ch/ e /j/, a que vulgarmente se chama **“SOPINHA DE MASSA”**.



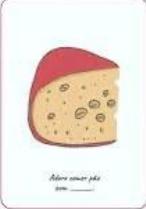
Porque o sapato está
cuj, ele calca _____



Ele está a ri-se porque
achou muito _____



Ele está a falar para o
_____ de rapa.



Alguns comer pizza

Diapositivo 54

FALA - ARTICULAÇÃO

ETIOLOGIA DESCONHECIDA

FACTORES DE RISCO

Sexo masculino

Patologias pré e peri natais

HÁBITOS DE SUÇÃO

Patologia ORL

Personalidade

Baixa educação familiar

História familiar patologia da fala ou da linguagem

Diapositivo 55



Diapositivo 56

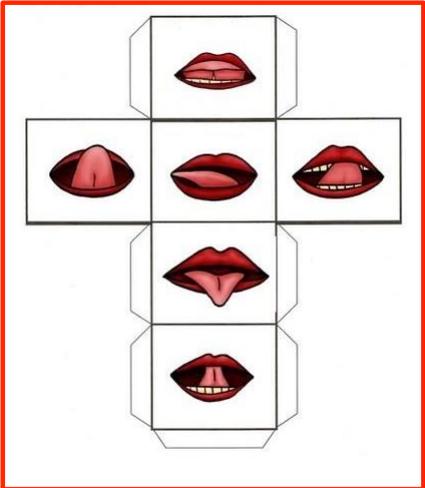
João 4A

- Parto eutócico às 39 semanas
- Sem intercorrências no período peri e pós natal
- Bom desenvolvimento EP e PM
- Criança saudável
- Sem alteração na audição
- **Gosta de usar a chupeta, mesmo em casa.**
- Começou a frequentar a creche aos 12 meses e adaptou-se muito bem
- Os seus pais são licenciados e tem uma irmã mais velha
- Sem alterações na audição
- O seu discurso é inteligível

Diapositivo 57

FALA - ARTICULAÇÃO

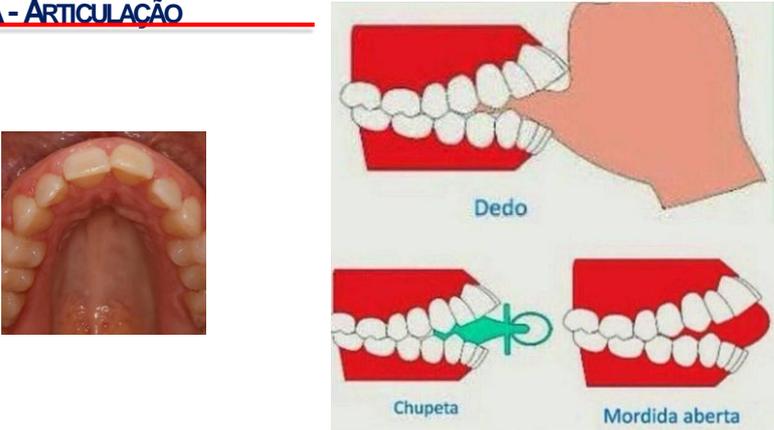
AVALIAÇÃO MOF



The diagram on the right shows six different lip and tongue positions for speech articulation, arranged in a cross shape. The top position shows lips closed. The middle row shows three positions: the tongue tip touching the alveolar ridge, the lips closed, and the lips slightly parted. The bottom row shows two positions: the tongue tip touching the alveolar ridge and the lips slightly parted.

Diapositivo 58

FALA - ARTICULAÇÃO



The diagram on the right illustrates three types of malocclusion: "Dedo" (thumb sucking), "Chupeta" (pacifier use), and "Mordida aberta" (open bite). The "Dedo" diagram shows a hand with a thumb inserted into the mouth. The "Chupeta" diagram shows a pacifier in the mouth. The "Mordida aberta" diagram shows the front teeth not meeting when the mouth is closed.

Dedo

Chupeta

Mordida aberta

Diapositivo 59



Diapositivo 60



Diapositivo 61

FALA - ARTICULAÇÃO

AUXILIAR DE MEMÓRIA



ALTERAÇÃO DAS ESTRUTURAS OROFACIAIS

INIBIÇÃO EM FALAR NA INTERAÇÃO SOCIAL

NÃO PRODUIR O FONEMA ESPERADO PARA A SUA FAIXA ETÁRIA

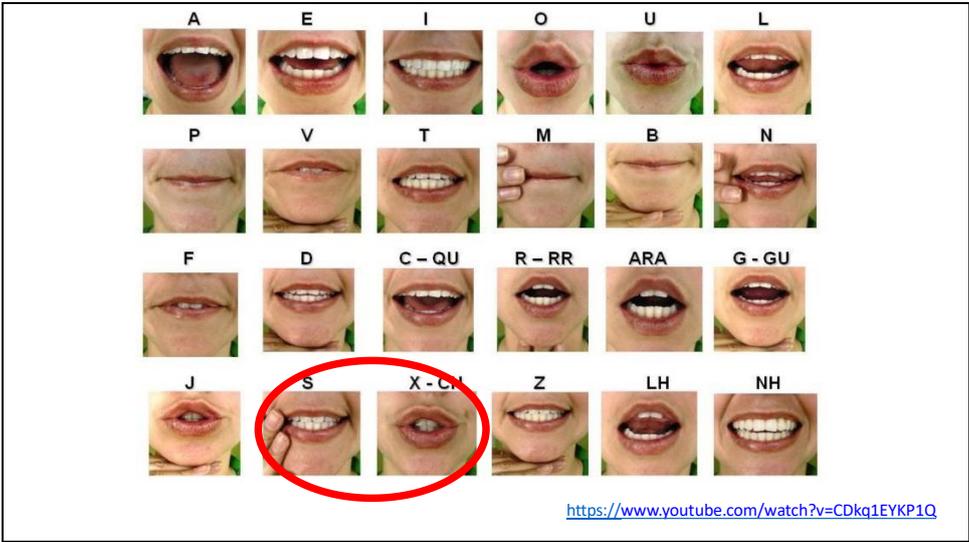
Diapositivo 62

FALA - ARTICULAÇÃO

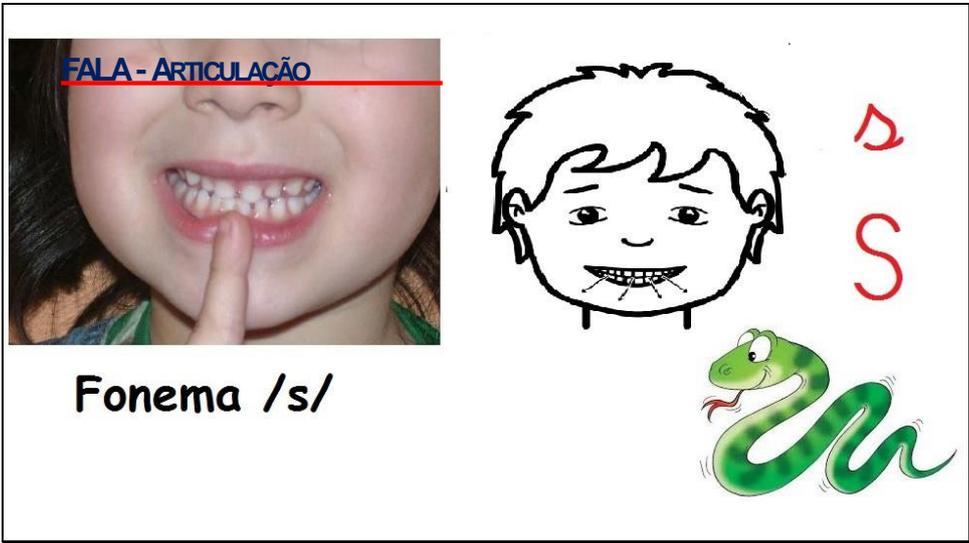
Adaptado: Tja Danira Tavares
Original: Inside Voice - A guide to phonetics

Pontos Articulatorios: consoantes do português brasileiro

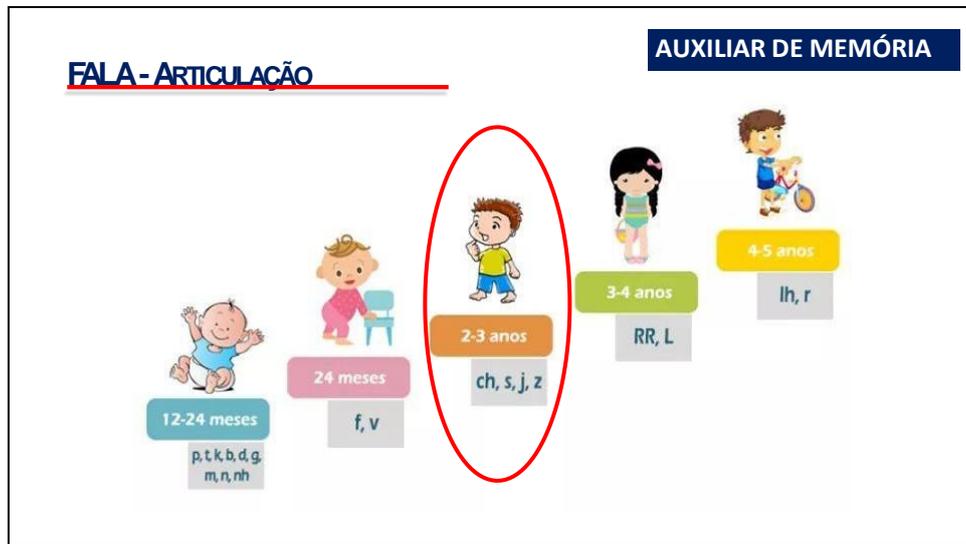
Diapositivo 63



Diapositivo 64



Diapositivo 65



Diapositivo 66

FALA - ARTICULAÇÃO

AUXILIAR DE MEMÓRIA



IDADES	12-18 MESES	18-24 MESES	2-3 ANOS	3-4 ANOS	4-5 ANOS	5-6 ANOS
SONS OU FONEMAS	TODAS AS VOGAIS	[p] [b] [m] [t] [d] [n] [nh] [k] [g] [f] [v]	[s] [z] [ch] [j]	[l] [RR]	[lh] [r]	GRUPOS CONSONÂNTICOS
SINAIS DE ALERTA	ATÉ AOS 18-20 MESES TÊM QUE ESTAR ADQUIRIDOS	TÊM QUE ESTAR ADQUIRIDOS ENTRE OS 3 E OS 3 ANOS E 6 MESES		TÊM QUE ESTAR ADQUIRIDOS ATÉ AOS 5-6 ANOS		

Diapositivo 67

PLANO

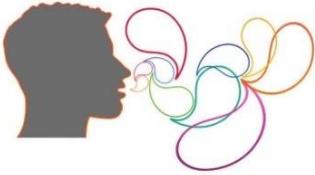
tranquilizar
1. pôr tranquilo;
sossegar; acalmar



STRATEGY

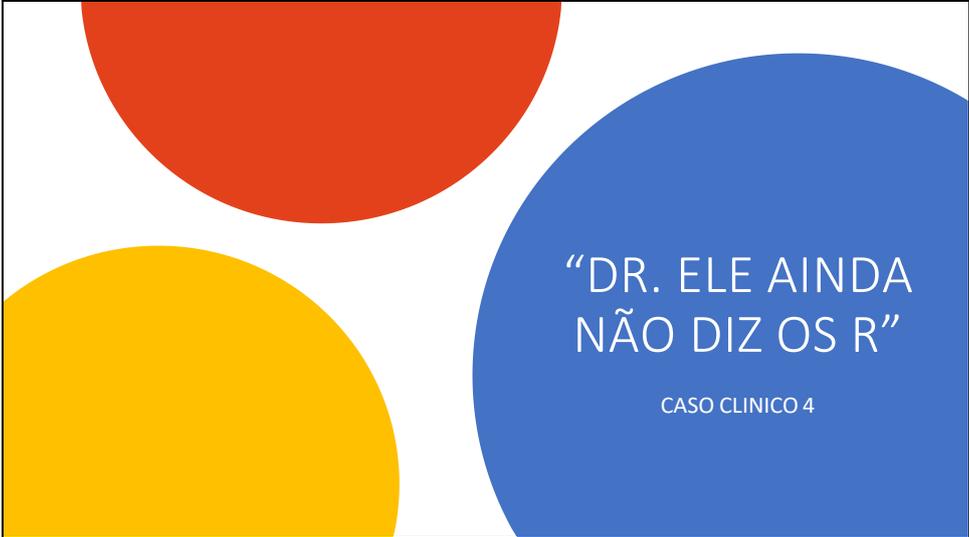


TERAPIA DA FALA



<https://www.youtube.com/channel/UCUL4kCof1QBgzshVv7Pm1w>

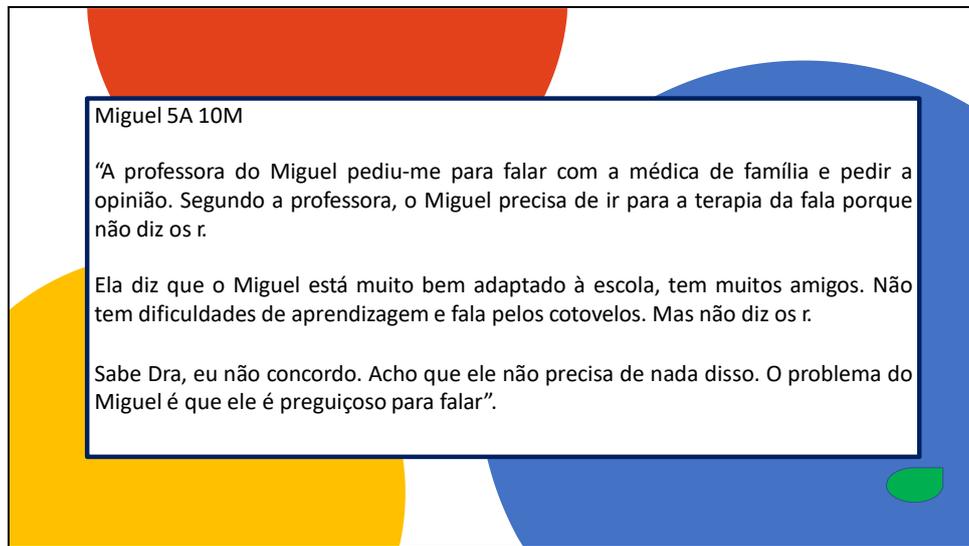
Diapositivo 68



**“DR. ELE AINDA
NÃO DIZ OS R”**

CASO CLINICO 4

Diapositivo 69

The slide features a white text box with a blue border, set against a background of large, overlapping colored shapes: a red semi-circle at the top, a yellow shape on the left, and a blue shape on the right. A small green circle is located at the bottom right of the slide.

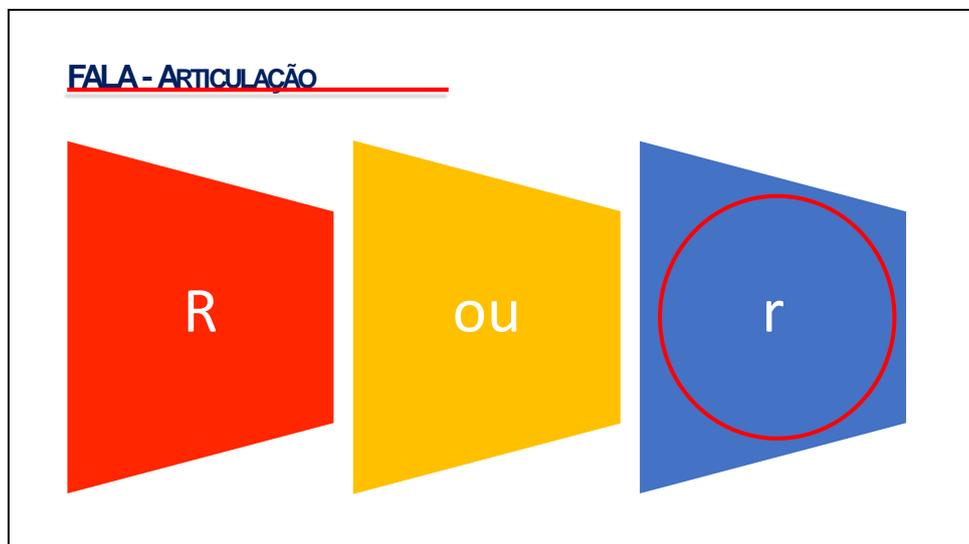
Miguel 5A 10M

“A professora do Miguel pediu-me para falar com a médica de família e pedir a opinião. Segundo a professora, o Miguel precisa de ir para a terapia da fala porque não diz os r.

Ela diz que o Miguel está muito bem adaptado à escola, tem muitos amigos. Não tem dificuldades de aprendizagem e fala pelos cotovelos. Mas não diz os r.

Sabe Dra, eu não concordo. Acho que ele não precisa de nada disso. O problema do Miguel é que ele é preguiçoso para falar”.

Diapositivo 70

The slide has a white background with a black border. At the top left, the text 'FALA - ARTICULAÇÃO' is written in blue and underlined with a red line. Below this, three trapezoidal shapes are arranged horizontally. The first is red and contains the letter 'R'. The second is yellow and contains the letters 'ou'. The third is blue and contains the letter 'r', which is enclosed within a red circle.

FALA - ARTICULAÇÃO

R ou r

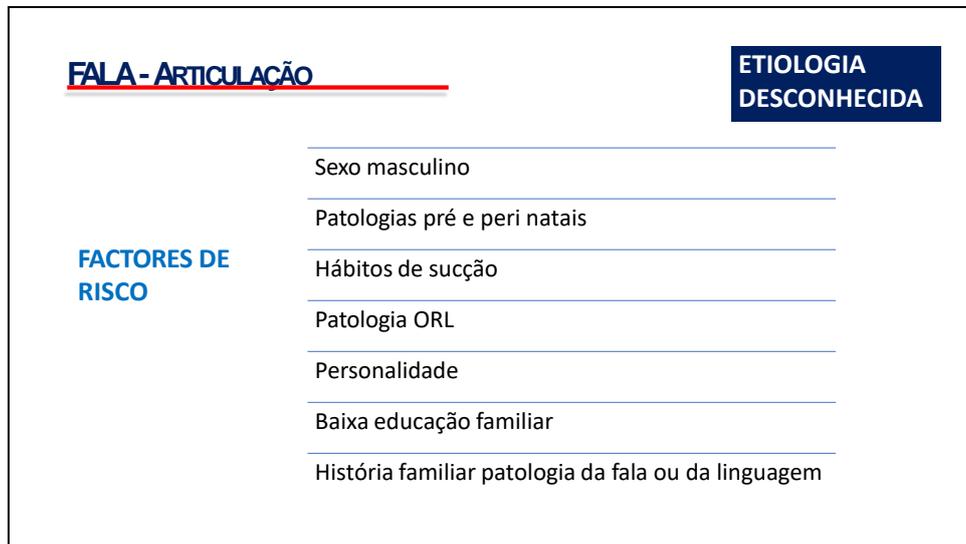
Diapositivo 71



Diapositivo 72



Diapositivo 73



Diapositivo 74



Diapositivo 75

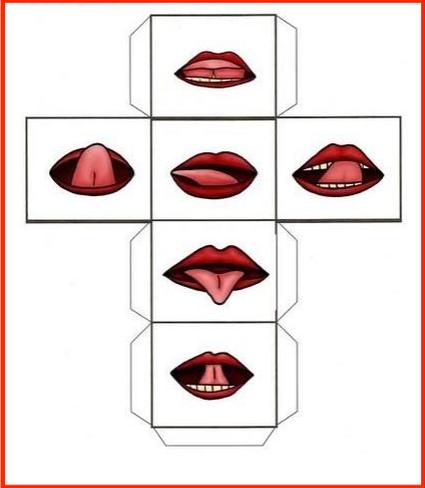
Miguel, 5A 10M

- Parto eutócico às 40 semanas
- Sem intercorrências no período peri e pós natal
- Bom desenvolvimento EP e PM
- Criança saudável
- Sem alteração na audição
- Sem hábitos orais
- Começou a frequentar a creche aos 6 meses. Tem muitos amigos
- Nível socio económico médio alto
- Discurso inteligível

Diapositivo 76

FALA - ARTICULAÇÃO

AVALIAÇÃO MOF



Diapositivo 77

FALA - ARTICULAÇÃO



Diapositivo 78



Diapositivo 79

FALA - ARTICULAÇÃO

AUXILIAR DE MEMÓRIA



- ALTERAÇÃO DAS ESTRUTURAS OROFACIAIS
- INIBIÇÃO EM FALAR NA INTERAÇÃO SOCIAL
- NÃO PRODUZIR O FONEMA ESPERADO PARA A SUA FAIXA ETÁRIA

Diapositivo 80

FALA - ARTICULAÇÃO

Vamos varrer o céu da boca



- 1
- 2

Diapositivo 81

FALA - ARTICULAÇÃO

AUXILIAR DE MEMÓRIA

12-24 meses
p, t, k, b, d, g
m, n, nh

24 meses
f, v

2-3 anos
ch, s, j, z

3-4 anos
RR, L

4-5 anos
lh, r

Diapositivo 82

FALA - ARTICULAÇÃO

AUXILIAR DE MEMÓRIA

Alerta importante!

IDADES	12-18 MESES	18-24 MESES	2-3 ANOS	3-4 ANOS	4-5 ANOS	5-6 ANOS
SONS OU FONEMAS	TODAS AS VOGAIS	[p] [b] [m] [t] [d] [n] [nh] [k] [g] [f] [v]	[s] [z] [ch] [j]	[l] [RR]	[lh] [r]	GRUPOS CONSONÂNTICOS
SINAIS DE ALERTA	ATÉ AOS 18-20 MESES TÊM QUE ESTAR ADQUIRIDOS	TÊM QUE ESTAR ADQUIRIDOS ENTRE OS 3 E OS 3 ANOS E 6 MESES		TÊM QUE ESTAR ADQUIRIDOS ATÉ AOS 5-6 ANOS		

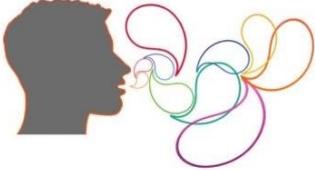
PLANO

tranquilizar
1. pôr tranquilo;
sossegar; acalmar



STRATEGY

TERAPIA DA FALA



FALA - ARTICULAÇÃO

**ESTRATÉGIAS
PARA OS PAIS**

NÃO SÃO OBRIGATÓRIAS!

**CADA FAMÍLIA ESCOLHE AS SUAS E
USA AS QUE LHE FAZEM MAIS
SENTIDO!**

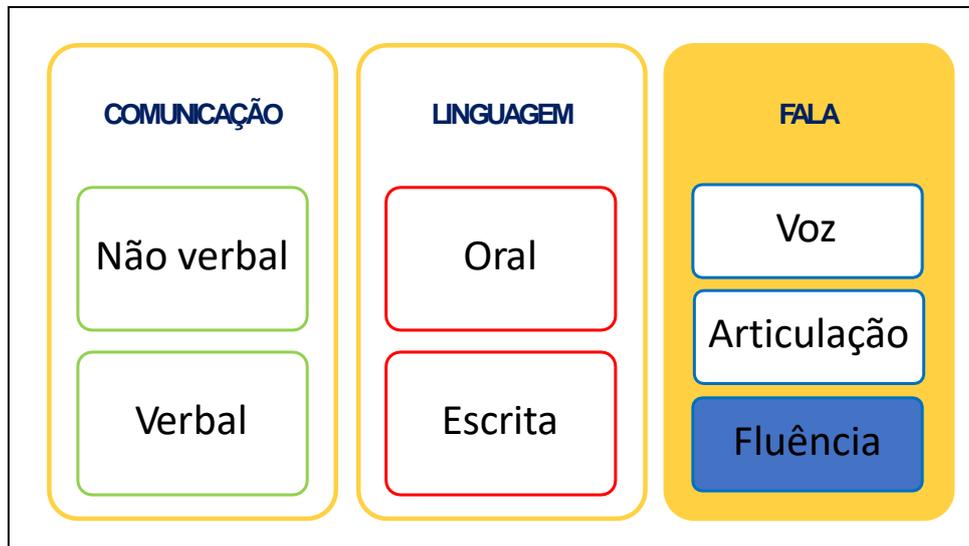
ESTRATÉGIAS PARA OS PAIS	<u>FALA - ARTICULAÇÃO</u>
	Dar o modelo correto – Contacto Ocular
	Repetir o som que a criança não diz exagerando na entoação
	Inicialmente pode não pedir para a criança repetir a palavra que tem dificuldade, apenas dar o modelo correto. Com o tempo ela irá repetir de forma espontânea
	Evitar dizer: “NÃO É ASSIM QUE SE DIZ”
	Evitar repetir a forma incorreta que a criança disse
	Quando não perceber, diga e ajude a criança a reformular
Encoraje a criança desde o início	

#euelogio

Os elogios são gratuitos, requerem pouco esforço e dão imenso resultado.

<https://wordwall.net/pt/resource/6247489/fonema-r->

Diapositivo 87



Diapositivo 88



Diapositivo 89

Hugo 3A 4M

“O Hugo começou desde cedo a dizer as primeiras palavras, falou sempre corretamente.

No entanto, desde os 3 anos começou a gaguejar. Principalmente quando quer contar muitas coisas ao mesmo tempo. Tem algumas hesitações, repete palavras, sílabas e frases e o momento mais difícil é quando vem da escola.

O Hugo não me deixa sossegada insiste que quer falar, e eu não tenho tempo. Quando isto acontece, começa a gaguejar cada vez mais.

“Mãe mãe mãe mãe hoje na escola fiz um jogo novo” “Gos gos gos tei muito!”.

Eu costumo dizer-lhe: “Tem calma, respira fundo e fala devagar”. Mas ele continua a gaguejar.

Adaptado de: “O Gato comeu-te a língua?”

Diapositivo 90



Diapositivo 93

<u>FALA - FLUÊNCIA</u>	
GAGUEZ FISIOLÓGICA	REPETIÇÃO DE SONS, SÍLABAS, PALAVRAS OU FRASES
	HESITA OU FAZ PAUSAS NO INÍCIO OU DURANTE O DISCURSO
	PROLONGA SONS OU SÍLABAS 1 SEGUNDO
	INTERJEIÇÕES USADAS COMO MULETAS
	TROCA DE TEMA A MEIO DA FRASE, REFORMULA OU TERMINA A FRASE SEM SENTIDO

Diapositivo 94

<u>FALA - FLUÊNCIA</u>	
GAGUEZ FISIOLÓGICA	Quando a criança está cansada, excitada ou zangada gagueja mais
	A criança não está muito preocupada nem tem consciência da gaguez
	Recuperação espontânea
DESAPARECE AO FIM DE 6 A 12 MESES	



Diapositivo 95

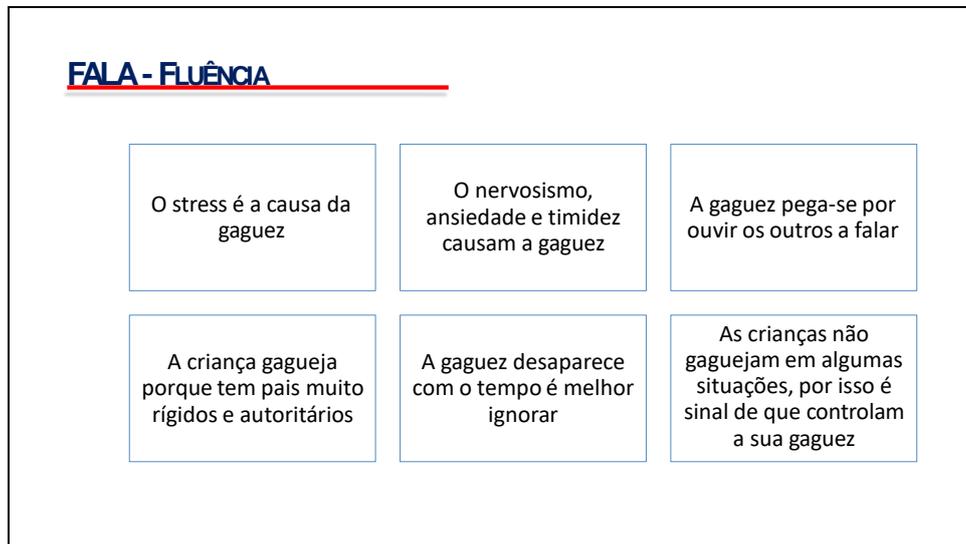


susto
Medo provocado por uma circunstância ameaçadora ou imprevista; medo ocasionado por um barulho intenso, uma visão horrenda etc.; sobressalto.
Abalo emocional provocado por notícias ruins e inesperadas.

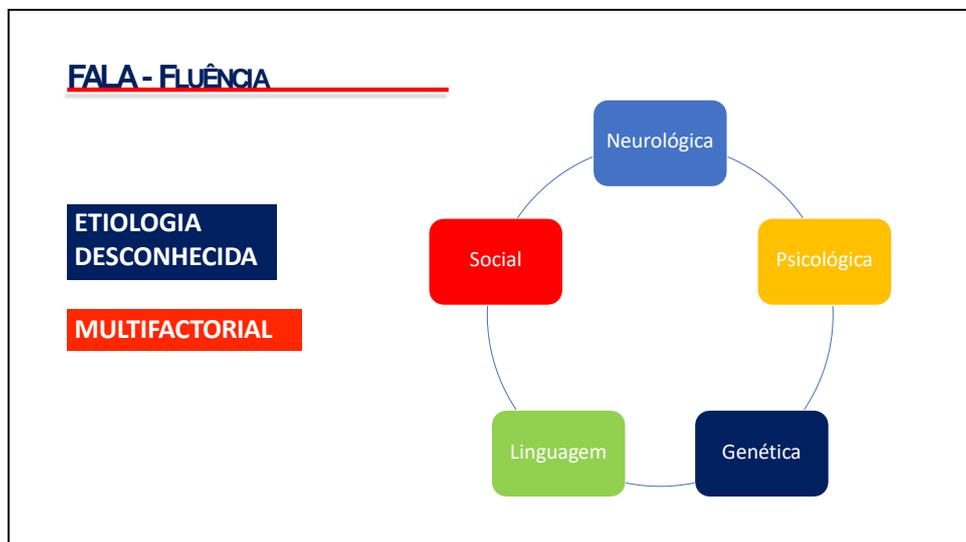
Diapositivo 96



Diapositivo 97



Diapositivo 98



Diapositivo 99

FALA - FLUÊNCIA

ESTRATÉGIAS PARA OS PAIS

- Diariamente reserve um tempo só para a criança!!!
- Fale de forma calma, lenta, sem pressa. Use frases curtas e palavras bem articuladas
- Com um mimo na face direcione a cara da criança para si
- Dê oportunidades para que a criança possa falar – Deixe a criança acabar de falar!!
- Quando a criança acabar de falar pode repetir o que ela disse – enfatizar o conteúdo
- Evite fazer perguntas perante uma audiência de pessoas
- Tente reduzir a sua ansiedade quando a criança fala consigo – ex franzir as sobrancelhas
- Nos dias em que a criança está mais disfluente opte por perguntas de resposta fechada

Diapositivo 100

FALA - FLUÊNCIA

“Respira fundo, fala devagar, pensa antes de falar”



não

Diapositivo 101

FALA - FLUÊNCIA

“Por vezes as palavras costumam a sair,
também acontece à mãe e ao pai. Não há problema”

SIM

Diapositivo 102

ALERTA

Se a criança gaguejar há mais de 6 meses ou
um ano, de forma contínua, e tiver um ou
mais fatores de risco

Diapositivo 103

<u>FALA - FLUÊNCIA</u>	
FACTORES DE RISCO	Historia Familiar
	Idade - >3A6M
	Género Masculino
	Dificuldades na Linguagem e na Fala
	Velocidade e intensidade
	Tensão muscular
	Reação Familiar
	Criança tímida, envergonhada e insegura quando fala

Diapositivo 104

Hugo 3A 4M

Maria (mãe do Hugo) percebeu que:

Era urgente dar atenção ao Hugo quando ele queria falar.

Dar atenção era parar, olhar bem para ele e ouvi-lo!

Não era o interromperem pedindo que parasse. Era dar-lhe tempo!

E assim foi. Passados poucos meses o Hugo começou a falar mais fluentemente, com mais ritmo, velocidade e melodia.

Adaptado de: "O Gato comeu-te a língua?"

Diapositivo 105



Diapositivo 106

BIBLIOGRAFIA

Campos, J. (2019). Perturbações da Comunicação, Linguagem e Fala: Bases Teóricas, Avaliação e Intervenção: Perturbação dos Sons da Fala

Fox, A. V., Dodd, B., & Howard, D. (2002). Risk factors for speech disorders in children. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 37, 117-132.

Manual de Saúde Infantil e Juvenil ARS Norte (2018) in http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/01/Manual_Saude_Infantil_Juvenil.pdf

Morgado, M.J. (2019) Perturbações da Comunicação, Linguagem e Fala: Bases Teóricas, Avaliação e Intervenção: Perturbações do Espectro do Autismo. Instituto CRIAP.

Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013) in <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>

Rombert, J. (2015). *O Gato Comeu-te a Língua?* 2ª Edição. Esfera dos livros. Lisboa

Perturbações da Comunicação, Linguagem e Fala na Medicina Geral e Familiar

Curso Online
Inscrições gratuitas

15 de julho às 21h - 22.30h
Plataforma ZOOM

Trabalho de Investigação de: Catarina Azevedo
Formador: Susana Martins
Coordenação Pedagógica: Inês Rosendo

An illustration of a group of diverse children playing with a large globe. One child is climbing a ladder leaning against the globe, while others are sitting on top or around it. The scene is colorful and depicts a global, collaborative learning environment.

ANEXO V – Certificado de participação



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que

frequentou a ação de formação online "Perturbações da Comunicação, Linguagem e Fala na Medicina Geral e Familiar", com a duração total de 90 minutos, que se realizou a 15 de julho de 2021.

Inês Rosendo

INÊS ROSENDO
Coordenação Pedagógica

Susana Martins

SUSANA MARTINS
Formadora

Catarina Azevedo

CATARINA AZEVEDO
Trabalho de Investigação

ANEXO VI – Formulário aplicado no momento 2 (depois da formação)

PERTURBAÇÕES DA COMUNICAÇÃO, LINGUAGEM E FALA NA MEDICINA GERAL E FAMILIAR

PARTE A – AVALIAÇÃO FINAL DE CONHECIMENTOS

Indique, por favor, quais as 2 primeiras letras do seu apelido e os 2 últimos dígitos do número do cartão de cidadão (exemplo: MA15). _____

1. Num bebé de 1 mês não é esperado que vire os olhos e/ou a cabeça na direção da fonte sonora.
 Verdadeiro
 Falso

2. Aos 3 meses é normal que o bebé chore ou grite quando se toca.
 Verdadeiro
 Falso

3. Uma criança com 6 meses que não vocalize deve ser encarada a presença de um sinal de alarme.
 Verdadeiro
 Falso

4. Aos 12 meses habitualmente a criança não reage quando chamam pelo seu nome.
 Verdadeiro
 Falso

5. Aos 12 meses a criança compreende ordens simples.
- Verdadeiro
- Falso
6. Aos 14 meses aponta e dirige o olhar para objetos de uso comum nomeados pelo adulto.
- Verdadeiro
- Falso
7. Aos 16 meses é esperado que diga palavras isoladas com sentido de frase.
- Verdadeiro
- Falso
8. Aos 20 meses as crianças usam em média 500 palavras e compreendem muitas mais.
- Verdadeiro
- Falso
9. Não deve ser incentivado o uso de gestos aos 2 anos porque pode condicionar o desenvolvimento da fala.
- Verdadeiro
- Falso
10. Antes dos 2 anos não existe benefício para a criança em iniciar terapia da fala.
- Verdadeiro
- Falso

11. Aos 3 anos é considerado normal que a linguagem utilizada pelas crianças seja incompreensível para familiares e para estranhos.

Verdadeiro

Falso

12. Uma criança com 4 anos já deve ser capaz de dizer o seu nome completo, a idade, o sexo e habitualmente a morada.

Verdadeiro

Falso

13. Aos 5 anos a criança compreende ordens complexas sendo capaz de cumprir 2 a 3 ordens em sequência, por exemplo, "Vai buscar os sapatos e vai dar ao pai que está na sala".

Verdadeiro

Falso

14. Uma criança com 5 anos que não fala fluentemente não necessita de intervenção diferenciada pois ainda será ensinada a falar corretamente quando iniciar a escola.

Verdadeiro

Falso

15. Uma criança com 5 anos que não consiga dizer o R nas palavras deve ser encarada na presença de um sinal de alarme.

Verdadeiro

Falso

16. Uma criança com 5 anos que troca alguns sons deve ser encaminhada para a terapia da fala.

Verdadeiro

Falso

17. Quando a criança emite uma palavra de forma errada devemos repetir a palavra como a criança disse e posteriormente dizer a palavra correta.

Verdadeiro

Falso

18. Uma criança com 3 anos que gagueja constantemente pode ser considerada como gaga.

Verdadeiro

Falso

19. Algumas crianças começam a gaguejar após terem apanhado um susto.

Verdadeiro

Falso

20. Perante uma criança com gaguez ajuda dizer “tem calma, respira fundo, fala devagar”.

Verdadeiro

Falso

PARTE B – OPINIÃO SOBRE A FORMAÇÃO

Esta secção é de preenchimento opcional. Gostaríamos de saber qual a sua opinião sobre a sessão de formação, de modo a corrigir eventuais erros em eventos futuros.

1. Considera que a sessão de formação sobre PCLF foi ao encontro dos objetivos estabelecidos pelas formadoras?

	1	2	3	4	5	
Nada	<input type="radio"/>	Totalmente				

2. Considera que a sessão de formação sobre PCLF foi de encontro às suas expectativas?

	1	2	3	4	5	
Nada	<input type="radio"/>	Totalmente				

3. Considera que a sessão de formação sobre PCLF enriqueceu os seus conhecimentos nesta área, assim como a sua capacidade de detetar sinais de alarme?

	1	2	3	4	5	
Nada	<input type="radio"/>	Totalmente				

4. Considera que a sessão de formação sobre PCLF melhorou a sua confiança nas consultas de Saúde Infantil e Juvenil?

	1	2	3	4	5	
Nada	<input type="radio"/>	Totalmente				

5. Tem alguma sugestão que considere pertinente para esta formação ou para futuras formações nesta área? _____