PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

BRUNA DE SOUZA DIÓGENES

INDICADORES DE RISCO PARA A FALA INFANTIL: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

MESTRADO EM FONOAUDIOLOGIA

SÃO PAULO

2014

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

BRUNA DE SOUZA DIÓGENES

INDICADORES DE RISCO PARA A FALA INFANTIL: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para a obtenção do título de MESTRE em Fonoaudiologia, sob a orientação da Profª Drª Regina Maria Ayres de Camargo Freire.

São Paulo

2014

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PROGRAMA DE ESTUDOS DE PÒS GRADUADOS EM FONOAUDIOLOGIA

Coordenadora do Curso de Pós-Graduação

Praª Drª Doris Ruthi Lewis

Bruna de Souza Diógenes

INDICADORES DE RISCO PARA A FALA INFANTIL: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Banca Examinadora

_____

Profª Drª. Regina Maria Ayres de Camargo Freire

_____

ProfªDrª. Doris Ruthi Lewis

_____

Profª Drª. Maria Eugênia Pesaro

Aprovado em: _____/_____/_____

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores ou eletrônicos, desde que citada a fonte.

_____

Bruna de Souza Diógenes

São Paulo, julho de 2014

Dedicatória

Aos Fonoaudiólogos e demais profissionais da saúde.

Agradecimentos

A Deus, por segurar na minha mão nos momentos mais difíceis e por me mostrar o caminho certo onde só havia dúvida. Obrigada pelas oportunidades na concretização desse sonho, materializado agora na produção dessa dissertação que pode me fazer crescer enquanto pessoa, pesquisadora e profissional.

Agradeço e dedico este trabalho as duas pessoas que se doaram por inteiro e renunciaram aos seus sonhos, para que, muitas vezes, eu pudesse realizar os meus. Quero dividir com vocês dois, pai (Diógenes) e mãe (Lucimar) os méritos dessa conquista, por que ela é tão minha quanto de vocês. Obrigada pelo amor, dedicação, educação e ensinamentos que serão levados por toda a minha vida e, que irão se traduzir nas minhas atitudes enquanto um “ser pessoa/profissional”.

Ao lado de vocês coloco meus irmãos, Bruno e Suelen e todos os meus familiares: avós, tios (as) e primos (as). Impossível citar nomes. Ao invés disso, quero dizer o quanto são importantes e fundamentais para mim. Obrigada pela torcida e por cada palavra de apoio. Vocês me deram força para seguir adiante na concretização desse sonho.

Ao meu namorado, Paulo César, pelo amor, sabedoria e paciência ao longo desses anos.

Á Cecilia, Joaquim, Priscila, Margareth, Marcela e Aline pelos momentos compartilhados, apoio, compreensão e incentivo. Obrigada por acreditarem em mim e nos meus sonhos. A amizade de vocês me deu força para seguir em frente nos momentos de medo, angustia e incerteza.

Às minhas queridas amigas de turma (Manoela, Erika, Amanda, Angélica, Vera e Lígia), pelo companheirismo, afeto e trocas de saberes. Ter percorrido essa trajetória ao lado de vocês foi um dos maiores presentes que poderia receber. Vocês foram fundamentais para que, mesmo indiretamente, esse trabalho fosse finalizado.

Aos professores do PEPG em Fonoaudiologia da PUC-SP que tive o imenso privilégio de conhecer e que se tornaram minhas maiores referências dentro da Fonoaudiologia. Com vocês tive o privilégio de aprender os assuntos ministrados nas disciplinas, mas, sobretudo, aprendi a admirar ainda mais o exercício da docência.

Meu agradecimento especial à Profª Drª Regina Maria Ayres de Camargo Freire, pela escuta, pela sabedoria na condução desse trabalho e pelas orientações atenciosas prestadas ao longo desses dois anos.

Às Profª Drª Maria Eugênia Pesaro e Profª Drª Doris Ruth Lewis, que me privilegiaram com leituras atentas e valiosas discussões, sugestões e apontamentos no exame de qualificação e por terem aceitado o convite de participar na banca da defesa.

À Virgínia, secretária do Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia da PUC/SP, pela disponibilidade e agilidade com que me ajudou a resolver as questões burocráticas do mestrado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES/OBEDUC), pelo auxílio que viabilizou a realização desta dissertação.

Agradeço, por fim, ao grupo de pesquisa de qual faço parte “A Alfabetização e seus Avatares”, a todos aqueles que o compõem (coordenadora, alunos-pesquisadores, professores e colaboradores). As terças feiras foram recheadas de ensinamentos, sorrisos e parcerias que me fizeram reconhecer a importância da pesquisa, através do trabalho feito em/pelo grupo.

DIOGENES, BS. **Indicadores de risco para a fala infantil: validação de conteúdo**. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2014.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Fonoaudiologia, área de conhecimento relativamente nova se comparada a outras ciências, têm estendido seus modos de atuação do âmbito da clínica para o da Saúde Pública. Nesse campo de conhecimento, os estudos que se propõem a articular indicadores de risco aos sintomas de linguagem são incipientes, apesar desse tipo de pesquisa contribuir significativamente para a construção de estratégias de promoção de saúde. Consequentemente, a construção de instrumentos específicos para avaliar a fala de crianças de 0 a 6 anos, que sejam rápidos e eficazes, torna-se necessária. **OBJETIVO**: Validar o conteúdo dos indicadores de risco para a fala infantil. **MÉTODO**: Trata-se de uma pesquisa de abordagem quanti-qualitativa. O estudo compreendeu o julgamento, por um grupo de 05 especialistas, do conteúdo de uma ficha com os indicadores propostos pelo presente trabalho. Para sua realização foi aplicado o formulário de validação de conteúdo de Silva (2005) e Fernandes (2005). Foram analisados 3 (três) domínios: avaliação de cada indicador; avaliação de cada item dos indicadores e avaliação do conjunto. Os dados foram colocados em uma tabela Excel e analisados pelo Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS). O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) foi calculado sob o consenso favorável mínimo de 75%. **RESULTADOS**: Dos 12 indicadores submetidos à validação de conteúdo, somente dois ficaram abaixo de 0,75, sendo necessária sua revisão e posterior reavaliação. **CONCLUSÃO**: Pretende-se que os indicadores de risco para a fala infantil, uma vez validados, funcionem como um instrumento simplificado e objetivo para avaliar a fala de um número maior de crianças. Com sua adoção será possível identificar precocemente alguns possíveis problemas e, dessa forma, atuar tanto na promoção da saúde como na terapêutica em Fonoaudiologia.

PALAVRAS-CHAVE: Estudos de Validação; indicadores de qualidade em assistência à saúde; Fonoaudiologia; Saúde Pública.

DIOGENES, BS. **Risk Indicators for infant Speech: content validation**. [master's degree dissertation]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2014.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Speech Therapy is a new area of knowledge when compared with other scientific areas and it has expanded from clinical setting to public health care services. Studies in public health care services that purpose to relate risk indicators with speech symptoms are incipient, although they contribute, significantly, to create strategies of health promotion. Therefore, it's necessary to create specific, fast and efficient tools to evaluate the speech of children aged 0 to 6 years. **OBJECTIVE:** To validate risk indicators for infant speech. **METHOD:** It is a quantitative-qualitative research. This study included the trial of 5 experts of a record with the purposed risk indicators. A Silva (2005) and Fernandes (2005) form was applied to evaluate the record content. Three aspects were analyzed: evaluation of each indicator; evaluation of each indicator´s item and the evaluation of all. The data collected were placed in excel and analyzed by Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). The validity index of the content (VIC) was measured with a minimum positive consensus of 75%. **RESULTS:** Only two of 12 indicators were under 0,75, therefore it was necessary to make a review and another evaluation of those 2 indicators. **CONCLUSION:** It is intended that the risk indicators evaluated for infant speech work as a practical and objective tool to evaluate speech in a larger number of children. This instrument will make possible to identify some speech disorders earlier, thus acting both in health care promotion and in therapeutic in Speech Therapy

KEYWORDS: Validation studies, quality indicators in health care, Speech Therapy, Public Health Care.

SUMÁRIO

Agradecimento ..... **vi**
Resumo ..... **viii**
Abstract ..... **ix**
Lista de Tabelas ..... **xi**
Lista de Quadros ..... **xiii**
Lista de Figuras ..... **xiv**
Lista de Siglas e Abreviaturas ..... **xv**
1. INTRODUÇÃO **17**
2. REVISÃO DE LITERATURA **21**
2.1 O ponto de partida: A construção dos indicadores de risco para a fala infantil 21
2.2 Contextualizando os indicadores de risco na Fonoaudiologia 29
2.3 Validação de conteúdo: conhecendo os métodos e teorias utilizadas 37
3. MÉTODO **44**
3.1 Caracterização do estudo 44
3.2 Considerações éticas 45
3.3 Procedimentos para validação de conteúdo dos indicadores 45
3.3.1 A constituição do grupo de especialistas 46
3.3.2 Caracterização dos Especialistas 47
3.3.3 A técnica utilizada no trabalho com especialistas 49
3.3.4 Consenso de julgamento dos indicadores pelos juízes 50
3.3.5 O instrumento utilizado na coleta de dados 50
3.3.6 Organização e análise dos dados 55
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO **56**
4.1 Validação de conteúdo dos indicadores 56
4.2 Comentários e sugestões dos especialistas no processo de julgamento para a validação de conteúdo dos indicadores 72
4.3 Ficha dos indicadores para a fala para a fala infantil: formato e redação 78
4.4 Ficha dos indicadores de risco para a fala infantil: usos e aplicações 80
5. CONCLUSÕES **83**
6. REFERENCIAS **86**
7. ANEXOS **95**

Lista de Tabelas

Tabela 1	Número e percentual de especialistas que responderam a questão 1 para o indicador “O adulto fala com a criança como se ela entendesse tudo o que ele diz”.	58
Tabela 2	Número e percentual de especialistas que responderam a questão 3 para o indicador “Os pais ouvem a fala da criança como se ela estivesse falando com eles”.	59
Tabela 3	Número e percentual de especialistas que responderam a questão 4 para o indicador “Os pais colocam os pedaços de fala da criança em um contexto da língua”.	60
Tabela 4	Número e percentual de especialistas que responderam a questão 5 para o indicador “Os pais interpretam verbalmente as manifestações corporais da criança (riso, choro, gesto e olhar)”.	61
Tabela 5	Número e percentual de especialistas que responderam a questão 7 para o indicador “A criança reage (sorri, olha, vocaliza, vira) quando alguém fala com ela”.	62
Tabela 6	Número e percentual de especialistas que responderam a questão 8 para o indicador “A criança responde a chamados”.	63
Tabela 7	Número e percentual de especialistas que responderam a questão 9 para o indicador “A fala da criança repete a fala do outro”.	64
Tabela 8	Número e percentual de especialistas que responderam a questão 10 para o indicador “A criança mostra interesse em falar com o outro”.	65
Tabela 9	Número e percentual de especialistas que responderam a questão 11 para o indicador “A criança mantem a conversa”.	66
Tabela 10	Número e percentual de especialistas que responderam a questão 12 para o indicador “A criança faz e responde perguntas”.	67
Tabela 11	Número e percentual de especialistas que responderam a questão 2 para o indicador “A criança é ouvida e seus pedidos são respondidos”.	68

Tabela 12	Número e percentual de especialistas que responderam a questão 6 para o indicador “Os pais não brigam com a criança quando conseguem entende-la”.	69
Tabela 13	Valores referentes aos índices de validade de conteúdo por domínio, bem como o valor total.	70

Lista de Quadros

Quadro 1	Indicadores clínicos de risco para a constituição do sujeito falante elaborados por Evangelista (2011).	28
Quadro 2	Demonstrativo dos critérios utilizados na pesquisa de Silva e Fernandes (2005), com os respectivos atributos e graus de valoração.	54
Quadro 3	Demonstrativo dos critérios utilizados na presente pesquisa quanto ao atributo e seus respectivos significados.	55
Quadro 4	Apresentação dos indicadores de risco para os sintomas da fala infantil.	58
Quadro 5	Comentários e sugestões dos peritos, no processo de julgamento validação de conteúdo dos Indicadores de risco para a fala infantil. Paulo, 2014.	75

Lista de Figuras

Figura 1 Distribuição dos especialistas segundo a titulação, São Paulo- 2014. 49

Lista de Sigas e Abreviaturas

ASHA - American Speech, Language and Hearing Association”

CAPES- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

ACS- Agente Comunitário da Saúde

CNPq- Conselho Nacional de Pesquisa

CVI - Content Validity Index

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

EOA - Emissões Otoacústicas

ESF- Estratégia Saúde da Família

FVI - Fatorial Validity Index

IRA - Inter Rater Agreement

IRDA - indicadores de risco para a deficiência auditiva

IRDIs - Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil

IVC - Índice de Validade de Conteúdo

JCIH - *Joint Committee on Infant Hearing*

SUS - Sistema Único de Saúde

TANU-Triagem Auditiva Neonatal Universal

UBS - Unidade Básica de Saúde

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

1. INTRODUÇÃO

A comunicação é considerada o meio pelo qual o indivíduo recebe e expressa a linguagem, sendo um elemento fundamental para a socialização e integração do sujeito na comunidade (RUBEN, 2000). Portanto, os distúrbios que acometem a comunicação causam impacto direto na vida social da criança (McKINNON, 2007; ANDRADE, 1997), sendo reconhecidos como importantes questões de saúde pública (GONCALVES et al., 2000; SOUZA et al., 2005 e SOMEFUN, 2006). Segundo Somefun (2006), os distúrbios da comunicação constituem algumas das doenças infantis mais prevalentes, e manifestam-se como um atraso ou desenvolvimento atípico envolvendo componentes funcionais da fala e/ou da linguagem e da audição em níveis variados de gravidade.

Pesquisas mostram que os distúrbios de comunicação mais prevalentes na infância são os relacionados à linguagem e, em especial à produção de fala (FREIRE, 1992; ORTIZ et al., 2000; GONÇALVES et al., 2000; CESAR e MAKSUD, 2007; MARTINS et al. 2008; GOULART e CHIARI, 2007; PEIXOTO et al., 2010; DINIZ e BORDIN, 2011; GIRARDELI et al., 2012).

De acordo com a ASHA “American Speech, Language and Hearing Association” (1993), os distúrbios da comunicação podem ser conceituados como impedimentos na habilidade para receber e/ou processar um sistema simbólico, observáveis em nível de audição (sensibilidade, função, processamento e fisiologia); linguagem (forma, conteúdo e função comunicativa); e processos de fala (articulação, voz e fluência). Esses distúrbios podem variar em gravidade e ser de origem desenvolvimental ou adquirida; resultar em uma condição de déficit primário (doenças de manifestação primária ou idiopáticas) ou secundário (doenças de manifestação secundária, decorrentes de manifestação maior) e, ainda, ocorrer isolados ou combinados.

O fonoaudiólogo é o profissional habilitado para identificar, diagnosticar e tratar indivíduos com distúrbios da comunicação sejam eles na modalidade oral e/ou escrita, voz e audição. Porém, nesse processo, é essencial a participação

dos demais profissionais que acompanham o desenvolvimento infantil, a exemplo dos pediatras, educadores, psicólogos, terapeutas ocupacionais, agentes comunitários de saúde, dentre outros.

De modo geral, os estudos epidemiológicos que se propuseram a estudar os distúrbios da comunicação apresentam dentre outros aspectos os valores de prevalência e incidência quanto à idade, sexo, nível socioeconômico e diagnóstico desses problemas.

Desta forma, é possível observar que, a partir dos três anos, a prevalência de distúrbios idiopáticos da comunicação, ou seja, aqueles que não ocorrem em conjunto com outras anormalidades, eleva-se até os oito anos de idade, sendo que a fase crítica encontra-se dos quatro aos seis anos (ANDRADE, 1997; MARTINS et.al., 2008); alta prevalência no sexo masculino e predomínio geral dos distúrbios articulatórios e/ou fonológicos (FREIRE, 1992; ORTIZ et al., 2000; GONÇALVES et al., 2000; CESAR e MAKSUD, 2007; McKINNON et al., 2007; KEEGSTRA et al., 2007; MARTINS et al., 2008; GOULART et al., 2010; PEIXOTO, 2010; DINIZ e BORDIN, 2011; GIRARDELI et al., 2012); predomínio de alteração do desenvolvimento da linguagem em crianças menores de três a quatro anos, transtorno fonológico dos quatro aos oito anos e alteração na linguagem escrita a partir dos nove anos (MARTINS et al., 2008).

Pesquisas indicam que a detecção precoce de tais alterações entre dois e três anos reduz cerca de 30% a necessidade de acompanhamento terapêutico, seja na área de fonoaudiologia, psicologia, educação especial e/ou outros. Da mesma forma, reduz 33% o número de crianças com problemas na linguagem escrita (VAN AGT et al., 2007; ROMSKI et al., 2010). Tais dados reforçam a importância de uma equipe interdisciplinar na detecção precoce dos atrasos e desvios no desenvolvimento da fala e da linguagem, bem como apontam para a necessidade de que essas crianças possam ter acesso à programas de intervenção, o mais cedo possível.

Se partirmos do pressuposto que os primeiros anos de vida da criança são cruciais na constituição da sua linguagem e construção de seus conteúdos linguísticos, o diagnóstico e intervenção precoce dos distúrbios de fala e linguagem tornam-se de extrema importância para o adequado desenvolvimento

comunicativo. Sendo assim, todos os profissionais que lidam com as crianças, devem estar atentos para os sinais de alerta e fatores de risco para alterações no desenvolvimento da linguagem.

Muitos autores ressaltam a importância de desenvolver e validar ferramentas de triagem e rastreamento dos problemas de comunicação em crianças pequenas, quando os sinais de risco já podem ser reconhecidos (BENEVIDES e PASSOS, 2005; GOULART e CHIARI, 2006; GOULART e CHIARI, 2007; DEWRANC e SANDBERG, 2010; HOROVITZ et al., 2012).

É válido mencionar a necessidade de os instrumentos serem de fácil aplicação, rapidez no preenchimento e baixo custo o que os qualificaria enquanto ferramentas fundamentais na detecção desses problemas.

Nesse sentido o objetivo dessa pesquisa consiste em realizar a validação dos indicadores de risco para a fala infantil, por meio da avaliação de um grupo de especialistas. Ao final, a proposta será construir uma ficha de indicadores a ser utilizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou por qualquer profissional da saúde que tenha contato com crianças. Assim, pediatras, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e afins poderão fazer uso da ficha.

Para desenvolver esta proposta, a dissertação está estruturada do seguinte modo: no primeiro capítulo, justifica-se a escolha do tema, introduzindo-o, e mostrando a sua pertinência no campo da Fonoaudiologia e da Saúde Pública.

No segundo capítulo, a discussão sobre os indicadores de risco no campo das ciências humana e da saúde e o suporte teórico que subsidiou a construção dos indicadores de risco para os sintomas de fala serão apresentados.

O terceiro capítulo contém o levantamento bibliográfico das pesquisas desenvolvidas no campo das Ciências da Saúde, sobre o procedimento metodológico de validação de conteúdo, destacando suas características e peculiaridades.

As conclusões indicam que, por meio de um instrumento simplificado e objetivo que possa ser aplicado a um número maior de sujeitos e esteja direcionado à fala, seja possível identificar, de forma preliminar, alguns possíveis problemas e agir na promoção da saúde em Fonoaudiologia.

Portanto, tal pesquisa possui relevância social, cultural, política e acadêmica, uma vez que traduz-se em conhecimentos para a sociedade pois situa-se em uma realidade que, a todo o momento, modifica-se e é modificada: a Fonoaudiologia no âmbito da Saúde Pública. Ao final, pretende-se que os indicadores clínicos de risco para a fala infantil funcionem como um instrumento a ser utilizado pelos profissionais de saúde na promoção e prevenção dos sintomas de linguagem.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O ponto de partida: A construção dos indicadores de risco para a fala infantil

A Fonoaudiologia, área do conhecimento relativamente nova se comparada a outras ciências, têm ampliado os seus modos de atuação para além do caráter estrito e exclusivamente clínico. Atualmente existe, por parte dessa ciência, um movimento na direção de pensar a linguagem e seus transtornos, no âmbito da Saúde Pública. Penteado e Servilha (2004) destacam que a área preventivo-comunitária é uma das mais novas no histórico da Fonoaudiologia brasileira e encontra-se em processo de conquista de suas especificidades, de construção e reconstrução da sua identidade e caracterização do seu papel no âmbito da saúde pública.

Nesse sentido, Mendes (1997) aponta a necessidade de realizar novos estudos que possam produzir conhecimentos técnicos e científicos capazes de expandir o domínio de atuação da Fonoaudiologia. Para Gonçalves et al. (2000) e Souza et al. (2005), as questões fonoaudiológicas são determinantes das condições da saúde geral, levando em consideração que a comunicação é a forma de integração social do sujeito e, como tal, merece atenção na saúde pública.

Lipay e Almeida (2007) afirmam que a atuação fonoaudiológica engloba ações de promoção, proteção e recuperação da saúde nos diversos aspectos da comunicação humana em todo o ciclo da vida, inserindo-se em unidades básicas de saúde, ambulatórios de especialidades, hospitais, domicílios e em outros recursos da comunidade. Sendo assim, essa atuação exige uma habilidade em reconhecer os problemas que acometem uma população, bem como as peculiaridades e dinamicidade da demanda local onde o fonoaudiólogo encontra-se lotado (CÉSAR e MAKSUD, 2007).

Para que isso ocorra, Lipay e Almeida (2007) enfatizam a necessidade de o fonoaudiólogo modificar a direção da sua abordagem e deslocar a atenção do distúrbio, da queixa ou da patologia para a pessoa que pede sua ajuda.

Freire (1992) afirma que é possível desenvolver programas de promoção da saúde por meio do conhecimento do perfil da demanda pelo serviço de Fonoaudiologia. Nessa mesma linha, Befi (1997) salienta que, com o diagnóstico das necessidades em saúde de uma determinada área, pode-se definir ações para os problemas de maior ocorrência na população. Reconhecendo a importância do diagnóstico em saúde pública, estudos epidemiológicos ganharam espaço no campo da Fonoaudiologia para identificar e atender as necessidades da população. Estudos que se propuseram a caracterizar a demanda fonoaudiológica para os serviços de saúde indicam uma prevalência dos problemas de fala em comparação a outras alterações (FREIRE, 1992; ORTIZ et al., 2000; GONÇALVES et al., 2000; CESAR e MAKSUD, 2007; GOULART et al., 2007; PEIXOTO, 2010; DINIZ e BORDIN, 2011; GIRARDELI et al., 2012). Merece destaque o fato de que a maioria destes estudos restringe-se a levantar os principais problemas sem propor estratégias específicas de promoção ou prevenção que poderiam modificar esta situação.

Por outro lado, autores ligados a esta ciência e/ou áreas afins apontam algumas estratégias e medidas amplas para prevenção, promoção e manutenção da saúde em Fonoaudiologia, por meio da realização de oficinas, palestras, projetos e avaliação de programas e serviços de saúde na rede de serviços públicos. Dentre as possibilidades de atuação os autores destacam: orientações para gestantes e cuidados pré-natais ligados à prevenção e/ou diagnóstico precoce de doenças hereditárias e ao desenvolvimento neuropsicomotor; prevenção e/ou detecção precoce de agravos que podem interferir nas habilidades comunicativas de jovens, adultos e idosos; atuação fonoaudiológica no incentivo do aleitamento materno; diagnóstico e tratamento de desvios fonológicos; reabilitação da comunicação de afásicos e triagem auditiva em neonatos com risco para alterações auditivas. (BENEVIDES e PASSOS, 2005; GOULART e CHIARI, 2006; LENZ et al., 2006; GOULART e CHIARI, 2007).

Esse panorama aponta para a relevância da presente pesquisa, uma vez que a mesma pretende validar indicadores de risco para a fala infantil, demanda mais comumente encontrada na Fonoaudiologia, na tentativa de detectar, de forma preliminar, possíveis problemas relacionados a essa modalidade e propor estratégias para a promoção e prevenção desses agravos na população. Deste modo, a atenção básica, foco das unidades básicas de saúde (UBS) e "porta de entrada" para o Sistema Único de Saúde (SUS) é a oportunidade para que a maioria das demandas seja resolvida ou devidamente encaminhada para os níveis de atenção previstos no sistema, de média e alta complexidade.

Diante da demanda que a Saúde Pública tem encaminhado à Fonoaudiologia, a Linha de Pesquisa "Linguagem e Subjetividade" da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, elaborou um projeto de pesquisa aprovado pelo CNPq[1] e intitulado "Indicadores de saúde e de risco em Fonoaudiologia" sob a coordenação da Profª Drª Regina Freire. Seu objetivo: construir um conjunto de indicadores de risco para alterações de linguagem oral e escrita, acessíveis à identificação pelos profissionais de saúde que possam funcionar como uma ferramenta fundamental para a gestão e a avaliação da situação da saúde humana no que diz respeito à fala e à linguagem no campo da Fonoaudiologia. O mesmo teve início em agosto de 2009 e continua sendo um espaço em que novas pesquisas vem sendo produzidas.

O primeiro passo consistiu no levantamento dos estudos voltados para a construção de indicadores de risco nas ciências da saúde, de modo geral e, em particular, na literatura fonoaudiológica. Esse percurso, por sua vez, trouxe poucas contribuições e apontava para uma perspectiva de causalidade que acabava por desconsiderar os aspectos subjetivos inerentes à Linguagem. Sendo assim, se por um lado esta literatura não se aplicava ao objeto em questão, por outro, deixava surgir a possibilidade de enfrentar o desafio de elaborar indicadores de risco sob uma outra perspectiva, aquela que considera o sujeito sob a ótica da linguagem.

[1] CNPq, processo n º 551389/2009-5.

Durante esse processo, a coordenadora tomou conhecimento de uma pesquisa multicêntrica sobre os indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil (IRDIs), a partir da teoria psicanalítica e sob a coordenação da Profª Drª Maria Cristina Machado Kupfer da Universidade de São Paulo. A pesquisa em questão foi realizada no período de 2000 a 2008 a partir de uma demanda do Ministério da Saúde para a incorporação de indicadores psíquicos na ficha de acompanhamento do desenvolvimento infantil. O objetivo principal foi verificar o poder desses indicadores para a detecção precoce de problemas de desenvolvimento infantil e, para tanto, teve como objetivos secundários: a) capacitar médicos da rede pública para a identificação dos indicadores clínicos de risco para problemas de desenvolvimento infantil; b) descrever o perfil epidemiológico dos Indicadores e Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs); c) verificar sua capacidade de predição para transtornos psíquicos na infância; d) verificar sua associação com características clínicas e demográficas e, por fim, selecionar indicadores de desenvolvimento psíquico para serem incluídos na ficha de acompanhamento de crianças de 0 a 5 anos proposta pelo Ministério da Saúde.

A pesquisa utilizou um desenho de corte transversal seguido por estudo longitudinal numa amostra de 727 crianças, nas faixas etárias de 0 a 18 meses, atendidas na clínica pediátrica das unidades ou centros de saúde de nove cidades brasileiras.

A análise dos dados da primeira etapa do estudo foi composta por uma descrição epidemiológica para estimar a sua associação com variáveis clínicas. A não existência de diferenças estatisticamente significantes entre os grupos caso e não caso, quanto às suas características de gestação e perinatais, levou à conclusão de que as possíveis consequências da ausência de Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil poderiam ser avaliadas apenas mediante as variáveis em foco no estudo.

Após três anos de seguimento, as crianças foram reavaliadas para identificação de transtornos psíquicos e psiquiátricos e verificadas as associações com os IRDIs. Os primeiros resultados validaram 18 indicadores entre os 31

inicialmente propostos e permitiram dois desfechos clínicos: a presença de problemas de desenvolvimento para a criança e a presença de risco para a constituição do sujeito. Por fim, permitiu a definição de um conjunto de sintomas clínicos conclusivos para risco psíquico.

Os indicadores foram derivados de eixos teóricos definidos a partir de um modo de conceber a constituição do sujeito que se assenta sobre as diferentes operações psíquicas que se estabelecem na primeira infância e que derivam do que entra em jogo no laço mãe-filho. São eles: **1) supor um sujeito; 2) estabelecer a demanda da criança; 3) alternar presença-ausência; 4) função paterna (alterização).**

Deste estudo, a coordenadora desta pesquisa derivou quatro eixos teóricos advindos de três campos específicos de conhecimento: a psicanálise, por sua concepção de sujeito; a linguística, por sua proposta para a aquisição de linguagem e, por fim, a fonoaudiologia, por considerar a posição da criança e do Outro entrelaçadas pela fala sintomática. Os eixos foram, inicialmente, assim caracterizados: **1) demanda (do sujeito ou do Outro); 2) reconhecimento do sujeito falante; 3) presença de fala sintomática; 4) responsividade à fala do outro.** Diferentemente do que aconteceu na pesquisa que serviu de inspiração[2], nesta os indicadores foram elaborados a partir da circunscrição das demandas para o setor de Fonoaudiologia de quatro UBS da zona leste do município de São Paulo.

Pode-se observar que a maioria dos indicadores que sinalizam algum grau de risco para a aquisição de linguagem, já estão presentes nos IRDIs. Freire (2009) faz a ressalva de que, para o campo fonoaudiológico, dada a sua dimensão clínica, os indicadores poderão ser tendenciais desde que sejam identificados pelos profissionais de saúde, sirvam para o encaminhamento precoce e, consequentemente, para a promoção e prevenção de seus desdobramentos.

[2] os indicadores derivaram de uma consulta feita à experts e do cotidiano da clínica psicanalítica com bebês e crianças,

O projeto: “Indicadores de saúde e de risco em Fonoaudiologia” concretizou-se, em 2011, com a elaboração e desenvolvimento de duas dissertações de mestrado: “Indicadores preliminares para a constituição do sujeito leitor/escritor” de Beatriz Pires Reis e “Indicadores preliminares para a constituição do sujeito falante” de Fábia Regina Evangelista, que tiveram como objetivo elaborar indicadores clínicos preliminares, tomando por base a pesquisa multicêntrica (IRDIs) descrita acima. Para sua consecução, as pesquisadoras fizeram o levantamento de 422 relatórios fonoaudiológicos acadêmicos de sujeitos que apresentavam queixas de problemas na fala e na leitura/escrita, atendidos em três unidades básicas de saúde da Zona Leste do Estado de São Paulo, no período de 2006 a 2009. A análise incidiu sobre dizeres dos familiares, especificamente sobre as queixas trazidas por eles, durante as entrevistas fonoaudiológicas. As informações foram agrupadas por relações de semelhança, a partir dos quatro eixos que sustentam a constituição do sujeito falante/escrevente e alicerçados no Modelo de Organização dos Sintomas de Linguagem (GOUVÊA, 2007). Estes eixos, considerados balizadores para a construção dos indicadores foram ancorados naqueles propostos por FREIRE (2009), tendo sofrido modificações a fim de atender as especificidades do objeto de cada uma das pesquisas. No trabalho de Evangelista (2011) os eixos apresentam-se do seguinte modo:

a) **Suposição de um sujeito falante**: a constituição da criança como sujeito falante depende de sua antecipação pelo discurso do outro. O bebê é envolvido pela linguagem antes mesmo de sua concepção.

b) **Reconhecimento do sujeito falante**: para que a criança fale, é necessário que os choros, sons, gestos, espasmos musculares sejam tomados por alguém como fala ou mensagem dirigida, ou seja, que a criança seja escutada como falante ainda sem falar.

c) **Reconhecimento do significante**: na constituição do sujeito falante, a fala da criança está circunscrita à fala do outro e, a partir dessa fala, a criança incorpora fragmentos da fala do adulto que, por sua vez, interpreta tais fragmentos atribuindo-lhes sentido.

d) **Responsividade à fala do outro**: sugere que a criança ocupe a posição de sujeito falante e atenda a demanda de fala do outro.

Desses eixos foram desdobrados 12 (doze) para a constituição do sujeito falante. São eles:

EIXOS	INDICADORES
Supor um sujeito falante	O adulto fala com a criança como se ela entendesse tudo o que ele diz.
	A criança é ouvida e seus pedidos são respondidos.
Reconhecimento do sujeito falante	Os pais ouvem a fala da criança como se ela estivesse falando com eles
	Os pais colocam os pedaços de fala da criança em um contexto da língua
	Os pais interpretam verbalmente as manifestações corporais da criança (riso, choro, gesto e olhar).
	Os pais não brigam com a criança quando não conseguem entende-la.
Responsividade à fala do outro	A criança reage (sorri, olha, vocaliza, vira) quando alguém fala com ela.
	A criança responde a chamados.
	A fala da criança repete a fala do outro.
	A criança mostra interesse em falar com o outro.
Reconhecimento do significante	A criança mantem a conversa.
	A criança faz e responde perguntas.

Quadro 1: Indicadores clínicos de risco para a constituição do sujeito falante elaborados por Evangelista (2011).

Como produto, o trabalho citado elaborou, além dos indicadores de risco apresentados acima, protocolos destinados à avaliação da fala (anexos 1) a serem utilizados por fonoaudiólogos, médicos e ACS.

A autora apontou, ao final de seus estudos, a necessidade de dar continuidade a essas pesquisas, para testar e validar os indicadores propostos, bem como destacar a relevância da sua utilização pelos profissionais envolvidos na promoção à saúde.

Este trabalho tem como objetivo validar os indicadores propostos por Evangelista (2011) e, para fazê-lo, seguiu as seguintes etapas: 1ª) construção preliminar das fichas dos indicadores de risco; 2ª) estudo piloto para a validação do texto das fichas; 3ª) validação do conteúdo dos indicadores para a fala infantil.

A primeira etapa, da construção das fichas, foi realizada em reuniões com a professora orientadora da pesquisa, por meio da recuperação dos trabalhos de Reis e Souza (2011). O próximo passo destinou-se ao estudo piloto que compreendeu dois momentos: a preparação dos Agentes Comunitários da Saúde para aplicação das fichas com os indicadores, e a aplicação propriamente dita destas. Para tanto, uma proposta de formação (anexo 2) foi oferecida às ACS que integram 7 (sete) equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF). O curso “Formação de Agentes Comunitários de Saúde: uso dos indicadores de risco para os sintomas de fala e escrita” teve duração de 12 (doze) horas e foi ministrado a 39 ACS, em 03 (encontros), com 04 (quatro) horas diárias. Foram abordados: o processo de aquisição de linguagem oral e escrita; a interação mãe bebê; as diferenças entre língua, fala e linguagem; os quatro eixos teóricos que balizaram a construção dos indicadores; a apresentação de cada um dos indicadores e a apresentação e explicação da ficha com os mesmos. Na segunda etapa do estudo piloto, os ACS aplicaram as fichas por ocasião das visitas domiciliares, e preencheram sessenta (60) fichas. Ao final desse processo e das discussões realizadas com os ACS sobre os dados coletados, as fichas passaram por modificações de forma e conteúdo, ou seja: os indicadores foram modalizados na forma interrogativa e os termos foram simplificados com o intuito de usar uma linguagem de mais fácil entendimento pela população.

Ainda no estudo piloto, as fichas com os indicadores foram aplicadas pelas ACS durante as visitas domiciliares que puderam confirmar a inteligibilidade e a acessibilidade do texto por parte dos usuários. A etapa seguinte, obrigatória para

a validação científica dos indicadores, exigiu a submissão dos mesmos à validação de conteúdo por especialistas. Esta etapa será descrita ao longo da dissertação.

2.2 - Contextualizando os Indicadores de Risco na Fonoaudiologia

A leitura dos estudos selecionados para a elaboração desse capítulo traz à tona a discussão sobre o termo **indicador** dando visibilidade aos diferentes campos de conhecimento que se propuseram a estudá-lo, a exemplo das pesquisas desenvolvidas na área da saúde e da psicanálise.

Primeiramente faz-se necessário conhecer a origem e a definição desse termo, que justifica sua existência dentro de uma ciência particular, a Epidemiologia. Esse vocábulo “epidemiologia”, deriva do grego e significa: epi = sobre; demos = população, povo; logos = estudo. Portanto, em sua etimologia, significa “estudo do que ocorre em uma população”. Levando em consideração a ampliação de sua abrangência, bem como a sua complexidade, Almeida Filho e Rouquayrol (1992) definiram essa área do saber enquanto:

> “ciência que estuda o processo saúde-doença na sociedade, analisando a distribuição populacional e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde” (ALMEIDA FILHO e ROUQUAYRON, 1992).

É válido destacar que, diferente do que acontece no contexto da Clínica, onde o foco reside no estudo do processo saúde-doença em indivíduos, com o intuito de reabilitar e curar casos específicos, a Epidemiologia se preocupa com o processo de ocorrência de doenças, mortes, agravos ou situações de risco à saúde na comunidade, ou em grupos dessa comunidade, com o objetivo de propor estratégias que melhorem o nível de saúde das pessoas que compõe determinada realidade (ANDRADE, 2001).

Nesse contexto entram em cena os “indicadores”, originários do latim – indicare - cujo sentido é descobrir, apontar, anunciar, estimar. Ou seja, cabe ao indicador comunicar ou informar sobre o progresso em direção a uma determinada meta, sendo utilizado como um recurso para deixar mais perceptível uma tendência ou fenômeno não imediatamente detectável por meio dos dados isolados (BELLEN, 2005).

Os Descritores em Ciências da Saúde – DeCS (2010) conceituam os indicadores enquanto:

> “[...] medidas que sintetizam situações importantes das quais interessa conhecer sua evolução no tempo. Constroem-se a partir de informação disponível para responder a perguntas determinadas, formuladas em um contexto específico. São o produto de uma seleção e elaboração dentro das possibilidades de conjunto de dados que oferecem os sistemas públicos ou outros. Além de permitirem as análises de resultados que se definem como esperadas ou desejáveis em uma variável, estabelecer comparações justas e rigorosas entre grupos e setores da população, incluindo zonas geográficas, etc., identificar os problemas e as disparidades sociais e estudar tendências, ou seja, conhecer as mudanças ao longo do tempo” (DECS, 2010).

Segundo Magalhães Júnior (2007), os indicadores representam modelos simplificados da realidade com a capacidade de facilitar a compreensão de determinados fenômenos, eventos ou percepções, de modo a aumentar a capacidade de comunicação de dados brutos e de adaptar as informações à linguagem e aos interesses dos diferentes atores sociais. Estes apresentam duplo papel: para os gestores são ferramentas essenciais no processo de tomadas de decisões e, para a sociedade são instrumentos importantes no controle social. Segundo o autor eles não devem ser considerados como elementos explicativos ou descritivos, mas informações pontuais no tempo e no espaço, cuja integração e evolução permitem o acompanhamento dinâmico da realidade.

Pinto Afanador (2001, p. 14) define indicador como “um meio para constatar, estimar, valorar, controlar e auto regular os resultados de um processo”. Na Saúde Pública esses indicadores são elaborados como ferramenta no estabelecimento de ações e políticas públicas que atendam às necessidades da população, tendo em vista o seu caráter diagnóstico e prognóstico, além de permitir medição do desempenho do sistema de saúde, uma vez que contém informações sobre a condição de saúde tanto da população quanto do indivíduo.

Atrelado a isso, esses indicadores podem representar ou medir aspectos não sujeitos à observação direta (OPAS, 2002; PEREIRA, 2003; DIAS et al., 2007).

Matsuda (2002) reitera o papel fundamental dos indicadores na condição de instrumento gerencial de mensuração que auxilia na tomada de decisões, pois, segundo a autora os indicadores podem apresentar os resultados, as ocorrências e os eventos de forma quantitativa e/ou qualitativa.

No tocante ao processo de construção desses indicadores, sabe-se que o mesmo deve contemplar um leque de aspectos que garantam a sua qualidade. Em decorrência da grande quantidade de medidas existentes, esse processo torna-se bastante complexo e a seleção dos indicadores deve buscar alcançar algumas propriedades que torne-os uma boa medida de desempenho.

Mainz (2003) e Last (1988) afirmam que ao se elaborar um indicador, faz-se necessário considerar determinados atributos para reconhecer sua eficácia. De acordo com o dicionário de epidemiologia, os atributos são especificados como características qualitativas de um dado item, a saber: atribuível, validade, credibilidade, sensibilidade, especificidade, acessível, comunicável, efetivo/preciso, exequível e objetivo.

Nas ciências da saúde, em especial, na medicina, esses indicadores encontram-se comprometidos com a busca pela etiologia, e geralmente estabelecem uma relação de causa e efeito. Nessa clínica quando o termo indicador está ligado ao adjetivo “risco”, as relações que se estabelecem entre teoria e prática encontram-se vinculadas às ações de prevenção dos agravos que acometem a população, contribuindo para o monitoramento da morbidade e da mortalidade ocasionadas por determinada patologia. Em contrapartida, quando encontram-se acompanhados do adjetivo “saúde”, os indicadores são utilizados principalmente em estudos e práticas que visam a promoção de saúde e, geralmente envolvem estratégias nas quais a intervenção deve ocorrer antes do indivíduo começar a apresentar os sinais e sintomas.

Sob esse viés, pensar a construção de indicadores de risco nas ciências humanas, em especial na Psicanálise, implica um desafio que esbarra nos princípios epistemológicos e metodológicos das ciências objetivas, tendo em vista

que essa área de conhecimento, por excelência, considera a singularidade do sujeito, suas especificidades e como tal se opõe à ideia de construção de leis. Para Pereira e Laznik (2008), as ciências objetivas almejam alcançar resultados experimentais/observáveis que podem ser traduzidos em uma concepção totalitária do mundo. Isso acaba por refletir relações problemáticas entre a psicanálise e a ciência, tendo em vista que existe algo da subjetividade que escapa o campo da ciência e que não pode ser traduzido em uma linguagem de leis e de sentido linguístico. A necessidade de se romper com alguns paradigmas assumidos e tão consolidados pela ciência moderna é refletida no seguinte fragmento:

> se, no inicio de sua carreira, a ciência moderna apostou numa suposta identidade entre o visível e o verdadeiro, hoje a maior parte dos conhecimentos científicos em que estão apoiadas as tecnologias mais avançadas de nosso tempo gira em torno de objetos não visíveis, mas meramente dedutíveis (KUPFER et al., 2009).

Sob essa ótica, torna-se imprescindível expandir os estudos que reconhecem a existência da subjetividade e a consideram como fator que interfere nos aspectos observáveis do desenvolvimento, a exemplo das aquisições cognitivas, psicomotoras, de linguagem, o estabelecimento do brincar e a autonomia nas atividades da vida diária, além das de socialização (WANDERLEY, 1997).

Nessa perspectiva os indicadores da clínica psicanalítica são entendidos dentro do contexto clínico e como tal são considerados:

> (...) como um signo que se relaciona com os demais numa rede discursiva ou em uma lógica simbólica, cuja leitura baseia-se nos eixos teóricos em torno dos quais eles foram construídos. Assim, deve-se lembrar que os indicadores, separadamente, não indicam nada. Precisam estar relacionados entre si para que possam apontar a lógica do eixo em torno do qual estão articulados. (KUPFER e VOLTOLINI, 2005, p.360).

Na Fonoaudiologia, por sua vez, os achados na literatura apontam para o caráter estrito e exclusivamente clínico da Fonoaudiologia, bem como pelo fato de que os estudos voltados para a construção dos indicadores de risco fonoaudiológicos são incipientes e, na maioria das vezes, restritos à área da audiologia, a exemplo dos indicadores de risco para a deficiência auditiva (IRDA).

Segundo o *Joint Committee on Infant Hearing* (JCIH, 2007), os principais indicadores de risco auditivo para recém-nascidos são: permanência de mais de

48 horas na UTI neonatal; anomalias craniofaciais; síndromes associadas a alterações auditivas congênitas; história familiar de deficiência auditiva congênita, infecções intra útero – sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes–, prematuridade, peso de nascimento inferior a 1500 gramas, hiperbilirrubinemia, medicação ototóxica, escore baixo de Apgar, ventilação mecânica com duração de 5 dias ou mais, e otite média de efusão recorrente ou persistente por, pelo menos, três meses.

A criação desses indicadores culminou na elaboração de um programa de atenção à saúde auditiva denominado de Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU) que tem por objetivo realizar triagem nos neonatos com possíveis alterações auditivas. Os bebês que apresentam alterações nos resultados do exame são encaminhados para serviços especializados, a fim de obter diagnóstico e tratamento precoces, fundamentais para minimizar os impactos da deficiência auditiva na aquisição de linguagem e no desenvolvimento infantil.

Em 2007, entrou em vigor, no Estado de São Paulo, a lei estadual nº12. 522/2007 que obriga a rede pública a realizar a triagem auditiva em todos os neonatos com indicadores de risco para deficiência auditiva (IRDA). Em 2010, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva sancionou a Lei nº 12.303 que torna gratuito e obrigatório o exame de emissões otoacústicas (EOA) em todos os hospitais e maternidades públicas e privadas do país.

Pode-se observar uma aproximação entre a clínica médica e a clínica audiológica, pois nesta os indicadores de risco encontram-se vinculados à busca pela etiologia e o diagnóstico do comprometimento anatomofisiológico do sistema auditivo. No entanto, com o avanço dos estudos científicos “a prática fonoaudiológica na área da audiologia tem ido para além da aplicação de uma bateria de exames audiométricos, voltando-se à escuta do sujeito acerca dos problemas decorrentes da perda auditiva” (LOPES et al., 2007, p.533).

Hoje, existe, por parte dessa área, uma preocupação com a exposição do ruído que vai além das perdas auditivas, abrangendo aspectos subjetivos, comumente chamados de extra-auditivos ou não auditivos, a exemplo do incomodo e do estresse e que acabam interferindo na qualidade de vida dos

indivíduos (EVANS et al., 2001; LACERDA et al., 2005; FERREIRA, 2013). Nesse sentido alguns estudos foram realizados na tentativa de investigar os aspectos auditivos e não auditivos relacionados à exposição ao ruído. Na pesquisa de Ferreira (2013) observou-se que o incômodo, o estresse, o cansaço e a irritabilidade são queixas que afetam os profissionais em maior grau devido à sensação do ruído ambiente, sendo encontradas associações estatisticamente significantes com o estresse, o incômodo e o cansaço em indivíduos que tinham a percepção de que o ambiente é barulhento.

Segundo Pereira (2003), a produção cientifica tem mostrado um aumento nas publicações direcionadas aos indicadores clínicos que levam em consideração os aspectos subjetivos, destacando, contudo, que tais pesquisas tornam-se complexas por apresentar dificuldades na análise e quantificação dos dados.

A perspectiva teórica aqui adotada encontra-se ancorada no pressuposto de que os sintomas de fala e linguagem vão para além do seu caráter estritamente orgânico, tendo em vista que a linguagem é concebida enquanto "objeto simbólico indissociável da subjetividade, cujos sintomas são vistos como manifestações que implicam o sujeito e o outro" (FREIRE, 2009). Sendo assim, acredita-se que nesse estudo, os indicadores de risco para a fala infantil "devem ser considerados indícios, pistas que dão propriedade à construção de hipóteses acerca de movimentos que são completamente subjetivos, exclusivos" (PALLADINO, 2007).

Assim, distanciamo-nos da concepção médico-positivista para adentrar a Clínica da Subjetividade, pois sabemos que, como diria Pádua (2007 p. 181):

> [...] podemos refletir que se para o discurso médico há algo que pode ser predito (preconiza a noção de causa e efeito) a partir da incidência de um diagnóstico, não podemos dizer o mesmo quando partimos de uma concepção que valoriza a linguagem, o funcionamento simbólico e o sujeito (PÁDUA, 2007, p. 181).

Neste capítulo foi possível observar as diferentes concepções, definições e aplicabilidades do termo indicador nos diversos campos de conhecimento científico, bem como suas contribuições para a implementação de políticas públicas.

O panorama apresentado aponta a necessidade de que o presente estudo se detenha em uma aproximação entre Fonoaudiologia e Saúde Pública, ao pensar os sintomas de linguagem, extrapolando o “fazer fonoaudiológico” para além das paredes da clínica. Ressalta ainda a importância dos indicadores de risco voltados para a fala infantil, tendo em vista o aumento crescente da demanda por atendimento fonoaudiológico com queixas relacionadas à fala e à escrita.

A clínica fonoaudiológica da qual partilhamos compreende os sintomas de fala e de linguagem em um sujeito dividido pelo inconsciente, como afirma a clínica psicanalítica, mas também, dividido pela escuta e pela fala. Nesse sentido o fonoaudiólogo é capturado pela necessidade de responder a demanda do paciente que se encontra aprisionado na falta, que lhe impede de produzir outras coisas, outros modos de se comunicar e de se relacionar com a linguagem. A este modo de estar aprisionado, Lier-DeVitto (2003) chamou sintoma. O sintoma produz sofrimento que leva o sujeito a clínica fonoaudiológica, sendo capaz de marcá-lo e de afastá-lo de outros falantes.

A patologia não está apenas na fala, mas na escuta dos falantes, pois “[...] a escuta tem efeito bumerangue: afeta aquele que fala. Assim, da noção de sintoma participam tanto o ouvinte...que não deixa passar uma diferença, quanto o falante...que não pode passar a outra coisa” (LIER-DE VITTO, 2003, p. 185).

Corroborando essa ideia, Amoroso e Freire (2001, p. 20) destacam que o sintoma da linguagem é o efeito de “estranhamento do outro diante da fala do sujeito”. Gouvêa (2007, p. 159) enfatiza ainda que “o sintoma de linguagem veicula o lugar da fala/escuta do sujeito em relação à fala a escuta do Outro e os efeitos desta relação determinariam a constituição do sintoma de linguagem”. Nesse sentido a emergência desses sintomas estaria atrelada aos efeitos de uma fala sobre a outra, submetidas à sanção do sujeito, do Outro e da intersubjetividade.

Retomando o processo de construção dos indicadores de risco para os sintomas de fala apresentados no capítulo anterior e detalhando este processo, lembramos que o mesmo respaldou-se no modelo de organização de sintomas de linguagem, pelo qual “a ordem do funcionamento dos sintomas de linguagem diz

sobre o funcionamento do sujeito com o campo do Outro que se dá a ver pelas estruturas da escrita, da língua e da fala" (GOUVÊA, 2007, p.98).

A partir dessa proposta, os sintomas de linguagem, na Fonoaudiologia, partem de uma semiologia dominada pelo significante e pela escuta para a fala, na qual a multiestratificação estrutural dos sintomas de linguagem pode respaldar a estrutura da clínica fonoaudiológica a partir da sanção estabelecida entre os falantes. Essa sanção corresponde a:

> (...)um elemento operatório que, articulado ao trinômio sujeito-língua-fala, produz efeitos significantes que se dão a ver tanto no funcionamento da linguagem em sujeitos ditos normais e em sua aquisição pelo infans, como na configuração e manutenção dos sintomas que emergem ou se manifestam na linguagem, isto é, nas cadeias textuais, discursivas e dialógicas. (GOUVÊA, 2007, p.53).

Quando esse sintoma é pensado no discurso, a sanção sobre o sujeito resulta da ocorrência de três operações, a saber: operação de tradução, ou seja, passagem de um significante para outro significante mantendo o mesmo significado; de transcrição, onde o que ocorre é a passagem de um tipo de signo (verbal, acústico, visual) para outro tipo de signo; e, por fim de transliteração, passagem de um sistema de escrita para outro sistema de escrita. Logo,

> traduzir, transcrever e transliterar são formas diferentes de validar ou reconhecer um ato de fala ou uma produção discursiva que tomam em consideração, de maneira distinta, a função de autoria, o efeito de sujeito ou a posição de enunciação. São modalidades diferentes de sancionar um sintoma de linguagem, ou seja, de inscrevê-lo como tal. (GOUVÊA et al., 2011).

Diante do que foi exposto pode-se observar que o termo indicador apresenta várias definições e aplicabilidades nas políticas de saúde. Por este levantamento identificou-se diferentes vertentes nas quais os indicadores estão inseridos, bem como as possíveis articulações com a práxis clínica e fundamentação teórica dos estudos realizados.

É válido mencionar que os indicadores propostos por esta pesquisa devem ser vistos como indícios, pistas de que o sujeito poderá apresentar perturbações de fala e linguagem. Nesse sentido ressalta-se a importância do fonoaudiólogo atuando na promoção de saúde do falante e na atenção básica à saúde da população antes que emerja o sintoma de fala e linguagem.

2.3 Validação de conteúdo: conhecendo os métodos e teorias utilizadas

O processo de desenvolvimento de uma metodologia para validar um instrumento de medida é bastante complexo, em razão da precisão exigida na concretização desse instrumento, atrelada à necessidade de minimizar a presença da subjetividade sem, contudo, esquecê-la.

De acordo com Silva (2005) os protocolos configuram-se como ferramenta que sistematiza tecnologias disponíveis, conhecimento e processos operacionais a fim de nortear o cuidado com a qualidade. Atualmente, existe um número crescente de profissionais e pesquisadores da área da saúde mostrando-se engajados na elaboração e utilização de medidas e instrumentos confiáveis e apropriados para determinadas populações (ALEXANDRE e COLUCI, 2011; PERROCA, 2011).

Nas ciências da saúde, a cada dia, novas escalas e questionários de avaliação tornam-se disponíveis. Esse crescimento tem sido acompanhado de um alerta, por parte da literatura, no que concerne à correta avaliação das qualidades dos instrumentos de coleta de dados (SALMOND, 2008). Sabe-se que o reconhecimento dessa qualidade é aspecto fundamental para a legitimidade e credibilidade dos resultados de uma pesquisa, o que confere força ao processo de validação (BITTENCOURT et al. 2011).

Nesse sentido, diversos autores apontam o processo de validação como uma etapa essencial na verificação da qualidade do que está sendo elaborado. Deste modo, a validade atua como fator determinante na escolha e/ou aplicação de um instrumento de medida (DEVON et al., 2007; FERNANDES, 2005; POLIT e BECK 2006; POLIT, BECK e OWEN, 2007; PERROCA, 2011).

A pesquisa metodológica, por natureza, apresenta o intuito de desenvolver instrumentos e, para tanto, costuma se valer de métodos complexos, incluindo o uso de modelos com métodos mistos, os chamados estudos quanti-qualitativos. De modo geral, refere-se à investigação dos métodos de obtenção e organização de dados e condução de pesquisas rigorosas, mediante o desenvolvimento, a

validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa (POLIT e BECK, 2011).

A abordagem quantitativa permite realizar análises quanto ao grau de precisão do instrumento, enquanto a abordagem qualitativa permite análises descritivas das opiniões dos especialistas, chegando à validação do instrumento pela concordância das sugestões e valorização da importância e satisfação desse instrumento para o público-alvo.

Nesse tipo de estudo cabe ao pesquisador elaborar um instrumento confiável, preciso e utilizável que possa ser empregado por outros pesquisadores. Esse tipo de estudo cabe a qualquer disciplina científica, que se proponha a lidar com fenômenos complexos, a exemplo do comportamento e da saúde dos indivíduos (POLIT e HUNGLER, 1995).

Na avaliação de um instrumento deve-se considerar dois critérios: a confiabilidade primária, que consiste no grau de consistência ou precisão com que um instrumento é capaz de medir o atributo e, a validade que é o grau em que um instrumento mede o que supostamente deve medir (POLIT e BECK, 2011).

Para Raymundos (2009), validação é um processo no qual se examina, com precisão, determinado instrumento ou inferência realizada a partir de escores previamente estabelecidos. Para ele o ato de validar perpassa a demonstração do valor de um instrumento de medida, e compreende todo o processo de investigação. Prossegue afirmando que “O processo de validação não se exaure, ao contrário, pressupõe continuidade e devem ser repetidas inúmeras vezes” (RAYMUNDOS, 2009, p.87).

Sendo assim, a validade de um instrumento evidencia se o que está sendo medido é aquilo que o pesquisador se propôs a avaliar, ou seja, corresponde a habilidade de um método em medir o que se propõe (PASQUALI, 1999).

Corroborando esta idéia, autores como Lynn (1986); McGlynn e Asch (1998); Brooks et. al (2000); Byrne, Regan e Hower (2005) e Fernandes (2005) são unânimes em afirmar que a validade consiste em um fator crucial na escolha e/ou aplicação de uma medida ou de um instrumento de medida. Existe entre eles

um consenso de que a validade é mensurada pela extensão ou grau em que uma medida ou dado representa o conceito que o instrumento se propõe a medir, ou seja, a capacidade que uma determinada medida apresenta de captar ou revelar um dado fenômeno.

Há várias maneiras de se verificar a validade de um instrumento. Para Boaventura (2004), a validade de medida é determinada segundo procedimentos metodológicos, pelos quais é avaliada a qualidade do instrumento. Divide-se em validade de construto, validade de critério e validade de conteúdo. Por sua vez, Barros (2002) alerta que não há uma única forma para determinar a validade de um instrumento, porém alguns métodos podem não ser adequados à natureza das variáveis que estão sendo mensuradas. Valentin et al. (2008) ressaltam a importância de um instrumento com validade lógica, de conteúdo, de critério e de construto, sendo estes indispensáveis para a melhoria das ações dos profissionais de saúde.

Esse estudo se deterá sobre o tipo de validação denominada validação de conteúdo, também conhecida como validação opinativa. A validade de conteúdo é o exame sistemático do conteúdo do instrumento com o objetivo de verificar se este realmente constitui uma amostra teórica representativa do comportamento que se deseja mensurar. Neste tipo de validade, os itens do teste têm de representar fielmente seus objetivos, a área do conteúdo deve ser inteiramente descrita e, em consequência, amplamente definida, sendo esta tarefa realizada por um corpo de especialistas no tema em questão (PASQUALI, 2003; ERTHAL, 2003).

A validade de conteúdo pode ser definida como a representatividade e a extensão com que cada item da medida, adequadamente, comprova o domínio de interesse e a dimensão de cada item dentro daquilo que se propõe a medir de um determinado fenômeno investigado (LYNN, 1986; WESRMORELAND et al., 2000; CARMINES e ZELLER, 1971; WYND; SCHIMIDT e SCHAEFER, 2003; RUBIO et al., 2003; BRAGA, 2004; BAJAY e ARAÚJO, 2006; KIM, FISHER e ELLIOTT, 2006).

Polit e Beck (2011) ressaltam que esse tipo de validação baseia-se necessariamente, em julgamento. Indica em que medida o instrumento possui uma amostra apropriada de itens para medir o construto específico e cobrir adequadamente o seu domínio.

Validar o conteúdo de um instrumento refere-se à análise minuciosa do conteúdo do mesmo, com o intuito de verificar se os itens propostos constituem uma amostra representativa do assunto que se pretende medir. Os instrumentos são, então, submetidos a apreciação de peritos no assunto, os quais podem sugerir, corrigir, acrescentar ou modificar os itens (PERROCA e GAIDZINSKI, 2003; POLITe HUNGLER, 1995).

McGlynn e Asch (1998) ressaltam a existência de autores que questionam a validação de conteúdo enquanto um procedimento científico e, nesse sentido, definem validade de conteúdo como sinônimo de face *validity,* configurando-a como uma avaliação subjetiva realizada por *peritos.*

Lynn (1986), por sua vez, aponta a existência de diferenças significativas entre face *validity* e a validade de conteúdo. A autora afirma que a face *validity* não configura-se como sendo uma técnica psicométrica verdadeira, pois é uma validade conferida por “leigos” sobre um procedimento. Para ela o que estaria sendo julgado, nesse caso, seria a “aparência” do instrumento como sendo sólido ou relevante, e denominou esse tipo de validade como “validade de aparência”.

Corroborando ideia, Queijo (2002) ressalta que face *validity* consiste em uma avaliação superficial realizada por aqueles que utilizaram o instrumento de medida.

Wynd, Schimidt e Schaefer (2003) chamam a atenção para outro aspecto que, segundo os autores, seria indicativo da ausência de medidas rigorosas e objetivas na estratégia da validade de conteúdo. Para eles, isto ocorre devido ao fato de não existir um consenso sobre quais os critérios para determinação da extensão em que a medida alcançou a validade.

A partir das definições apresentadas sobre os tipos de validade, é possível observar a complexidade e a dificuldade de escolher entre cada tipo de validade,

bem como a divergência de opiniões entre os autores acerca da cientificidade da estratégia de validação de conteúdo. Apesar desse panorama, Rubio et al. (2003) e Braga (2004) reiteram a importância desta modalidade de validação em razão da inestimável contribuição dos peritos, por serem conhecedores do tema sob estudo. Neste sentido, fica clara a necessidade de métodos rigorosamente controlados para conferir o grau de validade aos itens e, consequentemente, ao instrumento que se pretende elaborar.

Autores como Westmoreland (2000) e Bertoncello (2004) são unânimes ao afirmar que esta extensão de concordância dos peritos deve ser de pelo menos 80%.

A partir da análise e reflexão a cerca dos dados levantados na literatura quanto ao percentual de consenso a ser considerado entre os especialistas, pode-se observar que há diversidade entre os estudos realizados, que varia de 50 a 100%.

Segundo Rubio et al. (2003) são três as possibilidades de análise dos dados:

Análise pelo Índice de Fidedignidade (reliability) ou concordância entre avaliadores (inter rater agreement - IRA): avaliada a concordância dos peritos quanto à representatividade e clareza dos itens em relação ao conteúdo. A fidedignidade deve ser calculada para cada item do instrumento e, na sequência, para o instrumento como um todo. Em uma abordagem mais conservadora, os itens que obtiveram 100% de concordância dos especialistas são divididos pelo total de itens. Em uma abordagem menos conservadora, a qual é indicada nos casos em que o número de especialistas for superior a cinco, os itens que obtiveram no mínimo 80% de concordância são divididos pelo total de itens.

Análise pelo Índice de Validade de Conteúdo (Content Validity Index - CVI): nesta possibilidade de análise, os itens e o instrumento como um todo são considerados válidos se obtiverem um CVI de 0,80 para a representatividade da medida. O CVI para cada item é calculado dividindo-se o número de peritos que valoraram o item com escore 3 ou 4, em um escala ordinal de 1 a 4 (de irrelevante

a extrema relevância), pelo total de peritos. O cálculo resulta na proporção de peritos que julgaram o item válido. O CVI para o instrumento todo é calculado dividindo-se o total de itens que receberam um CVI de 0,80 pelo número total de itens do instrumento (LYNN, 1986; BECK, 1999; WESTMORELAND, 2000; DAVIS, 1992 apud RUBIO et al., 2003;).

Análise pelo Índice de Validade Fatorial (Fatorial Validity Index – FVI): Avalia o grau em que cada expert apropriadamente associou o item com seu respectivo fator. Isso fornece uma indicação preliminar da validade fatorial da medida. Como é um índice ainda novo, Rubio et al. (2003) afirmam que não existem critérios para determinar o nível desejado.

O processo de análise dos dados pelo método índice de validade de conteúdo (CVI) caracteriza-se pela possibilidade de utilizar uma escala de valoração dos itens. Este tipo de escala é denominada escala psicométrica e, segundo Polit, Beck e Hungler (2001), pode ser representado por meio de várias técnicas de classificação por escala. A técnica de classificação por escala mais utilizada é a fornecida pela escala Likert, a qual tem como característica apresentar um enunciado declarativo e solicitar aos respondentes que indiquem em que grau concordam ou discordam da opinião apresentada (POLIT, BECK e HUNGLER, 2001).

Outro ponto que é valido destacar ao se falar em validação de conteúdo, diz respeito ao número ideal de especialistas para avaliar os tópicos de um instrumento.

Streiner e Norman (1999) recomendam a participação de três a 10 especialistas na validação de conteúdo, ressaltando a importância da experiência acumulada na área e para a necessidade do julgamento ser realizado individualmente, ou seja, sem nenhum contato entre os participantes.

Segundo Pasquali (1998), após a avaliação dos especialistas completam-se os procedimentos teóricos na construção do instrumento de medida. Deste processo resulta o instrumento-piloto, o qual se constitui da hipótese a ser empiricamente testada.

A tarefa de testagem da hipótese será iniciada com os procedimentos experimentais, os quais consistem em coletar informações empíricas válidas e submetê-las às análises estatísticas pertinentes.

Diante de tudo o que foi exposto, conclui-se que a validação de um instrumento corresponde a etapa crucial antes da sua utilização, em razão de possibilitar a verificação da qualidade dos dados, bem como a sua aplicação a uma população específica. De modo geral, possibilita o desenvolvimento de um instrumento que realmente mensure aquilo que se propôs e permite avaliar como o instrumento se comporta no ambiente em que se pretende implementá-lo (BOAVENTURA, 2004).

3. MÉTODO

3.1 Caracterização do estudo

Trata-se de uma pesquisa de desenvolvimento metodológico de abordagem quanti-qualitativa que visa validar os indicadores de risco para a fala.

A pesquisa metodológica refere-se a investigação dos métodos de obtenção, bem como de organização dos dados e condução de pesquisas rigorosas. Trata do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa (POLIT e BECK, 2011).

Sendo assim, configura-se enquanto um estudo que ter por objetivo primordial a elaboração de instrumentos de captação ou de manipulação da realidade. Encontra-se, portanto, associada a caminhos, formas, maneiras e procedimentos para atingir determinado fim (MORESI, 2003).

Esse tipo de pesquisa é considerado uma estratégia que utiliza de maneira sistemática os conhecimentos existentes para a elaboração de uma nova intervenção ou melhora de uma já existente, bem como para a elaboração ou modificações de um instrumento, dispositivo ou método de mediação (CONTANDRIOPOULUS et al., 1997).

Quanto aos fins a que se destina, o presente estudo constituiu-se em uma pesquisa aplicada. Essa nomenclatura foi definida por Barros e Lehfeld (2000) como aquela em que o pesquisador busca orientação prática para a solução imediata de problemas concretos do cotidiano, sendo movido pela necessidade de conhecer a realidade para a aplicação imediata dos resultados.

3.2 Considerações éticas

Este estudo foi realizado na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa conforme parecer nº CAAE: 17657913.5.0000.5482, respeitando-se os trâmites legais estabelecidos por esse órgão.

No tocante à revisão da literatura foram selecionados artigos catalogados nas bases de dados Lilacs, Medline e Scielo, com os seguintes descritores: Fonoaudiologia, Saúde Pública, validade dos testes, estudos de validação, métodos, indicadores de qualidade em assistência à saúde.

3.3 Procedimentos para validação de conteúdo dos indicadores

Nessa etapa buscou-se mensurar o quanto a medida incorpora o domínio dos fenômenos que se propõe medir, em outras palavras a validação teórica. Deste modo foi empregado o método de validade de conteúdo, também conhecido como validade opinativa, por meio da opinião de especialistas-especialistas.

Esta validação, por sua vez, refere-se à consistência e ao valor de cada indicador no sentido de avaliar as práticas a que se destinam, em termos de capacidade e amplitude para medir a qualidade das mesmas, quanto à análise da capacidade e suficiência dos indicadores para orientar, captar, mensurar e analisar os dados (LYNN, 1986; WESTMORELAND et al., 2000).

Sendo assim, esse trabalho foi realizado por meio da validação de conteúdo por um grupo com experiência teórica e prática para a análise, que será devidamente descrita a seguir.

3.3.1 A constituição do grupo de especialistas

O grupo de especialistas foi composto por profissionais com conhecimento e experiência sobre os temas linguagem e indicadores de risco, sobretudo atuantes na pesquisa, docência e/ou assistência.

Também considerou-se como critério para essa composição a formação profissional (Fonoaudiólogo e psicanalista) e experiência mínima de 10 (dez) anos na sua área de atuação.

No primeiro momento foram convidados a participar desta pesquisa, 10 especialistas, a saber: 5 (cinco) Fonoaudiólogos, docentes e pesquisadores com atuação na área de linguagem e que tiveram trabalhos desenvolvidos dentro da temática relativa aos indicadores; 4 (quatro) docentes e pesquisadores com atuação na área de Psicanálise e, por fim, 1 (um) enfermeiro com experiência na criação de indicadores de risco. Contatados, cinco (05) destes sujeitos aceitaram participar da pesquisa.

O contato com esses profissionais foi realizado via e-mail, mediante uma carta convite (ANEXO 3), com o intuito de explicar os objetivos e o método da pesquisa, solicitar autorização e participação, bem como informar que o prazo de devolução do conteúdo seria de 15 dias. Contudo, 4 (quatro) participantes não devolveram o material no tempo estabelecido, estendendo-se o período para 45 dias.

No segundo momento uma carta de aceitação (ANEXO 4), em duas vias, e em um envelope selado foram enviados pelo correio ou entregues pessoalmente aos especialistas; nesta eles declararam estar cientes da sua participação na validação de conteúdo dos indicadores risco para a fala infantil.

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2013 a janeiro de 2014. Na tentativa de atingir um número de 10 profissionais, outros 5 especialistas foram selecionados respeitando os critérios citados anteriormente. Ressalta-se que os contatados não retornaram o material, mesmo após sucessivos contatos. Dessa forma, a validação de conteúdo dos indicadores de risco para a fala infantil foi realizada por 5 (cinco) especialistas.

Após a devolução do material pelos especialistas, as respostas foram tabuladas e todos os comentários e sugestões foram ordenados em quadros para a análise. Os itens de avaliação, os indicadores e, consequentemente, o instrumento foram modificados com base na avaliação dos especialistas.

3.3.2 Caracterização dos Especialistas

O grupo de especialistas composto para verificar se o conteúdo dos indicadores constituiu-se de 5 (cinco) profissionais do sexo feminino, especialistas na área de linguagem e conhecedores de pesquisa metodológica.

Os resultados a seguir referem-se à: graduação, idade, sexo, tempo de formação, natureza jurídica da instituição, função e titulação dos especialistas. Do total de especialistas envolvidos neste estudo observou-se que quanto à graduação/bacharelado, 4 eram fonoaudiólogas (80%) e 1 psicóloga (20%).

A totalidade dos especialistas foi do sexo feminino (100%). Outros estudos, dos mais variados tipos de validação, como o de Pires (2003) com tradução e validação de instrumento de avaliação de triagem em emergência, o de Alcântara (2009) com validação de instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem em crianças com hidrocefalia e o de Oliveira (2011), com a validação do diagnóstico de enfermagem falta de adesão em pessoas com hipertensão, encontraram mais de 95% dos especialistas do sexo feminino.

A idade variou entre 31 e 59 anos, sendo a média 41,50 anos (dp ± 12,6) e a mediana de 38 anos, caracterizando-os como adultos e contemplando um dos critérios estabelecidos no referencial teórico para a composição da amostra. Esta faixa etária é semelhante à encontrada por Galdeano (2007) e Alcântara (2009). Achado diferente foi registrado por Oliveira (2011) com uma média de 28 anos de idade, reflexo da condição de recém-formados em cursos de pós-graduação, com a constituição de peritos em determinado assuntos em idade mais precoce.

Em se tratando do tempo de formado a média correspondeu a 19,80 anos (dp ± 10,6) e a mediana de 20 anos, variando de 11 a 37 anos nas áreas de

linguagem e pesquisa/clínica, o que demonstra uma significativa experiência profissional no tema proposto. O maior tempo de formação fornece indícios de maturidade profissional. Para Galdeano (2007), trata-se de um indicador de experiência e consequente habilidade com as ações da profissão. Esses achados corroboram com os critérios de inclusão dos especialistas, no qual destaca-se sobretudo a experiência acumulada, citada por Streiner e Norman (2001).

No tocante à natureza jurídica da instituição onde os participantes atuavam, constatou-se que 2 (40%) pertenciam à instituição privada e 3 (60%) à instituição pública. Em relação à essa tipologia, tanto a pública quanto a privada foram contempladas, o que possibilitou uma análise diferenciada dos indicadores, enriquecendo consideravelmente o processo de validação por meio da estratégia de validação de conteúdo.

Girardi e Carvalho (2002) apontam para a importância da participação de especialistas que exercem suas atividades na rede pública e/ou privada, tendo em vista que isso permite uma ampliação da visão do profissional por se tratarem de realidades distintas entre si e que acabam impondo aos sujeitos motivação por interesses e racionalidades, também, distintas.

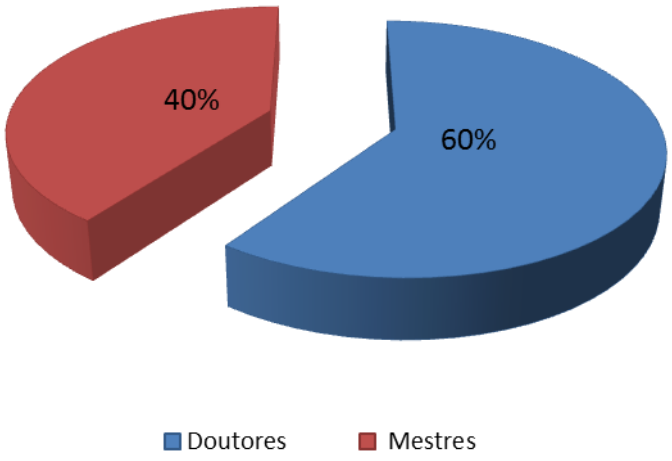

Figura 1: Distribuição dos especialistas segundo a titulação, São Paulo- 2014.

Na figura 1 é possível observar que houve um predomínio de especialistas com pós-graduação *stricto sensu* correspondendo a 3 (60%) doutores e 2 (40%) mestres. Achados semelhantes foram encontrados por Chaves, Carvalho e Hass (2011) em um estudo de validação diagnóstica. Para Goldeano (2007) e Melo et al., (2011), um especialista deve possuir um corpo especializado de conhecimento.

Observou-se o aprofundamento na temática e o envolvimento dos profissionais selecionados como especialistas no presente trabalho. Melo et al. (2011) orientam que os critérios elencados estejam direcionados ao objetivo do estudo. A construção de teses, dissertações, artigos e a participação em especializações configuram-se como atividades de aquisição de conhecimento e de habilidades no assunto em questão, servindo de direcionamento para a escolha de especialistas em estudos de validação.

3.3.3 A técnica utilizada no trabalho com os especialistas

Para a operacionalização do trabalho junto ao grupo de especialistas na validação dos indicadores optou-se pela técnica Delphi, pela qual pode-se obter consenso de um grupo acerca de um fenômeno. Essa técnica consiste na realização de etapas nas quais esse grupo conhece o conteúdo por meio de questionários e julga cada item dos mesmos (DUFFIELD, 1993; GIOVINAZZO, 2000).

Para Wright e GIOVINAZZO (2000), as características essenciais da técnica Delphi respaldam-se na opinião dos participantes, no anonimato dos mesmos e na possibilidade de revisão das visões individuais a cerca do objeto estudado, com base em uma representação estatística (WRIGHT e GIOVINAZZO, 2000).

De acordo com o resultado obtido, caso seja necessário, existe a possibilidade de retorno do material de análise submetido à primeira avaliação.

3.3.4 Consenso de julgamento dos indicadores pelos especialistas

A validação de conteúdo pressupõe a obtenção de opiniões que convergem entre si. Sendo assim, existe a necessidade de se estabelecer um índice de validação de conteúdo mínimo (IVC).

Tomando como base os dados encontrados na literatura, bem como os valores acima descritos, optou-se nesta pesquisa, pelo nível de consenso ≥ a 75%, através da análise estatística. Caso o indicador não consiga atingir o IVC mínimo, faz-se necessário a realização de uma revisão, que contará com os ajustes necessários bem como com a reapresentação do mesmo, aos especialistas, a depender da quantidade e da complexidade das modificações sugeridas.

3.3.5 O instrumento utilizado na coleta de dados

Para a concretização dessa etapa foi adaptado, mediante auxílio estatístico, um material a ser enviado aos especialistas, que compreendeu o protocolo de avaliação (ANEXO 5). Esse protocolo foi criado baseado nos questionários desenvolvidos tanto por Silva (2005) quanto por Fernandes (2005), intitulado: “Instrumento para Validação Opinativa dos Indicadores de Práticas relacionadas a Acesso Vascular de Usuários de Serviços de Hemodiálise”, dividido em duas partes:

Parte I: Caracterização do Especialista.

Compreende os seguintes dados: Idade (anos), tempo de formado (anos), instituição de trabalho (pública ou privada), cargo/função exercida, graduação e a última titulação.

Parte II: Julgamento dos indicadores

Diz respeito a avaliação de conteúdo do Manual Operacional, dos atributos e dos componentes de cada um dos indicadores. Cada julgamento contem, no cabeçalho, as orientações específicas para o seu preenchimento, a serem brevemente descritas a seguir:

Julgamento 1: Avaliação do conteúdo (constructo) do manual operacional

Essa avaliação diz respeito ao manual operacional de cada indicador e visou averiguar o conteúdo e a sua aplicabilidade prática. Os resultados foram obtidos por meio de respostas afirmativas ou negativas. Foi estabelecido um espaço para os comentários e sugestões dos especialistas. Dentre os itens apresentados nesse julgamento estão:

A ***descrição*** explicita com clareza e objetividade o que o indicador mensura, e sua importância para a avaliação de conteúdo dos indicadores.

A ***fundamentação teórico-científica*** é suficiente, atualizada e relevante.

O ***tipo de indicador*** está adequado para a mensuração a que se pretende.

O ***numerador*** está descrito de maneira que não gera dúvidas sobre os eventos que se pretende medir.

O ***denominador*** explicita a totalidade da população ou evento sob avaliação, enquanto totalidade para o cálculo do indicador.

A ***população ou amostra*** descrita para o indicador é adequada para retratar a totalidade da realidade.

As ***fontes de coleta de informação*** para a avaliação dos itens do indicador são apropriadas para medir o que se pretende com o custo mínimo.

Os ***critérios para avaliação*** são claros, objetivos e permitem a mesma interpretação entre avaliadores diferentes sob as mesmas condições, local e período.

Julgamento 2: Avaliação dos atributos do indicador

Destina-se a avaliar as características qualitativas do conjunto do indicador, enquanto medida de qualidade para a avaliação, no caso do estudo de Last (1988) das práticas assistenciais de acesso vascular em Hemodiálise. Os atributos considerados foram retirados das seguintes publicações: JCAHO (1989), Pringle, Wilson, Grol (2002), Campbell et al. (2002) e Mainz (2002), e serão descritos a seguir:

Atribuível: refere-se a capacidade que o indicador possui de refletir a qualidade da prática a qual se relaciona.

Validade: Grau ou nível no qual o indicador atinge o seu propósito, identifica as situações onde a qualidade do cuidado e dos serviços deve ser melhorada

Credibilidade: o quanto o indicador é de fácil entendimento (inteligível), mede e levanta hipóteses que fazem sentido ás práticas assistenciais a que se relaciona e aos usuários

Sensibilidade: grau ou nível onde o indicador é capaz de identificar, todos os casos de cuidado que apresentam problemas reais às práticas a que se relaciona.

Especificidade: grau ou nível onde o indicador é capaz de identificar, somente aqueles casos nos quais existem reais problemas de qualidade.

Acessível: os dados necessários para compor o calculo do indicador podem ser acessados rapidamente e com um custo mínimo.

Comunicável: a importância da medida pode ser facilmente explicada e compreendida.

Efetivo/preciso: avalia a amplitude, ou seja, a capacidade de medir aquilo a que se propõe.

Exequível: a medida é aplicável.

Objetivo: o indicador permite mensurar de maneira clara, sem julgamento subjetivo.

É válido mencionar que para cada atributo apresentado anteriormente, foi indicada a escala psicométrica contento quatro graus de valoração.

Valor numérico atribuído	Graus de valoração	Definições proposta por Lynn (1986)
1	Não atende totalmente	O indicador é incapaz de atender ao atributo
2	Não atende parcialmente	O indicador é incapaz de atender ao atributo, sem revisão
3	Atende parcialmente	O indicador atende ao atributo, mas precisa de alteração mínima
4	Atende totalmente	O indicador é capaz de atender ao atributo, sem alteração

Quadro 2: Demonstrativo dos critérios utilizados na pesquisa de Silva e Fernandes (2005), com os respectivos atributos e graus de valoração.

Julgamento 3: Avaliação dos componentes do indicador

Neste item a avaliação dos componentes do indicador foi realizada por meio de perguntas com respostas afirmativas ou negativas, bem como foi deixado um espaço para sugestões e comentários dos especiais. São eles:

Simplicidade: possibilita uma única interpretação.

Objetividade: permite resposta pontual.

Clareza: utiliza frases curtas, expressões simples e inequívocas.

Precisão: cada componente é distinto dos demais que cobrem o indicador.

Pertinência: o componente não sugere atributo diferente do definido.

Variedade: os termos utilizados especificam cada componente, não permitindo confusão com os demais componentes ou ideia de repetição.

Credibilidade: está descrito de maneira que não pareça descaracterizado ou despropositado em relação ao contínuo do indicador sob avaliação.

É valido mencionar que o protocolo de avaliação utilizado no presente estudo passou por algumas adaptações/modificações a fim de atender as demandas da pesquisa em questão. Dentre as alterações podemos citar:

1. O protocolo não foi estruturado em forma de questionário com perguntas e respostas, mas sim no formato de tabela.

2. As notas atribuídas a cada atributo variaram de 1 a 5, e discriminadas da seguinte forma:

Nota	Significado
1	Não contempla o atributo
2	Incapaz de contemplar o atributo sem revisão
3	Contempla o atributo, mas precisa de alteração
4	Contempla o atributo, mas precisa de alteração mínima
5	Contempla o atributo

Quadro 3: Demonstrativo dos critérios utilizados na presente pesquisa quanto ao atributo e seus respectivos significados.

É válido destacar que essa alteração foi realizada, mediante auxílio estatístico e dados encontrados na literatura quando a inclusão da categoria central ao se utilizar a Escala de Likert.

Segundo Johnson (2002) a não inclusão da categoria central, em uma escala 0-4, pode conduzir a uma tendência e forçar os respondentes a marcarem a direção que eles estão “inclinados”. Prossegue afirmando que existem escalas de Likert variando de quatro a onze categorias, porém as escalas de quatro e cinco categorias são, realmente, as mais populares.

3. Foram analisados 3 domínios: avaliação de cada indicador; avaliação de cada item dos indicadores e, por fim, avaliação do conjunto.

4. Na tentativa de reduzir a extensão do material e por constatar que alguns itens já estavam sendo contemplados optou-se por retirar, mediante auxílio estatístico, os seguintes aspectos localizados no terceiro domínio: efeito preciso; exequível e objetivo.

De modo geral, o instrumento de coleta de dados utilizado com os especialistas foi configurado em forma de tabela. As questões do instrumento foram divididas por blocos (domínios); e cada bloco em itens com escores de 1 a 5 representados da seguinte forma: **domínio 1**: avaliação de cada indicador;

domínio 2: avaliação de cada item dos indicadores e, por fim, **domínio 3**: avaliação do conjunto.

Os especialistas responderam o material considerando as pontuações adotadas para julgamento do instrumento, ou seja, uma escala contendo cinco graus de valoração. Um espaço para observações foi deixado ao lado de cada item do documento, para que os especialistas opinassem, quando necessário.

3.3.6 Organização e análise dos dados

As informações obtidas por meio do instrumento foram armazenadas em uma tabela do Sistema Gerenciador de Dados Excel e analisadas por recursos de computação do Pacote Estatístico para as Ciências Sociais[3], versão 17.0 para Windows.

Os resultados serão apresentados em tabelas e figuras, com números absolutos e relativos. As sugestões e comentários dos especialistas foram agrupados em quadros com o objetivo de facilitar o reconhecimento, a análise e a reestruturação de cada indicador, quando necessário.

Para a validação foram calculados os IVC (índice de validade de conteúdo) de cada um dos domínios e o total (dos três domínios). O total de respostas concordantes (3, 4 e 5) foi somado e dividido pelo total de respostas válidas. Por fim, os valores encontrados foram divididos pelo número total de itens. Na validação, consideraram-se discordantes os valores de < 0,75.

Para a análise da validação de conteúdo foram utilizadas as frequências relativas e o percentual de 75% de concordância entre os avaliadores, ou seja, os atributos que receberam as pontuações 3, 4 ou 5.

O tratamento dos dados foi realizado por meio de estatística descritiva.

[3] Statistic Package for Social Sciences (SPSS)

4.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse capítulo serão apresentados os resultados encontrados na presente pesquisa, obedecendo a seguinte sequência:

4.1. Validação de conteúdo dos indicadores.

4.2. Comentários e sugestões dos peritos no processo de julgamento para validação de conteúdo dos indicadores.

4.3. Ficha dos indicadores de risco para a fala infantil: redação final.

4.4. Ficha dos indicadores de risco para a fala infantil: usos e aplicações.

4.1. Validação de conteúdo dos indicadores

A análise a seguir, diz respeito ao parecer dos especialistas sobre os itens de avaliação de cada um dos 12 (doze) indicadores de risco para a fala infantil propostos por este estudo, e o objetivo foi captar a concordância ou discordância de cada um em relação aos atributos.

Os pareceres, apresentados sob a forma de tabelas, descrevem os resultados e os problemas encontrados no instrumento e que necessitaram de reformulação. As respostas foram analisadas de forma quantitativa, por meio dos itens do instrumento de coleta de dados que abordavam domínios de análise com as opções de respostas.

Para emitir sua opinião, os especialistas procederam à leitura do respectivo material e depois escolheram a resposta entre cinco níveis, conforme a escala tipo Likert. Para Pasquali (1999), a escala de Likert apresenta a preocupação de

verificar o nível de concordância do sujeito sobre uma série de afirmações que expressem algo de favorável ou desfavorável em relação a um objeto psicológico.

O percentual de consenso dos especialistas será apresentado na forma de tabelas, onde serão destacadas com sombreado as concordâncias inferiores a 75%. Os comentários e sugestões dos especialistas estarão apresentados sob a forma de quadro.

Mesmo para os itens que obtiveram consenso acima de 75%, os comentários e sugestões dos especialistas serão também apresentados, pois contribuíram consideravelmente com o estudo.

Antes da apresentação dos resultados, cabe lembrar os indicadores de risco a serem julgados:

Indicador 1: O adulto fala com a criança como se ela entendesse tudo o que ele diz.
Indicador 2: A criança é ouvida e seus pedidos são respondidos.
Indicador 3: Os pais ouvem a fala da criança como se ela estivesse falando com eles
Indicador 4: Os pais colocam os pedaços de fala da criança em um contexto da língua
Indicador 5: Os pais interpretam verbalmente as manifestações corporais da criança (riso, choro, gesto e olhar).
Indicador 6: Os pais não brigam com a criança quando não conseguem entende-la.
Indicador 7: A criança reage (sorri, olha, vocaliza, vira) quando alguém fala com ela.
Indicador 8: A criança responde a chamados.
Indicador 9: A fala da criança repete a fala do outro.
Indicador 10: A criança mostra interesse em falar com o outro.
Indicador 11: A criança mantem a conversa.
Indicador 12: A criança faz e responde perguntas

Quadro 4: Apresentação dos indicadores de risco para a fala infantil.

As Tabelas de 1 a 12 apresentam o percentual de concordância dos especialistas em relação aos itens de cada indicador.

Nas tabelas de 1 a 10, observa-se que os três domínios obtiveram IVC ≥ a 75%, pela somatória dos graus 3, 4 e 5. Portanto, todos os aspectos foram aprovados pelos especialistas.

Tabela 1 – Número e percentual de especialistas que responderam a questão 1 para o indicador “O adulto fala com a criança como se ela entendesse tudo o que ele diz.”.

Você fala com a criança achando que ela entende o que você fala?	Discordam		Concordam	
	N	(%)	N	(%)
Domínio 1 – Avaliação de cada indicador				
Descritor	0	(0,0)	5	(100,0)
Fundamentação	1	(20,0)	4	(80,0)
Tipo de indicador	1	(20,0)	4	(80,0)
Numerador	1	(20,0)	4	(80,0)
Denominador	1	(20,0)	4	(80,0)
Fonte de dados	0	(0,0)	5	(100,0)
Critérios de avaliação	1	(20,0)	4	(80,0)
Domínio 2 – Avaliação de cada item dos indicadores				
Comportamental	0	(0,0)	5	(100,0)
Objetividade	0	(0,0)	5	(100,0)
Simplicidade	1	(20,0)	4	(80,0)
Clareza	0	(0,0)	5	(100,0)
Pertinência	1	(20,0)	4	(80,0)
Precisão	0	(0,0)	5	(100,0)
Variedade	0	(0,0)	5	(100,0)
Credibilidade.	0	(0,0)	5	(100,0)
Domínio 3 – Avaliação do conjunto				
Atribuível	0	(0,0)	4*	(100,0)
Acessível	0	(0,0)	4*	(100,0)
Comunicável	0	(0,0)	4*	(100,0)
Contextualizável	0	(0,0)	4*	(100,0)

*Ausência de resposta

Tabela 2 – Número e percentual de especialistas que responderam a questão 3 para o indicador “Os pais ouvem a fala da criança como se ela estivesse falando com eles”.

Você ouve a fala da criança como se ela estivesse conversando com você?	Discordam N	(%)	concordam N	(%)
Domínio 1 – Avaliação de cada indicador				
Descritor	1	(20,0)	4	(80,0)
Fundamentação	1	(20,0)	4	(80,0)
Tipo de indicador	1	(20,0)	4	(80,0)
Numerador	1	(20,0)	4	(80,0)
Denominador	1	(20,0)	4	(80,0)
Fonte de dados	0	(0,0)	5	(100,0)
Critérios de avaliação	0	(0,0)	5	(100,0)
Domínio 2 – Avaliação de cada item dos indicadores				
Comportamental	0	(0,0)	5	(100,0)
Objetividade	0	(0,0)	5	(100,0)
Simplicidade	0	(0,0)	5	(100,0)
Clareza	1	(20,0)	4	(80,0)
Pertinência	1	(20,0)	4	(80,0)
Precisão	0	(0,0)	5	(100,0)
Variedade	0	(0,0)	5	(100,0)
Credibilidade.	0	(0,0)	5	(100,0)
Domínio 3 – Avaliação do conjunto				
Atribuível	0	(0,0)	5	(100,0)
Acessível	0	(0,0)	5	(100,0)
Comunicável	0	(0,0)	5	(100,0)
Contextualizável	0	(0,0)	5	(100,0)

Tabela 3 – Número e percentual de especialistas que responderam a questão 4 para o indicador **“**Os pais colocam os pedaços de fala da criança em um contexto da língua”.

A criança fala sons que você repete como palavras dentro de uma frase? Ex- criança diz: "ããã" e a mãe responde: "Ah! Você quer a água!"	Discordam N	(%)	concordam N	(%)
Domínio 1 – Avaliação de cada indicador				
Descritor	1	(20,0)	4	(80,0)
Fundamentação	1	(20,0)	4	(80,0)
Tipo de indicador	1	(20,0)	4	(80,0)
Numerador	1	(20,0)	4	(80,0)
Denominador	1	(20,0)	4	(80,0)
Fonte de dados	0	(0,0)	5	(100,0)
Critérios de avaliação	1	(20,0)	4	(80,0)
Domínio 2 – Avaliação de cada item dos indicadores				
Comportamental	1	(20,0)	4	(80,0)
Objetividade	1	(20,0)	4	(80,0)
Simplicidade	1	(20,0)	4	(80,0)
Clareza	1	(20,0)	4	(80,0)
Pertinência	0	(0,0)	5	(100,0)
Precisão	0	(0,0)	5	(100,0)
Variedade	0	(0,0)	5	(100,0)
Credibilidade.	0	(0,0)	5	(100,0)
Domínio 3 – Avaliação do conjunto				
Atribuível	0	(0,0)	5	(100,0)
Acessível	0	(0,0)	5	(100,0)
Comunicável	1	(20,0)	4	(80,0)
Contextualizável	0	(0,0)	5	(100,0)

Tabela 4 – Número e percentual de especialistas que responderam a questão 5 para o indicador “Os pais interpretam verbalmente as manifestações corporais da criança (riso, choro, gesto e olhar).”.

Você entende o que a criança quer dizer quando ela sorri, chora, olha e faz gestos?	Discordam N	(%)	concordam N	(%)
Domínio 1 – Avaliação de cada indicador				
Descritor	1	(20,0)	4	(80,0)
Fundamentação	2	(40,0)	3	(60,0)
Tipo de indicador	2	(40,0)	3	(60,0)
Numerador	2	(40,0)	3	(60,0)
Denominador	2	(40,0)	3	(60,0)
Fonte de dados	1	(20,0)	4	(80,0)
Critérios de avaliação	1	(20,0)	4	(80,0)
Domínio 2 – Avaliação de cada item dos indicadores				
Comportamental	1	(20,0)	4	(80,0)
Objetividade	1	(20,0)	4	(80,0)
Simplicidade	1	(25,0)	3	(75,0)
Clareza	1	(20,0)	4	(80,0)
Pertinência	1	(20,0)	4	(80,0)
Precisão	1	(20,0)	4	(80,0)
Variedade	1	(20,0)	4	(80,0)
Credibilidade.	1	(20,0)	4	(80,0)
Domínio 3 – Avaliação do conjunto				
Atribuível	1	(20,0)	4	(80,0)
Acessível	1	(20,0)	4	(80,0)
Comunicável	1	(20,0)	4	(80,0)
Contextualizável	1	(20,0)	4	(80,0)

Tabela 5 – Número e percentual de especialistas que responderam a questão 7 para o indicador “A criança reage (sorri, olha, vocaliza, vira) quando alguém fala com ela.”.

A criança sorri, olha, faz sons, vira quando alguém fala com ela?	Discordam		concordam	
	N	(%)	N	(%)
Domínio 1 – Avaliação de cada indicador				
Descritor	0	(100,0)	5	(100,0)
Fundamentação	1	(20,0)	4	(80,0)
Tipo de indicador	1	(20,0)	4	(80,0)
Numerador	0	(100,0)	5	(100,0)
Denominador	0	(100,0)	5	(100,0)
Fonte de dados	0	(100,0)	5	(100,0)
Critérios de avaliação	0	(100,0)	5	(100,0)
Domínio 2 – Avaliação de cada item dos indicadores				
Comportamental	0	(100,0)	5	(100,0)
Objetividade	0	(100,0)	5	(100,0)
Simplicidade	0	(100,0)	5	(100,0)
Clareza	0	(100,0)	5	(100,0)
Pertinência	0	(100,0)	5	(100,0)
Precisão	0	(100,0)	5	(100,0)
Variedade	0	(100,0)	5	(100,0)
Credibilidade.	0	(100,0)	5	(100,0)
Domínio 3 – Avaliação do conjunto				
Atribuível	0	(100,0)	5	(100,0)
Acessível	0	(100,0)	5	(100,0)
Comunicável	0	(100,0)	5	(100,0)
Contextualizável	0	(100,0)	5	(100,0)

Tabela 6 – Número e percentual de especialistas que responderam a questão 8 para o indicador “A criança responde a chamados.”.

A criança responde quando é chamada?	Discordam		concordam	
	N	(%)	N	(%)
Domínio 1 – Avaliação de cada indicador				
Descritor	1	(20,0)	4	(80,0)
Fundamentação	1	(20,0)	4	(80,0)
Tipo de indicador	1	(20,0)	4	(80,0)
Numerador	1	(20,0)	4	(80,0)
Denominador	1	(20,0)	4	(80,0)
Fonte de dados	1	(20,0)	4	(80,0)
Critérios de avaliação	1	(20,0)	4	(80,0)
Domínio 2 – Avaliação de cada item dos indicadores				
Comportamental	0	(0,0)	5	(100,0)
Objetividade	0	(0,0)	5	(100,0)
Simplicidade	1	(20,0)	4	(80,0)
Clareza	1	(20,0)	4	(80,0)
Pertinência	0	(0,0)	5	(100,0)
Precisão	0	(0,0)	4*	(100,0)
Variedade	0	(0,0)	5	(100,0)
Credibilidade.	0	(0,0)	5	(100,0)
Domínio 3 – Avaliação do conjunto				
Atribuível	0	(0,0)	4*	(100,0)
Acessível	1	(20,0)	4	(80,0)
Comunicável	0	(0,0)	5	(100,0)
Contextualizável	0	(0,0)	5	(100,0)

*Ausência de Resposta

Tabela 7 – Número e percentual de especialistas que responderam a questão 9 para o indicador “A fala da criança repete a fala do outro.”.

A criança repete o que você fala?	Discordam		concordam	
	N	(%)	N	(%)
Domínio 1 – Avaliação de cada indicador				
Descritor	0	(0,0)	5	(100,0)
Fundamentação	1	(20,0)	4	(80,0)
Tipo de indicador	0	(0,0)	5	(100,0)
Numerador	1	(20,0)	4	(80,0)
Denominador	1	(20,0)	4	(80,0)
Fonte de dados	0	(0,0)	5	(100,0)
Critérios de avaliação	1	(20,0)	4	(80,0)
Domínio 2 – Avaliação de cada item dos indicadores				
Comportamental	0	(0,0)	5	(100,0)
Objetividade	0	(0,0)	5	(100,0)
Simplicidade	1	(20,0)	4	(80,0)
Clareza	0	(0,0)	5	(100,0)
Pertinência	0	(0,0)	5	(100,0)
Precisão	0	(0,0)	5	(100,0)
Variedade	0	(0,0)	5	(100,0)
Credibilidade.	0	(0,0)	5	(100,0)
Domínio 3 – Avaliação do conjunto				
Atribuível	0	(0,0)	4*	(100,0)
Acessível	0	(0,0)	4*	(100,0)
Comunicável	0	(0,0)	4*	(100,0)
Contextualizável	0	(0,0)	4*	(100,0)

*Ausência de Resposta

Tabela 8 – Número e percentual de especialistas que responderam a questão 10 para o indicador “A criança mostra interesse em falar com o outro.”.

A criança tem interesse em falar com as pessoas?	Discordam N	(%)	concordam N	(%)
Domínio 1 – Avaliação de cada indicador				
Descritor	0	(0,0)	5	(100,0)
Fundamentação	1	(20,0)	4	(80,0)
Tipo de indicador	1	(20,0)	4	(80,0)
Numerador	1	(20,0)	4	(80,0)
Denominador	1	(20,0)	4	(80,0)
Fonte de dados	0	(0,0)	5	(100,0)
Critérios de avaliação	0	(0,0)	5	(100,0)
Domínio 2 – Avaliação de cada item dos indicadores				
Comportamental	0	(0,0)	5	(100,0)
Objetividade	0	(0,0)	5	(100,0)
Simplicidade	0	(0,0)	5	(100,0)
Clareza	0	(0,0)	5	(100,0)
Pertinência	0	(0,0)	5	(100,0)
Precisão	0	(0,0)	5	(100,0)
Variedade	0	(0,0)	5	(100,0)
Credibilidade.	0	(0,0)	5	(100,0)
Domínio 3 – Avaliação do conjunto				
Atribuível	0	(0,0)	4*	(100,0)
Acessível	0	(0,0)	5	(100,0)
Comunicável	0	(0,0)	5	(100,0)
Contextualizável	0	(0,0)	5	(100,0)

*Ausência de resposta

Tabela 9 – Número e percentual de especialistas que responderam a questão 11 para o indicador “A criança mantem a conversa.”.

A criança consegue levar uma conversa?	Discordam		concordam	
	N	(%)	N	(%)
Domínio 1 – Avaliação de cada indicador				
Descritor	0	(0,0)	5	(100,0)
Fundamentação	1	(20,0)	4	(80,0)
Tipo de indicador	1	(20,0)	4	(80,0)
Numerador	1	(20,0)	4	(80,0)
Denominador	1	(20,0)	4	(80,0)
Fonte de dados	1	(20,0)	4	(80,0)
Critérios de avaliação	0	(0,0)	5	(100,0)
Domínio 2 – Avaliação de cada item dos indicadores				
Comportamental	0	(0,0)	5	(100,0)
Objetividade	0	(0,0)	5	(100,0)
Simplicidade	0	(0,0)	5	(100,0)
Clareza	0	(0,0)	5	(100,0)
Pertinência	0	(0,0)	5	(100,0)
Precisão	0	(0,0)	5	(100,0)
Variedade	0	(0,0)	5	(100,0)
Credibilidade.	0	(0,0)	5	(100,0)
Domínio 3 – Avaliação do conjunto				
Atribuível	0	(0,0)	4*	(100,0)
Acessível	0	(0,0)	5	(100,0)
Comunicável	0	(0,0)	5	(100,0)
Contextualizável	0	(0,0)	5	(100,0)

*Ausência de resposta

Tabela 10 – Número e percentual de especialistas que responderam a questão 12 para o indicador “A criança faz e responde perguntas.”.

A criança faz e responde perguntas?	Discordam		concordam	
	N	(%)	N	(%)
Domínio 1 – Avaliação de cada indicador				
Descritor	0	(0,0)	5	(100,0)
Fundamentação	1	(20,0)	4	(80,0)
Tipo de indicador	1	(20,0)	4	(80,0)
Numerador	1	(20,0)	4	(80,0)
Denominador	1	(20,0)	4	(80,0)
Fonte de dados	0	(0,0)	5	(100,0)
Critérios de avaliação	0	(0,0)	5	(100,0)
Domínio 2 – Avaliação de cada item dos indicadores				
Comportamental	0	(0,0)	5	(100,0)
Objetividade	0	(0,0)	5	(100,0)
Simplicidade	0	(0,0)	5	(100,0)
Clareza	0	(0,0)	5	(100,0)
Pertinência	0	(0,0)	5	(100,0)
Precisão	1	(20,0)	4	(80,0)
Variedade	0	(0,0)	5	(100,0)
Credibilidade.	0	(0,0)	5	(100,0)
Domínio 3 – Avaliação do conjunto				
Atribuível	0	(0,0)	4*	(100,0)
Acessível	0	(0,0)	5	(100,0)
Comunicável	0	(0,0)	5	(100,0)
Contextualizável	0	(0,0)	5	(100,0)

*Ausência de resposta

As tabelas 11 e 12 evidenciam que todos os domínios obtiveram IVC inferiores a 75%, pela somatória dos graus 3, 4 e 5. Sendo assim, os aspectos foram reprovados pelos especialistas e devem passar por revisão para posterior reavaliação.

Tabela 11 – Número e percentual de especialistas que responderam a questão 2 para o indicador “A criança é ouvida e seus pedidos são respondidos.”.

Você escuta e atende o que a criança pede para você?	Discordam		concordam	
	N	(%)	N	(%)
Domínio 1 – Avaliação de cada indicador				
Descritor	2	(40,0)	3	(60,0)
Fundamentação	2	(40,0)	3	(60,0)
Tipo de indicador	2	(40,0)	3	(60,0)
Numerador	2	(40,0)	3	(60,0)
Denominador	2	(40,0)	3	(60,0)
Fonte de dados	1	(20,0)	4	(80,0)
Critérios de avaliação	2	(40,0)	3	(60,0)
Domínio 2 – Avaliação de cada item dos indicadores				
Comportamental	1	(20,0)	4	(80,0)
Objetividade	2	(40,0)	3	(60,0)
Simplicidade	2	(40,0)	3	(60,0)
Clareza	2	(40,0)	3	(60,0)
Pertinência	2	(40,0)	3	(60,0)
Precisão	1	(20,0)	4	(80,0)
Variedade	1	(20,0)	4	(80,0)
Credibilidade.	1	(20,0)	4	(80,0)
Domínio 3 – Avaliação do conjunto				
Atribuível	1	(20,0)	4	(80,0)
Acessível	1	(20,0)	4	(80,0)
Comunicável	2	(40,0)	3	(60,0)
Contextualizável	1	(20,0)	4	(80,0)

Tabela 12 – Número e percentual de especialistas que responderam a questão 6 para o indicador “Os pais não brigam com a criança quando não conseguem entende-la.”.

Você briga com a criança quando não entende o que ela diz?	Discordam N	(%)	concordam N	(%)
Domínio 1 – Avaliação de cada indicador				
Descritor	2	(40,0)	3	(60,0)
Fundamentação	2	(40,0)	3	(60,0)
Tipo de indicador	2	(40,0)	3	(60,0)
Numerador	2	(40,0)	3	(60,0)
Denominador	2	(40,0)	3	(60,0)
Fonte de dados	2	(40,0)	3	(60,0)
Critérios de avaliação	2	(40,0)	3	(60,0)
Domínio 2 – Avaliação de cada item dos indicadores				
Comportamental	2	(40,0)	3	(60,0)
Objetividade	2	(40,0)	3	(60,0)
Simplicidade	2	(40,0)	3	(60,0)
Clareza	2	(40,0)	3	(60,0)
Pertinência	2	(40,0)	3	(60,0)
Precisão	1	(20,0)	4	(80,0)
Variedade	2	(40,0)	3	(60,0)
Credibilidade.	1	(20,0)	4	(80,0)
Domínio 3 – Avaliação do conjunto				
Atribuível*	2	(50,0)	2*	(50,0)
Acessível	1	(20,0)	4	(80,0)
Comunicável	2	(40,0)	3	(60,0)
Contextualizável	2	(40,0)	3	(60,0)

*ausência de resposta

A tabela 13, demostra os valores referentes aos índices de validade de conteúdo por domínio, bem como o valor total.

Tabela 13 – IVC por domínios e total, segundo indicador.

Questões	$IVC_{Domínio\ 1}$	$IVC_{Domínio\ 2}$	$IVC_{Domínio\ 3}$	IVC_{Total}
Você fala com a criança achando que ela entende o que você fala?	0,86	0,95	1,0	0,93
Você escuta e atende o que a criança pede para você?	0,63	0,70	0,75	0,68
Você ouve a fala da criança como se ela estivesse conversando com você?	0,86	0,95	1,0	0,93
A criança fala sons que você repete como palavras dentro de uma frase? Ex- criança diz: "ããã" e a mãe responde: "Ah! Você quer a água!"	0,83	0,90	0,95	0,88
Você entende o que a criança quer dizer quando ela sorri, chora, olha e faz gestos?	0,69	0,79	0,80	0,76
Você briga com a criança quando não entende o que ela diz?	0,60	0,65	0,63	0,63
A criança sorri, olha, faz sons, vira quando alguém fala com ela?	0,94	1,0	1,0	0,98
A criança responde quando é chamada?	0,80	0,95	0,95	0,89
A criança repete o que você fala?	0,89	0,98	1,0	0,95
A criança tem interesse em falar com as pessoas?	0,89	1,0	1,0	0,96
A criança consegue levar uma conversa?	0,86	1,0	1,0	0,95
A criança faz e responde perguntas?	0,89	0,98	1,0	0,95

Como mostra a tabela, houve uma tendência dos especialistas a optarem pelas respostas de forma concordante. Ao analisar todos os itens, a maior parte das respostas ficou entre contempla o atributo, mas precisa de alteração ou contempla o atributo.

Observa-se que dos 12 indicadores submetidos à validação de conteúdo, somente os indicadores 2 e 6 ficaram abaixo de 0,75, sendo necessária a revisão. Na avaliação por domínios, verifica-se que o indicador 5 do domínio 1 não atingiu o IVC mínimo de 0,75.

As sugestões feitas pelos especialistas quanto à redação dos 10 indicadores validados foram aceitas, e os comentários incorporados sem necessidade de retorno da ficha aos mesmos.

Hulley et al. (2003) afirmam que os indicadores que passaram por essa fase de validação possuem acurácia e precisão, ou seja, os resultados de sua aferição correspondem ao real estado do fenômeno sob mensuração e possibilitam a obtenção de valores semelhantes em medidas sequenciais, permitindo análise estatística para estimar valores médios e testar hipóteses. Tendo em vista que inexiste instrumentos que se propõem a levantar/detectar possíveis problemas de linguagem, os achados não poderiam ser discutidos comparando-se com escalas semelhantes, por se tratar, assim, de um estudo inédito. Entretanto, a validação dos indicadores elaborados neste estudo denota a capacidade dos mesmos em descrever uma situação existente, demonstrar mudanças ou tendências no decorrer de um período e direcionar, em termos de qualidade e quantidade, as ações de saúde a serem executadas.

Vários autores, a exemplo de Moraes e Reichenheim (2002) e García e Rodríguez (2009), concordam sobre a necessidade de desenvolver e validar novos instrumentos de medição, quando não existem outros que mensurem o que realmente se pretende medir, como é o caso da escala apresentada.

4.2. Comentários e sugestões dos especialistas no processo de julgamento para validação de conteúdo dos indicadores

Durante a leitura, os especialistas foram orientados a anotar no próprio material as correções e comentários que julgassem necessários. Dessa orientação, surgiram sugestões consideradas pertinentes, as quais foram acatadas para o aperfeiçoamento da escrita dos indicadores de risco para a fala infantil.

No quadro 5, os comentários e as sugestões dos especialistas foram agrupados, apontando-se as sugestões que foram ou não acatadas e a justificativa.

Verificou-se que das 11 sugestões apresentadas pelos especialistas, 7 foram acatadas e 4 foram rejeitadas, após análise e confronto com a literatura. Portanto, as sugestões estão distribuídas da seguinte forma: 06 (seis) quanto a ordem de apresentação dos indicadores (3 acatadas e 3 não); 5 (cinco) fazem alusão à formatação das perguntas (4 acatadas e 1 não).

Essas sugestões estão apresentadas no quadro a seguir:

Categorias	Problemas Identificados	Sugestões e Comentários	Aceitação	Justificativa
Apresentação dos indicadores	Termos Técnicos	Substituir os termos técnicos por informações que podem ser entendidas pelo público-alvo.	Sim	Os itens serão substituídos, facilitando a aplicação do protocolo.
	Palavras com sentido amplo	Retirar a palavra “tudo” do indicador 1 e substituir por “achando que”.	Sim	Autores referem a necessidade de obedecer ao critério da modalidade para a construção de instrumentos psicométricos de acordo com o qual devem ser evitadas frases com expressões extremadas já que existe uma escala de Likert na qual o respondente poderá graduar sua escolha (Pasquali, 2003).
	Presença de palavras com sentido dúbio	Substituir os termos: “escuta”, “interesse”; “fala”; “falar”; “briga”; “repete”; “pedaços de fala”; “manter”.	Sim	Os itens serão alterados, para que haja um maior entendimento da pergunta e que a mesma consiga contemplar o objetivo do indicador proposto sem gerar uma duplicidade no seu sentido, tornando-a mais clara e objetiva. Autores como Garrud, Wood e Tsainsby (2001), afirmam que o conteúdo deve transmitir claramente a informação e/ou orientação para que o público-alvo o entenda e não haja possibilidade de interpretações errôneas.

	Presença de indicadores que abordam mais de um aspecto	Desmembrar o indicador em dois	Não	Essa sugestão não será acatada tendo em vista que os indicadores respeitam uma ordem de funcionamento dentro de cada eixos e, como tal, devem ser interpretados através dessa relação.
	Ordem que os indicadores foram dispostos	Reorganizar os indicadores quanto a sua ordem de apresentação.	Não	
	Semelhança entre alguns indicadores	Agrupar os indicadores que se parecem, complementam.	Não	
Formatação das perguntas	Perguntas complexas e extensas	Sugestão: Condensar a pergunta, tendo em vista que a resposta pode ser longa.	Sim	Os itens serão diminuídos, facilitando a aplicação do protocolo.
	Disposição das perguntas	Desmembrar a pergunta em dois indicadores;	Não	Essa sugestão não será acatada tendo em vista que os indicadores respeitam uma ordem de funcionamento dentro de cada eixos e, como tal, devem ser interpretados através dessa relação.

	Presença de palavras com sentido dúbio	Modificar a forma de traduzir os indicadores em perguntas, transformando-as em questões mais simples e com a possibilidade de obter respostas diretas.	Sim	Os itens serão modificados, facilitando a aplicação do protocolo e tornando as perguntas mais claras e objetivas.
	Ausência de algum termo na pergunta, que conseguiriam contemplar o aspecto que deseja ser analisar.	Substituir as palavras; Acrescentar termos que consigam chegar ao propósito da pergunta. (ex: Acrescentar “pelo nome”, no indicador 8.	Sim Sim	Os itens serão alterados, para que haja um maior entendimento da pergunta e que a mesma consiga contemplar o objetivo do indicador proposto sem gerar uma duplicidade no seu sentido, tornando-a mais clara e objetiva. Os itens serão alterados, para que haja um maior entendimento da pergunta e que a mesma consiga contemplar o objetivo do indicador proposto sem gerar uma duplicidade no seu sentido, tornando-a mais clara e objetiva.

Quadro 5: Comentários e sugestões dos peritos, no processo de julgamento para validação de conteúdo dos Indicadores de risco para a fala infantil. São Paulo, 2014.

Ao analisar este quadro, observa-se que a maioria dos problemas identificados diz respeito a alterações de determinados termos ou expressões, por meio da substituição, exclusão ou acréscimo de palavras que facilitariam a compreensão do público-alvo, ou seja, dos profissionais de saúde e cuidadores.

Na apresentação dos indicadores e formatação das perguntas, o problema "substituição de termos/palavras" foi encontrado em quase todos os tópicos. Silva (2005) alerta que os termos técnicos e os eufemismos desnecessários devem ser evitados. A linguagem deve ser clara, simples e direta. Sendo assim, deve-se evitar a ordem inversa, frases complexas ou longas demais e informações não relevantes. Para atender aos critérios da clareza e objetividade faz-se necessário utilizar um vocabulário adequado ao público que se pretende atingir.

Corroborando essa ideia, Garrud, Wood e Stainsby (2001) colocam que o conteúdo deve transmitir claramente a informação ou orientação para que o público-alvo o entenda e não haja possibilidade de interpretações errôneas. A justificativa para efetivar essas sugestões aconteceu para evitar a complexidade, duplicidade dos vocabulários atingindo assim o objetivo proposto.

De acordo com Brasil (1998), as informações precisam ser cientificamente corretas, devendo ser transmitidas de forma progressiva, consistente e mais completa possível, tendo em vista que elas, na maioria das vezes, constituem mensagens fidedignas da literatura científica.

No tópico anterior, observou-se que os indicadores 2 e 6 tiveram índices abaixo do parâmetro adotado e, consequentemente, precisaram ser reformulados quanto à representação que eles têm no manual[4]. Deste modo procedeu-se às reformulações conforme sugestões por achá-las pertinentes. Justifica-se, neste estudo, a permanência desses indicadores, tendo em vista o seu modo de funcionamento que respeita uma lógica respaldada na teoria, ou seja, os indicadores estão imbricados entre si por meio de um eixo teórico que os sustenta.

[4] Manual Operacional desenvolvido por Silva e Fernandes (2005).

Convém ressaltar que outros itens, apesar de terem atingido o índice proposto, também foram reformulados.

Ao final das análises, as perguntas referentes aos indicadores ficaram com a seguinte redação:

Indicador 1: Quando você fala com a criança, você acha que ela te entende?
Indicador 2: Você acha que consegue prestar atenção quando sua criança fala ou emite algum som?
Indicador 3: Você ouve a fala ou os sons emitidos pela criança como se ela estivesse conversando com você?
Indicador 4: Quando a criança emite sons você dá algum significado e interpreta como alguma palavra dentro da nossa língua. Ex- criança diz: "ãã" e a mãe responde: "Ah! Você quer a água!"
Indicador 5: Você entende o que a criança quer dizer quando ela sorri, chora, olha e faz gestos ?
Indicador 6: Quando sua criança emite sons que você não entende, você aceita isso como algo normal para a idade ou se irrita, querendo que ela fale correto?
Indicador 7: A criança sorri, olha, faz sons, vira quando alguém fala com ela?
Indicador 8: A criança responde quando é chamada pelo nome?
Indicador 9: A criança repete o que você fala?
Indicador 10: A criança gosta de conversar com as pessoas?
Indicador 11: A criança consegue manter uma conversa?
Indicador 12: A criança faz e responde perguntas?

Quadro 6: Apresentação das perguntas referente aos indicadores de risco para a fala infantil, após a análise dos comentários e sugestões feitas pelos peritos.

A realização da validação de conteúdo proposta para os indicadores de risco para a fala infantil, mesmo após os ajustes sugeridos pelos especialistas, não finda as questões da qualidade das práticas relacionadas à linguagem, pois, além da amplitude da discussão do assunto, os indicadores precisam ser testados quanto a sua confiabilidade interna e externa, mediante aplicação empírica. Deve-se, portanto, considerá-la como uma fase inicial e parte dos procedimentos de construção de um instrumento de medida.

4.3 Ficha dos indicadores de risco para a fala infantil: redação final.

Neste tópico será apresentada uma proposta de utilização dos indicadores de risco para a fala infantil, organizados sob o formato de ficha. O objetivo é que esse instrumento seja utilizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou por qualquer profissional da saúde que tenha contato com crianças, de 0 a 6 anos de idade, e que possa identificar, de forma preliminar, possíveis problemas de fala, seja pelas visitas domiciliares e/ou por meio de consultas de rotina.

Essa redação foi possível, como dito anteriormente, pelo retorno à literatura; pelo resgate dos trabalhos anteriormente desenvolvidos dentro do projeto de pesquisa “Indicadores de saúde e de risco em Fonoaudiologia” e, por fim, pela consulta realizada a um grupo de especialistas no assunto, que acabaram por validar o conteúdo dos indicadores propostos.

Quanto à estrutura da ficha:

a) **Informações Gerais**: Número do prontuário; nome do ACS; identificação da equipe que o profissional faz parte; data de preenchimento; nome do cuidador; idade do cuidador; nome da criança; data de nascimento da criança e idade.

b) **A ficha propriamente dita**: subdividida em idade; eixos; indicadores; perguntas; espaço para marcação contendo as alternativas Sim “S ( )”, Não “N ( )” e Não Sei “NS ( )”, e um espaço para observações.

c) **Campo voltado para as crianças que já apresentam um quadro patológico**: contendo a queixa; tipo de tratamento (médico, fonoaudiólogo, fisioterapeuta e outros).

Trata-se de um instrumento de fácil aplicação, rapidez no preenchimento e baixo custo o que o qualifica enquanto uma ferramenta fundamental na detecção de problemas na fala.

Abaixo encontra-se a ficha de indicadores de risco para a fala infantil, produto final dessa dissertação.

DADOS DA FAMILIA

Nº Prontuário	**Data de Preenchimento**: / /
NOME DO CUIDADOR: ( ) Mãe ( ) Pai ( )Avós ( ) Outros_____	IDADE DO CUIDADOR:
NOME DA CRIANÇA:	
D/ NASCIMENTO DA CRIANÇA:	IDADE DA CRIANÇA:

IDADE	EIXOS	INDICADORES	PERGUNTAS	MARCAÇÃO			OBSERVAÇÕES
				S	N	NS	
Até 3 anos	SSF	1 - O adulto fala com a criança como se ela entendesse o que ele diz.	1 - Quando você fala com a criança, você acha que ela te entende?				
	SSF	2- A criança é atendida e seus pedidos são respondidos.	2- você acha que consegue prestar atenção quando sua criança fala ou emite algum som?				
	RSF	3-Os pais ouvem a fala da criança como se ela estivesse falando com eles.	3- você ouve a fala ou os sons emitidos pela criança como se ela estivesse conversando com você?				
	RSF	4- Os pais colocam os pedaços de fala da criança em um contexto da língua.	4- Quando a criança emite sons você dá algum significado e interpreta como alguma palavra dentro da nossa língua. *Ex- criança diz: "ããã" e a mãe responde: "Ah! Você quer a água!"*				
	RSF	5-Os pais interpretam verbalmente as manifestações corporais da criança (riso, choro, gesto e olhar).	5-você entende o que a criança quer dizer quando ela sorri, chora, olha e faz gestos?				
	RSF	6- Os pais brigam com a criança quando não conseguem entende-la.	6- Quando sua criança emite sons que você não entende, você aceita isso como algo normal para a idade ou se irrita, querendo que ela fale correto?				
	RF	7-A criança reage (sorri, olha, vocaliza, vira) quando alguém fala com ela.	7- a criança sorri, olha, faz sons, vira quando alguém fala com ela?				
De 3 a 6 anos	RF	8-A criança responde a chamados.	8- a criança responde quando é chamada pelo nome?				
	RF	9-A fala da criança repete a fala do outro.	9- a criança repete o que você fala?				
	RF	10-A criança mostra interesse em conversar com o outro.	10- a criança gosta de conversar com as pessoas?				
	RS	11-A criança mantem a conversa.	11-a criança consegue manter uma conversa?				
	RS	12-A criança faz e responde perguntas.	12-a criança faz e responde perguntas?				

LEGENDA
S: SIM
N: NÃO
NS: NÃO SABE

4.4 Ficha dos indicadores de risco para a fala infantil: usos e aplicações

Após a elaboração e apresentação da ficha faz-se necessário discorrer sobre os seus usos e aplicações. A proposta é que essa ficha seja utilizada como um instrumento a serviço dos profissionais da saúde na promoção da saúde em Fonoaudiologia e na prevenção dos problemas de fala.

Essa utilização será realizada em 3 (três) etapas que serão devidamente descritas a seguir:

1. **Preenchimento da ficha**: Por meio das visitas domiciliares (ACS) e/ou das consultas de rotina (médicos), os profissionais deverão preencher os campos da ficha respeitando a faixa etária sugerida.
2. **Conduta do profissional**: Caso verifiquem a presença de 1 (um) indicador para a fala infantil, os mesmos deverão comunicar ao fonoaudiólogo do posto de saúde. A recomendação, neste caso, consistirá no acompanhamento da criança por visitas ou consultas mensais, a fim de que os ACS e médicos verifiquem se esse indicador continua presente. Se o indicador persistir, o procedimento a ser realizado será o encaminhamento para o fonoaudiólogo, com o intuito de que esse profissional avalie a criança. Contudo, se durante o preenchimento o ACS e/ou médico for constatado a presença de 2 (dois) ou mais indicadores, o fonoaudiólogo avaliará e realizará o diagnóstico, oferecendo atendimento terapêutico ao sujeito e/ou orientação aos pais quanto ao processo de aquisição de linguagem.
3. **Procedimento a ser realizado:** Ao final do trabalho a proposta será a formação de um grupo de promoção de fala e linguagem para as crianças identificadas pelos profissionais, coordenado por uma fonoaudióloga em parceria com outros profissionais da saúde. O trabalho com este grupo específico permitirá a observação de crianças com necessidade de atendimento individualizado, sendo estas encaminhadas de acordo com a demanda de cada caso.

É válido destacar a importância do fonoaudiólogo durante todas as etapas da utilização desses indicadores. Caberá a esse profissional o papel de observar

as demandas trazidas pelos profissionais; interpretá-las; orientar as condutas e definir os procedimentos necessários a serem desenvolvidos em cada um dos casos levantados, mediante um trabalho de interlocução com os demais profissionais da saúde.

Como foi observado anteriormente, esses indicadores apontam para risco de problemas na fala, dado que a presença de um indicador pede atenção e/ou intervenção precoces. Portanto, no caso dos indicadores de risco para a fala infantil, sublinha-se não se tratar de previsão, mas sim de localizar uma tendência, ou seja, a possibilidade ou não de uma criança de 0 a 6 anos apresentar problemas na sua fala.

Sugere-se que os profissionais da saúde, fiquem atentos aos sinais contemplados na ficha, durante as visitas domiciliares ou consultas. A utilização desse instrumento possibilitará constatar a presença de algum indicador, bem como o encaminhamento da criança ao setor de Fonoaudiologia.

Para Myres e Jonhson (2007) são os profissionais da Atenção Primária à saúde que ocupam as posições propícias para oferecer cuidados de longo prazo, apoiando e encaminhando as crianças para as intervenções mais adequadas.

Por se tratar de um instrumento fundamentado teoricamente em sua construção, aponta-se a necessidade de capacitar e sensibilizar a equipe de profissionais da saúde para alguns aspectos do desenvolvimento da linguagem que decorrem de operações subjetivas, bem como sedimentar os conceitos e o uso dos indicadores, sob pena de serem utilizados de forma indiscriminada e diferente daquela para a qual foram criados.

Dentre os principais aspectos presentes na fala de uma criança, os indicadores propostos por esse estudo poderão apontar para: um sujeito que não fala; um sujeito que apresenta dificuldade ao falar; que fala pouco; que fala errado e, por fim, que fala bem. Cada um desses casos norteará as ações de promoção e prevenção dos aspectos relacionados à fala, que deveram ser observados precocemente e compreendidos em sua especificidade.

Entendidos sob essa perspectiva, os indicadores apresentam como foco a promoção de saúde do sujeito falante, disponibilizando os resultados como

instrumento para detecção de riscos e para a intervenção na aquisição da linguagem, contribuindo, dessa forma, com ações e planejamentos na área da saúde pública em Fonoaudiologia.

4. CONCLUSÕES

A presente pesquisa partiu da constatação de que dentre os distúrbios de comunicação, os problemas de fala configuram-se como sendo os mais prevalentes na infância, razão pela qual o fonoaudiólogo é, em muitos casos, o profissional procurado pela família. Sendo assim, o papel desse profissional na identificação precoce dos problemas de fala e a importância da sua conduta quanto aos encaminhamentos clínicos necessários ficam evidentes.

A atenção primária, por meio da Equipe de Saúde da Família (ESF) é a porta de entrada para o sistema de saúde, configurando-se como o local de detecção precoce, prevenção de agravos e promoção da saúde, tendo em vista que objetiva a qualidade, integralidade, continuidade e resolubilidade da assistência.

Visando subsidiar e respaldar tais ações, essa pesquisa se propôs a construir um instrumento, em formato de ficha, que contempla 12 (doze) indicadores de risco para a fala infantil, a ser utilizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou por qualquer profissional da saúde que tenha contato com crianças.

Este estudo está alicerçado por contribuições de diferentes campos: a Fonoaudiologia, a Psicanálise e a Saúde Pública. Sustenta-se nas diferentes perspectivas metodológicas que compõem essas ordens e que refletem distintos procedimentos e formas de análise. Essa diversidade não foi tomada como um problema, ao contrário, configurou-se um desafio e uma possibilidade.

Lerner (2008) aponta que uma forma para trabalhar sob a tensão da heterogeneidade, seria a articulação entre essas diferentes perspectivas metodológicas, e complementa dizendo: “a fim de não se pretender reduzir um campo a outro, cumpre escolher alguns aspectos de cada um dos campos para serem aproximados” (LERNER, 2008, p. 176).

Essa tensão esteve na base da construção dos Indicadores de risco para a fala infantil. Apesar de apresentar uma fundamentação teórica de linguagem pautada na subjetividade, os indicadores alçaram um campo que ultrapassa a

noção de sujeito e que almeja resultados mensuráveis e generalizáveis. Esse projeto de construção dos indicadores configura-se no desafio de transmitir, à saúde pública, as especificidades e as experiências que a área da linguagem acumulou, na tentativa de estabelecer com ela um diálogo que se faz necessário.

Do método experimental surgiu a noção de indicadores, estranha à linguagem, mas já consolidada na Saúde Pública. Do método clínico, surgiram as definições dos quatro eixos balizadores e que deram origem aos 12 indicadores. Da articulação desses dois métodos distintos, o presente estudo consistiu em uma possibilidade de estabelecer um diálogo entre os campos e os profissionais que trabalham com a infância.

Tendo-se em vista que a validade é uma característica que se sustenta em um grau maior ou menor de evidências e que a validade de um instrumento é determinada na medida em que mais evidências existam de que ele esteja mensurando aquilo que se propôs a medir, pode-se afirmar que dos 12 indicadores propostos, 10 foram considerados válidos quanto ao seu conteúdo. Os outros 2 permaneceram no instrumento mediante justificativa teórica.

No entanto, o estudo apresentou algumas limitações que devem ser destacadas. A primeira delas refere-se ao número da amostra de especialistas, que deve ser aumentado em pesquisas futuras para verificar se os resultados concordam com os obtidos aqui. Realizou-se somente a validação de conteúdo deste instrumento, fazendo-se necessário conhecer as demais propriedades psicométricas através de outras etapas de validação, a exemplo da especificidade, sensibilidade e a consistência interna.

Outros estudos com a utilização da ficha que abarcam os indicadores de risco para a fala infantil são necessários para que se conheça seu alcance, bem como suas limitações.

Reconhecemos que foi dado um primeiro passo em direção a utilização dessa nova ferramenta, mas salientamos a necessidade de que as pesquisas com os indicadores para a fala infantil prossigam, aprimorando o delineamento e buscando o rigor necessário para que ela possa ser validada no/pelo seu uso ,

seja por fonoaudiólogos e/ou outros profissionais da saúde que atuam com crianças em suas consultas de rotina e visitas domiciliares.

A realização desta pesquisa poderá trazer resultados profissionais de grande valia, tendo em vista tanto a relevância do assunto como a possibilidade de um trabalho interdisciplinar na saúde, através de uma troca de saberes constante.

5.REFERENCIAS

ALCÂNTARA, M. C. M. **Cuidado Clínico À Criança Com Hidrocefalia**: Construção e validação de instrumento para a Sistematização da Assistência de Enfermagem. [Dissertação Mestrado], Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2009.

ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 3061-3068, 2011.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M.Z. **Introdução à epidemiologia moderna**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed; Salvador: APCE Produtos do Conhecimento; Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.

American Speech-Language-Hearing Association Ad Hoc Committee on Service Delivery in the Schools. Definitions of communication disorders and variations. ASHA. 35(Suppl. 10), p.40-1. 1993.

AMOROSO, M.R.M., FREIRE, R.M. Os sentidos do sintoma de linguagem na clínica fonoaudiológica. In: Passos MC (Org.). **A clínica fonoaudiológica em questão**. São Paulo: Plexus, 2001. p. 13-30. Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Versão On line. In: decs.bvs.br, 2001.

ANDRADE, C.R.F. Prevalência das desordens idiopáticas da fala e da linguagem em crianças de um a onze anos de idade. **Rev. Saúde Pública**, v. 3, n. 5, p. 495-501, 1997.

ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A**.** Dados e informação em saúde: para que servem? In: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; CORDONI JÚNIOR, L. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001. cap. 9 , p. 161-181.

BELLEN, H.M. **Indicadores de Sustentabilidade**: uma análise comparativa. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2005.

BAJAY, H. M.; ARAÚJO, I.E.M. Validação e confiabilidade de um instrumento de avaliação de feridas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n.3, p. 209-295, 2006.

BARROS, J. Ansiedade face à morte: Uma abordagem diferencial. **Psychologica**, v. 31, p.161-176, 2002.

BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de metodologia científica**: um guia para a iniciação científica. 2. ed. São Paulo: Pearson Makron Books, 2000.

BECK, C. T. Quantitative measurement of caring. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 30, n. 1, p. 24-32, 1999.

BEFI-LOPES, D.M. A inserção da fonoaudiologia na atenção primária à saúde. In: _____ (Org.). **Fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde**. São Paulo: Ed. Lovise, 1997, p. 15-35.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, set. 2005.

BERTONCELLO, K.C.G. **Qualidade de vida e a satisfação da comunicação do paciente após laringectomia total**: construção e validação de um instrumento de medida. 2004. 247f. [Tese de doutorado em Enfermagem Fundamental]- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

BITTENCOURT, H.R. et.al. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação de disciplinas na educação superior. **Est. Aval. Educ**., v. 22, n.48, p. 91-114, 2011.

BOAVENTURA, A. P. **Registro de atendimento da parada cardiorrespiratória no ambiente intra-hospitalar:** validade e aplicabilidade de um instrumento. 2004. 102 f. [Dissertação Mestrado em Enfermagem] - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

BRAGA, C.G. **Construção e validação de um instrumento para avaliação do "sentimento de impotência"**. [Tese de doutorado] São Paulo (SP). Escola de enfermagem da USP, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de produção e uso de materiais educativos. Brasília, 1998.

_____. Ato Portaria n. 2.073 de 28/09/2004. Política Nacional de Atenção a Saúde Auditiva, DF, 2004..

_____. Ministério da Saúde. Institui a obrigatoriedade do Teste da Orelhinha. Diário Oficial da União. Seção 1:1. Portaria nº 12.303 de 3 de agosto de 2010.

BROOK, R. H.; MCGLYNN, E. A.; SHEKELLE, P. G. Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 12, n. 4, p. 281-295, 2000.

BYRNE, N.; REAGAN, C.; HOWARD, L. Administrative registers in psychiatric research: a systematic review of validity studies. ***Acta Psychiatrica Scandinavica*****,** Copenhagen, v. 112, n. 3, p. 409-414, 2005.

CARMINER, E. G.; ZELLER , R.A. **Reliability na Validity Assessment.** 3 ed., USA, Sage Publications, 1979.

CÉSAR, A.M.; MAKSUD, S.S. Caracterização da Demanda de Fonoaudiologia no Serviço Público Municipal de Ribeirão das Neves-MG. **Revista CEFAC**, São Paulo, v.9, n.1, p. 133-8, jan./mar. 2007.

CHAVES, É.C.L.; CARVALHO, E. C.; HASS, V.J. Validação do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual: análise por especialistas. **Acta Pauls Enferm**, v. 23, p. 264-270, 2011.

CONTANDRIOPOULUS A.P.; CHAMPAGNE F.; DENIS J.L.; PINEAULT R. A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: Hartz ZMA (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997; cap2: 29-47.

DEWRANG, P.; SANDBERGA, D.; Parental retrospective assessment os development and behavior in Asperger syndrome during the first 2 years of life. **Research in Autism Spectrum Disorders**, 2010, 4:461-473.

DIAS C.M., FREITAS M., BRIZ T. Indicadores de saúde: uma visão de Saúde Pública, com interesse em Medicina Geral e Familiar. **Rev Port Clin Geral**. v.23,p.439-50. 2007.

DINIZ, R.D.; BORDIN, R. Demanda em Fonoaudiologia em um serviço público municipal da região Sul do Brasil. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**. São Paulo, v.16, n.2, p. 126-31. 2011.

DUFFIELD, C. The Delphi Technique: a comparison of results obtained using two expert panels. **Int J Nurs Stud**., v. 30, n. 3, p. 277-37. 1993.

ERTHAL, T. C. **Manual de Psicometria**. 7. ed. Rio de Janeiro: Zahar, p.144 . 2003.

EVANGELISTA, F.R. **Indicadores clínicos preliminares para a constituição do sujeito falante** [dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2011.

EVANS, G.W., LERCHER, P., MEIS, M., ISING, H., KOFLER, W.W. Community noise exposure and stress in children.**J Acoust Soc Am**. v.109; p.1023-, 2001.

FERREIRA, A.S. **Percepção do ruído hospitalar em funcionários de uma maternidade do município de São Bernardo do Campo**. [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2012.

FERNANDES, M. V. L. **Indicadores de avaliação de práticas de controle e prevenção de infecção do trato urinário associada a cateter**: construção e validação. 2005. 110 f. [Dissertação Mestrado] – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

FREIRE, R.M. Fonoaudiologia em saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 179-84, jun. 1992.

_____. **Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos para a detecção precoce de riscos no desenvolvimento infantil.** São Paulo; 2009. [Trabalho apresentado na disciplina Seminário em Clínica e Pesquisa II - Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].

GIOVINAZZO, R.A. Modelo de aplicação Delphi pela Internet: Vantagens e Ressalvas. **Administração On Line: prática e pesquisa de ensino**, v. 2, n. 2, abr. /jun. 2000.

GIRARDELI, G. S.; GUARINELLO, A. C.; BERBERIAN, A. P. et al. Atendimento em fonoaudiologia: estudo de uma Clínica-escola na cidade de Curitiba, Paraná. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano 10, n. 34, out/dez. 2012.

GALDEANO, L.E.; ROSSI,L.A. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de experts. Maringá: **Ciênc. Cuid. Saúde**, v.5, n.1, p. 60-66, jan./abr. 2007.

GARCIA, D.M.J., RODRIGUEZ, F., CARMONA, L. Validación de cuestionarios. **Reumatol Clín**, v. 5, n. 4, p. 171-7. 2009.

GARRUD, P.; WOOD, M., STAINSBY, L. Impact of risk information in a patient education leaflet. **Patient Educ Couns**. v. 43, n. 3, p.303-6, 2001.

GONÇALVES, C.G.O.; LACERDA, C.B.F.; PEROTINO,S.; MUGNAINE, A.M.M. Demanda pelos serviços de fonoaudiologia no município de Piracicaba: estudo comparativo entre a clínica escola e o atendimento na Prefeitura Municipal. **Pró-fono Revista de atualização Científica**, v.12, n.2, p. 61-6, 2000.

GOULART, B.N.G.; CHIARI, B.M. Construção e aplicação de indicadores de saúde na perspectiva fonoaudiológica- contribuições para reflexão. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**. São Paulo, v. 11, n.3, p. 194-204. 2006.

_____. Prevalência de desordens de fala em escolares e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n.5, p. 726-31. 2007.

GOUVÊA. G. **Por uma multiestratificação estrutural dos sintomas de linguagem** [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2007.

GOUVÊA, G.; FREIRE, R.M.; DUNKER, C. Sanção em Fonoaudiologia: um modelo de organização dos sintomas de linguagem. In: **Cadernos de Estudos Lingüísticos**. V.53, 2011.

HOROVITZ, M.; MATSON, J.L; TUYGIN, N.; BEIGHLEY, J.S. The relationship between gender and age of first concern in toddlers with autism spectrum disorder. **Research in Autism Spectrum Disorders**. v.6, p. 466-471, 2012.

Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações/ Rede Interagencial de Informações para a Saúde - Ripsa. – Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2002.

JCIH - Joint Committee of Infant Hearing [homepage na internet].Year 2007 Position Statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. American Academy of Pediatrics; c2007. [acesso em 05 mai 2010]. Disponível em: http://www.jcih.org.

LERNER, R. Relato de casos na clínica psicanalítica e em pesquisas: considerações quanto às condições discursivas. In: Lerner, R.; Kupfer, M.C.M. (orgs.). **Psicanálise com crianças**: clínica e pesquisa. São Paulo. Fapesp/Escuta, 2008.

LYNN, M. Determination and Quantification of content Validity. **Nursing Research**, v. 35, p. 382-385, 1986.

KEEGSTRA A.L., KNIJFF, W.A., POST, W.J., GOORHUIS-BROUWER, S.M. Children with language problems in a speech and hearing clinic: background variables and extent of language problems. **Int J Pediatr Otoehinolaryngol**. v. 71, p.815-21, 2007.

KIM, J.R.; FISHER, M.J.; ELLIOTT, D. Attitudes of intensive care nurses towards brain death and organ transplantation: instrument development and testing. **Journal of advanced Nursing**, Oxford, v. 53, p. 571-582, 2006.

KUPFER, M.C.M.; VOLTOLINI, R. Uso de Indicadores em Pesquisas de Orientação Psicanalítica: Um Debate Conceitual. **Psic.: Teor. e Pesq**. v.21, n.3, p. 359-64, 2005.

KUPFER, M.C.M. et al Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 48-68, maio, 2009.

LACERDA, A.B.M., MAGNI, C., MORATA, T.C., MARQUES, J.M., ZANNIN, P.H.T. Ambiente urbano e percepção da poluição sonora. **Ambiente & Sociedade**. v. 8, n. 2, jul./dez, p. 85-98, 2005.

LAST, J.M. **A dictionary of epidemiology**. 2 ed. New York: Oxfor University Press. 1988.

LENZ, A.J.; GERNHARDT, A.; GOULART, B.N.G.; ZIMMER, F.; ROCHA, J.G.; VILANOVA, J.; ZWETSCH, L.B.; WOLF, M. Acolhimento, Humanização e Fonoaudiologia - relato de experiência em Unidade Básica de Saúde de Novo Hamburgo (RS). **Boletim da Saúde**, v.20, n. 2, p. 59-69, 2006.

LIER-DE VITTO, F. Patologias da Linguagem: subversão posta em ato. In Nina Virginia de Araújo Leite (org.) **Corpo e linguagem: gestos e afetos.** Campinas: Mercado de Letras, 2003; FAPESP, 2006, p. 21-32.

LIPAY, M.S.; ALMEIDA, E.C. A fonoaudiologia e sua inserção na saúde pública. **Revista Ciências Médicas**, Campinas, v. 16, n. 1, p. 31-41, jan./fev.2007.

LOPES, G.; RUSSO, I.C.P.; FIORINI, A.C. **Estudo da audição e da qualidade de vida em motoristas de caminhão**. Rev CEFAC. v.9, n.4, p.532-42, 2007.

MAGALHÃES, J. A. P. **Indicadores ambientais e recursos hídricos**: Realidade e perspectiva para o Brasil a partir da experiência francesa. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007. 686p.

MAINZ.J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. **Int J Qual Health Care**. v.15, n.6, p.523-30, 2003.

MARTINS, V.O.; RODRIGUES, A.; ANDRADE, R.V., et al. Perfil epidemiológico dos distúrbios da comunicação humana atendidos em um ambulatório de Atenção Primária à Saúde. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**. São Paulo, p.159-66, 2008.

MATSUDA, L. M. **Satisfação profissional da equipe de enfermagem na UTI-adulto***:* perspectivas de gestão para a qualidade da assistência. 2002. 244 f. [Tese Doutorado em Enfermagem Fundamental] – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

MENDES, V.L.F. Acesso à saúde em Fonoaudiologia. In: BEFI, Débora (org.). **Fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde**. São Paulo: Ed. Lovise, p. 43-56, 1997.

McGLYNN, E.A; Asch S.M. Developing a clinical performace measure. **Am J Prov Med**. v.14, n. 3S, p. 14-21, 1998.

McKINNON D.H., MCLEOD S., REILLY S. The prevalence of stuttering, voice, and speech-sound disorders in primary school students in Australia. **Lang Speech Hear Serv Sch**. v. 38, p.5-15, 2007.

MORAES, C.L.; REICHENHEIM, M.E. Cross – cultural measurement equivalence of the Revised Conflict Tactics Scales. Portuguese version used to identify violence within couples. **Cad Saúde Publica**, v.18, p.783-96, 2002.

MORESI, E.A.D. (Org.). **Manual de Metodologia da Pesquisa**. Brasília-DF: Universidade Católica de Brasília-UCB, mar., 2003.

MYERS, S.M.; JONHSON, C.P. Management of children with autism spectrum disorders. **Pediatrics**, v. 120, n. 5, p. 1162-1182. 2007.

OLIVEIRA, CJ. **Revisão do diagnóstico de enfermagem "Falta de Adesão" em pessoas com hipertensão arterial**. [Tese Doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza-CE, 2011.

ORTIZ, K.Z.; BERTACHINI, L.; PEREIRA, L.D. Atuação fonoaudiológica em unidades básicas de saúde. In: VIEIRA, R.M; VIEIRA, M.M.; ÁVILA, C.R.B; PEREIRA, L.D (org.). **Fonoaudiologia e saúde pública**. Carapicuíba: Pró-Fono, p. 121-36, 2000.

PÁDUA, M. G. **O discurso médico, a função maternal e a "criança com problemas"**. 2007. 250f. [Dissertação Mestrado em Ciências] – Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras, USP, Ribeirão Preto, 2007.

PALLADINO RRR. A propósito dos indicadores de risco. **Revista Distúrbio Comunicação**, v.19, n.2, p. 193-201, 2007.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. 1. ed. v.1. Petrópolis: Vozes, 2003.

PASQUALI, L. (1999). Taxonomia dos instrumentos psicológicos. Em: Pasquali, L. (Org.). **Instrumentos Psicológicos**: manual prático de elaboração (pp.27-36) Brasília: LabPAM-IBAPP.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev. Psiq. Clín**., v.25, n.5, p. 206-213, 1998.

PEIXOTO.M.V.S.; SIQUEIRA, C.G.A; SILVA, A.F. et al. Caracterização da população assistida por um serviço de Fonoaudiologia em uma Unidade de Saúde. **Revista Distúrbios da Comunicação**. São Paulo, v. 22, n.2, p. 107-115, 2010.

PENTEADO, R.Z.; SERVILHA, E.A.M. Fonoaudiologia em saúde Pública/Coletiva: Compreendendo Prevenção e o Paradigma da Promoção da Saúde. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 107- 116, abril, 2004.

PEREIRA, M.G. Indicadores de Saúde. In: Pereira MG. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara; 2003. p 49-73.

PEREIRA, M.E.C, LAZNIK, M.C. Discussão sobre a articulação entre psicanálise e pesquisa. In: Lerner R, Kupfer MCM, organizadores. **Psicanálise com crianças**: clínica e pesquisa. São Paulo: Escuta; 2008.

PERROCA, M.G. Desenvolvimento e validação de conteúdo da nova versão de um instrumento para classificação de pacientes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n. 1, p. 1-9, 2011.

PERROCA, M. G; GAIDZINSKI, R.R. Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes. Coeficiente de Kappa. **Rev.Esc. Enf.Usp**, v.37, 2003.

PINTO AFANADOR, N. Indicadores de cuidado. **Actualizaciones en Enfermeria**, Bogota, v. 4, n. 1, p. 13-18, 2001.

PIRES, P.S. **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência**: "Canadian Triage Acuity Scale" (CTAS). [Tese Doutorado]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem***:* métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

POLIT D. F; BECK C. T. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem**. 7a ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011. 669 p.

QUEIJO, A. F. **Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva**: nursing activities score (N.A.S). 2002. 86 f. [Dissertação Mestrado em Enfermagem] - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

RAYMUNDO, V. P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolingüística. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 44, n. 3, p. 86-93, jul./set. 2009.

REIS. B.P. **Indicadores clínicos preliminares para a constituição do sujeito leitor/escritor** [dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2011.

ROMSKI, M.A., SEVCIK, R.A., ADAMSON, L.B., et al. Randomized comparison of augmented and nonaugmented language interventions for toddlers with developmental delays and their parents. **J Speech Lang Hear Res**. v. 53, p.350–64. 2010.

RUBEN, R.J. Redefining the survival of the fittest: communication disorders in the 2st century. **Laryngoscope**. v. 110, p.241-5, 2000.

RUBIO, D.M. et al. Objectifying contente validity: conducting a contente validity study in social work research. **Social Work Reserch,** Washington, v. 27, n. 2, p. 94-111, 2003.

SALMOND, S. W. Orthopedic nursing research priorities: a Delphi study. **Ortop Nurs**.v.13, n.2, p. 31-45, 1994.

_____. Evaluating the reliability and validity of measurement instruments.**Orth Nurs**, v. 27, n.1, p. 28-30, 2008.

SILVA, C.P.R. **Indicadores para avaliação de programas de controle de infecção hospitalar**: construção e validação [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. 2005.

SILVA, G. R.F. **Estimulação visual**: prática educativa com mães na enfermaria mãe- canguru. 2005. 122f. [Dissertação de mestrado]- Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

SOMEFUN, O.A.; LESI, F.E.A.; DANFULANI, M.A.; OLUSANYA,B.O. Communication disorders in Nigerian children. **Int J Pediatr Otoehinolaryngol**. v.70, p. 697-702, 2006.

SOUZA, R.P.F.; CUNHA, D.A.; SILVA, H.J. Fonoaudiologia: a inserção da área de linguagem no Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista CEFAC**, SãoPaulo, v.7, n.4, p. 426-32, out./dez, 2005.

STREINER, D.L; NORMAN, G.R. **Health measurement scales**: a pratical guide to their development and use. New York:Oxford, 2001.

VAN AGT, H.M.E., VAN DER STEGE, H.A., RIDDER—SLUITER, H., VERHOEVEN, L.T.W., KONING, H.J. A Cluster-randomized Trial of Screening for Language Delay in Toddlers: Effects on School Performance and Language Development at Age 8. **Pediatrics**. v. 120, p. 1317-25, 2007.

VAN B.; HANS, M. **Indicadores de sustentabilidade**: uma análise comparativa. 1.ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2005. 256 p.

VALENTINI, N.C.; BARBOSA, M.L.L; CINI, G.V.; PICK, R.K.; SPESSATO, B.C. &BALBINOTTI, M.A.A. (2008). Teste de desenvolvimento motor grosso: validade e consistência interna para uma população gaúcha. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Motor,** v.10, n.4, p. 399-404.

WANDERLEY, D.B.(Org.). **Palavras em torno do berço.** Salvador: Álgama, 1997.

WESTMORELAND, D. et al. Consensual validation of clinical practice model practice guidelines. **Journal of Nursing Care Quality**, Frederick MD, v. 14, n. 4, p. 16-27, 2000.

WRIGHT, J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 01, n. 12, p. 54-65, 2. trim. 2000.

WYND, C. A; SCHIMIDT, B.; SCHAEFER, M.A Two quantitative approaches for estimating content validity. **Western Journal of Nursing Research**, Beverly Hills, v. 25, n.5, p.508-518, 2003.

ANEXO 1

Protocolo Fonoaudiológico com os "Indicadores clínicos preliminares para a constituição do sujeito falante"

Equipe de Saúde da Família – Agentes Comunitários de Saúde

Data: _____/ _____/ _____ UBS: _____

Identificação
Nº Cartão SUS _____ Nº do Prontuário _____

Histórico do Paciente
Nome:_____
Nome da mãe: _____
Data de Nasc.: ____/_____/_____ Idade: _____ anos _____ meses _____ dias
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Telefone: _(___)_____
Endereço: _____
Bairro: _____ Município: _____ UF: ____
Escolaridade: _____
Raça/Cor (declaração): ( ) Branca ( ) Parda ( ) Negra ( ) Amarela ( ) Indígena
Acompanhante: _____
Parentesco: ( ) Mãe ( ) Pai Outros: _____
PSF: Área: _____ Microárea: _____

Queixa
No caso de queixas referidas pelos pais sobre a criança, marque aqui
_____
_____

1) Os pais não falam com o bebê porque acham que ele não entende? ( ) S ( ) N
2) Os pais não dão significado aos gestos da criança? ( ) S ( ) N
3) Quando a criança fala, os pais não acham que a ela está falando com eles? ( ) S ( ) N
4) Os pais não pegam os pequenos pedaços de fala da criança e formam uma frase completa? ( ) S ( ) N
5) Os pais brigam com a criança quando não entendem o que ela fala? ( ) S ( ) N
6) Os pais não dão atenção para o que a criança fala e não respondem às suas perguntas?( ) S ( ) N
7) A criança não faz e não responde a perguntas? ( ) S ( ) N
8) A criança mantém sua fala presa a fala de alguém? ( ) S ( ) N
9) A criança não reage (sorri, olha, vocaliza, vira) quando alguém fala com ela? ( ) S ( ) N
10) A criança não responde quando alguém lhe chama? ( ) S ( ) N
11) A criança não mostra interesse em falar com outras pessoas? ( ) S ( ) N
12) A criança não dá continuidade à uma conversa? ( ) S ( ) N

Anotações
ACS_____
EQUIPE_____

Protocolo Fonoaudiológico com os "Indicadores clínicos preliminarespara a constituição do sujeito falante"

Equipe de Saúde da Família – Médicos e Fonoaudiólogos

Data: _____/ _____/ _____ UBS: _____

Identificação
Nº Cartão SUS _____ Nº do Prontuário _____

Histórico do Paciente
Nome:_____
Nome da mãe: _____
Data de Nasc.: ____/_____/_____ Idade: _____ anos _____ meses _____ dias
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Telefone: _(___)_____
Endereço:_____
Bairro: _____ Município: _____ UF: ____
Escolaridade: _____
Raça/Cor (declaração): ( ) Branca ( ) Parda ( ) Negra ( ) Amarela ( ) Indígena
Acompanhante: _____
Parentesco: ( ) Mãe ( ) Pai Outros: _____
PSF: Área: _____ Microárea: _____

Queixa
No caso de queixas referidas pelos pais sobre a criança, marque aqui
_____
_____

1) Os pais não conversam com o bebê porque supõem que ele não entenda?
( ) S ( ) N
2) Os pais não interpretam verbalmente as manifestações corporais da criança (riso, choro, gesto e olhar)? ( ) S ( ) N
3) Os pais não recebem a fala da criança como direcionada a eles? ( ) S ( ) N
4) Os pais não colocam os segmentos de fala da criança em um contexto da língua, não valorizando a mensagem da criança? ( ) S ( ) N
5) Os pais reprimem a criança por não compreendê-la? ( ) S ( ) N
6) A criança não é ouvida e não se responde às suas questões? ( ) S ( ) N
7) A criança não faz e não responde à perguntas? ( ) S ( ) N
8) A fala da criança está alienada à fala do outro? ( ) S ( ) N
9) A criança não reage (sorri, olha, vocaliza, vira) quando alguém fala com ela?
( ) S ( ) N
10) A criança não responde a chamados? ( ) S ( ) N
11) A criança não mostra interesse em falar com o outro? ( ) S ( ) N
12) A criança não sustenta um diálogo? ( ) S ( ) N

Anotações
Médico ( ) _____ Fonoaudiólogo ( ) _____
EQUIPE _____

ANEXO 2

A FORMAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: USO DOS INDICADORES DE RISCO PARA OS SINTOMAS DE FALA E ESCRITA

1. INTRODUÇÃO

Este documento é uma proposta de Curso de Formação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) apresentada em 01 (uma) via pelas integrantes da pesquisa, profª Regina Maria Ayres de Camargo Freire e pela mestranda Bruna de Souza Diógenes, com o objetivo de qualificar os trabalhadores que atuam como Agentes Comunitários de Saúde – ACS para que possam desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção e controle de doenças e risco para os sintomas de fale e escrita, mediante a utilização dos indicadores clínicos de, possibilitando, sobretudo, o fortalecimento do seu papel como elo entre os serviços de saúde e a comunidade. Sabendo mais sobre o desenvolvimento da linguagem das crianças os ACS poderão construir estratégias para se pensar possíveis perturbações de leitura/escrita/fala, contribuindo assim para a realização de encaminhamentos precoces e mais efetivos; planejamentos mais eficazes; implementação de ações voltadas para a promoção da saúde, tais como oficinas e projetos; e avaliação de programas e serviços de saúde em Fonoaudiologia na rede de serviços públicos.

O Curso proposto foi elaborado para capacitar os servidores da UBS Jardim Paulistano da Prefeitura Municipal que atuam nas atividades de Agente Comunitário de Saúde (ACS). O mesmo será ministrado pela equipe de pesquisadores do projeto, realizado na Pontifícia Universidade Católica, intitulado “Indicadores de saúde e de risco em Fonoaudiologia”, sob supervisão da professora Drª Regina Freire.

2. CURSO DE FORMAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

O curso “Formação de agentes comunitários de saúde: uso dos indicadores de risco para os sintomas de fala e escrita” terá duração de 12 (doze) horas e será

ministrado em 03 (encontros), com 04 (quatro) horas diárias, no turno da tarde, das 13h00 às 17h00 horas.

A seguir apresentamos os critérios de seleção dos participantes, bem como a programação do curso, a forma de avaliação e os critérios de certificação dos participantes.

2.1 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES DO CURSO

Irão fazer parte da pesquisa os sujeitos que respeitarem os seguintes critérios de inclusão:

- Atuar na frente de trabalho das ações de Atenção Básica à Saúde;
- Possuir experiência prévia no atendimento domiciliar;
- Ter responsabilidade legal;
- Ser alfabetizado.

2.2 PROGRAMAÇÃO DO CURSO

A programação listada a seguir pretende atender as exigências mínimas necessárias para a sua finalidade, e encontra-se detalhada a seguir:

- Período e Local: o período de realização e o local do curso no qual serão ministradas as partes teórica e prática deverão ser definidos pela Prefeitura Municipal, atendendo as demandas e o funcionamento da UBS selecionada.

- Objetivo do Curso: Capacitar os agentes comunitários de saúde para a utilização dos indicadores clínicos de risco para os sintomas de fala e escrita, a fim de torná-los promotores da saúde em Fonoaudiologia, especificamente dos sintomas de linguagem.

- Integrantes da Pesquisa: membros do projeto de pesquisa “Indicadores de saúde e de risco em Fonoaudiologia”

- Turmas: As aulas teóricas podem ser ministradas em auditórios, que poderá atender um quantitativo maior de profissionais. Já nas aulas

práticas, a proposta será de reduzir o nº de sujeitos, afim de que haja um maior aproveitamento das discussões, devendo conter preferencialmente de 15 (quinze) a 20 (vinte) ACS. Neste caso, o conjunto de ACS será dividido em sub-grupos com cerca de 10 participantes cada.

- Carga Horária: 12 (doze) horas, sendo 04 (quartro) teóricas e 08 (oito) discussão da prática.

2.3CONTEÚDO DO CURSO

O conteúdo que será ministrado no curso discorrerá sobre alguns assuntos que versam sobre a aquisição da linguagem; relação mãe bebê; interação; conceitos de língua, fala e linguagem; bem como o que vem a ser os indicadores de risco para os sintomas de fala e escrita, sua utilização pelos ACS destacando as possibilidades e limitações na detecção dos transtornos de linguagem, seja na modalidade oral e/ou escrita.

I. 1º dia (quinta-feira- 4horas teóricas)
   - Apresentação da proposta de pesquisa e assinatura do termo de consentimento livro e esclarecido
   - Aplicação do questionário (pré-teste)
   - Explanação sobre o processo de aquisição da linguagem; relação mãe- bebê; interação; língua, fala e linguagem.
   - Explicação sobre 04(quatro) eixos teóricos que balizaram a criação dos indicadores de risco para os sintomas de linguagem, a saber: Supor um sujeito falante/ leitor escritor; reconhecer o sujeito falante/leitor escritor, responsividade à fala/escrita do outro; reconhecimento do significante/autoria
   - Apresentação dos indicadores de risco relativos aos eixos.

II. 2º dia (sexta-feira - 4horas práticas)
   - divisão dos participantes em quatro grupos, cada um sob a coordenação de um pesquisador
   - Discussão dos indicadores de risco com apoio de material em áudio e video

- Observação e discussão da ficha de acompanhamento que contempla todos os indicadores discutidos

III. 3° dia (quinta-feiradiscussões práticas)

Neste encontro, a ser realizado decorrido um mês do curso, após a ida dos ACS à comunidade, serão discutidos os achados e retiradas as dúvidas. Os ACS trarão os resultados de suas visitas, sustentados com dados filmados ou gravados. As discussões em cima dos dados permitirão avaliar-se a capacitação e seus resultados, inclusive abrindo-se espaço para rediscutir alguns pontos e propor a extensão da formação, se for o caso.

ANEXO 3

CARTA CONVITE

Prezada profa./sra.

Meu nome é Bruna Diógenes e sou orientanda da profa. Regina Maria Freire, no PEPG em Fonoaudiologia da PUC de São Paulo.

Gostaria de convidá-la a participar, como especialista, da avaliação de um instrumento que foi construído para a pesquisa: “Validação de conteúdo dos indicadores de risco para a fala infantil”.

Favor confirmar o recebimento deste e-mail e de sua aceitação do convite. Neste caso, solicito que o material me seja devolvido no prazo de 15 dias após o recebimento.

São Paulo, 31de outubro, de 2013.

Desde já agradeço.

Bruna de Souza Diógenes

brunadiogenes89@hotmail.com

ANEXO 4

CARTA DE ACEITAÇÃO

Eu, _____, inscrito (a) sob Nº de RG: _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações e estando esclarecido (a) de que minha participação se resume a avaliar o conteúdo dos indicadores propostos, bem como emitir o parecer a cerca do nível de compreensão dos seus itens de avaliação, aceito participar da presente pesquisa.

São Paulo, _____de _____ de 2014.

ANEXO 5

Material encaminhado aos especialistas

Nome	
Idade	
Sexo	
Titulação	
Área de formação	
Área de atuação	
Tempo atua na área	

Prezado especialista:

Pedimos sua análise do protocolo abaixo, pois suas respostas servirão para a validação de uma ficha de indicadores para os sintomas de fala, a ser usada por Agentes Comunitários de Saúde. Esta ficha foi inspirada na pesquisa sobre os Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI's), em articulação com a Linguística em seus dizeres sobre a aquisição de linguagem e a Fonoaudiologia em seu entendimento da fala sintomática como marcas da emergência de um sujeito. Deduziu-se quatro eixos teóricos que sustentam a constituição do sujeito falante: 1) Suposição de um sujeito falante; 2) Reconhecimento do sujeito falante; 3) Responsividade à fala do outro; 4)Reconhecimento do significante. Desses eixos foram desdobrados indicadores que são objeto desta validação.

Para a concretização desta etapa foram selecionados 10 especialistas sendo: (5) fonoaudiólogos; (4) psicanalistas e (1) enfermeiro que deverão julgar o conteúdo dos indicadores, levando em consideração os seguintes domínios: avaliação de **cada indicador**; avaliação de **cada item** dos indicadores e, por fim, avaliação do **conjunto**.

ORIENTAÇÃO:

Prezado especialista, assinale com um X a nota que deseja atribuir a cada questão.

O quadro abaixo representa o significado de cada nota.

Nota	Significado
1	não contempla o atributo
2	Incapaz de contemplar o atributo sem revisão
3	contempla o atributo, mas precisa de alteração
4	contempla o atributo, mas precisa de alteração mínima
5	contempla o atributo

Para notas abaixo de 5, favor preencher o campo com as sugestões para o descarte ou correção das questões. No lado esquerdo da tabela encontram-se os indicadores de risco redigidos na modalidade afirmativa. No lado direito, o mesmo a mesma frase foi transformada em pergunta, a ser utilizada pelos ACS durante as visitas domiciliares.

1)

O adulto fala com a criança como se ela entendesse tudo o que ele diz.	**você fala com a criança achando que ela entende o que você fala ?**

Itens	Nota					
Domínio 1 – Avaliação de cada indicador	1	2	3	4	5	Observações
Descritor: É claro e objetivo no que se propõe a mensurar.						
Fundamentação: É suficiente para evidenciar o indicador.						
Tipo de indicador: É adequado para o que pretende mensurar.						
Numerador: Está descrito de maneira clara, objetiva acerca do que se propõe a mensurar.						
Denominador: Está descrito de maneira clara, objetiva acerca do que se propõe a mensurar.						
Fonte de dados: Está correta e é suficiente para o que se propõe a mensurar.						
Critérios de avaliação: São claros e objetivos, não geram dúvidas acerca do que						

deve ser avaliado.						
Amostra: É adequada para retratar a realidade da unidade em estudo.						
Itens	nota					
Domínio 2 – Avaliação de cada item dos indicadores	1	2	3	4	5	Observações
Comportamental: Permite ação de avaliação clara e precisa.						
Objetividade: Permite resposta pontual.						
Simplicidade: Expressa uma única ideia.						
Clareza: Explicitado de forma clara, simples e inequívoca.						
Pertinência: Não insinua atributo divergente do definido.						
Precisão: Cada item de avaliação é distinto dos demais, não se confundem.						
Variedade: Os termos utilizados, embora parecidos, não se repetem.						
Credibilidade: Está descrito de maneira que não pareça despropositado.						
Itens	nota					
Domínio 3 – Avaliação do conjunto	1	2	3	4	5	Observações
Atribuível: Reflete aspecto de qualidade para o cuidado em fonoaudiologia.						
Acessível: Os dados são acessados rapidamente com o mínimo de esforço extra e custo.						
Comunicável: A relevância da medida pode ser facilmente comunicada e compreendida.						
Contextualizável: A medida pode ser obtida livre de contexto ou, os efeitos do contexto podem ser ajustados.						

2)

A criança é ouvida e seus pedidos são respondidos.	**você escuta e atende o que a criança pede para você?**

Itens	Nota					
Domínio 1 – Avaliação de cada indicador	1	2	3	4	5	Observações
Descritor: É claro e objetivo no que se propõe a mensurar.						
Fundamentação: É suficiente para evidenciar o indicador.						
Tipo de indicador: É adequado para o que pretende mensurar.						
Numerador: Está descrito de maneira clara, objetiva acerca do que se propõe a mensurar.						
Denominador: Está descrito de maneira clara, objetiva acerca do que se propõe a mensurar.						
Fonte de dados: Está correta e é suficiente para o que se propõe a mensurar.						
Critérios de avaliação: São claros e objetivos, não geram dúvidas acerca do que deve ser avaliado.						
Amostra: É adequada para retratar a realidade da unidade em estudo.						
Itens	nota					
Domínio 2 – Avaliação de cada item dos indicadores	1	2	3	4	5	Observações
Comportamental: Permite ação de avaliação clara e precisa.						
Objetividade: Permite resposta pontual.						
Simplicidade: Expressa uma única idéia.						
Clareza: Explicitado de forma clara, simples e inequívoca.						

Pertinência: Não insinua atributo divergente do definido.						
Precisão: Cada item de avaliação é distinto dos demais, não se confundem.						
Variedade: Os termos utilizados, embora parecidos, não se repetem.						
Credibilidade: Está descrito de maneira que não pareça despropositado.						
Itens	nota					
Domínio 3 – Avaliação do conjunto	1	2	3	4	5	Observações
Atribuível: Reflete aspecto de qualidade para o cuidado em fonoaudiologia.						
Acessível: Os dados são acessados rapidamente com o mínimo de esforço extra e custo.						
Comunicável: A relevância da medida pode ser facilmente comunicada e compreendida.						
Contextualizável: A medida pode ser obtida livre de contexto ou, os efeitos do contexto podem ser ajustados.						

3)

Os pais ouvem a fala da criança como se ela estivesse falando com eles	você ouve a fala da criança como se ela estivesse conversando com você?

Itens	Nota					
Domínio 1 – Avaliação de cada indicador	1	2	3	4	5	Observações
Descritor: É claro e objetivo no que se propõe a mensurar.						
Fundamentação: É suficiente para evidenciar o indicador.						
Tipo de indicador: É adequado para o que pretende mensurar.						
Numerador: Está descrito de maneira						

clara, objetiva acerca do que se propõe a mensurar.						
Denominador: Está descrito de maneira clara, objetiva acerca do que se propõe a mensurar.						
Fonte de dados: Está correta e é suficiente para o que se propõe a mensurar.						
Critérios de avaliação: São claros e objetivos, não geram dúvidas acerca do que deve ser avaliado.						
Amostra: É adequada para retratar a realidade da unidade em estudo.						
Itens	nota					
Domínio 2 – Avaliação de cada item dos indicadores	1	2	3	4	5	Observações
Comportamental: Permite ação de avaliação clara e precisa.						
Objetividade: Permite resposta pontual.						
Simplicidade: Expressa uma única idéia.						
Clareza: Explicitado de forma clara, simples e inequívoca.						
Pertinência: Não insinua atributo divergente do definido.						
Precisão: Cada item de avaliação é distinto dos demais, não se confundem.						
Variedade: Os termos utilizados, embora parecidos, não se repetem.						
Credibilidade: Está descrito de maneira que não pareça despropositado.						
Itens	nota					
Domínio 3 – Avaliação do conjunto	1	2	3	4	5	Observações
Atribuível: Reflete aspecto de qualidade para o cuidado em fonoaudiologia.						

Acessível: Os dados são acessados rapidamente com o mínimo de esforço extra e custo.						
Comunicável: A relevância da medida pode ser facilmente comunicada e compreendida.						
Contextualizável: A medida pode ser obtida livre de contexto ou, os efeitos do contexto podem ser ajustados.						

4)

Os pais colocam os pedaços de fala da criança em um contexto da língua	a criança fala sons que você repete como palavras dentro de uma frase? Ex- criança diz: "ããã" e a mãe responde: "Ah! Você quer a água!"

Itens	Nota					
Domínio 1 – Avaliação de cada indicador	1	2	3	4	5	Observações
Descritor: É claro e objetivo no que se propõe a mensurar.						
Fundamentação: É suficiente para evidenciar o indicador.						
Tipo de indicador: É adequado para o que pretende mensurar.						
Numerador: Está descrito de maneira clara, objetiva acerca do que se propõe a mensurar.						
Denominador: Está descrito de maneira clara, objetiva acerca do que se propõe a mensurar.						
Fonte de dados: Está correta e é suficiente para o que se propõe a mensurar.						
Critérios de avaliação: São claros e objetivos, não geram dúvidas acerca do que deve ser avaliado.						
Amostra: É adequada para retratar a realidade da unidade em estudo.						

Itens	nota					
Domínio 2 – Avaliação de cada item dos indicadores	1	2	3	4	5	Observações
Comportamental: Permite ação de avaliação clara e precisa.						
Objetividade: Permite resposta pontual.						
Simplicidade: Expressa uma única idéia.						
Clareza: Explicitado de forma clara, simples e inequívoca.						
Pertinência: Não insinua atributo divergente do definido.						
Precisão: Cada item de avaliação é distinto dos demais, não se confundem.						
Variedade: Os termos utilizados, embora parecidos, não se repetem.						
Credibilidade: Está descrito de maneira que não pareça despropositado.						
Itens	nota					
Domínio 3 – Avaliação do conjunto	1	2	3	4	5	Observações
Atribuível: Reflete aspecto de qualidade para o cuidado em fonoaudiologia.						
Acessível: Os dados são acessados rapidamente com o mínimo de esforço extra e custo.						
Comunicável: A relevância da medida pode ser facilmente comunicada e compreendida.						
Contextualizável: A medida pode ser obtida livre de contexto ou, os efeitos do contexto podem ser ajustados.						

5)

Os pais interpretam verbalmente as manifestações corporais da criança (riso,	você entende o que a criança quer dizer quando ela sorri, chora, olha e faz gestos?

choro, gesto e olhar).	

Itens	Nota					
Domínio 1 – Avaliação de cada indicador	1	2	3	4	5	Observações
Descritor: É claro e objetivo no que se propõe a mensurar.						
Fundamentação: É suficiente para evidenciar o indicador.						
Tipo de indicador: É adequado para o que pretende mensurar.						
Numerador: Está descrito de maneira clara, objetiva acerca do que se propõe a mensurar.						
Denominador: Está descrito de maneira clara, objetiva acerca do que se propõe a mensurar.						
Fonte de dados: Está correta e é suficiente para o que se propõe a mensurar.						
Critérios de avaliação: São claros e objetivos, não geram dúvidas acerca do que deve ser avaliado.						
Amostra: É adequada para retratar a realidade da unidade em estudo.						
Itens	nota					
Domínio 2 – Avaliação de cada item dos indicadores	1	2	3	4	5	Observações
Comportamental: Permite ação de avaliação clara e precisa.						
Objetividade: Permite resposta pontual.						
Simplicidade: Expressa uma única ideia.						
Clareza: Explicitado de forma clara, simples e inequívoca.						
Pertinência: Não insinua atributo divergente do definido.						

Precisão: Cada item de avaliação é distinto dos demais, não se confundem.						
Variedade: Os termos utilizados, embora parecidos, não se repetem.						
Credibilidade: Está descrito de maneira que não pareça despropositado.						
Itens	nota					
Domínio 3 – Avaliação do conjunto	1	2	3	4	5	Observações
Atribuível: Reflete aspecto de qualidade para o cuidado em fonoaudiologia.						
Acessível: Os dados são acessados rapidamente com o mínimo de esforço extra e custo.						
Comunicável: A relevância da medida pode ser facilmente comunicada e compreendida.						
Contextualizável: A medida pode ser obtida livre de contexto ou, os efeitos do contexto podem ser ajustados.						

6)

Os pais não brigam com a criança quando não conseguem entende-la.	você briga com a criança quando não entende o que ela diz?

Itens	Nota					
Domínio 1 – Avaliação de cada indicador	1	2	3	4	5	Observações
Descritor: É claro e objetivo no que se propõe a mensurar.						
Fundamentação: É suficiente para evidenciar o indicador.						
Tipo de indicador: É adequado para o que pretende mensurar.						
Numerador: Está descrito de maneira clara, objetiva acerca do que se propõe a mensurar.						

Denominador: Está descrito de maneira clara, objetiva acerca do que se propõe a mensurar.						
Fonte de dados: Está correta e é suficiente para o que se propõe a mensurar.						
Critérios de avaliação: São claros e objetivos, não geram dúvidas acerca do que deve ser avaliado.						
Amostra: É adequada para retratar a realidade da unidade em estudo.						
Itens	nota					
Domínio 2 – Avaliação de cada item dos indicadores	1	2	3	4	5	Observações
Comportamental: Permite ação de avaliação clara e precisa.						
Objetividade: Permite resposta pontual.						
Simplicidade: Expressa uma única ideia.						
Clareza: Explicitado de forma clara, simples e inequívoca.						
Pertinência: Não insinua atributo divergente do definido.						
Precisão: Cada item de avaliação é distinto dos demais, não se confundem.						
Variedade: Os termos utilizados, embora parecidos, não se repetem.						
Credibilidade: Está descrito de maneira que não pareça despropositado.						
Itens	nota					
Domínio 3 – Avaliação do conjunto	1	2	3	4	5	Observações
Atribuível: Reflete aspecto de qualidade para o cuidado em fonoaudiologia.						
Acessível: Os dados são acessados rapidamente com o mínimo de esforço extra e custo.						

Comunicável: A relevância da medida pode ser facilmente comunicada e compreendida.						
Contextualizável: A medida pode ser obtida livre de contexto ou, os efeitos do contexto podem ser ajustados.						

7)

A criança reage (sorri, olha, vocaliza, vira) quando alguém fala com ela.	a criança sorri, olha, faz sons, vira quando alguém fala com ela?

Itens	Nota					
Domínio 1 – Avaliação de cada indicador	1	2	3	4	5	Observações
Descritor: É claro e objetivo no que se propõe a mensurar.						
Fundamentação: É suficiente para evidenciar o indicador.						
Tipo de indicador: É adequado para o que pretende mensurar.						
Numerador: Está descrito de maneira clara, objetiva acerca do que se propõe a mensurar.						
Denominador: Está descrito de maneira clara, objetiva acerca do que se propõe a mensurar.						
Fonte de dados: Está correta e é suficiente para o que se propõe a mensurar.						
Critérios de avaliação: São claros e objetivos, não geram dúvidas acerca do que deve ser avaliado.						
Amostra: É adequada para retratar a realidade da unidade em estudo.						
Itens	nota					
Domínio 2 – Avaliação de cada item dos indicadores	1	2	3	4	5	Observações

Comportamental: Permite ação de avaliação clara e precisa.						
Objetividade: Permite resposta pontual.						
Simplicidade: Expressa uma única idéia.						
Clareza: Explicitado de forma clara, simples e inequívoca.						
Pertinência: Não insinua atributo divergente do definido.						
Precisão: Cada item de avaliação é distinto dos demais, não se confundem.						
Variedade: Os termos utilizados, embora parecidos, não se repetem.						
Credibilidade: Está descrito de maneira que não pareça despropositado.						
Itens	nota					
Domínio 3 – Avaliação do conjunto	1	2	3	4	5	Observações
Atribuível: Reflete aspecto de qualidade para o cuidado em fonoaudiologia.						
Acessível: Os dados são acessados rapidamente com o mínimo de esforço extra e custo.						
Comunicável: A relevância da medida pode ser facilmente comunicada e compreendida.						
Contextualizável: A medida pode ser obtida livre de contexto ou, os efeitos do contexto podem ser ajustados.						

8)

A criança responde a chamados.	a criança responde quando é chamada?

Itens	Nota					
Domínio 1 – Avaliação de cada indicador	1	2	3	4	5	Observações
Descritor: É claro e objetivo no que se						

propõe a mensurar.						
Fundamentação: É suficiente para evidenciar o indicador.						
Tipo de indicador: É adequado para o que pretende mensurar.						
Numerador: Está descrito de maneira clara, objetiva acerca do que se propõe a mensurar.						
Denominador: Está descrito de maneira clara, objetiva acerca do que se propõe a mensurar.						
Fonte de dados: Está correta e é suficiente para o que se propõe a mensurar.						
Critérios de avaliação: São claros e objetivos, não geram dúvidas acerca do que deve ser avaliado.						
Amostra: É adequada para retratar a realidade da unidade em estudo.						
Itens	nota					
Domínio 2 – Avaliação de cada item dos indicadores	1	2	3	4	5	Observações
Comportamental: Permite ação de avaliação clara e precisa.						
Objetividade: Permite resposta pontual.						
Simplicidade: Expressa uma única ideia.						
Clareza: Explicitado de forma clara, simples e inequívoca.						
Pertinência: Não insinua atributo divergente do definido.						
Precisão: Cada item de avaliação é distinto dos demais, não se confundem.						
Variedade: Os termos utilizados, embora parecidos, não se repetem.						
Credibilidade: Está descrito de maneira						

que não pareça despropositado.						
Itens	nota					
Domínio 3 – Avaliação do conjunto	1	2	3	4	5	Observações
Atribuível: Reflete aspecto de qualidade para o cuidado em fonoaudiologia.						
Acessível: Os dados são acessados rapidamente com o mínimo de esforço extra e custo.						
Comunicável: A relevância da medida pode ser facilmente comunicada e compreendida.						
Contextualizável: A medida pode ser obtida livre de contexto ou, os efeitos do contexto podem ser ajustados.						

9)

A fala da criança repete a fala do outro.	a criança repete o que você fala?

Itens	Nota					
Domínio 1 – Avaliação de cada indicador	1	2	3	4	5	Observações
Descritor: É claro e objetivo no que se propõe a mensurar.						
Fundamentação: É suficiente para evidenciar o indicador.						
Tipo de indicador: É adequado para o que pretende mensurar.						
Numerador: Está descrito de maneira clara, objetiva acerca do que se propõe a mensurar.						
Denominador: Está descrito de maneira clara, objetiva acerca do que se propõe a mensurar.						
Fonte de dados: Está correta e é suficiente para o que se propõe a mensurar.						
Critérios de avaliação: São claros e						

objetivos, não geram dúvidas acerca do que deve ser avaliado.						
Amostra: É adequada para retratar a realidade da unidade em estudo.						
Itens	nota					
Domínio 2 – Avaliação de cada item dos indicadores	1	2	3	4	5	Observações
Comportamental: Permite ação de avaliação clara e precisa.						
Objetividade: Permite resposta pontual.						
Simplicidade: Expressa uma única idéia.						
Clareza: Explicitado de forma clara, simples e inequívoca.						
Pertinência: Não insinua atributo divergente do definido.						
Precisão: Cada item de avaliação é distinto dos demais, não se confundem.						
Variedade: Os termos utilizados, embora parecidos, não se repetem.						
Credibilidade: Está descrito de maneira que não pareça despropositado.						
Itens	nota					
Domínio 3 – Avaliação do conjunto	1	2	3	4	5	Observações
Atribuível: Reflete aspecto de qualidade para o cuidado em fonoaudiologia.						
Acessível: Os dados são acessados rapidamente com o mínimo de esforço extra e custo.						
Comunicável: A relevância da medida pode ser facilmente comunicada e compreendida.						
Contextualizável: A medida pode ser obtida livre de contexto ou, os efeitos do contexto podem ser ajustados.						

10)

A criança mostra interesse em falar com o outro.	a criança tem interesse em falar com as pessoas?

Itens	Nota					
Domínio 1 – Avaliação de cada indicador	1	2	3	4	5	Observações
Descritor: É claro e objetivo no que se propõe a mensurar.						
Fundamentação: É suficiente para evidenciar o indicador.						
Tipo de indicador: É adequado para o que pretende mensurar.						
Numerador: Está descrito de maneira clara, objetiva acerca do que se propõe a mensurar.						
Denominador: Está descrito de maneira clara, objetiva acerca do que se propõe a mensurar.						
Fonte de dados: Está correta e é suficiente para o que se propõe a mensurar.						
Critérios de avaliação: São claros e objetivos, não geram dúvidas acerca do que deve ser avaliado.						
Amostra: É adequada para retratar a realidade da unidade em estudo.						
Itens	nota					
Domínio 2 – Avaliação de cada item dos indicadores	1	2	3	4	5	Observações
Comportamental: Permite ação de avaliação clara e precisa.						
Objetividade: Permite resposta pontual.						
Simplicidade: Expressa uma única idéia.						
Clareza: Explicitado de forma clara, simples e inequívoca.						

Pertinência: Não insinua atributo divergente do definido.						
Precisão: Cada item de avaliação é distinto dos demais, não se confundem.						
Variedade: Os termos utilizados, embora parecidos, não se repetem.						
Credibilidade: Está descrito de maneira que não pareça despropositado.						
Itens	nota					
Domínio 3 – Avaliação do conjunto	1	2	3	4	5	Observações
Atribuível: Reflete aspecto de qualidade para o cuidado em fonoaudiologia.						
Acessível: Os dados são acessados rapidamente com o mínimo de esforço extra e custo.						
Comunicável: A relevância da medida pode ser facilmente comunicada e compreendida.						
Contextualizável: A medida pode ser obtida livre de contexto ou, os efeitos do contexto podem ser ajustados.						

11)

A criança mantem a conversa.	a criança consegue levar uma conversa?

Itens	Nota					
Domínio 1 – Avaliação de cada indicador	1	2	3	4	5	Observações
Descritor: É claro e objetivo no que se propõe a mensurar.						
Fundamentação: É suficiente para evidenciar o indicador.						
Tipo de indicador: É adequado para o que pretende mensurar.						
Numerador: Está descrito de maneira clara, objetiva acerca do que se propõe a						

mensurar.						
Denominador: Está descrito de maneira clara, objetiva acerca do que se propõe a mensurar.						
Fonte de dados: Está correta e é suficiente para o que se propõe a mensurar.						
Critérios de avaliação: São claros e objetivos, não geram dúvidas acerca do que deve ser avaliado.						
Amostra: É adequada para retratar a realidade da unidade em estudo.						
Itens	nota					
Domínio 2 – Avaliação de cada item dos indicadores	1	2	3	4	5	Observações
Comportamental: Permite ação de avaliação clara e precisa.						
Objetividade: Permite resposta pontual.						
Simplicidade: Expressa uma única idéia.						
Clareza: Explicitado de forma clara, simples e inequívoca.						
Pertinência: Não insinua atributo divergente do definido.						
Precisão: Cada item de avaliação é distinto dos demais, não se confundem.						
Variedade: Os termos utilizados, embora parecidos, não se repetem.						
Credibilidade: Está descrito de maneira que não pareça despropositado.						
Itens	nota					
Domínio 3 – Avaliação do conjunto	1	2	3	4	5	Observações
Atribuível: Reflete aspecto de qualidade para o cuidado em fonoaudiologia.						
Acessível: Os dados são acessados rapidamente com o mínimo de esforço extra						

e custo.						
Comunicável: A relevância da medida pode ser facilmente comunicada e compreendida.						
Contextualizável: A medida pode ser obtida livre de contexto ou, os efeitos do contexto podem ser ajustados.						

12)

A criança faz e responde perguntas.	a criança faz e responde perguntas?

Itens	nota					
Domínio 1 – Avaliação de cada indicador	1	2	3	4	5	Observações
Descritor: É claro e objetivo no que se propõe a mensurar.						
Fundamentação: É suficiente para evidenciar o indicador.						
Tipo de indicador: É adequado para o que pretende mensurar.						
Numerador: Está descrito de maneira clara, objetiva acerca do que se propõe a mensurar.						
Denominador: Está descrito de maneira clara, objetiva acerca do que se propõe a mensurar.						
Fonte de dados: Está correta e é suficiente para o que se propõe a mensurar.						
Critérios de avaliação: São claros e objetivos, não geram dúvidas acerca do que deve ser avaliado.						
Amostra: É adequada para retratar a realidade da unidade em estudo.						
Itens	nota					
Domínio 2 – Avaliação de cada item dos indicadores	1	2	3	4	5	Observações

Comportamental: Permite ação de avaliação clara e precisa.						
Objetividade: Permite resposta pontual.						
Simplicidade: Expressa uma única idéia.						
Clareza: Explicitado de forma clara, simples e inequívoca.						
Pertinência: Não insinua atributo divergente do definido.						
Precisão: Cada item de avaliação é distinto dos demais, não se confundem.						
Variedade: Os termos utilizados, embora parecidos, não se repetem.						
Credibilidade: Está descrito de maneira que não pareça despropositado.						
Itens	nota					
Domínio 3 – Avaliação do conjunto	1	2	3	4	5	Observações
Atribuível: Reflete aspecto de qualidade para o cuidado em fonoaudiologia.						
Acessível: Os dados são acessados rapidamente com o mínimo de esforço extra e custo.						
Comunicável: A relevância da medida pode ser facilmente comunicada e compreendida.						
Contextualizável: A medida pode ser obtida livre de contexto ou, os efeitos do contexto podem ser ajustados.						