



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA COMUNICAÇÃO HUMANA

KÁSSIA ÍRIS SILVA MOURA

**INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DE RISCO PARA GAGUEIRA DO
DESENVOLVIMENTO - IRGD: EXPLORAÇÕES SOBRE A APLICABILIDADE NO
CONTEXTO EDUCACIONAL**

Recife

2022

KÁSSIA ÍRIS SILVA MOURA

**INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DE RISCO PARA GAGUEIRA DO
DESENVOLVIMENTO - IRGD: EXPLORAÇÕES SOBRE A APLICABILIDADE NO
CONTEXTO EDUCACIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Comunicação Humana do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Comunicação Humana. Área de concentração: Fonoaudiologia

Orientador: Prof^a Dr^a: Bianca Arruda Manchester de Queiroga

Co-orientador: Prof^a Dr^a: Ana Augusta de Andrade Cordeiro

Recife

2022

Catálogo na fonte:
Bibliotecária: Elaine Freitas, CRB4-1790

S586i	<p>Silva, Moura, Kássia Íris Instrumento de identificação de risco para gagueira do desenvolvimento - IRGD: explorações sobre a aplicabilidade no contexto educacional / Kássia Íris Silva Moura. – 2022. 93 p. : il.</p> <p>Orientadora: Bianca Arruda Manchester de Queiroga. Coorientadora: Ana Augusta de Andrade Cordeiro. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana. Recife, 2022. Inclui referências, apêndices e anexos.</p> <p>1. Gagueira. 2. Desenvolvimento infantil. 3. Diagnóstico precoce. 4. Psicometria. I. Queiroga, Bianca Arruda Manchester de (Orientadora). II. Cordeiro, Ana Augusta de Andrade (Coorientadora). III. Título.</p> <p>610 CDD (23.ed.)</p>	UFPE (CCS 2023-105)
-------	---	---------------------

KÁSSIA ÍRIS SILVA MOURA

**INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DE RISCO PARA GAGUEIRA DO
DESENVOLVIMENTO - IRGD: EXPLORAÇÕES SOBRE A APLICABILIDADE NO
CONTEXTO EDUCACIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Comunicação Humana do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Comunicação Humana. Área de concentração: Fonoaudiologia.

Aprovada em: 29/12/2022

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Bianca Arruda Manchester de Queiroga
(Orientadora) -Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Ana Augusta de Andrade Cordeiro (Coorientadora) -
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Jônia Alves Lucena (examinador interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Rafaella Asfora Siqueira Campos Lima (examinador interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Larissa Nadjara Alves Almeida (examinador externo)
Centro Universitário de João Pessoa - UNIPE

Prof^a. Dr^a. Débora Vasconcelos Correia (examinador externo)
Universidade Federal da Paraíba- UFPB

Dedico este trabalho ao meu Deus fiel e de promessa que através do calvário me ensina a viver e a fortalecer-me na caminhada; a Nossa Senhora que me acolhe e me carregou no colo tantas vezes; aos meus pais Jocilene e Adilson pelos valores e base forte que me fizeram ser o que sou hoje e ao meu amado esposo Dunlhyan pelo ombro e ouvido amigo, pela força e paciência em cada fase dessa jornada e de toda minha caminhada profissional, obrigada pela alavanca de sempre.

AGRADECIMENTOS

Como começar o que mais esperei, escrever esses agradecimentos, no fim dessa trajetória tão árdua, cheia de empecilhos, de (des)motivação e de desafios. Relembrar minha trajetória e as pessoas queridas que me ajudaram nesse processo é um acalento em meio a tudo.

Ao meu Deus amado que me carregou até aqui, que me lembrava pela palavra e através de louvores o cuidado dEle comigo, e que tudo cooperava para o bem daqueles que o amam. A minha manhezinha, Nossa senhora, sem dúvida me levantou, me acolheu e intercedeu pelas lutas do meu coração, como foi difícil ser fiel aos planos de Deus na minha vida.

Aos meu pais, Jocilene e Adilson, que sempre estiveram ao meu lado em todos sentidos, educaram-me, mostraram-me o caminho, impulsionaram e lembravam de onde vim. Obrigada pelo amor incondicional, amparo, por me ensinar a voar alto e ser íntegra.

A quem eu escolhi para somar sonhos, ao meu melhor amigo, companheiro, amor e meu esposo. Dunlhyan, obrigada por ter sido colo e estilingue quando foi necessário, por trazer leveza apesar dos meus desesperos e das poucas possibilidades, eu estou aqui também por nossa família.

Aos meus irmãos, Amanda e Gabriel, e a Milinha pelas palavras de ânimo. E pelo presente que me deram que foi ter meu primeiro sobrinho e afilhado, Anthony Gabriel, ele é um dos motivos de tanto esforço, meu pequeno, você nos inspira a ser melhor.

Às minhas orientadoras, Bianca e Ana, que só tenho a agradecer pela paciência, pelos empurrões, instruções e aprendizado. Gratidão sem fim.

A uma colega Fonoaudióloga, Mayra que me ajudou tanto, que palavras nenhuma mensurará. Gratidão pela acolhida, escuta e contribuições.

A banca examinadora por todas contribuições, forças e correções detalhistas que fizeram tanta diferença.

As escolas, professoras e os pais o que seria de mim sem vocês.

Às minhas colegas mestrandas, Andressa, Angelina, Dayane, Emilaine pela amizade e força impulsionadora. E a toda turma remota e maravilhosa.

RESUMO

A gagueira é um transtorno da fluência de origem neurodesenvolvimental, complexa e multifatorial, com início na infância. Por isso, é fundamental que o diagnóstico da gagueira seja realizado ainda na infância, a fim de se minimizar os impactos. O objetivo deste estudo foi explorar a aplicabilidade do Instrumento de Identificação de Risco para a Gagueira do Desenvolvimento (IRGD) no contexto educacional. Tratou-se de estudo descritivo de abordagem quanti-qualitativa. Na primeira fase do estudo, a amostra foi constituída por 31 escolares de ambos os sexos, com e sem queixa de gagueira, matriculados em escolas da rede pública da Região Metropolitana do Recife-PE e seus respectivos pais/responsáveis. Participaram da segunda fase do estudo oito pré-escolares participantes da primeira fase. A coleta de dados foi realizada pela fonoaudióloga responsável e por uma professora que aplicaram o Instrumento de Rastreio da Gagueira do Desenvolvimento IRGD junto aos responsáveis das crianças da fase 1. Todas as crianças foram convidadas para segunda fase, porém dessas, três tinham sido classificadas como estando em risco, e cinco como fora de risco para a gagueira. Essas oito crianças foram submetidas à avaliação fonoaudiológica, realizada pela pesquisadora através do conto e reconto das histórias do Chapeuzinho vermelho e *Frog, Where are you?* que possibilitou a obtenção de gravação de fala semi-espontânea, que por sua vez foi analisada segundo os critérios da prova de fluência do ABFW – Teste de linguagem infantil, de forma cega, por uma fonoaudióloga especialista em fluência. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco. As três crianças identificadas como estando em risco para gagueira, segundo critério do IRGD, também foram identificadas pelos parâmetros da prova de fluência do ABFW como tendo algumas alterações da fluência, a saber: alta frequência de descontinuidade da fala; presença excessiva das disfluências típicas da gagueira confirmando-a e uma das crianças embora com queixa, classificado no IRGD sob risco e histórico da gagueira na família, obteve alteração apenas nos aspectos relacionada a velocidade da fala, podendo indicar outro transtorno da fluência, como a taquilalia. Observou-se presença de outras disfluências na fala como: interjeições e hesitações no grupo sem risco, assim como uma criança com elevada taxa de descontinuidade da fala, indicando taquifemia. Dessa maneira, a análise descritiva comparativa indica que o IRGD possibilitou a identificação de pré-escolares em risco para os transtornos da fluência, e não apenas da gagueira.

Palavras chaves: gagueira; desenvolvimento infantil; diagnóstico precoce; psicometria.

ABSTRACT

Stuttering is a fluency disorder of neurodevelopmental origin, complex and multifactorial, with onset in childhood. Therefore, it is essential that the diagnosis of stuttering is carried out in childhood, in order to minimize the impacts. The aim of this study was to explore the applicability of the Risk Identification Instrument for Developmental Stuttering (IRGD) in the educational context. It was a descriptive study with a quantitative and qualitative approach. In the first phase of the study, the sample consisted of 31 students of both sexes, with and without complaints of stuttering, enrolled in public schools in the Metropolitan Region of Recife-PE, and their respective parents/guardians. Eight preschoolers participating in the first phase participated in the second phase of the study. Data collection was carried out by the responsible speech therapist and a teacher who applied the IRGD Developmental Stuttering Screening Instrument to those responsible for the children in phase 1. All children were invited to the second phase, but only eight attended, of which three were classified as being at risk, and five as not at risk for stuttering. These eight children were submitted to a speech-language evaluation, carried out by the researcher through the story and retelling of the stories of Little Red Riding Hood and Frog, Where are you?, which made it possible to obtain a semi-spontaneous speech recording, which in turn was analyzed according to the criteria for the ABFW fluency test – Test of children's language, blindly, by a speech therapist specialist in fluency. The study was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Pernambuco. The three children identified as being at risk for stuttering, according to the IRGD criteria, were also identified by the parameters of the ABFW fluency test as having some fluency disorders, namely: high frequency of speech discontinuity; excessive presence of typical stuttering disfluencies confirming it and one of the children, although with a complaint, classified in the IRGD under risk and history of stuttering in the family, had alteration only in aspects related to speech rate, which may indicate another fluency disorder, such as taquilalia. The presence of other disfluencies in speech was observed, such as: interjections and hesitations in the group without risk, as well as a child with a high rate of speech discontinuity, indicating cluttering. Thus, the comparative descriptive analysis indicates that the IRGD enabled the identification of preschoolers at risk for fluency disorders, and not just stuttering.

Keywords: stuttering; child development; early diagnosis; psychometry.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1-	Critérios de inclusão e exclusão do estudo	24
Fluxograma 1-	Primeira Fase da coleta de dados.....	27
Fluxograma 2-	Segunda Fase da coleta de dados.....	29
Quadro 2-	Dados da amostra total das crianças que participaram da primeira fase quanto ao sexo, se presença de queixa, pontuação em cada categoria do IRGD, pontuação total e sua respectiva classificação.....	36

LISTA DE TABELAS

Tabela1- Distribuição dos dados sócio demográficos dos responsáveis que responderam ao IRGD.....	35
Tabela 2- Distribuição amostra de crianças quanto ao sexo, idade, queixa, desfecho do IRGD (N =31)	37
Tabela 3- Caracterização da amostra de crianças quanto ao sexo, idade, queixa, desfecho do IRGD.....	40
Tabela 4- Descrição dos dados do IRGD por categorias e resultado da prova de fluência do ABFW das crianças classificadas sem risco para gagueira pelo IRGD.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IRGD	Instrumento de Risco para Gagueira do Desenvolvimento
ABFW	Teste de linguagem infantil
IBF	Instituto brasileiro de fluência
SPI	<i>Stuttering Prediction Instrument</i>
SSI	Stuttering Severity Instrument
PRGD	Protocolo de Risco para Gagueira do Desenvolvimento
CID	Classificação Internacional de Doenças
DTGs	Disfluências típicas da gagueira
RS	Repetições de Sons
RPM	Repetições de palavras monossilábicas
PI	Palavras incompletas
RPP	Repetições de parte da palavra
SFA	<i>Stuttering Foundation of America</i>
USF	Unidade de saúde da família
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
LIAP	Laboratório de Estudos em Linguagem e Aprendizagem
OD	Outras disfluências
DF	Descontinuidade de fala
PPM	Palavras por minuto
SPM	Sílabas por minuto
TEA	Transtorno do Espectro do Autismo

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	13
2	REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1	GAGUEIRA.....	16
2.2	INSTRUMENTOS DE RASTREIO, AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO EM GAGUEIRA.....	19
2.3	APLICABILIDADE DE INSTRUMENTOS EM SAÚDE.....	21
3	MÉTODOS	24
3.1	ÁREA DO ESTUDO.....	24
3.2	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	24
3.3	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	24
3.4	SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES E COLETA DE DADOS.....	25
3.5	PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	29
3.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	29
4	INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DE RISCO PARA GAGUEIRA DO DESENVOLVIMENTO- IRGD: EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE CRITÉRIO	30
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
	REFERÊNCIAS	54
	APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	62
	ANEXO A- NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGO ORIGINAL NA REVISTA CEFAC	66
	ANEXO B- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	80
	ANEXO C- INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO PARA GAGUEIRA DO DESENVOLVIMENTO (IRGD)	82
	ANEXO D- MATERIAL DE ORIENTAÇÃO DE PROMOÇÃO A FLUÊNCIA PARA PAIS	85
	ANEXO E- HISTÓRIAS UTILIZADAS PARA AVALIAÇÃO DA PROVA DE FLUÊNCIA	86
	ANEXO F -PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA COM SERES HUMANOS DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAUDE- UFPE	87
	ANEXO G- ABFW- PROVA DE FLUÊNCIA	92

1 APRESENTAÇÃO

A gagueira é um transtorno da fluência de origem neurodesenvolvimental, persistente e considerada multidimensional, pois envolve muitos fatores biopsicossociais. Possui base genética e neurofuncional (APA, 1995; MARCONATO; PALHARINI; SHIMIZU; OLIVEIRA, 2020). Uma das teorias da gagueira sugere que há dificuldade na codificação fonológica onde atrasa ou interrompe o planejamento e a execução articulatória subsequente, causando as disfluências (TSAI, 2018). Assim, este processo é resultante da união de vários subsistemas de processamento, são eles: controle motor, integração auditiva, processamento linguístico, aspectos emocionais (SMITH; WEBER, 2017).

A gagueira surge na infância, com idade típica de início entre 2 e 4 anos, no período de aquisição e desenvolvimento da linguagem. Manifesta-se externamente, como bloqueios, prolongamentos e/ou repetições de sons ou sílabas. Os indivíduos que gaguejam podem apresentar dificuldades no desempenho escolar e profissional, bem como no estabelecimento de vínculos sociais, comprometendo-os em diversos aspectos biopsicossociais (IVERACH, 2014).

Considerando o problema da cronicidade da gagueira ao longo dos anos, a fase pré-escolar é considerada o melhor período para diagnóstico e início da terapia fonoaudiológica (ONSLow; O'BRIAN, 2013). Quanto menos tempo uma criança gagueja, maior é a probabilidade de potencializar a recuperação espontânea da fluência de fala e prevenir a gravidade do transtorno (SANDER; COLLEGE; WISCONSIN, 2019; SMITH; WEBER, 2017).

Por conseguinte, é de fundamental importância a identificação e diagnóstico precoces, visto que a gagueira pode influenciar diretamente na qualidade de vida das pessoas. Além disso, a identificação precoce pode minimizar os prejuízos que o transtorno traz para vida dos indivíduos acometidos. Neste sentido, alguns pesquisadores têm se dedicado a oferecer evidências científicas sobre a importância do diagnóstico próximo ao início do surgimento da disfluência e do acompanhamento fonoaudiológico de crianças com gagueira em idade pré-escolar (YARUSS, 2007; IVERACH, 2014; MARCONATO et al., 2020).

Nesse contexto, faz-se necessário que haja ferramentas ou instrumentos para identificação precoce dos sinais da gagueira. De modo geral, os instrumentos de identificação precoce do risco para a persistência da gagueira já existentes utilizam parâmetros como a tipologia, duração e frequência das disfluências. No Brasil, o

primeiro instrumento voltado para o diagnóstico da gagueira foi o teste de Fluência contido no livro “ABFW – Teste de Linguagem Infantil” de Andrade *et al.* (2000). O instrumento tem como objetivo obter o perfil da fluência da fala por meio da análise de três aspectos: tipologia das rupturas, velocidade de fala e frequência das rupturas.

Além do ABFW, destacam-se o *Stuttering Prediction Instrument* (SPI) e *Stuttering Severity Instrument* (SSI) (RILEY, 1989; RILEY, 1994), produção internacional. Outro instrumento a ser mencionado é o Protocolo de Risco para Gagueira do Desenvolvimento (PRGD)(ANDRADE,2006), que contribui para a tomada de decisões dos fonoaudiólogos, sendo possível identificar crianças com sintomas de gagueira do desenvolvimento e classificá-las em baixo risco, risco e alto risco e seus respectivos programas terapêuticos.

Das ferramentas apresentadas,o PRGD, também do Brasil, é um dos mais utilizadas para pesquisas brasileiras sobre gagueira infantil, porém ainda não fornece evidências de validade de conteúdo e de fidedignidade e, conseqüentemente, as demais fases de análise de testes psicométricos (processos de validação) recomendados para elaboração de instrumentos. Além disso, não pode ser aplicado por outros profissionais, como professores e outros profissionais da saúde (LIMA *et al.*,2020).

Nesta perspectiva, a elaboração e validação de instrumentos nesta área tornam-se essenciais. Entretanto, para isto, é necessário que também garantam, além da estruturação/formação, a qualidade seguindo diretrizes internacionais que permitam a efetiva obtenção das propriedades psicométricas ou clinimétricas do teste ou instrumento (GURGEL,2015; PERNAMBUCO, 2017). Considerando a importância do diagnóstico precoce para crianças que gaguejam e conseqüente intervenção precoce, Lima e colaboradores (2021) elaboraram um Instrumento de Identificação de Risco para a Gagueira do Desenvolvimento – IRGD, seguindo as orientações propostas por Pasquali (2010), passando pela etapa teórica e empírica. É recomendado para ser aplicado por qualquer profissional da educação e da saúde treinado para rastrear o risco para a gagueira do desenvolvimento em crianças pré-escolares (LIMA *et al* 2021).

Assim, buscando testar a aplicabilidade do instrumento e favorecer o rastreamento de pré-escolares em risco para transtornos da fluência, a pesquisa ora apresentada buscou explorar a aplicabilidade do IRGD no contexto educacional. De forma mais

específica, buscou-se caracterizar a população do estudo segundo os dados sociodemográficos, determinar a incidência de pré-escolares em risco para a gagueira do desenvolvimento segundo o IRGD e verificar se o IRGD foi capaz de identificar pré-escolares em risco para gagueira na primeira infância.

A presente dissertação está estruturada em cinco capítulos, sendo o primeiro a apresentação; o segundo capítulo, a revisão de literatura; o terceiro capítulo contempla o método da pesquisa, em que são descritos o local do estudo, população de estudo, delineamento da pesquisa, coleta de dados e análise de dados. No quarto capítulo, encontram-se os resultados apresentados em forma de artigo original, intitulado: Instrumento de identificação de risco para gagueira do desenvolvimento – IRGD: explorações sobre a aplicabilidade no contexto educacional. Por fim, o quinto capítulo onde estão contempladas as considerações finais. O produto dessa dissertação será submetido à revista CEFAC, em conformidade com as normas da revista, que podem ser encontradas no final da dissertação (Anexo A).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 GAGUEIRA

A Organização Mundial da Saúde lançou, no ano de 2022, a nova descrição da gagueira na Classificação Internacional de Doenças e Outros transtornos, conhecida como CID 11. Descrição da gagueira está em um eixo principal, que trata os transtornos do neurodesenvolvimento e no subeixo que descreve os distúrbios do desenvolvimento da fala ou linguagem. Neste, há uma subdivisão conhecida como transtorno do/no desenvolvimento da fluência da fala. Ocorre por volta dos 2 aos 5 anos de idade, com média de 33 meses para o início da manifestação (SMITH, WEBER, 2017). De acordo com a CID 11, a gagueira é definida como:

Distúrbio desenvolvimental da fluência da fala que é caracterizado por rupturas persistentes, frequentes ou pervasivas do fluxo da fala que surge durante o período do desenvolvimento e está fora dos limites das variações normais esperadas para idade e nível de funcionamento intelectual e resulta em redução da inteligibilidade e afeta significativamente a comunicação. Pode envolver repetições de sons, sílabas ou palavras, prolongamentos, quebra de palavras, bloqueios, uso excessivo de interjeições e quebras abruptas e rápidas da fala (IBF,2022).

A prevalência da gagueira, é maior para indivíduos do sexo masculino. E tende a ocorrer dentro de famílias que já possuem outros membros que também gaguejam ou já gaguejaram (NOGUEIRA, 2015). Os primeiros anos de vida da criança são cruciais devido à capacidade de maior aprendizagem, de adaptações, formação de memória, denominada neuroplasticidade que influencia e é determinante diretamente no desenvolvimento da linguagem (PRATES; MARTINS, 2011). De acordo com estudos, as redes neurais de crianças pré-escolares estão em alta atividade e quando enviam sinais de controles instáveis, a área motora da fala produz uma fala descontínua nessas crianças. A frequência dessa instabilidade influencia na expressão dos genes responsáveis pelos sistemas da fala, que também interferem nas respostas comportamentais e fisiológicas da criança (SMITH; WEBBER, 2017; HOLH,2020).

Os primeiros sintomas observáveis na gagueira são as dificuldades linguísticas, rupturas involuntárias na fala, caracterizadas principalmente por repetições de pequenas unidades linguísticas, prolongamentos de fonemas, bloqueios fonatórios, pausas extensas e intrusões (MERÇON; NEMR, 2007; ANDRADE, 2012). Essas variedades de rupturas atípicas se agrupam em uma denominação maior, são as disfluências típicas da gagueira (DTGs). As repetições de sons (RS), como por exemplo, “s-s-s-s-saia”, as repetições de palavras monossilábicas (RPM), como por exemplo, “eu-eu-eu-eu lavo o carro”, e as repetições de parte da palavra (RPP), como por exemplo, “eu la-la-la-la- lavo o carro”, são as DTGs mais manifestadas quando a gagueira se inicia de forma gradual, e também as mais fáceis de identificar pelos pais (MERÇON; NEMR, 2007; YAIRI; AMBROSE, 2013; WALSH; SMITH, 2013).

Na fase inicial do surgimento da gagueira, por volta dos 2,5 anos, é possível potencializar a recuperação da fluência da fala em 80%, ao passo que aos 7 anos de idade a gagueira já tende a se cronificar (SMITH; WEBER, 2017). As consequências podem ir se agravando, à medida que a idade da criança avança. Isso reflete diretamente no prognóstico clínico, uma vez que quanto mais tempo uma criança gagueja, mais improvável é a sua recuperação espontânea, implicando em intervenção tardia, piores prognósticos, aumento do tempo clínico de reabilitação, cronificação da gagueira e menores chances de se tornarem adultos fluentes (LIMA et al., 2021).

Portanto, o diagnóstico tardio aumentará os riscos de impactos significativos no convívio social, emocional e ocupacional das pessoas com gagueira. Requer assim, que profissionais da saúde e da educação tenham conhecimentos suficientes para acolher esses indivíduos e suas famílias, prestando orientações, esclarecimentos e encaminhando-os para que sejam avaliados por fonoaudiólogo capacitado para a adequada abordagem do problema da forma mais precoce possível, assim como investindo em pesquisas para conhecer as causas da gagueira (BORSEL, *et al.*, 2011; IVERACH, *et al.*, 2009; PRATES; MARTINS, 2011).

Ao longo da história, acreditava-se que a gagueira tinha como causa diversas razões, mas muitas advinham do senso popular, como traumas de infância, pais excessivamente críticos, ansiedade, aspereza ou secura da língua, anormalidade no aparelho fonador e aspectos genéticos, linguísticos, motores, auditivos, cognitivos e emocionais (CHANG, 2011). No entanto, sabe-se que algumas das causas atribuídas à gagueira, nas quais se acreditava, atualmente são cientificamente infundadas, e

graças ao advento da tecnologia, houve um aumento na investigação de recursos que pudessem auxiliar no diagnóstico, examinar a anatomia do funcionamento do cérebro e a possível intervenção da gagueira (CHANG, 2011; BUZZETI, 2018).

Com o avanço das pesquisas de neuroimagem, a gagueira passou a se apresentar como um transtorno do neurodesenvolvimento, a partir de teorias que mostram que desde cedo o cérebro de crianças que gaguejam já atua de forma diferente. Observam-se diferenças na arquitetura estrutural e na organização funcional no cérebro de adultos e crianças que gaguejam, diferenciando da conformação do cérebro das pessoas fluentes. Mostram, assim, claras diferenças nos padrões de atividade do cérebro durante a produção de fala, como uma redução da conectividade entre as redes, envolvendo as interações auditiva e motoras (giro temporal, superior, posterior esquerdo, ínsula, área motora suplementar e giro frontal superior). Mostram, ainda, redução no controle dos movimentos individualizados através da conectividade da rede composta por núcleos da base, tálamo e córtex (CHANG, ZHU, 2013; CHANG *et al.*, 2015; ETCHALL *et al.*, 2018; INGHAM, *et al.*, 2017; GARNETT, *et al.*, 2018; CHANG, *et al.*, 2018; NEUMANN, 2018).

Acrescenta-se que as crianças que gaguejam tendem a apresentar alteração de desenvolvimento da área de Broca (menos substância cinzenta no giro frontal inferior esquerdo) e redução do desenvolvimento da substância branca na região motora oral esquerda (ASHA, 2005). Essas alterações do hemisfério esquerdo do cérebro são reparadas em adultos com gagueira persistente, os quais apresentam pouca lateralização funcional dos processos relacionados à fala (INGHAM, *et al.*, 2017; GARNETT, *et al.*, 2018; CHANG, *et al.*, 2018; ÁVILA, *et al.*, 2022).

Outros estudos associam a gagueira aos núcleos da base e à área motora suplementar – AMS. Os núcleos da base têm papel-chave na automatização de sequências motoras rápidas, como a fala, e fornecem pistas de temporalização para a AMS, o que depende de diferenciação nítida entre a ativação focal (iniciação dos movimentos) e inibição difusa (inibição de movimentos involuntários) do córtex cerebral (ALM, 2006). Falhas nesse processo podem resultar em dificuldade para a iniciação do movimento e liberação de movimentos involuntários, o que é comumente encontrado na gagueira.

Outras pesquisas sugerem também que existem problemas no processamento/retroalimentação auditiva em pessoas com gagueira. Evidenciam que

há alterações no processamento auditivo temporal, principalmente nas habilidades de ordenação e resolução temporal, e que podem também repercutir no desempenho da fluência na fala, visto que há diferenças funcionais entre as regiões frontais e temporais do cérebro relacionadas com a percepção de fala (GIRAUD, et al., 2008; ANDRADE, et al., 2008; FERREIRA, et al., 2021). Como visto anteriormente, é fundamental que o diagnóstico da gagueira do desenvolvimento seja feito o mais precocemente possível, ainda na infância, a fim de minimizar os aspectos negativos associados ao transtorno e potencializar a qualidade de vida desses falantes (MACIEL, 2013).

2.2 INSTRUMENTOS DE RASTREIO, AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO EM GAGUEIRA

Quanto menos tempo uma criança gagueja, maior é a probabilidade de potencializar a recuperação espontânea da fluência de fala e prevenir a gravidade do transtorno (SANDER; COLLEGE; WISCONSIN, 2019; SMITH; WEBER, 2017). E, para que isto não aconteça, é necessário que haja ferramentas/instrumentos para identificação das características da gagueira.

De modo geral, os instrumentos de identificação precoce do risco para a persistência da gagueira utilizam parâmetros como a tipologia, duração e frequência das disfluências. Dentre eles, destacam-se o *Stuttering Prediction Instrument* (SPI), versão de 1989 – instrumento de autoavaliação; e o *Stuttering Severity Instrument* (SSI), que já passou por várias revisões, sendo a 4ª edição em 2014 (RILEY; RILEY, 1989; RILEY, 1994). Tais instrumentos foram criados pelo Professor Fonoaudiólogo Glyndon D. Riley, da Universidade do Estado da Califórnia e fundador do “*Center for Children Who Stutter*”.

O instrumento de Gravidade da Gagueira (*Stuttering Severity Instrument* – SSI), internacionalmente reconhecido pela comunidade científica, é baseado na pontuação da frequência de disfluências típicas da gagueira, na duração das rupturas e nos concomitantes físicos. É utilizado com o objetivo de classificar a gagueira em leve, moderada, grave ou muito grave (RILEY, 1994). Tem sido amplamente utilizado em pesquisas científicas, pois admite duas funções em um mesmo instrumento, podendo

ser voltado tanto para a prática clínica, como para o rastreio, na diferenciação entre crianças fluentes e aquelas com dificuldades na fluência (MIRAWDELI; HOWEL, 2016). Contudo, o SSI não propõe um valor de normalidade, começando a classificação já por níveis leves de severidade e, por isso, não é recomendado como instrumento de rastreio (LIMA, 2020).

O SPI, por sua vez, foi desenvolvido para ser de uso multiprofissional. É empregado por meio da percepção dos pais/responsáveis quanto aos episódios mais sérios e recentes das disfluências da fala de crianças entre 3 a 8 anos de idade, a fim de favorecer o encaminhamento precoce. Ressalta-se que nenhum desses dois testes foi validado, até então, para o Brasil (RILEY; RILEY, 1989).

Ainda há outros instrumentos, como o proposto pela *Stuttering Foundation of America* (SFA), que desenvolveu um roteiro rápido para os pediatras para que pudessem aplicar junto às famílias de crianças que buscam orientações sobre a gagueira (GITAR, 2007). Este instrumento leva em conta o histórico familiar para gagueira do desenvolvimento; a idade de início (se antes dos três anos e seis meses o prognóstico é bom); o tempo de surgimento (mais de seis meses o prognóstico passa a ser reservado); o sexo (prognóstico pior para o sexo masculino); e outros distúrbios da comunicação associados, que diminuem a chance de remissão espontânea (ANDRADE, 1999).

Outro instrumento é o Protocolo de Risco para Gagueira do Desenvolvimento (PRGD), do Brasil, que contribui para a tomada de decisões dos fonoaudiólogos, sendo possível identificar crianças com sintomas de gagueira do desenvolvimento e classificá-las em: baixo risco, risco e alto risco e seus respectivos planos terapêuticos diferenciados para cada um dos três resultados (ANDRADE, 2006). Sendo um dos mais utilizados para pesquisas brasileiras sobre gagueira infantil.

O ABFW, teste de linguagem infantil de Andrade et.al (2000), foi criado para o contexto brasileiro, sendo composto de subtestes que avaliam diferentes áreas envolvidas no processo de comunicação: fonologia, vocabulário, fluência e pragmática. Destina-se à avaliação de crianças dos 2 aos 12 anos de idade. O subteste referente à fluência da fala, propõe a análise de três aspectos importantes: tipologia das rupturas, velocidade de fala e frequência das rupturas (BEFI-LOPES, 2004). Essas informações são extraídas a partir de uma coleta de amostra de fala espontânea de sílabas fluentes e, posteriormente, transcrita para análise dos

aspectos e conclusão diagnóstica (ANDRADE et al., 2000). Levando em consideração que a gagueira é multifatorial, a análise apenas da fluência em si, apenas pelos três aspectos já citados, pode deixar outros fatores relevantes sem investigação.

Após esta breve revisão sobre os principais instrumentos utilizados para identificação precoce da gagueira do desenvolvimento, foi possível evidenciar que os instrumentos clínicos da área, além de muito variados, são mais voltados para o diagnóstico do distúrbio do que para o rastreamento do risco. Não se observa a aplicação de um instrumento exclusivamente para fins de rastreio na população de pré-escolares (YAIRI, AMBROSE, 1999) que é o objetivo deste estudo.

Mediante este cenário, surgiu o Instrumento de Identificação do Risco para Gagueira do Desenvolvimento -IRGD- (LIMA,2020) em crianças pré-escolares, possibilitando a prática da saúde preventiva na identificação precoce da gagueira. IRGD foi construído para ser aplicado aos pais e/ou responsáveis por profissionais da saúde ou educação, devidamente treinados, que atuem com crianças na faixa etária entre 2 a 5 anos e 11 meses. Sua aplicação é realizada por meio de entrevista que devem responder perguntas fechadas através de números referentes a mínima e máxima concordância aos fatores de risco para gagueira de acordo com a percepção sobre a disfluência da fala das crianças. Permite categorizar as crianças em três grupos: sem risco, sob atenção e em risco. O instrumento é dividido em 4 categorias: Desenvolvimento Geral e da Comunicação; Aspectos Linguísticos; Aspectos Motores da Fala e Aspectos Psicossociais. Este material representa o primeiro instrumento normatizado que apresenta evidências de validade baseada no conteúdo (LIMA, 2020).

2.3 APLICABILIDADE DE INSTRUMENTOS EM SAÚDE

Observa-se que na prática clínica, em geral, na pesquisa, nas avaliações e intervenções na área de saúde há muitos questionários e/ou instrumentos disponíveis que medem e avaliam características psicossociais e diversos outros aspectos, porém a maioria apresenta insuficientes medidas psicométricas, sendo destacadas apenas as medidas de acurácia ou somente um tipo de evidência de validade (TERWEE, 2007; PERNAMBUCO, 2017). Com isso, estudos voltados para a avaliação de propriedades psicométricas de instrumentos devem ser desenvolvidos sob importante

rigor metodológico, de forma que garantam resultados adequados e conclusões apropriadas sobre as propriedades de medida do instrumento (MOKKINK, 2010).

Questionários são instrumentos integrantes da prática clínica, da avaliação em saúde e de pesquisas (CANO; HOBART, 2011). Estes instrumentos exercem grande influência nas decisões sobre o cuidado, tratamento e/ou intervenções e na formulação de programas de saúde e de políticas institucionais (MARX,1999; CANO; HOBART,2011).

Pesquisadores e organizações internacionais têm desenvolvido instrumentos importantes e de grande aplicabilidade no contexto da saúde (MARX,1999; KESZE, *et al.*,2010; CANO; HOBART,2011). Os aspectos avaliados e/ou mensurados por estes instrumentos são diversos: qualidade de vida, estado de saúde, limitações, adesão ao tratamento, fatores emocionais e psicossociais, dentre outros (MARX,1999; RATTRAY,2007; GALLASCH, 2007; VIGATTO, 2007; NAKAJIMA, 2009; TOLEDO 2008)

Existem vários instrumentos padronizados que auxiliam na identificação de crianças de risco em outras áreas e muitos deles são utilizados em estudos, para verificar sua eficácia ou seu valor preditivo, ou na prática clínica dentro dos programas de *follow-up*. Um exemplo é teste de Denver, instrumento mais utilizado para triagem de população assintomática, pois permite rápida administração e fácil treinamento. Foi desenvolvido por Frankenburg e Dodds em 1967 com o objetivo de direcionar o cuidado dos adultos para as crianças com riscos e não de diagnosticar atrasos no desenvolvimento (HALPERN,*et al.*, 2000; FRANKENBURG,*et al.*, 1967; REZENDE, *et al.*,2005). Esses testes facilitam e auxiliam tanto a triagem e o diagnóstico quanto o planejamento e progressão do tratamento, caso alguma anormalidade seja detectada (FRANCISCO, *et al.*,2006; MANCINI, *et al.*, 2002).

Na Fonoaudiologia, há uma tendência, nos últimos anos, para construção e o aprimoramento de instrumentos clínicos. Contudo, a grande maioria desses instrumentos diz respeito ao processo de avaliação, diagnóstico e monitoramento da intervenção terapêutica. Poucos estudos têm procurado identificar o risco para um transtorno da comunicação (GURGEL, 2015). Além disso, observa-se que o processo de validação de instrumentos é comumente executado de forma parcial. Sendo assim, faz-se necessário fortalecer e sistematizar esse percurso metodológico completo para

que gerem interpretações válidas e confiáveis dos seus resultados (GOULART, 2007; GURGEL, 2015).

Visto que há um longo processo para considerar um instrumento válido na sociedade para ser aplicado com segurança por profissionais de saúde e educação, este estudo se faz relevante. Possibilitará a aplicabilidade de um instrumento que realizou duas etapas do processo de validação, são elas: de conteúdo e de confiabilidade, porém não realizou a aplicação no contexto escolar, assim reforça-se a importância de explorar a aplicabilidade do Instrumento de Identificação do Risco para Gagueira do Desenvolvimento (IRGD) na comunidade escolar.

3 MÉTODO

3.1 ÁREA DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado em uma escola pública e uma privada na região Metropolitana do Recife, ambas com ensino da Educação Infantil ao Ensino fundamental.

3.2 AMOSTRA DO ESTUDO

A presente pesquisa envolveu, na primeira fase, a participação de 31 escolares, na faixa etária de 2 anos a 5 anos e 11 meses, com e sem queixa de gagueira, bem como seus respectivos pais/responsáveis. Já na segunda fase, participaram apenas oito crianças, sendo três classificadas sob atenção ou em risco para gagueira do desenvolvimento.

A amostra foi não-probabilística, por conveniência (MAROTTI et al., 2008), uma vez que foi realizada a busca por pais/ responsáveis dos pré-escolares, dentro dos critérios de inclusão traçados, para participarem e assim foram recrutados para o estudo.

A seguir, estão descritos os critérios de inclusão e exclusão dos potenciais participantes da pesquisa.

Quadro 1- Critérios de inclusão e exclusão do estudo

Critério de inclusão	Critério de exclusão
Crianças sem e com queixa de gagueira na faixa etária de 2:0 a 5:11 anos e ser falante nativo do português brasileiro	Crianças com histórico de perda auditiva, lesão neurológica, convulsão, neoplasia, tumor e lesão no sistema nervoso central. Crianças em uso de medicamento (psicotrópico). Sintomas ou condições psiquiátricas e outras condições pertinentes que poderiam gerar erros no diagnóstico

	(como alteração auditiva e/ou visão)
Responsáveis/cuidadores de crianças com e sem queixa de gagueira;	Pais/ responsáveis que apresentem limitação intelectual e com idade inferior a 18 anos;

Fonte: A autora (2022)

3.3 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem mista, quanti-qualitativa.

3.4 SELEÇÃO DE PARTICIPANTES E COLETA DE DADOS

A seleção de participantes se deu em três fases, descritas a seguir:

Fase 1

a) A pesquisadora principal entrou em contato com alguns profissionais das instituições de ensino (escolas públicas e privadas), assim como Unidade de Saúde da Família (USF) e policlínica da região metropolitana do Recife. Essas duas últimas instituições de saúde participaram do início da primeira etapa (momento de orientação/treinamento do instrumento), mas não deram continuidade em virtude da falta de assiduidade dos pais/ responsáveis e crianças com idade igual ou maiores de dois anos (faixa etária da pesquisa) em função da pandemia e das fortes chuvas na região. A pesquisa seguiu, assim, com as demais instituições e os respectivos participantes que concordaram em participar. Houve, então, um momento de apresentação/orientação do instrumento (como leitura de cada item com explicações) para os profissionais da escola, participando duas professoras e uma das diretoras da escola, assim como entrega dos materiais da pesquisa (Questionário sociodemográfico - ANEXO B, IRGD - ANEXO C e TCLE de forma impressa- APÊNDICE A). Em seguida, esses profissionais entraram em contato com alguns responsáveis/ pais dos escolares na faixa etária do estudo, independentemente de haver queixa de gagueira ou não, enviando um convite através de um folder explicativo pelo WhatsApp.

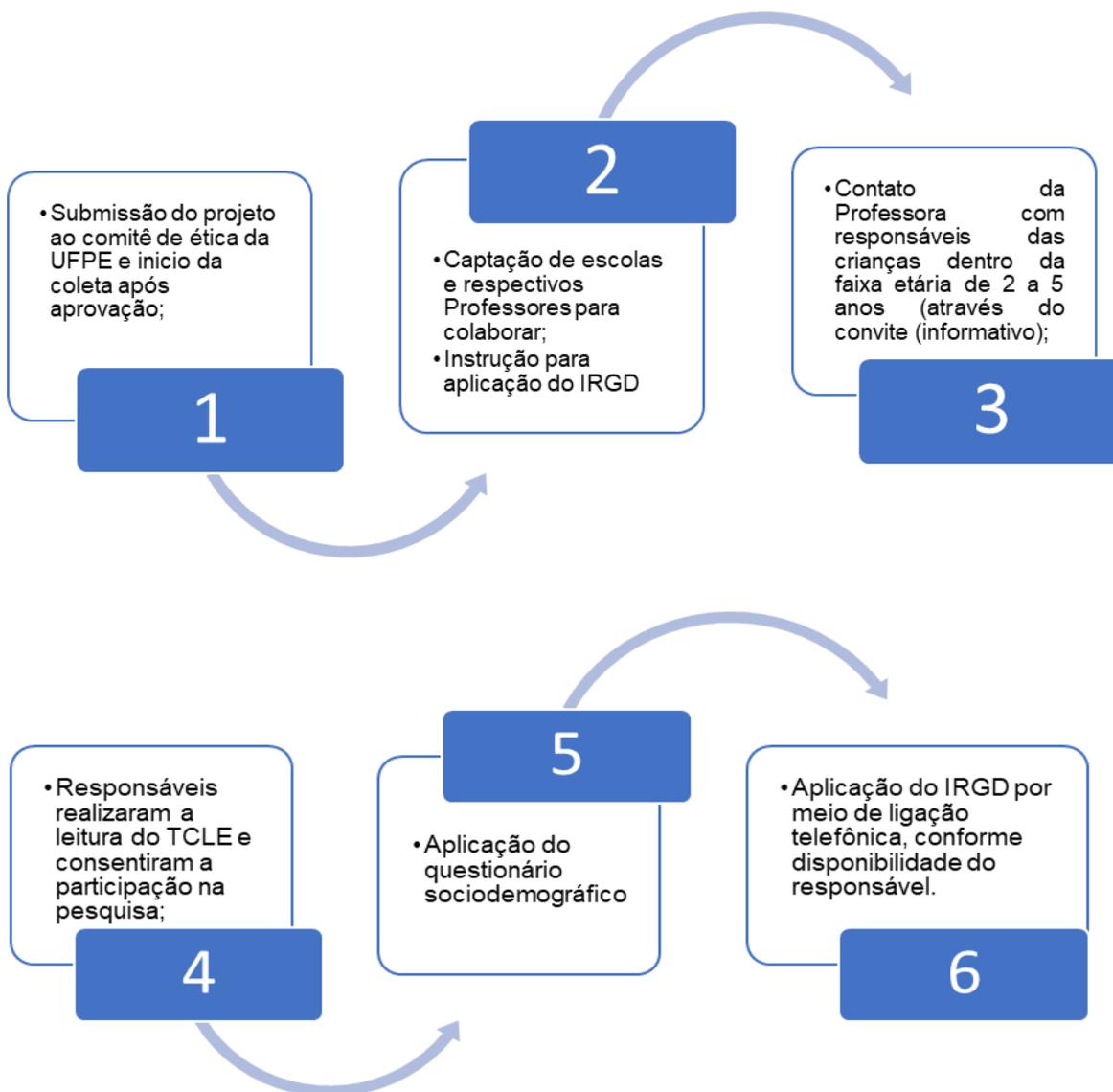
b) Após aceitação dos responsáveis, foram apresentados o Termo de Consentimento Livre Esclarecido e assinado (TCLE) (Apêndice A).

c) A aplicação do Instrumento de Identificação do Risco para Gagueira do Desenvolvimento (IRGD) (LIMA, 2020) consistiu na realização de uma entrevista com os pais/responsáveis das crianças de forma virtual (por ligação), sendo realizada pela pesquisadora responsável e uma professora treinada. O instrumento é dividido em 4 categorias: categoria I – Desenvolvimento Geral e da Comunicação (composta por cinco itens); categoria II – Aspectos Linguísticos (composta por oito itens); categoria III – Aspectos Motores da Fala (composta por cinco itens) e categoria IV – Aspectos Psicossociais (composta por seis itens). Por meio das percepções acerca da fala da criança, os pais/responsáveis responderam aos itens nas diferentes categorias do instrumento. A interpretação do resultado final é de que quanto maior for o escore total obtido no instrumento, maior o risco para gagueira (LIMA, 2020) (ANEXO C).

De modo específico, as análises dos desfechos obtidos por meio do IRGD permitem categorizar as crianças em três grupos: Grupo 1 - Crianças sem risco para a gagueira do desenvolvimento quando a pontuação chega até 46 pontos – nesse caso sugere apenas fornecer orientações de promoção da fluência. Grupo 2 - Criança sob atenção: entre 47 a 69 pontos – Sugere-se fornecer orientações de promoção da fluência. Grupo 3- Criança em risco: quando apresentam pontuação igual ou acima de 70 pontos – nesse caso sugere-se fornecer orientações de promoção da fluência e encaminhar imediatamente para avaliação fonoaudiológica (LIMA, 2020).

Ao fim da aplicação do instrumento, as aplicadoras deram a devolutiva aos pais/responsáveis quanto ao risco para o transtorno, em consonância com as respostas marcadas no instrumento, bem como ofereceu orientações de promoção à fluência, (através de um material de orientação e promoção da fluência para pais) (ANEXO D).

Fluxograma 1- Primeira fase da coleta de dados



Fase 2

Todas as crianças que participaram da fase 1 do estudo foram convidadas para participarem da fase 2, sejam elas identificadas sem risco, sob atenção ou com risco pelo IRGD. No entanto, apenas oito crianças participaram, sendo três em risco para gagueira e cinco sem risco, como já mencionado. A Fase 2 consistiu da realização da avaliação fonoaudiológica feita pela pesquisadora principal, de forma presencial ou virtual, de acordo com a disponibilidade do participante. A entrevista virtual foi

realizada pela plataforma do *Google Meet* e a presencial em uma sala da escola onde foi realizada a pesquisa, ambas com todo processo gravado.

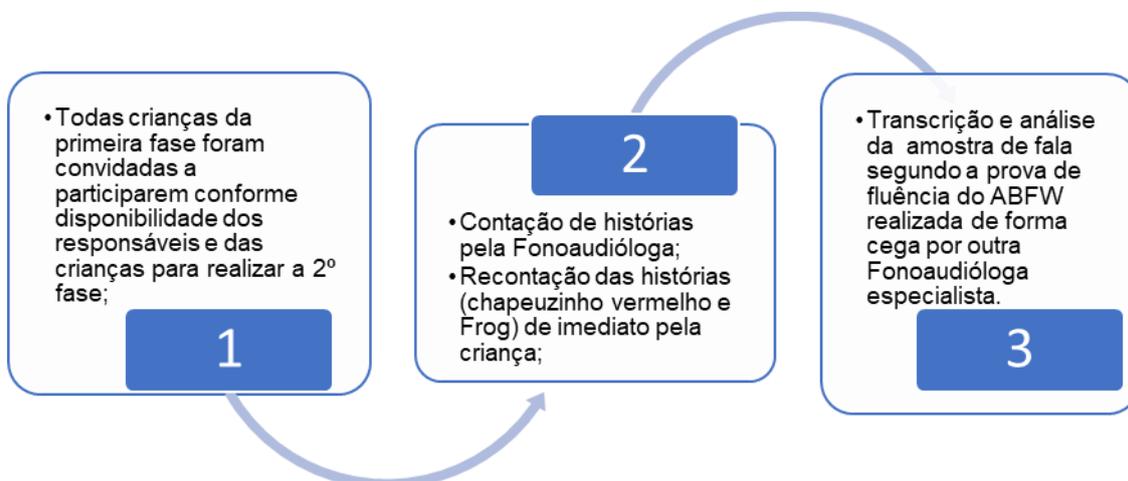
A avaliação consistiu na aplicação da prova de avaliação da Fluência do Protocolo ABFW, considerando padrão ouro para diagnóstico da gagueira no Brasil (ANDRADE, *et al.*, 2000). Para a realização da análise proposta pelo instrumento, foram utilizados dois estímulos para obtenção de narrativas pelas crianças (reconto de histórias): A imagem e as animações da história de Chapeuzinho Vermelho, disponível no site do Banco, tendo como ilustradora Bruna Assis Brasil, podendo ser encontrado no link: <https://www.euleioparaumacrianca.com.br/historias/chapeuzinho-vermelho/> e o vídeo com imagem/animação da história *Frog, where are you?* de Mercer Mayer, (1989), disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=BwDc3aOb-E0> (ANEXO E). Este último é um livro que contém apenas imagens, porém foi apresentada às crianças por meio de vídeo com link disponibilizado acima. Ambas histórias foram contadas pela pesquisadora seguindo as sequências das imagens, seguidas das solicitações para que as crianças recontassem a história, sendo o reconto gravado em vídeo para análise posterior.

Fase 3

Esta fase consistiu da realização da transcrição e análise, de forma cega, das amostras de fala, feitas por uma fonoaudióloga especialista pesquisadora vinculada ao Laboratório de Estudos em Linguagem e Aprendizagem (LIAP-UFPE). Para as análises das amostras, foram utilizados os parâmetros de avaliação da fluência de fala semi-espontânea, contidos no ABFW (ANDRADE, 2000) (ANEXO F). Foi realizado o mapeamento das outras disfluências (OD) e disfluências típicas da gagueira (DTG); cálculos de frequência de rupturas – porcentagens (%) de OD, % de DTG e % descontinuidade de fala (DF) – e de velocidade de fala (palavras por minuto - PPM e sílabas por minuto - SPM). As tipologias de OD são classificadas como: hesitação, interjeição, revisões, repetição de parte do enunciado, repetição de frases, repetição de palavras não monossilábica e palavras incompletas. Já as rupturas, que fazem parte das DTG, são classificadas como: repetição de palavras monossilábicas, repetição de parte da palavra, repetição de sons, pausas, bloqueios, prolongamentos e intrusões (OLIVEIRA, CORREIA, NINNO, 2017). As transcrições foram realizadas

com o auxílio de um computador e fone de ouvido, gerando esses dados que possibilitaram as análises das tipologias das disfluências.

Fluxograma 2 – Segunda e terceira fase da coleta de dados



3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram transferidos para uma planilha eletrônica digital para realização de análises estatísticas descritivas, utilizando o software estatístico SPSS 21.0. E foram realizadas comparação qualitativas do desfecho do risco geral da gagueira com o desfecho obtido na avaliação padrão ouro da fluência de fala, no caso, o teste ABFW (ANDRADE *et al*, 2000).

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi aprovada, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco, sob o CAAE: 55949422.1.0000.5208, Parecer nº 5.284956 (ANEXO G). Os pais/ responsáveis foram submetidos ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, deixando-os cientes dos objetivos do estudo, dos riscos e benefícios, bem como, do sigilo quanto à sua identidade, sendo os dados deste estudo utilizados apenas para fins científicos

Os dados coletados nas entrevistas desta pesquisa ficarão armazenados em pasta de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora principal.

INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DE RISCO PARA GAGUEIRA DO DESENVOLVIMENTO - IRGD: EXPLORAÇÕES SOBRE A APLICABILIDADE NO CONTEXTO EDUCACIONAL

INTRODUÇÃO

A gagueira é um transtorno da fluência de origem neurodesenvolvimental, persistente e considerada multidimensional, pois envolve muitos fatores biopsicossociais. Possui base genética e neurofuncional^{1,2}. Uma das teorias da gagueira sugerem que há dificuldade na codificação fonológica que atrasa ou interrompe o planejamento e a execução articulatória subsequente, causando as disfluências³. Outras sugerem que são resultantes da união de vários subsistemas de processamento como o controle motor, integração auditiva, processamento linguístico e aspectos emocionais³.

A gagueira surge na infância, no período de aquisição e desenvolvimento da linguagem, sendo a idade típica de início entre dois e quatro anos. Manifesta-se externamente como bloqueios, prolongamentos e/ou repetições de sons ou sílabas^{4,5}. Os indivíduos que gaguejam podem apresentar dificuldades no desempenho escolar e profissional, bem como no estabelecimento de vínculos sociais, comprometendo-os em seu desenvolvimento biopsicossociais⁶.

Considerando o problema da cronicidade da gagueira ao longo dos anos, a fase pré-escolar é considerada o melhor período para diagnóstico e início da terapia⁴. Quanto menos tempo uma criança gagueja, maior é a probabilidade de potencializar a recuperação espontânea da fluência de fala e prevenir a gravidade do transtorno^{7,8}.

Por conseguinte, é de fundamental importância a identificação e diagnóstico precoces, visto que a gagueira pode influenciar diretamente na qualidade de vida das pessoas. Além disso, a identificação precoce pode minimizar os prejuízos que o transtorno traz para a vida dos indivíduos acometidos. Neste sentido, alguns pesquisadores têm se dedicado a oferecer evidências científicas sobre a importância do diagnóstico próximo ao início do surgimento da disfluência e do acompanhamento fonoaudiológico de crianças com gagueira em idade pré-escolar^{9-10,2}.

Nesse contexto, faz-se necessário que haja ferramentas ou instrumentos para identificação dos sinais da gagueira. De modo geral, os instrumentos de identificação precoce do risco para a persistência da gagueira já existentes utilizam parâmetros

como a tipologia, duração e frequência das disfluências. No Brasil, o primeiro instrumento voltado para o diagnóstico da gagueira foi o teste de Fluência contido no livro “ABFW – Teste de Linguagem Infantil”¹¹. Este tem como objetivo de obter o perfil da fluência da fala por meio da análise de três aspectos: tipologia das rupturas, velocidade de fala e frequência das rupturas.

Além do ABFW, destacam-se o *Stuttering Prediction Instrument* (SPI) e *Stuttering Severity Instrument* (SSI)¹²⁻¹³. Outro instrumento que merece ser mencionado é o Protocolo de Risco para Gagueira do Desenvolvimento (PRGD)¹⁴ que contribui para a tomada de decisões dos fonoaudiólogos, sendo possível identificar crianças com sintomas de gagueira do desenvolvimento e classifica-las em baixo risco, risco e alto risco e seus respectivos programas terapêuticos.

Das ferramentas apresentadas, esta última é uma das mais utilizadas para pesquisas brasileiras sobre gagueira infantil, porém ele ainda não fornece evidências de validade de conteúdo e de fidedignidade e, conseqüentemente, as demais fases de análise de testes psicométricos (processos de validação) recomendados para elaboração de instrumentos. Além disso, também não pode ser aplicado por outros profissionais como professores e outros profissionais da saúde¹⁵.

Nesta perspectiva, a elaboração, validação e aplicação desses instrumentos nesta área tornam-se essenciais. Entretanto, para isto, é necessário que novos instrumentos também garantam, além da estruturação/formação, a qualidade, seguindo diretrizes internacionais que permitam a efetiva obtenção das propriedades psicométricas ou clinimétricas do teste ou instrumento¹⁶⁻¹⁷. Considerando a importância do diagnóstico precoce para crianças que gaguejam e conseqüente intervenção precoce, Lima *et al* (2021)¹⁸ elaboraram um Instrumento de Identificação de Risco para a Gagueira do Desenvolvimento – IRGD, seguindo as orientações propostas por Pasquali (2010)¹⁹ passando pela etapa teórica e empírica. O teste foi recomendando para ser aplicado por qualquer profissional da educação e da saúde treinado para rastrear o risco para a gagueira do desenvolvimento em crianças pré-escolares¹⁸. Assim, buscando testar a aplicabilidade do instrumento, esta pesquisa buscou explorar a aplicação IRGD no contexto educacional.

MÉTODO

O estudo se caracterizou como um estudo exploratório com abordagem mista quantitativa e qualitativa. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres

Humanos da Universidade Federal de Pernambuco, sob o CAAE: 55949422.1.0000.5208, Parecer nº 5.284956. Todos os participantes consentiram sua participação, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O estudo foi realizado em duas escolas da região metropolitana do Recife, sendo uma pública e uma privada. Foram incluídos no estudo pais/responsáveis de crianças com e sem queixa de gagueira, na faixa etária de 2 anos a 5 anos e 11 meses, assim como as respectivas crianças falantes nativas do português brasileiro. Foram excluídos os pais/responsáveis cujos filhos(as) apresentassem déficit neurológico, histórico de perda auditiva, convulsão, neoplasia, tumor e lesão no sistema nervoso central, assim como algum uso de medicamento (psicotrópico); sintomas ou condições psiquiátricas e outras condições pertinentes que pudessem gerar erros no diagnóstico e não continuidade aos processos da pesquisa e os pais/responsáveis com limitação intelectual e com idade inferior a 18 anos.

Na primeira fase da pesquisa, participaram 31 escolares, bem como seus respectivos pais/responsáveis. Já na segunda fase, participaram apenas oito crianças.

Inicialmente, foi aplicado o Instrumento de Identificação do Risco para Gagueira do Desenvolvimento (IRGD),¹⁵ que consistiu na realização de uma entrevista com os pais/responsáveis das crianças de forma virtual (por ligação), sendo realizadas pela pesquisadora responsável e por uma professora da educação infantil treinada. A professora que aceitou aplicar o instrumento participou de um momento de treinamento por meio da leitura e explicação de cada item do IRGD. O instrumento é dividido em 4 categorias: categoria I – Desenvolvimento Geral e da Comunicação (composta por cinco itens); categoria II – Aspectos Linguísticos (composta por oito itens); categoria III – Aspectos Motores da Fala (composta por cinco itens) e categoria IV – Aspectos Psicossociais (composta por seis itens). Por meio das percepções acerca da fala da criança, os pais/responsáveis responderam aos itens nas diferentes categorias do instrumento. A interpretação do resultado final seria de que quanto maior for o escore total obtido no instrumento, maior o risco para gagueira¹⁸.

De modo específico, a análises dos desfechos obtidos por meio do IRGD permitem categorizar as crianças em três grupos: Grupo 1 - Crianças sem risco para a gagueira do desenvolvimento quando a pontuação chega até 46 pontos – nesse caso sugere apenas fornecer orientações de promoção da fluência. Grupo 2 - Criança sob atenção: entre 47 a 69 pontos – Sugere fornecer orientações de promoção da fluência e reavaliar a criança em 30 dias. Grupo 3- Criança em risco: quando

apresentam pontuação igual ou acima de 70 pontos – nesse caso sugere fornecer orientações de promoção da fluência e encaminhar imediatamente para avaliação fonoaudiológica¹⁸.

Ao fim da aplicação do instrumento, as aplicadoras deram a devolutiva aos pais/responsáveis quanto ao risco para o transtorno, em consonância com as respostas marcadas no instrumento, bem como ofereceu orientações de promoção à fluência por meio de um material de orientação e promoção da fluência para pais.

Todas as 31 crianças da primeira fase do estudo foram convidadas a participar da segunda fase, tanto as que foram identificadas sob atenção ou com risco, que totalizavam seis, como as classificadas sem risco para gagueira, que totalizavam vinte e cinco. No entanto, apenas oito crianças compareceram para a realização da segunda fase, que consistiu na aplicação da Prova de Fluência do ABFW¹¹. Dessas, três haviam sido classificadas pelo IRGD como estando sob atenção ou com risco para gagueira e cinco fora de risco.

A Prova de Fluência foi aplicada pela pesquisadora principal, de forma presencial ou virtual, de acordo com a disponibilidade do participante. No caso de ser virtual, este foi realizado utilizando-se a plataforma do *Google Meet*. E quando presencial, em uma sala de uma das escolas participantes, sendo todo processo gravado.

A escolha do Protocolo ABFW¹¹ se deu pelo fato de o mesmo ser considerando o padrão ouro para diagnóstico da gagueira no Brasil. Para a realização da coleta de dados proposta pelo instrumento, utilizou-se dois estímulos para obtenção das amostras das narrativas pelas crianças (reconto de histórias): as imagens e animações da história de Chapeuzinho Vermelho e da história *Frog, where are you?*.

Ao término das avaliações, utilizou-se avaliação cega para transcrição e análise das amostras de fala por uma fonoaudióloga especialista na área da fluência. Para análise das amostras, foram utilizados os parâmetros de avaliação da fluência de fala semi-espontânea, contidos no ABFW. As transcrições geraram quadro de tipologias das disfluências, assim como frequência das rupturas e velocidade de fala.

RESULTADOS

Respeitando os passos metodológicos, os resultados serão apresentados de acordo com cada fase. Os resultados da primeira fase são relativos à participação de 31 pais/responsáveis e suas respectivas crianças, sendo inicialmente descrita a caracterização dessa amostra e, na sequência, os dados relacionados ao IRGD. Em sequência, serão apresentados os dados relativos à participação de oito crianças (três com queixa, e classificadas como sob atenção ou com risco, e cinco sem queixa, classificadas como fora de risco pelo IRGD) referentes à avaliação fonoaudiológica com ABFW – Prova de fluência, sendo os resultados comparados com o IRGD.

1º fase

Dos 31 responsáveis pelas crianças, observou-se que todas eram do sexo feminino. A grande maioria eram mães (80,67%), um pouco mais da metade tinha ensino médio completo (51,61%) e a maior parte (90,32%) tinha renda de até três salários mínimos, como pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos dados sócio demográficos dos responsáveis que responderam ao IRGD.

	Nº DE RESPONSÁVEIS	FREQUÊNCIA (%)
GÊNERO		
MASCULINO	---	---
FEMININO	31	100%
GRAU DE PARENTESCO	25 Mães	80,67%
	3 Avós	9,68%
	2 Tias	6,45%
	1 Prima	3,2%
ESCOLARIDADE		
ENS. FUND. COM.	6	19,35%
ENS. FUND. INC.	3	9,68%
ENS. MÉDIO COM.	16	51,61%
ENS. SUP.COM.		
ENS. SUP.INC.	4	12,90%
	2	6,45%
RENDA FAMILIAR		
1SM		

1-3 SM	14	45,16%
3-5 SM	14	45,16%
	3	9,68%

O Quadro 2- traz os dados sobre as crianças participantes, no que se refere às variáveis sexo, queixa, itens do IRGD score total e classificação no IRGD. Neste é possível observar que 17 crianças eram do sexo feminino e 14 do sexo masculino, seis estavam em atenção ou em de risco e destas, apenas uma era do sexo masculino. Verificou-se, ainda, que todas as responsáveis apresentaram queixas sobre o desenvolvimento da linguagem e que o item relativo aos aspectos linguísticos foi o que apresentou maior escore.

Quadro 2 - Dados da amostra total das crianças que participaram da primeira fase quanto ao sexo, se presença de queixa, pontuação em cada categoria do IRGD, pontuação total e sua respectiva classificação.

CRIANÇAS	SEXO	QUEIXA	DGC	LING.	MF	PS	Total IRGD	Classificação IRGD
1	M	NÃO	0	8	5	6	19	Fora de risco
2	M	NÃO	0	8	5	6	19	Fora de risco
3	M	NÃO	0	8	5	6	19	Fora de risco
4	M	NÃO	0	8	5	6	19	Fora de risco
5	F	NÃO	0	8	5	6	19	Fora de risco
6	F	SIM	5	40	25	30	100	Em risco
7	F	SIM	2	19	15	14	49	Sob atenção
8	F	SIM	6	15	12	14	47	Sob atenção
9	F	SIM	0	24	15	18	57	Sob atenção
10	M	SIM	5	24	15	18	62	Sob atenção
11	F	SIM	5	24	15	18	62	Sob atenção
12	F	NÃO	0	8	5	6	19	Fora de risco
13	M	NÃO	0	8	5	6	19	Fora de risco
14	F	NÃO	0	8	5	6	19	Fora de risco
15	F	NÃO	0	8	5	6	19	Fora de risco
16	F	NÃO	0	8	5	6	19	Fora de risco
17	F	NÃO	0	8	5	6	19	Fora de risco
18	F	NÃO	0	8	5	6	19	Fora de risco
19	M	NÃO	0	8	5	6	19	Fora de risco
20	F	NÃO	0	8	5	6	19	Fora de risco
21	F	NÃO	0	8	5	6	19	Fora de risco
22	M	NÃO	0	8	5	6	19	Fora de risco

23	M	NÃO	0	8	5	6	19	Fora de risco
24	M	NÃO	0	8	5	6	19	Fora de risco
25	M	NÃO	0	8	5	6	19	Fora de risco
26	F	NÃO	0	8	5	6	19	Fora de risco
27	M	SIM	7	15	6	9	37	Fora de risco
28	F	NÃO	2	11	7	17	27	Fora de risco
29	F	NÃO	4	12	8	8	31	Fora de risco
30	M	SIM	2	15	9	11	37	Fora de risco
31	M	NÃO	7	14	6	13	40	Fora de risco

Legenda: Categorias do IRGD: I- DGC- Desenvolvimento Geral e da Comunicação; II- Ling-Aspectos Linguísticos; III- MF- Aspectos Motores da Fala e IV- PS- Aspectos Psicossociais

Na Tabela 2, é possível verificar a distribuição da amostra quanto ao sexo, idade, queixa, escore obtido no IRGD e classificação. Além dos aspectos já mencionados, verifica-se uma maior concentração de crianças entre 70 e 71 meses e as demais faixas distribuídas de forma bastante semelhante.

Tabela 2 -Distribuição amostra de crianças quanto ao sexo, idade, queixa, desfecho do IRGD (N =31)

VARIÁVEIS	CATEGORIA	Nº DE CRIANÇAS	FREQUÊNCIA
Gênero	Feminino	17	54,83%
	Masculino	14	45,16%
Idade (em meses)	2anos e 5 meses a 3 anos e 7 meses	3	9,68%
	4 anos a 5 anos e 4 meses	9	29,03%
	5 anos e 5 meses a 5 anos e 9 meses	19	61,29%
Queixa	Não	23	74,19%
	Sim	8	25,80%
IRGD	Escore 19-23	22	70,98%
	Escore 27-31	2	6,45%
	Escore 34-37	1	3,22%
	Escore 47-49	2	6,45%
	Escore 57- 62	3	9,68%
	Escore acima de 70	1	3,22%
Classificação do IRGD	Fora de risco (até 46 pontos)	25	80,65%

Sob atenção (47-69 pontos)	5	16,13%
Com risco (acima de 70 pontos)	1	3,22%

Durante a aplicação do instrumento, algumas mães relataram como iniciou a queixa da gagueira: “Desde dos 3 anos de idade, durante momentos de conversa” (mãe da criança 7). “Aos 3 anos e meio através de conversas espontâneas e aos poucos fui percebendo, mas já ficava atenta pois, sei e fiz tratamento para gagueira” (mãe da Criança 8).

Na Tabela 1 e Quadro 2, observa-se que das oito crianças cujas mães relataram queixas de gagueira, seis foram identificadas pelo instrumento como sob atenção ou em risco e duas fora de risco: crianças 30 e 31. A criança 30 obteve 37 pontos (fora do risco para gagueira do desenvolvimento) e a mãe fez o seguinte comentário: “a criança ficou gaga com contato com outras crianças, começou a falar com quase dois anos de idade, e na escola tem um comportamento muito agitado”.

Como pode-se observar no Quadro 2, no caso dessa criança, o IRGD foi respondido na maior parte pela numeração 1 e 2, que equivalem, respectivamente, à: ausência e raramente. Apenas dois itens do IRGD foram respondidos pela responsável com 4 e 5 que equivalem, respectivamente, à frequentemente e sempre. Segundo a mãe, a criança repete palavras pequenas (DTG-RPM) e quando fala tem uma velocidade de fala um pouco mais rápida. A criança 31 obteve 40 pontos no IRGD, contudo a mãe relatou que ela tinha um atraso no desenvolvimento da fala, interagia bem, mas a fala estava atrasada e que ela se encontrava em investigação de TEA (Transtorno do Espectro do Autismo). Acrescentou que a criança era reflexo da pandemia e não falava quase nada, tinha vocabulário restrito e que na família dois sobrinhos tiveram acompanhamento fonoaudiológico. Ela pontuou apenas três itens como frequente e sempre, a saber: dificuldade em compreender o que a criança fala, principalmente ela como mãe; a criança evita falar e as pessoas tentam ajudar a fala da criança.

A partir desses achados, é possível observar que as queixas das mães referentes a essas duas crianças têm relação com outros transtornos da comunicação e não com a gagueira propriamente dita. Acredita-se que isso pode ter acontecido pelo

fato das mães, ao serem convidadas pela professora para participar da pesquisa, terem visto uma oportunidade de identificar algum transtorno e de tirar dúvidas. É possível, ainda, que este achado esteja relacionado ao fato de as mães não saberem diferenciar os sinais relacionados à disfluência ou a outro transtorno da fala.

Segunda fase

Nesta fase, apenas três, das oito crianças que apresentaram queixa pelo responsável na primeira fase, compareceram para a realização da avaliação, junto a mais cinco crianças sem queixa e classificadas como sem risco pelo IRGD. A seguir, a Tabela 3 apresenta os resultados das avaliações da prova de fluência - ABFW das crianças classificadas como fora de risco para gagueira, segundo critério do IRGD. Cada criança enumerada corresponde às mesmas crianças das tabelas apresentadas anteriormente.

Tabela 3: Descrição dos dados do IRGD por categorias e resultado da prova de fluência do ABFW das crianças classificadas sem risco para gagueira pelo IRGD.

VARIÁVEIS	CRIANÇA 1	CRIANÇA 2	CRIANÇA 3	CRIANÇA 4	CRIANÇA 5
Idade em meses	5 anos e 3 meses	5 anos e 8 meses	5 anos	5 anos e 5 meses	5 anos e 8 meses
IRGD					
<i>I-Desenvolvimento geral e da comunicação</i>	0	0	0	0	0
<i>II- Aspectos linguísticos</i>	8	8	8	8	8
<i>III- Aspectos motores da fala</i>	5	5	5	5	5
<i>IV- Aspectos psicossociais</i>	6	6	6	6	6
Total	19	19	19	19	19
ABFW					
Frequência de descontinuidade da fala (DF)	10%	4,5%	6,5%	8%	13%
Frequências das disfluências típicas da Gagueira (DTG)	0%	0,5%	1%	1,5%	2,5%
Outras disfluências (OD)	10%	4%	5,5%	6,5%	10,5%
OUTRAS DISFLUÊNCIAS DA FALA					
Hesitações (H)	2	2	0	1	0
Interjeições (I)	16	0	8	7	15
Revisões de frases ou sentenças (RV)	1	2	1	1	3
Repetição de parte do enunciado (RPE)	1	1	0	0	3
Repetição de Frases (RF)	0	0	1	0	0
Repetição de palavras não monossilábica (RPNM)	0	1	0	0	1
Palavras incompletas (PI)	0	1	1	4	4
TOTAL	20	8	11	13	26
DISFLUÊNCIAS TÍPICAS DA GAGUEIRA					
Repetições de palavras monossilábica (RPM)	1	1	1	1	1
Prolongamentos (PR)	1	0	1	1	1
Pausa (P)	1	0	0	1	1
Intrusão (I)	1	01	0	0	1
VELOCIDADE DE FALA					
Fluxo de palavras por minuto (Taxa de produção da informação)	77,68	62,12	114	81,82	70,78
Fluxo de sílabas por minuto (velocidade articulatória)	126,32	106,19	171,43	155,84	134,83

Relacionado aos fatores qualitativos do ABFW encontrados nesse grupo de crianças sem risco, observou-se: criança1- Apresenta variações linguísticas; Criança 2- Ceceio anterior; trocas dos sons da fala e Incoordenação pneumofonoarticulatória; Criança 3- Apresenta trocas do som dos sons da fala e velocidade de fala acelerada; Criança 4 - Hesitação audível e criança 5 - Não há presença de fatores qualitativos associados. Nota-se que a análise da amostra de fala das crianças, através dos parâmetros do ABFW, corrobora com a ausência de queixa dos responsáveis relacionada à gagueira, como já era esperado, pois a maior parte dos parâmetros/tipologia é típica de indivíduos com gagueira. Porém, essas crianças apresentam outras demandas fonoaudiológicas como ceceio, trocas nos sons da fala e uma velocidade de fala acelerada.

Na tabela 4, estão descritos todos os parâmetros contidos no IRGD e aspectos da prova do ABFW das crianças em que os pais tinham queixa e pelo instrumento foram classificadas sob atenção ou em risco.

Tabela 4 – Descrição dos dados do IRGD por categorias e resultado da prova de fluência do ABFW das crianças classificadas em risco e sob risco para gagueira pelo IRGD.

VARIÁVEIS	CRIANÇA 6	CRIANÇA 7	CRIANÇA 8
Idade em meses	5 anos e 6 meses	4 anos e 3 meses	4 anos e 9 meses
IRGD	Pontuação	Pontuação	Pontuação
<i>I-Desenvolvimento geral e da comunicação</i>	5	6	6
<i>II- Aspectos linguísticos</i>	40	15	15
<i>III- Aspectos motores da fala</i>	25	12	12
<i>IV- Aspectos psicossociais</i>	30	14	14
Total	100	47	47
ABFW			
Frequência de descontinuidade da fala (DF)	20%	41%	2,5%
Frequências das disfluências típicas da Gagueira (DTG)	17%	30%	0%
Outras disfluências (OD)	3%	11%	2,5%
OUTRAS DISFLUÊNCIAS DA FALA			
Hesitações (H)	0	1	0
Interjeições (I)	3	10	1
Revisões de frases ou sentenças (RV)	0	0	0
Repetição de parte do enunciado (RPE)	1	7	1
Repetição de Frases (RF)	0	1	0
Repetição de palavras não monossilábica (RPNM)	2	2	1
Palavras incompletas (PI)	0	1	1
TOTAL	6	22	4
DISFLUÊNCIAS TÍPICAS DA GAGUEIRA			
Parte da Palavra (RPP)	9	14	0
Repetições de palavras monossilábica (RPM)	9	40	0
Bloqueio (B)	9	0	0
Prolongamentos (PR)	3	6	0
Som (RS)	1		0
Pausa (P)	3	0	0
TOTAL	34	60	0
VELOCIDADE DE FALA			

Fluxo de palavras por minuto (Taxa de produção da informação) (PPM)	58,97 PPM	23,84PPM	69,23 PPM
Fluxo de sílabas por minuto (velocidade articulatória) (SPM)	102, 56 SPM	39,09 SPM	132 SPM

Com relação aos fatores qualitativos do ABFW no grupo das crianças com risco ou sob atenção, verificou-se que a criança 6 realiza movimento de anteriorização de cabeça com tremor associado, elevação de sobrancelhas e inspirações orais audíveis. A criança 7 não foi possível visualizar fatores qualitativos e a criança 8 não apresentou fatores qualitativos associados.

DISCUSSÃO

Os resultados da presente pesquisa trouxeram alguns achados sobre aplicação do IRGD no contexto escolar, assim como a avaliação fonoaudiológica, realizada por meio do ABFW - Prova de Fluência, com objetivo de associar aos resultados desse instrumento.

Como já mencionado, neste estudo verificou-se que 100% dos responsáveis eram mulheres e a maior parte mães, caracterizada como principal cuidadora, corroborando com um estudo realizado na cidade de Salvador, que investigou o conhecimento dos cuidadores sobre a gagueira²⁰. De acordo com os achados, as mulheres acreditam mais do que os homens na alta ocorrência da gagueira, o que pode estar relacionado com um envolvimento maior das mães nas questões relativas ao desenvolvimento dos filhos. O estudo apontou, ainda, que 90% dos responsáveis por acompanhar as crianças no tratamento fonoaudiológico são as mães, refletindo o quanto ainda permanece a função de cuidar dos filhos, uma atribuição feminina. Estudos ressaltam que essa concepção advém da sociedade patriarcal e persiste em nossa cultura, permanecendo a identidade feminina como sendo considerada a mais qualificada para o cuidado²¹⁻²².

A despeito da escolaridade apresentada pelos responsáveis, como se verificou, a maior parte havia concluído até o ensino médio, porém muitos ainda tinham o ensino fundamental, podendo assim, de fato a escolaridade poder influenciar e interferir no entendimento sobre a gagueira, ou até mesmo nas respostas dadas ao instrumento. Um estudo realizado na capital fluminense observou que a escolaridade influenciou

os resultados em relação ao conhecimento sobre a prevalência da gagueira, e apenas uma pequena parcela dos respondentes, que tinham ensino superior, referiu que a prevalência da gagueira era superior a 5%²⁰. Outro estudo revelou a escolarização materna como um aspecto relevante, pois 50% dos pais/mães entrevistados não tinham o ensino médio completo, relacionando a baixa escolaridade como um possível fator dificultador para compreensão das relações pedagógicas e suas implicações com a aprendizagem das crianças²¹.

Consequente, foi visualizado, durante a primeira fase, que todas as crianças cujas mães apresentaram algum tipo de queixa relacionada à fluência das crianças (8 do total de 31), apresentaram escore total do IRGD mais elevado, semelhante aos achados de Lima (2020). Outros estudos apontaram que a queixa é uma variável de risco importante, visto que os pais eram capazes de distinguir em quantidade e qualidade os comportamentos de gagueira, logo, fornecendo informações confiáveis e razoavelmente precisas²³⁻²⁴.

Porém, é importante destacar que um dos achados que mais chamou atenção dentre os relacionados com a queixa, foi que após a aplicação do IRGD duas crianças cujas mães relataram queixa não foram identificadas pelo instrumento como estando em risco para a gagueira do desenvolvimento. O que foi evidenciado foram outras demandas fonoaudiológicas, sinais relacionados ao atraso de linguagem ou algum transtorno de comportamento. Mais uma vez, é importante se levar em conta o nível de escolaridade desses pais, que pode ter contribuído para a não diferenciação da gagueira de outras alterações na fala da criança. Esse achado é semelhante ao estudo que aponta de forma consistente que o conhecimento formal constitui um suporte relevante para que mães possam se beneficiar de informações sobre o desenvolvimento infantil, como também podendo ser um fator limitante para compreensão e distinção das demandas, implicando, assim, na qualidade de vida da criança²⁵. Por outro lado, é importante destacar que esses resultados apontam para uma possível sensibilidade do IRGD para identificar outras alterações de linguagem para além da gagueira.

Resultados do presente estudo apontaram uma ocorrência na população de pré-escolares de 10% (3 de 31) com risco para gagueira, o que pode ser considerada muito alta. Porém, é importante ressaltar que este estudo contou uma amostra muito pequena, longe de ser representativa da população de pré-escolares na faixa etária investigada. Apesar dos estudos referirem que a prevalência estimada da gagueira

em pré-escolares é sempre a mais alta de todas as faixas etárias, estimando-se em 5% a presença da gagueira²⁶. Outros estudos mostraram uma variação das medidas de prevalência da gagueira na primeira infância entre 2,2% e 5,6%²⁷⁻²⁹.

Um estudo australiano estimou que, aproximadamente, 11% das crianças começaram a gaguejar por volta dos quatro anos de idade³⁰. Assim como outro estudo mencionou que os valores de prevalência da gagueira em crianças pequenas chegaram até 17%, nos últimos tempos³¹, corroborando com a teoria que a prevalência e a incidência entre crianças menores são muito maiores do que em períodos posteriores da vida^{32,31}. Esses dados epidemiológicos alertam para o período de desenvolvimento da gagueira em pré-escolares, pois mostram que um número expressivo dessas crianças tem grandes riscos de apresentarem esse transtorno¹⁵.

Contudo, no caso do presente estudo, além da população ser reduzida, o índice observado mais elevado (10%) pode refletir a forma como os participantes foram recrutados. Possivelmente, as mães com maiores preocupações em relação à fala dos filhos, portanto, com queixa, disponibilizaram-se mais facilmente a participar da pesquisa do que as que não possuem esse tipo de preocupação.

Sobre as avaliações realizadas na segunda etapa, ressalta-se que o padrão de normalidade para o percentual de disfluências típicas da gagueira (DTG) é de 3% e para o de descontinuidade da fala (DF) é de 10%³³. Já na Tabela 4, referente às crianças sem risco para gagueira, segundo o IRGD, observaram-se resultados bem abaixo, não classificando-as com disfluência, corroborando com ausência de queixas dos pais como já era esperado, pois essas tipologias do ABFW são típicas de indivíduos com gagueira.

Contudo, verifica-se que a criança 5, que foi classificada como fora de risco para gagueira, apresentou uma elevada porcentagem de descontinuidade da fala devido à presença de bastante interjeições. Sabe-se que a descontinuidade da fala é a soma das frequências de rupturas das disfluências típicas da gagueira e das outras disfluências (OD), sendo as OD mais comuns as hesitações, interjeições, revisões, palavras não terminadas, repetições de palavra, repetições de segmentos e repetições de frases. Esta criança apresentou um percentual de 13% de OD, considerado risco para outro transtorno da fluência, a exemplo da taquifemia. Esta que é um transtorno da fluência nos quais os segmentos da conversação do falante na sua língua nativa são percebidos como muito rápido, irregular ou ambos. Os segmentos da fala rápida ou irregular devem, além disso, ser acompanhados por um

ou mais dos seguintes sintomas: disfluências comuns excessivas (acima de 8-10%), omissão de sílabas e/ou pausas, estresse silábico ou ritmo de fala anormais³⁴. No entanto, a criança foi sinalizada nos parâmetros de disfluências comuns, além de apresentar grande número de interjeições, revisão de frases - RV, repetição de parte da palavra - RPE, palavras incompletas(PI) e apenas uma repetição de palavra não monossilábica - RPNM.

Na média de ocorrências entre as tipologias comuns, as mais frequentes foram a interjeição e hesitação, observadas nos dois grupos: sem risco e com risco ou sob atenção. Tais achados podem estar relacionados ao tipo de avaliação que foi utilizada, que foi a narrativa (recontação de história). Em outro estudo de avaliação da fluência da fala de crianças o qual também utilizou a narração de história, de forma semelhante houve a presença da hesitação como outras disfluências mais frequentes na fala dos dois grupos pesquisa, ocorrendo tal ruptura durante o momento de planejamento e produção da fala e linguagem. Geralmente, elas aparecem antes das palavras de baixa frequência, palavras imprevisíveis e em situações com várias possibilidades semânticas ou sintáticas, e nas demais situações que indicam incerteza³⁵⁻³⁶. Ou seja, apesar das crianças apresentarem essas rupturas, elas por si só não indicariam que elas possuem um transtorno da fluência, a exemplo da gagueira.

Outro dado que merece ser destacado é a análise dos parâmetros da fala das crianças 6 e 7, a partir do ABFW, as quais são características da gagueira. A criança 7, que estava apenas sob atenção pelo IRGD, apresentou um maior quantitativo de sinais de gagueira pelo ABFW.

Já a criança 8, que também estava sob atenção pelo IRGD, não apresentou características disfluentes, porém nem sempre a pessoa que gagueja irá apresentar as disfluências com intensidade ou todos os dias, havendo uma variabilidade que precisa ser considerada. No entanto, faz-se necessário que seja realizada uma nova avaliação para fins de monitoramento, visto que a genitora apresenta gagueira e observa momentos de característica gaga na criança. Por esta razão, faz-se de extrema relevância o acompanhamento fonoaudiológicos para reavaliações³⁷, visto que estudo de prevalência da gagueira³⁸, realizado na Índia estima alta incidência familiar e a razão do risco de recorrência entre irmãos, apontando para base genética. Outro estudo também refere que uma história familiar positiva para gagueira, mostrou-se pior no desempenho em uma avaliação articulatória/fonológica padronizada³⁸.

Ainda referente à criança 8, uma alteração observada foi a velocidade de fala, muito acelerada, com fluxo de velocidade articulatória de 136 sílabas por minuto (SPM). É sabido que esse pode ser um sintoma de outros transtornos da fluência, como a taquilalia. Esta é caracterizada pela velocidade de fala acentuada ou irregular, comprometendo a inteligibilidade da mensagem e, conseqüentemente, a compreensão da fala, mas não comprometendo a integridade do discurso e não ocorrendo aumento significativo no número de hesitações/disfluências comuns ou gaguejadas³⁸, assim como observado nos parâmetros do ABFW dessa criança.

É importante destacar que os valores de velocidade de fala são variáveis, estando em consonância com a comunidade linguística que o falante está inserido³⁹. Muitos fatores podem interferir no aumento ou diminuição da velocidade de fala, como o ambiente, as reações do ouvinte, a complexidade da fala e o estado emocional que se encontra o falante, que podem acabar causando o aumento da ansiedade e, conseqüentemente, da velocidade de fala³⁶. Ressalta-se também que o sexo feminino possui uma fala com maior velocidade⁴⁰.

Outro dado que merece ser discutido é a questão da prevalência do sexo. Neste estudo, observou-se uma maior representatividade de criança do sexo feminino entre as que apresentaram queixa ou risco para a gagueira do desenvolvimento, sendo contrário aos dados da literatura mundial. Porém, esse achado pode ser explicado pelo número reduzido da amostra.

Contudo, mesmo com uma amostra reduzida, os resultados sugerem que a utilização do IRGD pode ser útil, principalmente em ambientes escolares, para identificar aquelas crianças que se encontram em risco para a gagueira ou que apresentam alguns sinais que merecem ser monitorados ao longo do seu desenvolvimento. O IRGD também pode ser útil a outros profissionais que estão envolvidos no acompanhamento do desenvolvimento infantil, instrumentalizando-os em suas práticas, para que fiquem mais atentos às características da fluência da fala.

É um instrumento simples, de fácil e rápida aplicação e que tem uma importante aplicabilidade, tendo em vista que a comunicação é uma habilidade que influencia outras áreas do desenvolvimento. Em síntese, o teste irá contribuir para a verificação dos critérios de risco infantil relacionados à fluência, tanto em ambiente escolar quanto em outros ambientes, como na atenção primária à saúde (para rastrear a necessidade de orientação e/ou encaminhamentos). Além disso, embora aplicado a uma população

reduzida, os dados sinalizam que o IRGD pode ser sensível para a identificação de outros transtornos da fluência e não apenas da gagueira do desenvolvimento, fato que necessita ser melhor investigado em estudos futuros.

Vale salientar, ainda, que o IRGD é um instrumento de rastreio de baixo custo em que se necessita apenas do formulário para ser preenchido e de uma orientação prévia, atendendo, pois, às recomendações do que é preconizado para instrumentos de rastreio: rápido, de fácil aplicação e de baixo custo, o que difere dos instrumentos padrão ouro que preconiza um material específico e uma formação específica para sua aplicação ⁴¹⁻⁴².

Partindo do princípio de que a gagueira pode evoluir com o tempo, a fase pré-escolar é considerada o melhor período para iniciar a terapia, tendo em vista a comprovação da eficácia terapêutica⁶. O estudo da fluência da fala é de suma importância, uma vez que a fala é uma das habilidades cruciais para a vida em sociedade. Os indivíduos que possuem algum tipo de transtorno da fluência sofrem impactos negativos na qualidade de vida, que podem causar frustração e traumas durante todo o seu processo de desenvolvimento, muitas vezes, prejudicando o desempenho escolar, profissional e social³⁶.

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo apontaram que o IRGD é aplicável na população pré-escolar, possibilitando identificar não só crianças em risco para a gagueira, mas que também apresentam algum sinal para outros transtornos da fluência- taquifemia e taquilalia.

Sugere-se, assim, para os trabalhos futuros, que se amplie o número da amostra e diversifique seu contexto geográfico, assim como o nível socioeconômico, tendo em vista que a pesquisa foi realizada apenas em escolas com um público de um nível socioeconômico relativamente baixo. Também deve incluído um maior número de crianças com e sem queixa de gagueira, a fim de consolidar um instrumento robusto que possa ser amplamente utilizado pelos profissionais da saúde e educação. Outra sugestão relevante é verificar junto aos aplicadores as dificuldades encontradas na realização da triagem, além do tempo médio de aplicação.

REFERÊNCIAS

- ¹American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995
- ²Marconato E.; Palharini TA.; Shimizu AA.; Oliveira CMC. Gagueira em pré-escolares. In: ANJOS, H.O.; MARCONATO, E.; OLIVEIRA, C.M.C. Terapia fonoaudiológica para pré-escolares com gagueira. Ribeirão Preto: Booktoy, 2020.
- ³Tsai PT. Phonological neighborhood effect in spontaneous speech in adults who stutter. *J Fluency Disord*, 2018; 58:86-93. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jfludis.2018.08.005>. PMID:3018099. Acesso em: 20 de setembro de 2022
- ⁴ Instituto Brasileiro de Fluência. Caracterização da gagueira. Disponível em <<https://gagueira.org.br/gagueira-caracteristicas/caracterizacao-da-gagueira> >. Acesso em 16 de julho de 2020.
- ⁵ Instituto Brasileiro de Fluência. Epidemiologia da gagueira. Disponível em <http://gagueira.org.br/conteudo.asp?id_conteudo=31 >. Acesso em 16 de julho de 2020
- ⁶Onslow M, O'brian S. Management of childhood stuttering. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 2013. 49(2)E112-115. Disponível em:< doi: 10.1111/jpc.12034.> Acesso em: 16 fev.2021
- ⁷Sander RW, Colledge M, Wisconsin W. Stuttering: understanding and treating a common disability. *Am Fam Physician*, 2019.100(9),p:556-60
- ⁸ Smith A, Webber C. How stuttering develops: The Multifactorial Dynamic Pathways Theory. *J Speech Lang Hear Res*. Washington (DC), 60 2017. Disponível < https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0343 > Acesso em: 10 de abril de 2020.
- ⁹Yaruss JS, McGill L. Transtorno da fluência com início na infância (gagueira): “esperar para ver” ou “encaminhar para avaliação” *CCC-SLPPediatria* ,2022,p: 149-52.
- ¹⁰ Iverach L, Rapee RM. Social anxiety disorder and stuttering: Current status and future directions. *J Fluency Disord*. v.40, p.69-82,2014.
- ¹¹ Andrade CRF, Befi-Lopes DM, Fernandes FDM, Wertzner HF. **ABFW**: Teste de linguagem infantil nas áreas de Fonologia, Vocabulário, Fluência e Pragmática. Carapicuíba (SP): Pró-Fono, 2000. 90 p.
- ¹² Riley GD, Riley J. Physician's screening procedure for children who may stutter. *Journal of Fluency Disorders*, EUA, v. 14, 1989.
- ¹³ Riley GD. *Stuttering Severity Instrument for Children and Adults*. Austin: Pro Ed, 1994
- ¹⁴ Andrade CRF. *Gagueira infantil: risco, diagnóstico e programas terapêuticos*. Barueri: Pró Fono, 2006.

- ¹⁵ Lima MMO. Identificação de Risco Para a Gagueira do Desenvolvimento: elaboração e validação de um instrumento de rastreio. Dissertação. (Mestrado em Saúde da Comunicação Humana). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, p.175, 2020.
- ¹⁶ Gurgel LG; Kaiser V; Reppold TZ. The search for validity evidence in the development of instruments in speech therapy: a systematic review. *Audiol. Commun. Res*, 2015. 20(40):371-83.
- ¹⁷ Pernambuco L, Espelt A, Junior HVM, Lima KC. Recomendações para elaboração, tradução, adaptação transcultural e processo de validação de testes em Fonoaudiologia. *CoDAS*, São Paulo. 29 (3), 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S231717822017000300502&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Julho de 2020.
- ¹⁸ Lima MMO, Cordeiro AAA, Queiroga BAM. Instrumento de Rastreio para a Gagueira do Desenvolvimento: elaboração e validação de conteúdo. *Rev. CEFAC*. 23 (1), 2021.
- ¹⁹ Pasquali L. instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. 1.ed. Porto Alegre: Artmed, 560p. 2010.
- ²⁰ Fonseca, NTM, Nunes, RTA. Conhecimento sobre a gagueira na cidade de Salvador. *Rev. CEFA*, 2013 v.15, n.4., p.:884-894, Jul-Ago,. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-1846201300040001> . Acesso em 10 de outubro de 2022
- ²¹ Santana MJS, Escalda J. Aprendizagem de crianças com transtorno fonológico. *Rev. Psicopedagogia*, 2022; 39(119):206-16
- ²² Bernardi D. Paternidade e cuidado: “novos conceitos”, velhos discursos. *Revista Psicologia*, 2017, 26(1):59-80
- ²³ Tumanova V, Choi D, Conture EG, Walden TA. Expressed parental concern regarding childhood stuttering and the Test of Childhood Stuttering. *J Commun Disord*. 2018, 72: 86–96.
- ²⁴ Ambrose NG, Yairi E. Normative Disfluency Data for Early Childhood Stuttering. *J Speech Lang Hear Res*. 1999; 42 (4):895-909.
- ²⁵ Alvarenga, P., Soares, Z. F., Sales, P. K. C., & Anjos-Filho, N. C. (2020). Escolaridade materna e indicadores desenvolvimentais na criança: mediação do conhecimento materno sobre o desenvolvimento infantil. *Psico (Porto Alegre)*, 51(1), e31622. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2020.1.3162219>
- ²⁶ Maguire GA, Nguyen DL, Simonson KC, Kurz TL. The Pharmacologic Treatment of Stuttering and Its Neuropharmacologic Basis. *Front Neurosci*. 2020; 14: 158.
- ²⁷ Okalidou A, Kampanaros M. Teacher perceptions of communication impairment at screening stage in preschool children living in Patras, Greece. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 36(4), 2001.

- ²⁸ Proctor A, Yairi E, Duff, MC, Zhang J. Prevalence of stuttering in African American preschool children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, v. 50, n. 6, 2008.
- ²⁹ Mcleod S, Harrison L. Epidemiology of speech and language impairment in a nationally representative sample of 4- to 5-year-old children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 52 (5), 2009.
- ³⁰ Reilly S, Onslow M, Packman A, Cini E, Conway L, Ukoumunne OC, et al. Natural history of stuttering to 4 years of age: a prospective community-based study. *Pediatrics*. 2013;132(3):460-7.
- ³¹ Pertijns MAJ, et al. *Clinical Guideline Stuttering in Children, Adolescents and Adults*. NVLF, Woerden, 2014
- ³² Yairi E, Ambrose N. Epidemiology of stuttering: 21st century advance. *J Transtorno de Fluência*. 38:66-87, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rcefac/v17n5/1982-0216-rcefac-17-05-01441.pdf>> Acesso em: 20 de abril de 2020.
- ³³ Oliveira CMC, Correia DV, Di ninno CQMS. Avaliação da Fluência. In: Lamônica, Britto. (Org.). *Tratado de linguagem: perspectivas contemporâneas*. Sociedade 120 REVISTA INTERSCIENTIA. 8 (1). Brasileira de Fonoaudiologia. Booktoy: Ribeirão Preto, 2017. p. 107-113.
- ³⁴ St. Louis KO. Global perspectives on cluttering: research, assessment and treatment. Paper presented at the 6th World Congress on Fluency Disorders, Rio de Janeiro, Brasil. 2009.
- ³⁵ Souza MCL. Perfil da fluência de fala de escolares segundo a gravidade da gagueira. 2018. 85f. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) – Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Filosofia e Ciências, 2018.
- ³⁶ Clementino,JDF, Almeida LNA, Sousa MCG, Costa ASS,Lucena VL, Lima, ILB. Avaliação da fluência da fala de crianças com câncer. 8 (1) ,JUL-DEZ/2021
- ³⁷ Rodrigues ACN, Rosa M. O. Perfil da fluência da fala dos indivíduos com transtorno da fluência atendidos na clínica escola do Centro Universitário de Várzea Grande, 2017.
- ³⁸ Nandhini DA, Anbupalam TBS, Valarmathi CNP. KARTHIKEYEN DC.R., SRIKUMARI SRISAILAPATHY A. Epidemiologia genética da gagueira em escolares no estado de Tamil Nadu, Índia. *Jornal de Transtornos da Fluência*, dez, 2018; 58, p: 11-21
- ³⁹ Correia DV. Relações entre memória procedimental e linguagem em pessoas que gaguejam: um estudo com base no processamento da correferência anafórica em

português brasileiro. 2014. 80 f. Dissertação (Mestrado em Linguística e ensino) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.

⁴⁰ Silva SM. Fluência da fala do florianopolitano Trabalho de Conclusão de Curso (graduação). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis 2014.

⁴¹Pernambuco LA, Magalhães Junior HV. Aspectos epidemiológicos da disfagia orofaríngea. In. Marchesan, IQ, Silva HJ, Tomé MC. Tratado de Especialidades em Fonoaudiologia. São Paulo: Guanabara Kooagan, 2014. p. 171-178.

⁴² SABatés AL. Denver II: Teste de Triagem do Desenvolvimento: Manual de Treinamento. São Paulo: Hogrefe; 2018.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou verificar a aplicabilidade do IRGD na população pré-escolar e sua eficácia como instrumento de rastreio para a identificação de crianças em risco para os transtornos da fluência.

A identificação da presença do risco para alteração da fluência pode fornecer indicadores importantes para o direcionamento de ações de prevenção e promoção da saúde das crianças, visando o diagnóstico da gagueira do desenvolvimento de forma precoce ainda na primeira infância, a fim de minimizar os aspectos negativos associados ao transtorno e potencializar a qualidade de vida desses falantes. E, para que isto não aconteça, é necessário que haja ferramentas de rastreio, como o IRGD, disponíveis para profissionais da saúde e educação que acompanham o desenvolvimento infantil.

Outro ponto a ser levantado é que a utilização do IRGD como instrumento de rastreio contempla outros aspectos de caráter multidimensional, trazendo uma visão mais global da saúde da comunicação das crianças. Além disso, a sua utilização contribui com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), pois sua aplicabilidade independe da condição da presença ou não de um transtorno (ter queixa ou não de gagueira).

Inicialmente, houve a pretensão de seguir as recomendações do estudo de LIMA *et al* (2020) visando dar continuidade ao processo de validação, porém no decorrer da pesquisa foram encontrados muitos percalços, como a pandemia do COVID-19 vivenciada nos últimos anos, a qual dificultou a coleta de dados e impossibilitou que o número da amostra estivesse dentro do esperado. Mesmo com o retorno das atividades escolares, novos desafios na estruturação e funcionamento pedagógico estavam sendo impostos, o que dificultou a adesão de escolas e professores a participarem do estudo. Outras questões locais (regionais) aconteceram, também dificultando a continuidade da participação das crianças na segunda fase, assim como a captação de outras crianças com queixas de gagueira, notando-se, inicialmente, o quanto os professores sentem dificuldade em identificar essa queixa em seus alunos, muitas vezes, recomendando crianças que na avaliação observava-se com outras alterações dos sons da fala. Outro aspecto que também deve ser considerado foram as restrições metodológicas, reduzindo, assim, amostra.

Ademais, ressalta-se como potencial para o estímulo a outras pesquisas o uso do IRGD para que se possa ter um maior volume de dados e, com isso, possa dar continuidade ao processo de validação do instrumento, assim como a exploração deste em outros ambientes estimuladores do desenvolvimento infantil. A partir dos resultados dessas novas pesquisas, seja fomentada a construção de políticas públicas que melhor atendam às necessidades dos pré-escolares com queixa de gagueira o mais precoce possível. Os resultados do presente estudo permitem sugerir a disponibilização do instrumento como uma ferramenta válida para que professores e outros profissionais da educação possam identificar precocemente escolares em risco para os transtornos da fluência.

REFERÊNCIAS

ALM PA. Stuttering and sensory gating: A study of acoustic startle prepulse inhibition, 2006. *Brain and language*, 97(3),: 317-321.

AMBROSE NG, YAIRI E. Normative Disfluency Data for Early Childhood Stuttering. *J Speech Lang Hear Res*. 1999;v.42,n.4,p.:895-909.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995

ANDRADE CRF, BEFI-LOPES DM, FERNANDES FDM, WERTZNER HF. ABFW: Teste de linguagem infantil nas áreas de Fonologia, Vocabulário, Fluência e Pragmática. Carapicuíba (SP): Pró-Fono, 2000. 90 p.

ANDRADE CRF. Gagueira infantil: risco, diagnóstico e programas terapêuticos. Barueri: Pró Fono, 2006.

ANDRADE, A.N; GIL, D.; SCHIEFER, A.M; PEREIRA, L.D. Avaliação comportamental do processamento auditivo em indivíduos gagos. **Pró- Fono**, v. 20, n.1, p.43-8, 2008

ANDRADE, CLAUDIA REGINA FURQUIM . Gagueira Infantil: risco, diagnóstico e programas terapêuticos. Barueri, São Paulo: **Pró-fono**, 2012.

ANDRADE, CLAUDIA REGINA FURQUIM. Diagnóstico e intervenção precoce no tratamento das gagueiras infantis. **Pró-fono**, 1999.

ASHA: American Speech-Language-Hearing Association. Evidence-based practice in communication disorders [Internet]. Rockville: ASHA; 2005 Disponível em: www.asha.org/policy> Acesso em: 21 de ago de 2020.

ÁVILANSF, JUSTE F, COSTA JB, ANDRADE CRF. Ensaio clínico de tratamento – em três modalidades – para crianças com transtornos da fluência e gagueira, 2022. *CoDAS* ,34(2):e20200264 Disponível< DOI: 10.1590/2317-1782/20212020264 >

BEFI-LOPES, DM. Vocabulário. In: Andrade CRF, Befi-Lopes DM, Fernandes FDM, Wertzner HF. ABFW Teste de Linguagem Infantil nas áreas de Fonologia, Vocabulário, Fluência e Pragmática. Carapicuíba: Pró-Fono; 2004;41-60

BORSEL, J.V.; BREPOELS, M.; DE COENE, J. Stuttering, attractiveness and romantic relationships: The perception of adolescents and young adults. **J Fluency Disord**, v.36,n.1, p.41-50, 2011. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/222>> Acesso em: 05 da abril de 2021.

BUZZETI PBMM, FIORIN M, MARTINELLI N L, CARDOSO ACV, OLIVEIRA CMC. Comparação da leitura de escolares com gagueira em duas condições de escuta: habitual e atrasada. CEFAC. São Paulo, v. 18, n. 1, 2016

CANO,S.J; HOBART, J.C. The problem with health measurement. Patient Prefer Adherence 2011; v.5,p.:279-290.

CHANG SE, ANGSTADT M, CHOW HM, ETCHELL AC, GARNETT EO, CHOO AL. Anomalous network architecture of the resting brain in children who stutter. J Fluency Disord. 2018;55:46-67. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jfludis.2017.01.002> PMid:28214015.>» <http://dx.doi.org/10.1016/j.jfludis.2017.01.002>

CHANG SE, ZHU DC. Neural network connectivity differences in children who stutter. Brain. 2013;136 (12):3709-26. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1093/brain/awt275> PMid:24131593.

CHANG SE. Using brain imaging to unravel the mysteries of stuttering. Cerebrum : the Dana forum on brain science,. p. 1-16, 2011.

CHANG, S. Subtle differences in brain network connectivity in children who stutter. **Procedia Soc Behav Sci.** p.193-285, 2015.

CLEMENTINO,J,D.F.; ALMEIDA, L.N.A; SOUSA, M.C.G.; COSTA, A.S.S.; LUCENA, V. L.; LIMA, I. L. B. Avaliação da fluência da fala de crianças com câncer V. 8 ,N. 1 ,JUL-DEZ/2021.

CORREIA, D.V. Relações entre memória procedimental e linguagem em pessoas que gaguejam: um estudo com base no processamento da correferência anafórica em português brasileiro. 2014. 80 f. Dissertação (Mestrado em Linguística e ensino) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.

ETCHELAC, CIVIER O, BALLARD KJ, SOWMAN PF. A systematic literature review of neuroimaging research on developmental stuttering between 1995 and 2016. J Fluency Disorders. 2018;55:6–45.

FERREIRA TNM, RODRIGUES LRP, CORREIA DV, ANDRADE SMMS, ALVES GAS, ROSA MRD. Habilidades do processamento temporal em pessoas que gaguejam, 2021.Rev. CEFAC. 2021;23(3):e1362 DOI: 10.1590/1982-0216/202123313620

FONSECA, Naiara Tatiele Matos; NUNES, Rina Tereza D'Angelo. Conhecimento sobre a gagueira na cidade de Salvador. Rev. CEFA. v.15, n.4., p.:884-894, Jul-Ago, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-1846201300040001> . Acesso em 10 de outubro de 2022

FRANCISCO RN, CAON G, BISSANI C, SILVA CA, SOUSA M, SILVA L. Características neuropsicomotoras de crianças de alto risco neurológico atendidas em um programa de follow up. *Pediatria Moderna*. 2006; 42,v.2, p: 79-85.

FRANKENBURG WK, DODDS JB. The Denver Developmental Screening Test. *J Pediatr* 1967. V.71, n.2,p.: 181-91.

GALLASCH CH, ALEXANDRE NMC, AMICK III B. Cross-cultural adaptation, Reliability, and validity of the Work Role Functioning Questionnaire to Brazilian Portuguese. *J Occup Rehabil* 2007; n.17,v.4,p:701-711

GARNETT EO, CHOW HM, NIETO-CASTAÑON A, TOURVILLE JA, GUENTHER FH, CHANG SE. Anomalous morphology in left hemisphere motor and premotor cortex of children who stutter. *Brain*. 2018;141(9):2670-84. Disponível <<http://dx.doi.org/10.1093/brain/awy199>>

GIRAUD ANNE-LISE, NEUMANN K, BACHOUD-LEVI AC, GUDENBERG AWV, HARALD A, EULER HA, LANFERMANN H, PREIBISCH C. Severity of dysfluency correlates with basal ganglia activity in persistent developmental stuttering, 2008. *Brain and language*,104,(2),:190-199. DOI: 10.1016/j.bandl.2007.04.005

GOULART, B.N.G., CHIARI, B.M. Screening versus diagnostic tests: an update in the speech, language and hearing pathology practice. *Pró-Fono R. Atual. Cient.* v.19, n.2, p.223-32, 2007

GUITAR, BARRY; CONTURE, EDWARD G. The child who stutters: to the pediatrician. **Stuttering Foundation of America**, ed. 5, 2007.

GURGEL, L.G; KAISER, V.; REPPOLD, T.Z. The search for validity evidence in the development of instruments in speech therapy: a systematic review. **Audiol. Commun. Res.** v. 20, n.4, p.371-83, 2015.

HALPERN R, GIUGLIANI ERJ, VICTORA CG, BARROS FC, HORTA BL. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. *J Pediatr* 2000. V.76, n.6, p.: 421-28.

HOLH, RODRIGO.O cérebro aprendiz: neuroplasticidade e educação, São Paulo, 50, pp. 130-133.

INGHAM RJ, INGHAM JC, EULER HA, NEUMANN K. Stuttering treatment and brain research in adults: a still unfolding relationship. *J Fluency Disord*. 2018;55:106-19. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jfludis.2017.02.003> PMID:28413060. » <http://dx.doi.org/10.1016/j.jfludis.2017.02.003>>

INSTITUTO BRASILEIRO DE FLUÊNCIA. Epidemiologia da gagueira. Disponível em <http://gagueira.org.br/conteudo.asp?id_conteudo=31 >. Acesso em 16 de julho de 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE FLUÊNCIA. Você conhece as descrições da gagueira? Disponível em < <https://gagueira.org.br/gagueira-caracteristicas/voce-conhece-as-descricoes-de-gagueira> > Acesso em 16 de set de 2022.

IVERACH, L.; O'BRIAN, S.; JONES, M.; BLOCK, S.; LINCOLN, M.; HARRISON, E.; SALLY HEWAT, S.; MENZIES, R.G.; PACKMAN, A.; ONSLOW, M. Prevalence of anxiety disorders among adults seeking speech therapy for stuttering. **J Anxiety Disord**, v. 23, n.7, p.928-34, 2009.

KESZEI, A.P.; NOVAK, M. STREINER, D.L. Introduction to health measurement scales. **J Psychosom Res**. Apr, v.68, n.4, p.319-23, 2010.

LIMA MMO. Identificação de Risco Para a Gagueira do Desenvolvimento: elaboração e validação de um instrumento de rastreio. Dissertação. (Mestrado em Saúde da Comunicação Humana). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, p.175, 2020.

LIMA, M.M.O; CORDEIRO, A.A.A.; QUEIROGA, B.A.M. Instrumento de Rastreio para a Gagueira do Desenvolvimento: elaboração e validação de conteúdo. **Rev. CEFAC**. v.23,n.1, 2021.

MACIEL, T. M.; CELESTE, L. C; MARTINS-REIS, V.O. Gagueira infantil: subsídios para pediatras e profissionais de saúde. **Rev. Med.**, Minas Gerais, v. 23, p.360-366, 2013.

MAGUIRE, G.A, NGUYEN, D.L, SIMONSON, K.C, KURZ, T.L. The Pharmacologic Treatment of Stuttering and Its Neuropharmacologic Basis. *Front Neurosci*. 2020; 14: 158.

MANCINI MC, TEIXEIRA S, DE ARAÚJO LG, PAIXÃO ML, MAGALHÃES LC, COELHO ZAC, *et al*. Estudo do desenvolvimento da função motora aos 8 e a 2 meses de idade, em crianças pré-termo e atermo. *Arq. Neuropsiquiatr*. 2002; 60, v.4,p: 974-980.

MARCONATO E.; PALHARINI TA.; SHIMIZU AA.; OLIVEIRA CMC. Gagueira em pré-escolares. In: ANJOS, H.O.; MARCONATO, E.; OLIVEIRA, C.M.C. Terapia fonoaudiológica para pré-escolares com gagueira. Ribeirão Preto: Booktoy, 2020.

MAROTTI, J. et al. AMOSTRAGEM EM PESQUISA CLÍNICA: TAMANHO DA AMOSTRA. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, São Paulo, v. 20, n.(2) p. 186-194, 2008.

MARX RG, BOMBARDIER C, HOGG-JOHNSON S, WRIGHT JG. Clinimetric and psychometric strategies for development of a health measurement scale. *J Clin Epidemiol* 1999; n.5,v.2,p.:105-111.

MCLEOD, S.; HARRISON, L. Epidemiology of speech and language impairment in a nationally representative sample of 4- to 5-year-old children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, v. 52, n. 5, 2009.

MERÇON, S.M.A.; NEMR, K. Gagueira e disfluência comum na infância: análise das manifestações clínicas nos seus aspectos qualitativos e quantitativos. **Rev. CEFAC**, v. 9, n. 2, p. 174-179, 2007.

MIRAWDELI, A.; HOWELL, P. Is it necessary to assess fluent symptoms, duration of dysfluent events, and physical concomitants when identifying children who have speech difficulties? *Clinical Linguistics & Phonetics, Oxfordshire*, v. 30, n. 9, 2016.

MOKKINK, L. B.; TERWEE, C.B.; PATRICK,D.L.; ALONSO, J.; PAUL W STRATFORD, P.W.; DIRK L KNOLD,D.L; BOUTER, L.M.; VET, H.C.W. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study.**Quality of life research**, v. 19, n. 4, p. 539-549, 2010a.

MOKKINK, L.B.; TERWEE, C.B.; PATRICK,D.L.; ALONSO, J.; PAUL W STRATFORD, P.W.; DIRK L KNOLD,D.L; BOUTER, L.M.; VET, H.C.W. The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. **J Clin Epidemiol**, v.63, n.7,p.737-45.,2010b.

NAKAJIMA KM, RODRIGUES RCM, GALLANI MCBJ, ALEXANDRE NMC, OLDRIDGE N. Psychometric properties of MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life Questionnaire: Brazilian version. *J Adv Nurs* 2009; n.65,v.5,p.:1084-1094.

NANDHINI D A, ANBUPALAM THALAMUTHU BS,VALARMATHI CN.P. KARTHIKEYEN DC.R., SRIKUMARI SRISAILAPATHY A. Epidemiologia genética da gagueira em escolares no estado de Tamil Nadu, Índia. *Jornal de Distúrbios da Fluência*, dez, 2018; 58, p: 11-21

NEUMANN K, EULER HÁ, KOB M, WOLFF VON GUDENBERG A, GIRAUD AL, WEISSGERBER T. Assisted and unassisted recession of functional anomalies associated with dysprosody in adults who stutter. *J Fluency Disord*. 2018;55:120 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jfludis.2017.09.003> PMID:28958627.

NOGUEIRA PR, OLIVEIRA CMC, GIACHETI CM, MORETTI-FERREIRA. Gagueira desenvolvimental persistente familiar: disfluências e prevalência Rev. CEFAC. 2015 Set-Out; n.17,v.5,p:1441-1448

OKALIDOU, A.; KAMPANAROS, M. Teacher perceptions of communication impairment at screening stage in preschool children living in Patras, Greece. International Journal of Language and Communication Disorders, v. 36, n. 4, 2001

OLIVEIRA, C. M. C. CORREIA, D. V.; DI NINNO, C. Q. de M. S. Avaliação da Fluência. In: Lamônica, Britto. (Org.). Tratado de linguagem: perspectivas contemporâneas. Sociedade 120 REVISTA INTERSCIENTIA | V. 8 | N. 1 | JUL-DEZ/2021 Brasileira de Fonoaudiologia. Booktoy: Ribeirão Preto, 2017. p. 107-113.

ON SLOW, M.; O'BRIAN, S. Management of childhood stuttering. Journal of Paediatrics and Child Health, v. 49, n. 2, p. E112-115, 2013. Disponível em: doi: 10.1111/jpc.12034. Acesso em: 16 fev.2021

PASQUALI, L. instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. 1.ed. Porto Alegre: Artmed, 560p. 2010.

PERNAMBUCO L, ESPELT A, JUNIOR HVM, LIMA KC. Recomendações para elaboração, tradução, adaptação transcultural e processo de validação de testes em Fonoaudiologia. CoDAS, São Paulo, 29(3), 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822017000300502&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Julho de 2020

PERNAMBUCO LA, MAGALHÃES JUNIOR HV. Aspectos epidemiológicos da disfagia orofaríngea. In. Marchesan, IQ, Silva HJ, Tomé MC. Tratado de Especialidades em Fonoaudiologia. São Paulo: Guanabara Kooagan, 2014. p. 171-178.

PERNAMBUCO, L.; ESPELT, A.; JUNIOR, H.V.M .; LIMA, K.C. Recomendações para elaboração, tradução, adaptação transcultural e processo de validação de testes em Fonoaudiologia. **CoDAS**, São Paulo, v. 29, n. 3, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822017000300502&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Julho de 2020.

PERTIJS, M. A. J.; et al. Clinical Guideline Stuttering in Children, Adolescents and Adults. NVLF, Woerden, 2014

PRATES, L P C S.; MARTINS V O. Distúrbios da fala e da linguagem na infância. Rev Médica de Minas Gerais, v. 21(4).: S54-S60, 2011.

PRATES, L. P. C. S.; MARTINS, V. O. Distúrbios da fala e da linguagem na infância. **Rev Médica de Minas Gerais**, v. 21, n. 4 Supl 1, p. S54-S60, 2011

PROCTOR, A.; YAIRI, E.; DUFF, M. C.; ZHANG, J. Prevalence of stuttering in African American preschool children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, v. 50, n. 6, 2008.

RATTRAY J, JONES MC. Essential elements of questionnaire design and development. *J Clin Nurs* 2007; n.16,v.2,p.:234-243.

REILLY S, ONSLOW M, PACKMAN A, CINI E, CONWAY L, UKOUMUNNE OC, et al. Natural history of stuttering to 4 years of age: a prospective community-based study. *Pediatrics*. 2013;132(3):460-7.

REZENDE MA, BETELI VC, SANTOS JLF. Avaliação de habilidades de linguagem e pessoal-sociais pelo Teste de Denver II em instituições de educação infantil. *Acta Paul Enferm*, 2005, v.18, n.1,p.:56-63

RILEY GD, RILEY J. Physician's screening procedure for children who may stutter. *Journal of Fluency Disorders, EUA*, v. 14, 1989.

RILEY GD. *Stuttering Severity Instrument for Children and Adults*. Austin: Pro Ed, 1994.

RODRIGUES, A.C.N; ROSA, M. O. Perfil da fluência da fala dos indivíduos com distúrbio da fluência atendidos na clínica escola do Centro Universitário de Várzea Grande, 2017.

SABATÉS, A.L. *Denver II: Teste de Triagem do Desenvolvimento: Manual de Treinamento*. São Paulo: Hogrefe; 2018.

SANDER, R.W.; COLLEGE, M.; WISCONSIN, W. Stuttering: understanding and treating a common disability. *Am Fam Physician*. 2019. v.100,n 9,p:556-60

SILVA, S.M. fluência da fala do florianopolitano Trabalho de Conclusão de Curso (graduação). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis 2014.

SILVA, SUELEN MACHADO. A fluência da fala do florianopolitano Trabalho de Conclusão de Curso (graduação). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis 2014.

SMITH A, WEBBER C. How stuttering develops: The Multifactorial Dynamic Pathways Theory. *J Speech Lang Hear Res*. Washington (DC), 60 2017. Disponível < https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0343 > Acesso em: 10 de abril de 2020.

SMITH, A.; WEBER, C. How stuttering develops: the multifactorial dynamic pathways theory. *J Speech Lang Hear Res*. 2017. V.60, n 9,p:2483-505.Disponível< http://dx.doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0343. PMID:28837728.>

SOUZA, M. C. de L. Perfil da fluência de fala de escolares segundo a gravidade da gagueira. 2018. 85f. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) – Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Filosofia e Ciências, 2018.

TERWEE, C.B.; BOT, S.D; BOER, M.R.; WINDT,D.A.V.D.; KNOL, D,L.; DEKKER,J.; BOUTER,L.M.; VET, H.C Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **J Clin Epidemiol**,v.60, n.1,p.34-42, 2007. DOI:10.1016 / j.jclinepi.2006.03.012

TOLEDO R, ALEXANDRE NMC, RODRIGUES RCM. Psychometric evaluation of a Brazilian Portuguese version of the Spitzer Quality of Life Index in patients with low back pain. *Rev Lat Am Enfermagem* 2008; v.16,n.6,p.:943-950.

TSAI PT. Phonological neighborhood effect in spontaneous speech in adults who stutter. *J Fluency Disord*, 2018; 58:86-93. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jfludis.2018.08.005>. PMID:3018099. Acesso em: 20 de setembro de 2022

TUMANOVA, V; CHOI, D; CONTURE, E.G.; WALDEN, T.A. Expressed parental concern regarding childhood stuttering and the Test of Childhood Stuttering. *J Commun Disord*. 2018:v.72, p.86–96.

VIGATTO R, ALEXANDRE NMC, CORREA FILHO HR. Development of a Brazilian Portuguese version of the Oswestry Disability Index. Cross-cultural adaptation, reliability, and validity. *Spine* 2007; n.32,v.4,p.:481-486.

WALSH, B.; SMITH A. Oral Electromyography Activation Patterns for Speech Are Similar in Preschoolers Who Do and Do Not Stutter. **J Speech Lang Hear Res.**, v. 56, 2013. DOI:10.1044 / 1092-4388.

YAIRI E, AMBROSE N. Epidemiology of stuttering: 21st century advance. **J Distúrbio de Fluência**. v. 38: p.66-87, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rcefac/v17n5/1982-0216-rcefac-17-05-01441.pdf>> Acesso em: 20 de abril de 2020.

YAIRI, E.; AMBROSE, N.G. Early childhood stuttering I: persistency and Recovery rates. **J Speech Lang Hear Res**, v. 42, n.5, p.1097-112, 1999. Disponível em < <https://doi.org/10.1044/jslhr.4205.1097> > Acesso em: 20 de abril de 2020.

YARUSS, J.S, MCGILL, L . Distúrbio da fluência com início na infância (gagueira): “esperar para ver” ou “encaminhar para avaliação” *CCC-SLPPediatria* ,2022,p: 149-52.

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a) _____ para participar como voluntário (a) da pesquisa “Instrumento de identificação de risco para gagueira do desenvolvimento - IRGD: evidências de validade de critério”, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Kássia Íris Silva Moura, residente na Avenida Rádio Clube de Pernambuco, nº 634, cajá Carpina- PE, CEP 55813380, Telefone (81) 999688010 e e-mail kassia.iria@hotmail.com. Esta pesquisa está sob a orientação de: Bianca Arruda Manchester de Queiroga Telefone: (81) 99232.4391, e-mail queiroga.bianca@gmail.com. Está sob a coorientação de: Ana Augusta de Andrade Cordeiro Telefone: (81) 98995.8118, e-mail anaaugusta_cordeiro@yahoo.com.br. Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubricue as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade. INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Descrição da pesquisa: O objetivo da pesquisa é investigar se o Instrumento de Identificação de Risco para a Gagueira do Desenvolvimento (IRGD) correlacionará o resultado obtido ao protocolo padrão ouro para gagueira: a prova de fala do ABFW. Em outras palavras, se o teste-alvo (IRGD) medir o que pretende medir, então seus resultados concordarão com os resultados do “padrão-ouro” e assim será considerado válido. Espera-se encontrar essas evidências de validade do (IRGD) e através disto proporcionar aos professores e profissionais de saúde uma ferramenta que os auxiliem no processo de identificação de criança de risco para gagueira e, assim, favorecer identificação precoce de crianças em risco para o transtorno. É justificável mediante a necessidade que no Brasil, há poucos estudos que se propôs a elaborar um instrumento de identificação de risco para gagueira do desenvolvimento e ao mesmo tempo seguir para garantir a qualidade, seguindo diretrizes internacionais que

permitam a efetiva obtenção das propriedades, ou seja, se é verídico, preciso ou relevante ao medir uma característica que pretende medir.

□ **Esclarecimento do período de participação do voluntário na pesquisa, início, término e número de visitas para a pesquisa.** Os pais e responsáveis convidados que aceitarem contribuir com a pesquisa, participarão em dois momentos na pesquisa, primeiro será realizada uma entrevista individual com cada participante em local reservado escolhido pelos responsáveis. Os pais/responsáveis serão abordados pelos Professores e profissionais de saúde que tem convívio com as crianças. A participação consiste em responder ao instrumento de rastreio com base em suas percepções sobre o problema na fala da criança. Em seguida, a pesquisadora responsável marcará a segunda etapa que é a avaliação da fluência das crianças, na clínica escola de Fonoaudiologia da UFPE.

□ **RISCOS** O presente estudo oferece riscos para os participantes, podendo ocorrer possível risco de constrangimento caso o/a participante não compreenda alguma pergunta. E como forma de amenizar, as entrevistas serão realizadas individualmente e em local reservado e reafirmado o compromisso quanto à preservação dos nomes e dados pessoais do entrevistado. Em relação as Crianças terá possível risco de “estranhar” a pesquisadora e o ambiente de avaliação. Para amenizar qualquer desconforto para a criança, o responsável poderá permanecer na sala durante a avaliação. Caso os participantes sintam-se desconfortável, apesar de todas as providências e cautelas, e desista de compor a amostra do estudo, o mesmo será informado que não poderá participar da pesquisa, pois suas respostas escritas e as respostas orais necessitará ser gravada e que será fundamental para a realização da pesquisa.

□ **BENEFÍCIOS** Esta pesquisa produz benefícios aos participantes, visto que, após as respostas do instrumento de rastreio, relacionado a fala da criança os mesmos receberão a devolutiva acerca dos resultados, indicando se a criança tem risco ou não para o desenvolvimento da gagueira, e receberão orientações gerais e científicas em como promover a fluência da fala em diversos contextos comunicativos no ambiente escolar e em casa. Ademais, as crianças identificadas com risco serão encaminhadas a clínica de Fonoaudiologia da UFPE para ter avaliação Fonoaudiológica complementar da fluência da fala e aquelas diagnosticadas com o transtorno da

fluência serão direcionadas para atendimento especializado e gratuito. E caso necessite a pesquisadora principal cobrirá as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e seus acompanhantes, seja passagem e /ou alimentação.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br.

_____ (assinatura do pesquisador)
CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “Instrumento de identificação de risco para gagueira do desenvolvimento - IRGD: evidências de validade de critério”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

ANEXO A- NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGO ORIGINAL NO PERIÓDICO CEFAC

Escopo e política A REVISTA CEFAC - Speech, Language, Hearing Sciences and Education Journal (Rev. CEFAC.), ISSN 1982-0216, indexada nas bases de dados LILACS, SciELO, BVS, Sumários.org, Gale, Electronic Journals Service - Redalyc, ABEC, é publicada bimestralmente com objetivo de registrar a produção científica sobre temas relevantes para a Fonoaudiologia nas áreas de Linguagem, Fluência, Motricidade Orofacial, Voz, Audição, Disfagia, Saúde Coletiva, Fonoaudiologia Neurofuncional, Gerontologia, Neuropsicologia, Fonoaudiologia do Trabalho, Fonoaudiologia Educacional e Áreas Relacionadas, além de produções que abordem as interfaces da Fonoaudiologia com as demais ciências da saúde e educação. São aceitos para apreciação apenas trabalhos completos originais, preferencialmente em Inglês, também podendo ser em Português ou Espanhol; que não tenham sido anteriormente publicados, nem que estejam em processo de análise por outra revista. Podem ser encaminhados: artigos originais de pesquisa, artigos de revisão, comunicação breve, relatos de casos clínicos e cartas ao editor. Inicialmente, a submissão poderá ser feita na versão em português ou espanhol, mas caso o artigo seja aprovado, o envio da versão em inglês é obrigatório. O texto em inglês deverá ser atestado por uma empresa especializada ou por um tradutor, que se responsabilizará pela versão em inglês (modelo de declaração apresentado abaixo). Ressalta-se que o conteúdo do manuscrito, em sua totalidade, assim como a respectiva tradução para o inglês realizada por tradutor capacitado no idioma, são de exclusiva responsabilidade dos autores. Na seleção dos artigos para publicação, avaliam-se a originalidade, a relevância do tema e a qualidade da metodologia científica utilizada, além da adequação às normas editoriais adotadas pela revista. Os trabalhos que não respeitarem os requisitos técnicos e não estiverem de acordo com as normas para publicação não serão aceitos para análise e os autores serão devidamente informados, podendo ser novamente encaminhados para apreciação após as devidas reformulações, momento no qual receberão novo número de submissão. Política de Acesso Aberto Este periódico fornece acesso aberto completo e imediato ao seu conteúdo. Todo artigo revisado por pares aprovado pela equipe editorial desta revista será publicado em acesso aberto, o que significa que o artigo estará disponível gratuitamente no mundo via Internet de maneira perpétua. Direitos

Autorais Após a publicação do manuscrito na Revista CEFAC, os autores concordam que os direitos autorais são transferidos para a Revista CEFAC. Envio de Manuscritos e Taxa de Publicação Serão aceitos para análise somente os artigos submetidos pelo sistema de editoração online, disponível em: <http://mc04.manuscriptcentral.com/rcefac-scielo> A taxa de publicação a ser paga pelos autores que tiverem seus artigos aprovados é de US\$ 200,00 (dólar comercial de compra do dia do depósito, índice Banco Central) 151 convertido em reais. Quando o manuscrito tiver seu aceite, o autor receberá uma mensagem eletrônica a respeito do pagamento. Este deverá ser feito em nome da ABRAMO – Associação Brasileira de Motricidade Orofacial, na conta do Banco Itaú – Agência 4271 C/C 23820-8 – CNPJ 022.196.630/0001-16. Os autores estrangeiros podem efetuar o pagamento via PayPal. Para isso, preencher o formulário disponível no site da ABRAMO disponível em: <http://www.abramofono.com.br/checkout/> Após efetuar o depósito, o comprovante deverá ser enviado juntamente com o artigo traduzido para o e-mail: revisora1@revistacefac.com.br, assim como nome e CPF do autor responsável para que o recibo seja emitido. O fascículo em que o artigo será publicado será escolhido quando o comprovante for recebido. Em caso de dúvidas, entrar em contato por e-mail. A declaração de revisão de português deverá ser enviada somente quando solicitada. Ver modelo abaixo. DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE PORTUGUÊS – MODELO _____, _____ de _____ de 201___. (Cidade, dia, mês, ano) Eu, _____ (nome completo), _____ (profissão), portador(a) da cédula de identidade RG no. _____, declaro para os devidos fins que o artigo intitulado _____, a ser publicado na REVISTA CEFAC - Speech, Language, Hearing Sciences and Education Journal, foi por mim revisado. Desta forma, atesto a qualidade da redação do manuscrito. _____ Carimbo/Nome/Assinatura A declaração da versão em inglês deverá ser enviada juntamente com o artigo traduzido. Modelo abaixo. DECLARAÇÃO DA VERSÃO EM INGLÊS – MODELO _____, _____ de _____ de 201___. (Cidade, dia, mês, ano) Declaro que a empresa/tradutor _____ (colocar o nome), CNPJ/CPF _____ se responsabiliza pela correspondência entre as versões em português e em inglês, bem como a qualidade da redação em língua

inglesa do artigo intitulado _____, a ser

publicado na REVISTA CEFAC - Speech, Language, Hearing Sciences and Education Journal. _____ 152 Carimbo/Nome/Assinatura Forma e Preparação de Manuscritos Tipos de Trabalhos Artigos originais de pesquisa: são trabalhos destinados à divulgação de resultados inéditos de pesquisa científica, de natureza quantitativa ou qualitativa; constituindo trabalhos completos. Sua estrutura formal deve apresentar os tópicos: Introdução (Introduction), Métodos (Methods), Resultados (Results), Discussão (Discussion), Conclusão (Conclusion) e Referências (References). Máximo de 40 referências constituídas de 70% de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e internacional, sendo estes preferencialmente dos últimos 5 anos. É recomendado: uso de subtítulos, menção de implicações clínicas e limitações do estudo, particularmente na discussão do artigo. Sugere-se, quando apropriado, o detalhamento do tópico “Métodos”, informando a aprovação do Comitê de Ética e o número do processo, o desenho do estudo, local onde foi realizado, participantes, desfechos clínicos de interesse e intervenção. O resumo deve ser estruturado com 200 palavras no máximo e conter os tópicos: Objetivo (Purpose), Métodos (Methods), Resultados (Results) e Conclusão (Conclusion). Artigos de revisão de literatura: são revisões da literatura, constituindo revisões integrativas ou sistemáticas, sobre assunto de interesse científico da área da Fonoaudiologia e afins, desde que tragam novos esclarecimentos sobre o tema, apontem falhas do conhecimento acerca do assunto, despertem novas discussões ou indiquem caminhos a serem pesquisados, preferencialmente a convite dos editores. Sua estrutura formal deve apresentar os tópicos: Introdução (Introduction) que justifique o tema de revisão incluindo o objetivo; Métodos (Methods) quanto à estratégia de busca utilizada (base de dados, referências de outros artigos, etc), e detalhamento sobre critério de seleção da literatura pesquisada (ex.: últimos 3 anos, apenas artigos de relatos de casos sobre o tema, etc.); Revisão da Literatura (Literature Review) comentada com discussão; Conclusão (Conclusion) e Referências (References). Máximo de 40 referências de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e internacional, sendo estes preferencialmente dos últimos 10 anos. O resumo deve conter no máximo 200 palavras e apresentar os tópicos: Objetivo (Purpose), Métodos (Methods) utilizados para busca, seleção e análise bibliográfica, Resultados (Results) e Conclusão (Conclusion). Comunicação breve: são relatos breves de pesquisa ou de experiência

profissional com evidências metodologicamente apropriadas; manuscritos que descrevem novos métodos ou técnicas serão também considerados. Sua estrutura formal deve apresentar os tópicos: Introdução (Introduction), Métodos (Methods), Resultados (Results), Discussão (Discussion), Considerações finais/Conclusões (Final Considerations/Conclusion) e Referências (References). O resumo deve ser estruturado com 200 palavras no máximo e conter os tópicos: Resumo (Abstract), Objetivo (Purpose), Métodos (Methods), Resultados (Results) e Conclusão/Considerações Finais (Conclusion). Relatos de casos clínicos: relata casos raros ou não comuns, particularmente interessantes ou que tragam novos conhecimentos e técnicas de tratamento ou 153 reflexões. Devem ser originais e inéditos. Sua estrutura formal deve apresentar os tópicos: Introdução (Introduction), sucinta e apoiada em literatura que justifique a apresentação do caso; Apresentação do Caso (Case Report), descrição da história, dos procedimentos e tratamentos realizados; Resultados (Results), mostrando claramente a evolução obtida; Discussão (Discussion) fundamentada; Conclusão/Considerações Finais (Conclusion/Final Considerations) e Referências (References), pertinente ao relato. Máximo de 30 referências constituídas de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e internacional, preferencialmente dos últimos 5 anos. O resumo deve conter no máximo 200 palavras e não deve ser estruturado. Carta ao editor: comentários e críticas a artigos publicados, de maneira construtiva, objetiva e educativa, ou discussões de assuntos específicos da atualidade. As cartas serão publicadas a critério dos Editores e devem ser breves (máximo de 1000 palavras). O autor responsável pela submissão deve informar o ORCID de todos os autores. Caso não possua, é possível a criação do mesmo no momento da submissão do artigo. As normas da revista são baseadas no formato proposto pelo International Committee of Medical Journal Editors e publicado no artigo: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, versão de fevereiro de 2006, disponível em: <http://www.icmje.org/> A Revista CEFAC apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Um ensaio clínico é qualquer estudo que atribua seres humanos prospectivamente a grupos de intervenção ou de comparação para avaliar a relação de causa e efeito entre uma intervenção médica e um desfecho de saúde. Os ensaios clínicos devem ser

registrados em um dos seguintes registros: Australian Clinical Trials Registry <http://actr.org.au> Clinical Trials <http://www.clinicaltrials.gov/> ISRCTN Register <http://isrctn.org> Nederlands Trial Register <http://www.umin.ac.jp/ctr>. Os autores são estimulados a consultar as diretrizes relevantes a seu desenho de pesquisa específico. Para obter relatórios de estudos controlados randomizados, os autores podem consultar as recomendações CONSORT <http://www.consortstatement.org/>

REQUISITOS TÉCNICOS

a) arquivos em Word, formato de página A4 (212 X 297mm), digitado em espaço simples, fonte Arial, tamanho 12, margens superior, inferior, direita e esquerda de 2,5cm, com páginas numeradas em algarismos arábicos, na sequência: página de título em português ou espanhol e em inglês, título resumido no idioma original do 154 manuscrito, resumo, descritores, abstract, keywords, texto, agradecimentos, referências, tabelas ou figuras com as respectivas legendas. O manuscrito deve ter até 15 páginas, digitadas em espaço simples (contase da introdução até antes das referências), máximo de 10 tabelas (ou figuras). Gráficos, fotografias e ilustrações se caracterizam como figuras. Questionários podem vir como Anexo e devem, necessariamente, estar em formato de quadro.

b) permissão para reprodução do material fotográfico do paciente ou retirado de outro autor, quando houver; anexando cópia do “Consentimento Livre e Esclarecido”, constando a aprovação para utilização das imagens em periódicos científicos.

c) aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), quando referente a pesquisas com seres humanos. É obrigatória a apresentação do número do protocolo de aprovação da Comissão de Ética da instituição onde a pesquisa foi realizada, assim como a informação quanto à assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, por todos os sujeitos envolvidos ou seus responsáveis (Resolução CNS 466/2012).

d) carta assinada por todos os autores no Termo de Responsabilidade em que se afirme o ineditismo do trabalho assim como a responsabilidade pelo conteúdo enviado, garantindo que o artigo nunca foi publicado ou enviado a outra revista, reservando o direito de exclusividade à Revista CEFAC e autorizando a adequação do texto ao formato da revista, preservando seu conteúdo. A falta de assinatura será interpretada como desinteresse ou desaprovação à publicação, determinando a exclusão editorial do nome da pessoa da relação dos autores. Todas as pessoas designadas como autores devem ter participado suficientemente no trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo. O crédito de autoria deve ser baseado somente em: 1) contribuições substanciais para a concepção e delineamento, coleta

de dados ou análise e interpretação dos dados; 2) redação ou revisão crítica do artigo em relação a conteúdo intelectual importante; 3) aprovação final da versão a ser publicada. Os editores podem solicitar justificativa quando o total de autores exceder a oito. Não será permitida a inclusão de um novo autor após o recebimento da primeira revisão feita pelos pareceristas.

TERMO DE RESPONSABILIDADE - MODELO Nós, (Nome(s) do(s) autor(es)), nos responsabilizamos pelo conteúdo e autenticidade do trabalho intitulado _____ e declaramos que o referido artigo nunca foi publicado ou enviado a outra revista, tendo a Revista CEFAC direito de exclusividade sobre a comercialização, edição e publicação seja impresso ou online na Internet. Autorizamos os editores a realizarem adequação de forma, preservando o conteúdo.

Data, Assinatura de todos os Autores

PREPARO DO MANUSCRITO

155 1. Página de Identificação: deve conter:

- a) título do manuscrito em português (ou espanhol) e inglês, que deverá ser conciso e informativo;
- b) título resumido com até 40 caracteres, incluindo os espaços, em português (ou espanhol);
- c) nome completo de cada autor, nome da entidade institucional onde foi desenvolvido o artigo, Cidade, Estado e País;
- d) nome, endereço completo, fax e e-mail do autor responsável e a quem deve ser encaminhada a correspondência;
- e) área a qual o trabalho pertence: Linguagem, Fluência, Motricidade Orofacial, Voz, Audição, Disfagia, Saúde Coletiva, Fonoaudiologia Neurofuncional, Gerontologia, Neuropsicologia, Fonoaudiologia do Trabalho, Fonoaudiologia Educacional e Áreas Relacionadas;
- f) identificar o tipo de manuscrito: artigo original de pesquisa, artigo de revisão de literatura, comunicação breve, relatos de casos clínicos;
- g) carta ao editor;
- h) citar fontes de auxílio à pesquisa ou indicação de financiamentos relacionados ao trabalho, se houver;
- i) citar conflito de interesse (caso não haja colocar inexistente);
- j) citar a participação das contribuições substanciais nas fases a seguir: (1) concepção e projeto do estudo, ou a aquisição de dados, ou análise e interpretação dos dados, (2) elaboração do artigo ou revisão crítica para conteúdo intelectual relevante, (3) aprovação final da versão a ser apresentada para publicação.

Em síntese: Título do manuscrito: em português ou espanhol e em inglês. Título resumido: até 40 caracteres em português ou espanhol. Autor Principal (1), Primeiro Co-Autor(2)... (1)nome da entidade institucional onde foi desenvolvido o artigo, Cidade, Estado e País. Nome, endereço e e-mail do autor responsável. Área: Tipo de manuscrito: Fonte de auxílio: citar apenas se houver Conflito de Interesse: Participação das contribuições substanciais: 2. Título: deve traduzir adequadamente o tema tratado no artigo, sendo

geral/ abrangente, não identificando cidade ou instituição em que foi realizada a pesquisa, por exemplo. 3. Resumo e descritores: a segunda página deve conter o resumo, em português (ou espanhol) e em inglês, com no máximo 200 palavras. Deverá ser estruturado conforme o tipo de trabalho, descrito acima, em português ou espanhol e em inglês. O resumo tem por objetivo fornecer uma visão clara das principais partes do trabalho, ressaltando os dados mais significantes, aspectos novos do conteúdo e conclusões do trabalho. Não devem ser utilizados símbolos, fórmulas, equações e abreviaturas. Abaixo do resumo/abstract, especificar os descritores/keywords que definam o assunto do trabalho: no mínimo três e no máximo seis. Os descritores deverão ser baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme, que é uma tradução do MeSH (Medical Subject Headings) da National Library of Medicine e disponível no endereço eletrônico: <http://www.bireme.br>, seguir para: terminologiaem saúde - consulta ao DeCS; ou diretamente no endereço: <http://decs.bvs.br>. Deverão ser utilizados sempre os descritores exatos. No caso de Ensaio Clínico, abaixo do Resumo, indicar o número de registro na base de Ensaio Clínico (<http://clinicaltrials.gov>). 156 4. Texto: deverá obedecer à estrutura exigida para cada tipo de trabalho. Abreviaturas devem ser evitadas. Quando necessária a utilização de siglas, as mesmas devem ser precedidas pelo referido termo na íntegra em sua primeira aparição no texto. Os trabalhos devem estar referenciados no texto, em ordem de entrada sequencial numérica, com algarismos arábicos, sobrescritos, evitando indicar o nome dos autores. A Introdução deve conter dados que direcionem o leitor ao tema, de maneira clara e concisa, sendo que os objetivos devem estar claramente expostos no último parágrafo da Introdução. Por exemplo: O (s) objetivo (s) desta pesquisa foi (foram) e deve coincidir com o objetivo proposto no resumo/abstract. O Método deve estar detalhadamente descrito. O primeiro parágrafo deve iniciar pela aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com o respectivo número de protocolo. Os critérios de inclusão e de exclusão devem estar especificados na casuística. Os procedimentos devem estar claramente descritos de forma a possibilitar réplica do trabalho ou total compreensão do que e como foi realizado. Protocolos relevantes para a compreensão do método devem ser incorporados à metodologia no final deste item e não como anexo, devendo constar o pressuposto teórico que a pesquisa se baseou (protocolos adaptados de autores, baseados ou utilizados na íntegra, etc.). No último parágrafo deve constar o tipo de análise estatística utilizada, descrevendo-se os testes utilizados e o valor

considerado significativo. No caso de não ter sido utilizado teste de hipótese, especificar como os resultados serão apresentados. Os Resultados podem ser expostos de maneira descritiva, por tabelas ou figuras (gráficos, quadros, fotografias e ilustrações são chamados de figuras) escolhendo-se as que forem mais convenientes. Solicitamos que os dados apresentados não sejam repetidos em gráficos ou em texto.

5. Notas de rodapé: não deve haver notas de rodapé. Se a informação for importante para a compreensão ou para a reprodução do estudo, a mesma deverá ser incluída no corpo do artigo.

6. Agradecimentos: inclui colaborações de pessoas que merecem reconhecimento, mas que não justificam a inclusão como autores ou agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico, entre outros.

7. Referências: devem citar artigos indexados em bases de dados nacionais e internacionais. Artigos que possuem versão completa em inglês devem ser referenciados. A apresentação deverá estar baseada no formato denominado “Vancouver Style”, conforme exemplos abaixo, e os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela List of Journal Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine e disponibilizados no endereço: <http://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>. Devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto e identificadas com números arábicos sobrescritos. Se forem sequenciais, precisam ser separadas por hífen. Se forem aleatórias, a separação deve ser feita por vírgulas. Referencia-se o(s) autor(es) pelo seu sobrenome, sendo que apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto. Para todas as referências, cite todos os autores até seis. Acima de seis, cite os seis primeiros, seguidos da expressão et al.

157 Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências bibliográficas; apenas citados no texto.

Artigos de Periódicos Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Data, ano de publicação; volume(número):página inicial-final do artigo. Ex.: Shriberg LD, Flipsen PJ, Thielke H, Kwiatkowski J, KertoyMK, Katcher ML et al. Risk for speech disorder associated with early recurrent otitis media with effusions: two retrospective studies. J Speech Lang Hear Res. 2000;43(1):79-99. Observação: Quando as páginas do artigo consultado apresentarem números coincidentes, eliminar os dígitos iguais. Ex: p. 320-329; usar 320-9. Ex.: Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002 Jul;25(4):284-7. Ausência de Autoria Título do

artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume(número):página inicial-final do artigo. Ex.: Combating undernutrition in the Third World. Lancet.1988;1(8581):334-6. Livros Autor(es) do livro. Título do livro. Edição. Cidade de publicação:Editora; Ano de publicação. Ex.: Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002. Capítulos de Livro Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. "In": nome(s)do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final do capítulo. Ex.: Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113. Observações: Na identificação da cidade da publicação, a sigla do estado ou província pode ser também acrescentada entre parênteses. Ex.: Berkeley (CA); e quando se tratar de país pode ser acrescentado por extenso. Ex.: Adelaide (Austrália); Quando for a primeira edição do livro, não há necessidade de identificá-la. A indicação do número da edição será de acordo com a abreviatura em língua portuguesa. Ex.: 4ª ed. Anais de Congressos Autor(es) do trabalho. Título do trabalho. Título do evento; data do evento; local do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Ex.: Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002. Trabalhos apresentados em congressos Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. "In": editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do título do evento; 158 data do evento; local do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final do trabalho. Ex.: Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91. Dissertação, Tese e Trabalho de Conclusão de Curso Autor. Título do trabalho [tipo do documento]. Cidade da instituição (estado): instituição; Ano de defesa do trabalho. Ex.: Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002. Ex.: Tannouril AJR, Silveira PG. Campanha de prevenção do AVC: doença carotídea extracerebral na população da grande Florianópolis [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Medicina.

Departamento de Clínica Médica; 2005. Ex.: Cantarelli A. Língua: que órgão é este? [monografia]. São Paulo (SP): CEFAC - Saúde e Educação; 1998. Material Não Publicado (No Prelo) Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Indicar no prelo e o ano provável de publicação após aceite. Ex.: Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. Proc Natl Acad Sci USA. No prelo 2002. Material Audiovisual Autor(es). Título do material [tipo do material]. Cidade de publicação: Editora; ano. Ex.: Marchesan IQ. Deglutição atípica ou adaptada? [Fita de vídeo]. São Paulo (SP): Pró-Fono Departamento Editorial; 1995. [Curso em Vídeo]. Documentos eletrônicos ASHA: American Speech and Hearing Association. Otitis media, hearing and language development. [cited 2003 Aug 29]. Available from: http://asha.org/consumers/brochures/otitis_media.htm. 2000 Artigo de Periódico em Formato Eletrônico Autor do artigo(es). Título do artigo. Título do periódico abreviado [periódico na Internet]. Data da publicação [data de acesso com a expressão "acesso em"]; volume (número): [número de páginas aproximado]. Endereço do site com a expressão "Disponível em:". Ex.: Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6): [about 3 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm> Monografia na Internet Autor(es). Título [monografia na Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de acesso com a expressão "acesso em"]. Endereço do site com a expressão "Disponível em:". 159 Ex.: Foley KM, Gelband H, editores. Improving palliative care for cancer [monografia na Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [acesso em 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/> Cd-Rom e DVD Autor (es). Título [tipo do material]. Cidade de publicação: Produtora; ano. Ex.: Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. Homepage Autor(es) da homepage (se houver). Título da homepage [homepage na Internet]. Cidade: instituição; data(s) de registro* [data da última atualização com a expressão "atualizada em"]; data de acesso com a expressão "acesso em". Endereço do site com a expressão "Disponível em:". Ex.: Cancer-Pain.org [homepage na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [atualizada em 2002 May 16; acesso em 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/> Bases de dados na Internet Autor(es) da base de dados

(se houver). Título [base de dados na Internet]. Cidade: Instituição. Data(s) de registro[data da última atualização com a expressão “atualizada em”(se houver); data de acesso com a expressão “acesso em“].Endereço do site com a expressão “Disponível em:”. Ex.: Jablonski S. Online Multiple Congenital Anomaly/Mental Retardation (MCA/MR) Syndromes [base de dados na Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US).1999 [atualizada em 2001 Nov 20; acesso em 2002 Aug12]. Disponível em: http://www.nlm.nih.gov/mesh/jablonski/syndrome_title.html

8. Tabelas, Quadros e Gráficos (lembrar que quadros e gráficos devem ser chamados de Figuras, conforme item 3): As tabelas, quadros e gráficos deverão ser formatados no Word ou Excel, estando plenamente editáveis e destravados. Não serão aceitas tabelas, quadros ou gráficos colados no texto, ou sem a base de dados original em que foi criado. No caso de gráficos formatados no Excel, os arquivos originais (xls) em que foram criados devem ser enviados. Cada tabela deve ser enviada em folha separada após as referências bibliográficas. Devem ser autoexplicativas, dispensando consultas ao texto ou outras tabelas e numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Devem conter título na parte superior, em caixa alta, sem ponto final, alinhado pelo limite esquerdo da tabela, após a indicação do número da tabela. Abaixo de cada tabela, no mesmo alinhamento do título, devem constar a legenda, testes estatísticos utilizados (nome do teste e o valor de p), e a fonte de onde foram obtidas as informações (quando não forem do próprio autor). O traçado deve ser simples em negrito na linha superior, inferior e na divisão entre o cabeçalho e o conteúdo. Não devem ser traçadas linhas verticais externas; pois estas configuram quadros e não tabelas.

9. Figuras (fotografias, ilustrações): As imagens e ilustrações devem ter seu lugar indicado no texto e ser enviadas também em anexos separados, em formato TIF ou JPG, com resolução mínima de 300 dpi devendo-se considerar a largura máxima da revista de 16,5 cm. Podem ser coloridas ou preto e branco (tons de cinza). Devem ser salvas e nomeadas segundo o artigo e a ordem: artigoX_fig_1, artigoX_fig_2, 160 sucessivamente, e idênticas ao conteúdo. Cada figura deve ser enviada em folha separada após as referências bibliográficas. Devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. As legendas devem ser apresentadas de forma clara, descritas abaixo das figuras, fora da moldura. Na utilização de testes estatísticos, descrever o nome do teste, o valor de p, e a fonte de onde foram obtidas as informações (quando

não forem do próprio autor). Os gráficos devem, preferencialmente, ser apresentados na forma de colunas. No caso de fotos, indicar detalhes com setas, letras, números e símbolos, que devem ser claros e de tamanho suficiente para comportar redução. Deverão estar no formato JPG (Graphics Interchange Format) ou TIF (Tagged Image File Format), em alta resolução (mínimo 300 dpi) para que possam ser reproduzidas. Reproduções de ilustrações já publicadas devem ser acompanhadas da autorização da editora e autor.

10. Análise Estatística: os autores devem demonstrar que os procedimentos estatísticos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex.: $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$) devem ser mencionados.

11. Abreviaturas e Siglas: devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez. Quando presentes no interior das tabelas e figuras, as abreviaturas e siglas devem estar com os respectivos significados nas legendas. Não devem ser usadas no título do artigo, no resumo/abstract e nem nos títulos das tabelas e/ou das figuras.

12. Unidades: valores de grandezas físicas devem ser referidos nos padrões do Sistema Internacional de Unidades, disponível no endereço: <http://www.inmetro.gov.br/infotec/publicacoes/Si/si.htm>.

Ética e Declaração de Boas Práticas na Publicação A Revista CEFAC - Speech, Language, Hearing Sciences and Education Journal adota o "Guia de boas práticas para o fortalecimento da ética na publicação científica" preconizadas pelo Scientific Eletronic Library Online (SciELO)(1), que promove a integridade e transparência na divulgação e reprodutibilidade da pesquisa.

Autoria Cada um dos autores de um artigo científico assume responsabilidade pela qualidade científica do trabalho como um todo, como também a responsabilidade profissional, pública, ética e social da publicação. São considerados autores todos e apenas os pesquisadores que tenham dado contribuições intelectuais diretas e substanciais para a concepção ou realização da pesquisa, bem como realizado a revisão e o aceite comprovando a responsabilidade pelo conteúdo. Também é necessário apresentar claramente a contribuição de cada autor, ao final do manuscrito. Os autores devem informar todas as fontes de apoio material relacionadas, direta ou indiretamente, ao processo de desenvolvimento e de divulgação da pesquisa.

Conflito de Interesses 161 Os autores devem informar se o trabalho científico apresenta resultados de pesquisa realizada em situação de conflito de interesses, apresentando, de maneira clara e destacada, a declaração de existência desse conflito. "Há conflito potencial de interesses nas situações em que a

coexistência entre o interesse que deve ter o pesquisador de fazer avançar a ciência e interesses de outra natureza, ainda que legítimos, possa ser razoavelmente percebida, por ele próprio ou por outrem, como conflituosa e prejudicial à objetividade e imparcialidade de suas decisões científicas, mesmo independentemente de seu conhecimento e vontade” (2). Revisão por Pares Todo parecerista indicado pela Revista CEFAC para avaliar o mérito científico dos trabalhos enviados para apreciação da referida revista deve fazê-lo com rigor, objetividade, imparcialidade, integridade e confidencialidade, priorizando críticas construtivas e atendendo aos prazos acordados com o periódico. “Todo assessor científico deve, antes de proceder a uma avaliação de mérito científico que lhe tenha sido solicitada, considerar a possibilidade de que realizar essa avaliação o envolva em situação de conflito potencial de interesses... Serão consideradas situações inequívocas de conflito potencial de interesses, entre outras, as seguintes. (a) Participar, ter participado ou pretender participar o assessor do desenvolvimento de projeto de pesquisa ou proposta de atividades submetidos à sua avaliação. (b) Manter ou ter mantido o assessor colaboração científica regular, em atividades de pesquisa ou publicações, com algum dos pesquisadores responsáveis pela proposta submetida à sua avaliação. (c) Manter ou ter mantido o assessor relação formal de tutoria (orientação ou supervisão) com algum dos pesquisadores responsáveis pela proposta submetida à sua avaliação. (d) Ter o assessor interesse comercial ou financeiro no desenvolvimento ou não da proposta submetida à sua avaliação. (e) Ter o assessor relação familiar com algum dos pesquisadores responsáveis pela proposta submetida à sua avaliação. (f) Existir ou ter existido, entre o assessor e algum dos pesquisadores responsáveis pela proposta submetida à sua avaliação, qualquer espécie de relação que possa ser razoavelmente percebida como prejudicial com respeito à objetividade e imparcialidade dessa avaliação” (2). Editores Os editores científicos são responsáveis pela política editorial da revista, garantindo que todas as etapas necessárias para a qualidade dos materiais publicados sejam seguidas, respeitando as informações obtidas por meio da revisão por pares, conduzindo todo o processo com transparência. São responsáveis por analisar se os trabalhos atendem ao escopo da revista, bem como ao interesse dos leitores, adotando o seguinte fluxo: Os trabalhos são recebidos pelo Editor Chefe e encaminhados a um Editor Associado, que o enviará a pelo menos dois revisores para avaliação. A decisão final de aceitar ou rejeitar um manuscrito é de responsabilidade dos editores-chefe da revista CEFAC,

sendo que a responsabilidade pela qualidade científica do trabalho será também compartilhada com os editores, os quais serão considerados co-responsáveis pela publicação. Referências e Bibliografia Consultada 1. SCIELO. Guia de boas práticas para o fortalecimento da ética na publicação científica, 2018 [viewed 05 April 2020]. Available from: <https://wp.scielo.org/wp-162/content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Fortalecimento-da-Etica-naPublicacao-Cientifica.pdf> 2. FAPESP. Código de boas práticas científicas, 2014 [viewed 05 April 2020]. Available from: www.fapesp.br/boaspraticas/ 3. COPE - Committee on publication ethics, 2018 [viewed April 2020]. Available form: www.publicationethics.org 4. CSE - Council of Science Editors, 2018 [viewed April 2020]. Available from: <https://www.councilscienceeditors.org/resource-library/editorial-policies/white-paper-on-publication-ethics/>

ANEXO B- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**IDENTIFICAÇÃO DO(A) RESPONDENTE**

Nome:

Sexo: () M () F

Estado civil:

Grau de Parentesco: () Mãe/Pai () Avó/Avô () Tia/Tio () Irmã/Irmão () Outro:
Endereço:

Cidade:

Estado:

Telefone: () E-mail:

Escolaridade:

- () Sem escolaridade
- () Ensino Fundamental incompleto
- () Ensino Fundamental completo
- () Ensino Médio incompleto
- () Ensino Médio completo
- () Ensino Superior incompleto
- () Ensino Superior completo

Profissão:

Renda Familiar:

- () até 1 S-M (R\$1.039,00)
- () de 1 a 3 S-M (até R\$ 3.117,00)
- () de 3 a 5 S-M (de R\$ 3.118,00 a R\$ 5.195,00)
- () de 5 a 8 S-M (de R\$ 5.119,00 a R\$ 8.312,00)
- () acima de 8 S-M (acima de R\$ 8.313,00)

DADOS DA CRIANÇA

Nome:

Idade: _____ anos e _____ meses

Sexo: () M () F

Data de nascimento: ____/____/____

Naturalidade:

Histórico de saúde e medicação:

Quantidade de irmão (s): _____

Escola: _____ () Pública () Privada

Série: _____

Queixa: _____

ANEXO C- INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DE RISCO PARA GAGUEIRA DO DESENVOLVIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DE RISCO PARA GAGUEIRA DO DESENVOLVIMENTO (IRGD)

Este instrumento deve ser aplicado com pais/responsáveis, por profissionais da saúde da educação que atuam com crianças na faixa etária entre 2 a 5 anos e 11 meses

IDENTIFICAÇÃO

I. DESENVOLVIMENTO GERAL E DA COMUNICAÇÃO

		SIM	NÃO	NSR
1	A criança possui alguém na família que gagueja ou que já teve gagueira? (<i>Hereditariedade</i>)			
2	A criança nasceu prematura e precisou ser hospitalizada por alguma doença/acidente nos 3 primeiros 3 meses de vida? (<i>Intercorrências peri e pós-natais</i>)			
3	A criança demorou a iniciar a falar as primeiras palavras? (<i>Atraso de linguagem</i>)			
4	A criança apresenta alguma alergia? (<i>Alergias</i>) <i>Exemplo: rinosinusite, asma, dermatite atópica, alergia alimentar</i>			
5	A criança apresenta algum problema no sono? (<i>Sono</i>) <i>Exemplo: insônia, ronco, ranger de dentes, agitação</i>			
TOTAL =				

Orientação: “SIM”=2; “NSR”=1; “NÃO”=0;

Legenda: NSR – Não soube responder

O Leia as próximas perguntas e marque o número que melhor indique a expressão da fluência da fala da criança neste momento.

O Siga o modelo da instrução abaixo. O número 1 indica ausência (nunca). O número 5 indica presença constante (sempre). Os números 2, 3 e 4 variam a sua percepção de frequência (“raramente”, “às vezes” e “frequentemente”, respectivamente).

II. ASPECTOS LINGUÍSTICOS

6	A criança repete um som inicial da palavra? <i>Exemplo: “s-s-sapão” (DTG-RS)</i>	1	2	3	4	5
7	A criança repete as sílabas das palavras? <i>Exemplo: “Eu pu-pu-pu-pulo corda.” (DTG-RPP)</i>	1	2	3	4	5
8	A criança repete palavras pequenas? <i>Exemplo: “Eu-eu-eu pulo corda.” (DTG-RPM)</i>	1	2	3	4	5
9	A criança repete palavras maiores? <i>Exemplo: “Eu pulo-pulo corda.” (OD-RPNM)</i>	1	2	3	4	5
10	A criança prolonga um som da palavra?*	1	2	3	4	5
	<i>Exemplo: “s apo”, “ca sa” (DTG-Pr)</i>					
11	A criança trava ao falar a ponto de não sair nenhum som por alguns segundos? (DTG-B)	1	2	3	4	5
12	Você tem dificuldade de compreender o que a criança fala? (Inteligibilidade)	1	2	3	4	5
13	As pessoas têm dificuldade em compreender o que a criança fala? (Inteligibilidade)	1	2	3	4	5

TOTAL =

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

III. ASPECTOS MOTORES DA FALA

14	A fala da criança sai cortada, com rupturas? <i>Exemplo: parte a palavra “bo...la”, “ma...mãe” (Incoordenação)</i>	1	2	3	4	5
15	A criança faz força ao falar? (Tensão) <i>Exemplo: aparecem os vasos no pescoço, dói a garganta...</i>	1	2	3	4	5
16	Ao falar, a criança faz movimentos corporais ou faciais?*(<i>Concomitantes Físicos</i>) <i>Exemplo: careta, fechar/piscar os olhos, balançar a cabeça, bater/apertar as mãos ou os pés, colocar a língua para fora...</i>	1	2	3	4	5
17	Ao falar, a criança parece estar com falta de ar? (Respiração) <i>Exemplo: puxar o ar pela boca, fala até o ar acabar</i>	1	2	3	4	5
18	A criança costuma falar rápido ou muito devagar? (Velocidade)	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

TOTAL =

IV. ASPECTOS PSICOSSOCIAIS

19	A criança demonstra ansiedade quando fala? (<i>Reação da Criança</i>)	1	2	3	4	5
20	A criança demonstra perceber que gagueja? (<i>Percepção</i>)	1	2	3	4	5

21	A criança demonstra evitar a fala? (<i>Consciência</i>) <i>Exemplo: aponta, substitui alguma palavra ou desiste de falar no meio da frase</i>	1	2	3	4	5
22	A criança demonstra desviar o olhar do interlocutor quando fala? (<i>Atitude da Criança</i>)	1	2	3	4	5
23	A gagueira da criança chama a atenção das pessoas? (<i>Reação social</i>)	1	2	3	4	5
24	As pessoas tentam ajudar a fala da criança? <i>Exemplo: pedir para falar direito, falar mais devagar, complementar a fala, parar e respirar... (Pressão comunicativa)</i>	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

TOTAL =

ESCORES DAS CATEGORIAS	
I ____ + II ____ + III ____ + IV ____	_____

Observação:

Criança fora de risco: até 46 pontos – Sugere-se fornecer orientações de promoção da fluência.

Criança sob atenção: entre 47 a 69 pontos – Sugere-se fornecer orientações de promoção da fluência e reavaliar a criança em 30 dias.

Criança em risco: igual ou acima de 70 pontos – Sugere-se fornecer orientações de promoção da fluência e encaminhá-la imediatamente para avaliação com fonoaudiólogo especialista.

ANEXO D- MATERIAL DE ORIENTAÇÃO DE PROMOÇÃO A FLUÊNCIA PARA PAIS



**Meu filho começou a gaguejar!
É normal?
O que devo fazer?
Devo esperar?
Pode passar sozinho?
Devo pedir para se acalmar e relaxar?**

*Algumas crianças param de gaguejar sozinhas, mas isto **NÃO ACONTECE** com todas.*

Existem fatores de risco envolvidos na Cronificação da Gagueira.

O Fonoaudiólogo Especialista em Fluência é o profissional habilitado para fazer a avaliação e oferecer recursos para a decisão de condutas mais assertivas.

O que posso fazer para ajudar ?

Entender que a gagueira é uma alteração de base neuroquímica e não um problema psicológico.

Ouvir a criança com atenção, não interromper enquanto ela fala.

Concentre-se no que está sendo dito e não como está sendo dito.

Respeite o tempo da criança.

Evite fazer muitas perguntas.

Revise seu estilo de vida, buscando mais tranquilidade no cotidiano e maior flexibilidade.

Como posso ajudar uma criança que está gaguejando?

Reserve Diariamente alguns momentos especiais com seu filho(a), utilizando fala suave, relaxada e tranquila.

Incentive os outros membros da família a fazer o mesmo.

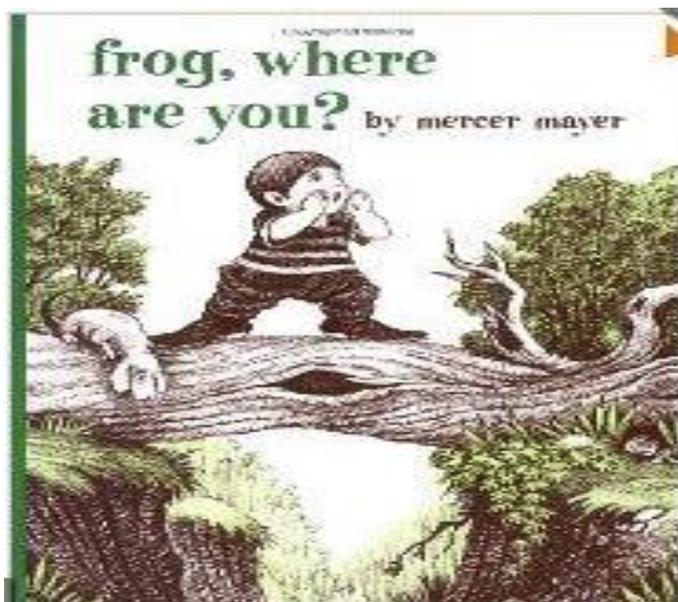
Espera que a criança termine sua fala para depois responder.

Não pedir para respirar, se acalmar ou pensar para falar.

Informe-se sobre o problema.

Outubro é o mês de conscientização da Gagueira
Gagueira tem tratamento.
Divulgue essa ideia

www.gagueira.org.br

ANEXO E- HISTÓRIAS UTILIZADA PARA AVALIAÇÃO DA PROVA DE FLUÊNCIA

ANEXO F- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA COM SERES HUMANOS DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – UFPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Instrumento de identificação de risco para gagueira desenvolvimento- IRGD: evidências de validade de critério

Pesquisador: Kássia Íris Silva Moura

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55949422.1.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

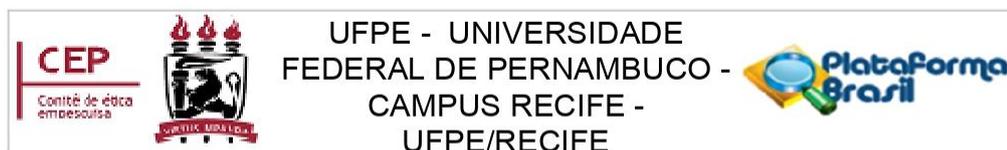
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.284.956

Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado "Instrumento de identificação de risco para gagueira desenvolvimento- IRGD: evidências de validade de critério" será desenvolvido pela mestranda do programa de pós-graduação em Saúde da Comunicação Humana, Kássia Íris Silva Moura sob orientação da professora Bianca Arruda Manchester de Queiroga e co-orientação da professora Ana Augusta de Andrade Cordeiro. O objetivo do estudo é explorar a validade de critério do Instrumento de Identificação de Risco para a Gagueira (IRG) em pré-escolares. Será realizado na policlínica, em uma unidade básica de saúde e em uma escola da rede privada da Região Metropolitana do Recife, com a participação voluntária de professores, Fonoaudiólogo e profissionais de saúde que atuem com crianças na faixa etária de 2:0 a 5:11 anos de idade, que apresentem ou não queixa de gagueira. A amostra será não-probabilística, por conveniência, com no mínimo 100 crianças. A coleta de dados será realizada pelos profissionais, por meio da aplicação do IRGD junto aos responsáveis pelas crianças. O IRG é composto por 24 perguntas fechadas, as quais resultam em um escore que classifica a criança como estando em risco ou não para a gagueira do desenvolvimento. Serão selecionadas 30 crianças, 15 em risco e 15 fora de risco, para participarem da segunda fase do estudo. Esta constará da avaliação fonoaudiológica da criança, por meio da aplicação de dois instrumentos, considerados padrão ouro para o diagnóstico fonoaudiológico da gagueira infantil, o – ABFW: Teste de linguagem infantil prova de fluência que

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.284.956

será aplicado pela pesquisadora de forma cega. Na análise será realizada correlação do desfecho do risco geral da gagueira com o desfecho obtido na avaliação padrão ouro da fluência de fala, verificando se o instrumento estudado é capaz de identificar o risco de gagueira em crianças na primeira infância.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Explorar as evidências de validade de critério do Instrumento de Identificação de Risco para a Gagueira do desenvolvimento (IRGD)

Específicos

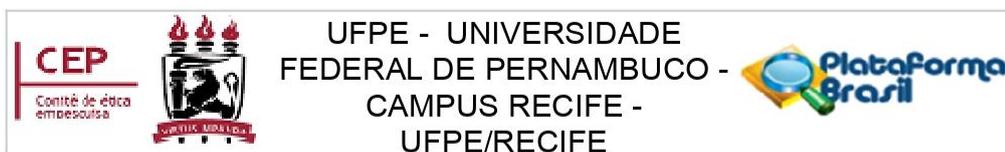
- Caracterizar a população do estudo segundo os dados sociodemográficos;
- Determinar o desfecho do risco geral da gagueira;
- Comparar o desfecho do risco geral da gagueira com o desfecho obtido na avaliação padrão ouro da fluência de fala na primeira infância.
- Investigar o grau de correlação entre o grau do risco de gagueira e os tipos e frequências de disfluências típicas da gagueira;
- Verificar se o instrumento estudado é capaz de identificar efetivamente o risco de gagueira em crianças na primeira infância.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

Pais/responsáveis: Possível risco de constrangimento caso o/a participante não compreenda alguma pergunta. Como forma de amenizar, as entrevistas serão realizadas individualmente e em local reservado. Criança: Possível risco da criança "estranhar" a pesquisadora e o ambiente de avaliação. Para amenizar qualquer desconforto para a criança, o responsável poderá permanecer na sala durante a avaliação. Caso avaliação direcionada a gagueira possa gerar constrangimento, desconforto ou incômodo a criança participante, os pesquisadores usarão recursos lúdicos para que a criança não sinta esses constrangimentos, mas caso aconteça, em concesso com a criança e responsável, a avaliação será interrompida.

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.284.956

BENEFÍCIOS

Após a análise das percepções sobre o instrumento de rastreio, os pais ou responsáveis receberão a devolutiva acerca dos resultados, indicando se a criança tem risco ou não para o desenvolvimento da gagueira, e receberão orientações gerais e científicas em como promover a fluência da fala em diversos contextos comunicativos no ambiente escolar e em casa. Ademais, as crianças identificadas com risco serão encaminhadas a clínica de Fonoaudiologia da UFPE para ter avaliação Fonoaudiológica além de que, os profissionais que a acompanham ficaram cientes do diagnóstico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa foi apresentado de forma bem estruturada, com ampla e consistente fundamentação teórica. O método descrito de forma clara e coerente com os objetivos propostos. Considerando o impacto da gagueira na vida de crianças e famílias, a pesquisa pode trazer contribuições substanciais para a prática profissional e, sobretudo contribuir com a identificação precoce da gagueira.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores apresentaram os seguintes termos e/ou documentos exigidos pela Resolução 466/12:

- Carta de anuência assinada da Secretaria de saúde de Paulista, da “Escola Meu Achonhego” em Paulista e da Clínica de Fonoaudiologia da UFPE.
- Folha de rosto assinada pela coordenadora do programa de pós-graduação em Saúde da Comunicação Humana.
- Termo de compromisso e confidencialidade assinado pela pesquisadora principal.
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- Currículos das pesquisadoras envolvidas.

Recomendações:

Revisão gramatical.

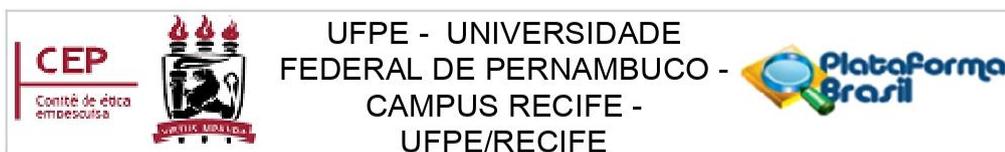
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora atendeu as sugestões indicadas pelo CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.284.956

coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

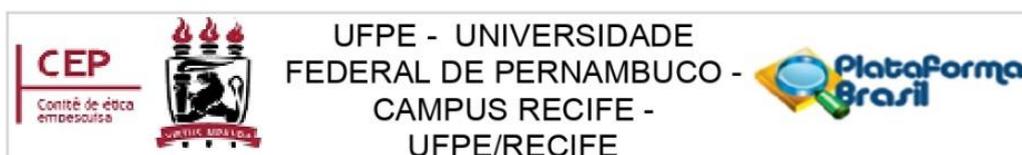
Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1883775.pdf	06/03/2022 22:41:17		Aceito
Outros	RespostaspendenciasdoCEP.odt	06/03/2022 22:37:38	Kássia Íris Silva Moura	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclecorretook2.odt	06/03/2022 22:36:02	Kássia Íris Silva Moura	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetomestradoKassiaUFPEok2.odt	06/03/2022 22:35:42	Kássia Íris Silva Moura	Aceito
Declaração de	cartadeanuenciainicaufpe.pdf	06/03/2022	Kássia Íris Silva	Aceito

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.284.956

Instituição e Infraestrutura	cartadeanuenciainfpe.pdf	21:51:00	Moura	Aceito
Outros	curriculoorientadoraana.pdf	16/02/2022 23:40:04	Kássia Íris Silva Moura	Aceito
Outros	curriculoorientadorabianca.pdf	16/02/2022 23:39:16	Kássia Íris Silva Moura	Aceito
Outros	TermoConfidencialidadekassia.pdf	16/02/2022 23:38:04	Kássia Íris Silva Moura	Aceito
Declaração de Pesquisadores	mestrdomatriculaUFPE.pdf	16/02/2022 23:35:22	Kássia Íris Silva Moura	Aceito
Orçamento	orcamentook.odt	16/02/2022 23:31:33	Kássia Íris Silva Moura	Aceito
Cronograma	CRONOGROMACERTO.odt	16/02/2022 23:16:55	Kássia Íris Silva Moura	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	11/02/2022 10:09:19	Kássia Íris Silva Moura	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartadeanuenciaescola.jpg	11/02/2022 08:47:20	Kássia Íris Silva Moura	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartadeanuenciasaude.jpg	11/02/2022 08:46:45	Kássia Íris Silva Moura	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 10 de Março de 2022

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br

ANEXO G – PROVA DE FLUÊNCIA DO ABFW

AVALIAÇÃO DA FLUÊNCIA NA FALA SEMI-ESPONTÂNEA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome Completo:		
Data de Nascimento:		Idade:
Data da Avaliação:	Data da coleta	

Quadro 1: Transcrição **com** Disfluência
Tempo total de duração da amostra de 200 sílabas fluentes:

--

Quadro 2: Transcrição **sem** Disfluência – Palavras
Número de palavras fluentes:

--

Quadro 3: Transcrição **sem** Disfluência – Sílabas
Número de sílabas fluentes:

--

Quadro de Tipologias das Disfluências:

Outras Disfluências	Disfluências Típicas da Gagueira
----------------------------	---

Hesitações (H)	-	Repetições de palavras monossilábica (RPM)	-
Interjeições (I)	-	Repetições de parte da palavra (RPP)	-
Revisões de frases ou sentenças (RV)	-	Repetições de sons (RS)	-
Repetição de parte do enunciado (RPE)	-	Prolongamentos (Pr)	-
Repetição de frases (RF)	-	Bloqueios (B)	-
Repetição de palavras não monossilábica (RPNM)	-	Pausas (P)	-
Palavras incompletas (PI)	-	Intrusões (In)	-
TOTAL	-	TOTAL	

Observações Complementares:

Frequência das Rupturas

% de Disfluências Típicas da Gagueira	% de Descontinuidade da Fala
%	%
% de Outras Disfluências	Duração da Palavra Gaguejada
%	”

Velocidade de Fala

Fluxo de Palavras por Minuto (Taxa de Produção da Informação)	Fluxo de Sílabas por Minuto (Velocidade Articulatória)