

Cláudia Maria Gomes Ferreira

Relação entre as dificuldades específicas da linguagem e o desenvolvimento do autoconceito

Mestrado em Educação Especial: Multideficiência e Problemas de Cognição

Cláudia Maria Gomes Ferreira

Relação entre as dificuldades específicas da linguagem e o desenvolvimento do autoconceito

Orientação
Prof^ª. Doutora Mónica Silveira Maia

Projeto submetido como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação Especial: Multideficiência e Problemas de Cognição

“Patience and perseverance have a magical effect before which difficulties disappear
and obstacles vanish.”

John Quincy Adams *cit. in* Sargent. (2012)

AGRADECIMENTOS

A todos os professores do Mestrado de Educação Especial: Multideficiência e Problemas de Cognição, pelos conhecimentos e aprendizagens partilhadas que me permitiram melhorar enquanto Ser Humano e Terapeuta da Fala.

À Professora Doutora Mónica Maia por toda a disponibilidade, paciência, tempo dispensado sempre que necessário e por todo o apoio nos momentos mais difíceis. Por todas as partilhas e ensinamentos que orientaram esta caminhada e, conseqüentemente, por tornar este projeto exequível.

À Santa Casa da Misericórdia de Lousada por colaborar com este projeto e por acreditar no trabalho que propus desenvolver, fornecendo todo o apoio necessário.

À Escola Básica Acácio Lino e a todas as colegas Terapeutas da Fala que colaboraram direta e indiretamente na realização deste trabalho.

A todas as crianças que preenchem, alegremente, os meus dias e me tornam cada dia num melhor Ser Humano e Terapeuta da Fala.

Aos meus pais, meu maior exemplo, que sempre me incentivaram na procura do saber, bem como pela força e resiliência que sempre me inculcaram. Ao meu filho, meu maior amor, por todas as horas que privou da minha companhia. Ao meu marido por todo o apoio nesta caminhada. À Ana Rita, Daniela, Diana, Inês e Michaela pelo verdadeiro companheirismo e entajuda pois sem elas teria sido uma caminhada muito mais árdua. À minha família e amigas por todo o apoio e carinho transmitidos.

RESUMO

São hoje vários os estudos que sugerem a existência de um impacto emocional e comportamental inerente à vivência de dificuldades específicas da linguagem e da fala (DELF), com consequências de longo prazo quer na escolaridade quer noutros domínios da vida adulta. O presente estudo teve como objetivo comparar o desenvolvimento do autoconceito entre crianças com e sem DELF, atendendo simultaneamente aos contextos de atendimento terapêutico comparando as crianças acompanhadas em contexto educativo com as apoiadas em contexto clínico/hospitalar. Participaram no estudo 167 crianças, entre os 3 e os 6 anos de idade: 52 com desenvolvimento linguístico típico e 115 com dificuldades específicas da linguagem, dentre as quais 64 eram acompanhadas em Terapia da Fala em contexto hospitalar e 51 em contexto educativo. Para avaliação da linguagem foi utilizado o Teste de Avaliação da Linguagem na Criança (TALC) e para avaliação do autoconceito foi usada a Escala Pictórica da Percepção de Competência e Aceitação Social para Crianças (EPPCASC). Os resultados do presente estudo sugerem que as crianças com DELF apresentam um desenvolvimento do autoconceito significativamente inferior comparativamente a crianças sem dificuldades. Acresce como conclusão deste estudo que, dentro do grupo de crianças com DELF, parecem existir diferenças também significativas no desenvolvimento da linguagem e fala e na construção do autoconceito, entre as que são acompanhadas em contexto educativo comparativamente às acompanhadas em contexto hospitalar/clínico. Estes resultados merecem consideração para o planeamento da atuação das equipas e em particular do TF nas DELF, colocando o autoconceito como uma dimensão crucial nos seus processos de avaliação e intervenção.

PALAVRAS-CHAVE: Dificuldades Específicas de Linguagem, Autoconceito, Terapia da Fala.

ABSTRACT

Several studies suggest the existence of an emotional and behavioural impact inherent to the experience of specific language and speech difficulties (SLD), with long-term consequences in schooling and other adult life domains. This investigation aimed to compare the development of self-concept between children with and without SLD, simultaneously considering the contexts of therapeutic care, comparing children monitored in educational settings with those supported in clinical/hospital settings. The study group was made of 167 children, aged between 3 and 6 years old: 52 of them with typical linguistic development and 115 with specific language troubles, among which 64 were followed up on Speech Therapy sessions in a hospital setting and 51 in an educational setting. The *Test for Language Assessment in Children* (TALC) has been used for language assessment and the *Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptance for Children* (EPPCASC) has been used for self-concept assessment. The results of this study suggest that children with specific language difficulties have significantly lower self-concept development when compared to children without any difficulty. Furthermore, within each group of specific language trouble, there appear to be significant differences in language and speech development, as well as in self-concept construction among those monitored in the educational setting in comparison to those monitored in the hospital/clinic setting. These results are worth considering for the teams' actions planning (particularly the speech therapist), considering self-concept as a crucial dimension in their assessment and intervention processes.

KEYWORDS: Specific Language Difficulties, Self-concept, Speech Therapy.

ÍNDICE

Agradecimentos

Resumo

Abstract

Introdução	1
1. Enquadramento Teórico	5
1.1. Perturbação da Linguagem	5
1.2. O Desenvolvimento do Autoconceito	12
1.3. Formas de intervenção do Terapeuta da Fala	16
2. Método	20
2.1. Participantes	20
2.2. Instrumentos	22
2.3. Análise Dados	25
2.4. Procedimentos	26
3. Resultados	28
4. Discussão dos Resultados	33
Conclusão	36
Referências Bibliográficas.....	38
Anexos	52

ANEXOS

Anexo 1. Autorização e Partilha da EPPCASC pelos Autores	53
Anexo 2. Carta Apresentação Estudo ao Hospital	54
Anexo 3. Carta Apresentação Estudo às Escolas	55
Anexo 4. Declaração de Consentimento Informado	56

ÍNDICE TABELAS

Tabela 1. Dados demográficos dos participantes	21
Tabela 2. Resultados Teste Avaliação da Linguagem na Criança (TALC)	28
Tabela 3. Diferenças no Autoconceito Entre Grupos	30
Tabela 4. Interrelação Entre Desenvolvimento da Linguagem e o Autoconceito	30
Tabela 5. Interrelação Entre Desenvolvimento da Linguagem e o Autoconceito entre grupo DELF-H e DELF-E	32

INTRODUÇÃO

A linguagem – tal como outro qualquer domínio de desenvolvimento – representa uma área fundamental no bem-estar e no comportamento da criança (Lindsay & Dockrell, 2012). É, por isso, hoje uma evidência estabelecida, que as alterações no desenvolvimento da linguagem têm repercussões noutras áreas desenvolvimentais, inclusive, a nível comportamental (Katelaars, Cuperus, Jansonius, & Verhoeven, 2010). Segundo Farinha (2017), o diagnóstico de perturbações da linguagem entra em rota de discussão quando acontece um trajeto atípico na aquisição, compreensão ou expressão da linguagem falada ou escrita, podendo envolver todos ou apenas um dos componentes do sistema linguístico, designadamente: fonologia (i.e., sonoridade da língua), morfologia (i.e., estrutura interna das palavras e mecanismos de formação de palavras), semântica (i.e., significado das palavras e sua interpretação em contexto de frases), sintaxe (i.e., organização estrutural dos constituintes das frases) e a pragmática (i.e., linguagem em situação de uso, tendo em consideração as influências contextuais na interpretação linguística). A ideia essencial associada às dificuldades na linguagem e fala é a de um atraso ou desvio em relação ao padrão típico, que não é explicado por outros factores ou perturbações, como por exemplo défices ao nível sensorial (Bishop, 1997). Pelo seu carácter circunscrito à fala e linguagem, é usado o termo Dificuldades Específicas da Linguagem e Fala (DELF) para descrever o espectro de dificuldades experienciadas pela criança ao nível da linguagem expressiva (i.e., léxico emitido pela criança e avaliado pelo número de palavras que produz) e recetiva (i.e., receção e posterior processamento da informação) (Lindsay & Dockrell, 2000; Franco, Lopes & Lopes-Herrera, 2014).

Estas alterações – ainda que acometidas apenas ao domínio da linguagem e da fala – repercutem-se naturalmente na capacidade da criança comunicar e de se relacionar com os pares, podendo conduzir a alterações ao nível do comportamento e do envolvimento social e escolar (Costa, 2011). A reforçar esta cadeia de relações, Gersten, Jordan & Flojo (2005, *cit in* Carscadden et al., 2010), referem que o desenvolvimento linguístico é essencial para o sucesso escolar, bem-estar psicossocial e emocional das crianças. Segundo Nation (2008), as dificuldades de linguagem são uma das razões mais comuns para a referenciação das crianças em idade pré-escolar para os serviços de apoio.

Uma das maiores e mais estudadas preocupações relacionadas com as DELF -e que estão na base da referenciação e intervenção precoce -, relacionam-se com o impacte das

competências de linguagem oral ao nível da literacia (e.g., Zipoli & Merritt, 2017). Por oposição, pouca atenção tem sido dada ao impacto das DELF noutras áreas de desenvolvimento, como é exemplo os domínios sócio-emocional e comportamental (Varela, 2012). O estudo da autopercepção das crianças com DELF tem sido, contudo, uma área de investigação emergente, por se pressupor que estas crianças têm maior probabilidade de mostrarem uma autopercepção negativa decorrente essencialmente de três fatores: insucesso escolar e feedbacks negativos associados; efeitos de estigmatização por ser referenciado para apoio; e por efeitos específicos da natureza das dificuldades de comunicação (Lindsay & Dockrell, 2000).

A evidência mostra ainda associação entre a autopercepção negativa e menor sucesso académico na escola, havendo ainda alguns estudos que ao longo das últimas décadas estudaram a sua relação com a rotulagem e o local de ensino (e.g., Begley et al., 1999).

O autoconceito - referente ao modo como as crianças se avaliam com base nas suas experiências e competências, no contexto em que vivem - tem por isso entrado em discussão no domínio de estudo das DELF (Navarro, 2007). Miras (2009), refere que o autoconceito é, atualmente, multidimensional e abarca representações sobre diferentes características da criança, como as suas capacidades, dificuldades e características bem como a capacidade de relação interpessoal e social. Segundo Mata, Monteiro e Peixoto (2009), desde a idade pré-escolar que as crianças diferenciam as suas perceções ao nível dos seus interesses e competências nas diversas áreas. Conforme sublinhado por Mantzicopoulos (2006), o estudo do autoconceito em crianças em idade pré-escolar revela-se fundamental por se reconhecer que um autoconceito positivo é a base para que as crianças se sintam autónomas, seguras de si mesmas e competentes. Assim, é hoje consensual que um autoconceito positivo atua como um fator protetivo face às adversidades que podem decorrer de uma alteração ou dificuldade no desenvolvimento (Baumeister, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003).

Sobre a relação entre as DELF e o autoconceito, Siulverman e Zigmond (1983) e Simões e Serra, (1897) *cit. in* Esteves (2011), revelam que as crianças com DELF apresentam geralmente indicadores mais baixos de autoconceito comparativamente aos seus pares. Wadman (2008) *cit. in* Lindsay (2012), reforça essa evidência ao revelar no seu estudo que as crianças com DELF apresentam níveis mais baixos de autoconceito e problemas emocionais e sociais decorrentes das dificuldades ao nível da fala. Uma das razões

atribuídas a estes resultados, relaciona-se com a consciência da criança de que a sua aprendizagem não corresponde às expectativas dos seus pais.

No estudo de Dinis, I., et al. (2020), estima-se que, em Portugal, exista uma prevalência de 14.9% de problemas de comunicação e linguagem, em idade pré-escolar. Esta informação está em linha com o estimado pela Sociedade Portuguesa de Neuropediatria (2019) *cit. in* Galvão (2019), que refere que as DELF atingem cerca de 5- 10% das crianças em idade pré-escolar. Quanto à intervenção, a atuação dos terapeutas da fala - em conjunto com os intervenientes nos contextos naturais de vida da criança - assume claro protagonismo. Na sua atuação, ter em consideração o potencial impacto das dificuldades a nível emocional, escolar e social é um requisito fundamental. É também relevante considerar entraves à referenciação e apoio por receio de estigmatização. Aguiar (2014), considera que a intervenção em terapia da fala, ainda em idade pré-escolar, apresenta um prognóstico favorável quer na eliminação ou redução das dificuldades existentes, bem como na prevenção de futuras dificuldades linguísticas, escolares e psicossociais.

Dada a possível relação entre as DELF e o desenvolvimento do autoconceito, há necessidade de explorar essa relação e suas potenciais implicações na conceção e planeamento da intervenção do terapeuta da fala. A par, embora os desenvolvimentos recentes que têm vindo a pautar a alocação de apoios nas escolas (incluindo os terapêuticos), numa perspetiva multinível – isto é sem categorização de alunos como tendo necessidades especiais (DL nº 54/2018 *cit. in* Monteiro, Sanches-Ferreira & Alves, 2020) – interessa compreender de que modo o contexto em que é dado o apoio pode estar associado também ao autoconceito das crianças com DELF. Ainda, e sendo que as DELF abarcam um leque amplo de dificuldades/problemáticas, importa também perceber se os apoios em contexto educativo ou clínico/hospitalar se relacionam com diferentes níveis ou expressões da problemática.

Deste modo, a presente investigação pretende explorar a relação entre as dificuldades específicas da linguagem e o desenvolvimento do autoconceito em crianças entre os 3 e os 6 anos de idade, sendo três as questões de investigação a que queremos responder:

- existe uma associação entre a ocorrência de dificuldades específicas de linguagem e o desenvolvimento do autoconceito das crianças?

- o contexto de acompanhamento das crianças com DELF – especificamente o escolar ou o clínico/hospitalar - relaciona-se com diferenças na expressão da problemática ao nível da linguagem e fala?

- existem diferenças no autoconceito entre as crianças acompanhadas em contextos escolar comparativamente aquelas acompanhadas somente em contexto clínico/hospitalar?

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. PERTURBAÇÃO DA LINGUAGEM

Segundo Mousinho e colegas (2008), a comunicação humana distingue-se da comunicação de outras espécies de diferentes formas, nomeadamente por representar uma atividade simbólica (veículo de expressão de pensamentos, desejos, ideias, planos para o futuro), pela sua gramaticalidade e pela pluralidade de sistema de comunicação existentes. De acordo com Penã-Brooks e Hedge (2007), a linguagem baseia-se num sistema convencional de símbolos arbitrários e de regras de comunicação destes, revelando ideias que se pretendem transmitir através de um código socialmente partilhado, a língua.

O desenvolvimento desta ocorre, de modo previsível, ao longo das diferentes etapas do desenvolvimento psicomotor. Após o nascimento, a criança comunica através do olhar, da expressão facial e dos movimentos corporais. Nos primeiros meses presta atenção aos diferentes sons e palra. Por volta dos 6 meses, apresenta o balbucio/ecolália (mamama, papapa) e aos 12 meses começa a dizer as primeiras palavras com intenção como mamã e papá, terminando assim a fase pré-linguística. A fase linguística inicia-se quando a criança diz as primeiras palavras com significado e coincide, normalmente, com o início dos primeiros passos. Por volta dos 18 meses as crianças dizem cerca de 10 palavras, usam a ecolália¹ e o *jargon*². Aos 24 meses, junta duas palavras e tem um vocabulário de cerca de 50 palavras. Aos 2 anos, constrói frases com pelo menos 3 palavras, usa pronomes e deixa de usar a ecolália e o *jargon*. Aos 4 anos, constrói frases de 6 palavras, faz perguntas, conta histórias e compreende regras de jogos simples. Aos 5 anos, a criança constrói frases completas e fala corretamente. Aos 6 anos, está apta para aprender a ler e a escrever. O desenvolvimento da linguagem continua a evoluir até por volta dos 15 anos de idade, sendo que na idade adulta mantém-se o enriquecimento linguístico constante (Mousinho et al., 2008).

Segundo Scopel e colegas (2012), o desenvolvimento da linguagem depende das condições biológicas inatas de cada criança, bem como dos fatores ambientais presentes

¹ Caracteriza-se pela repetição imediata do que foi dito pela criança ou par comunicativo e não desempenha o papel de comunicação por não apresentar intenção comunicativa.

² A criança atribui significado a uma palavra ou expressão, com base na sua língua materna, sem se preocupar se o parceiro comunicativo compreende ou não.

nos meios em que estas estão inseridas. A confirmar esta perspectiva biopsicossocial, estão os resultados do estudo desses mesmos autores, que indicam que o grau de escolaridade dos pais, a estrutura familiar e a presença de irmãos mais velhos, têm valor preditivo sobre o desenvolvimento da linguagem. Aspectos de natureza biológica discutidos nos mecanismos etiológicos desta dificuldade/alteração, relacionam-se com o histórico familiar de alterações ao nível da linguagem e a prematuridade que parecem aumentar a probabilidade de ocorrência desta problemática.

De acordo com Bettio, Bazon e Schmidt (2019), os três primeiros anos de vida da criança têm sido particularmente considerados pela plasticidade cerebral e concomitantemente pelas importantes aquisições de diferentes competências. O normal desenvolvimento da linguagem, durante a infância, é essencial para que a criança desenvolva outras competências e tenha sucesso na socialização (Sheridan & Gjems, 2017). Amorim (2011), considera que a alteração da linguagem constitui o problema mais frequente no desenvolvimento infantil, com incidências que variam entre 2 a 19%. A maioria destas crianças não apresentam alterações concomitantes no desenvolvimento, contudo, o impacto destas alterações ao longo da vida da criança, pode interferir negativamente na socialização e na aprendizagem. A terminologia 'alterações do desenvolvimento da linguagem' abarca um grupo variável de dificuldades (Korpilahti et al., 2016). Schirmer e colegas (2004), classificam essas alterações em: atraso do desenvolvimento da linguagem – a aquisição da linguagem ocorre na sequência esperada, contudo, o nível de desenvolvimento está aquém do esperado para a faixa etária da criança; desvio – verifica-se um desenvolvimento qualitativamente diferenciado; a dissociação – quando se verificam discrepâncias entre o desenvolvimento da linguagem e o desenvolvimento de outras áreas. Everitt, Hannaford e Conti-Ramsden (2013), definem de *late talkers*, as crianças que apresentam atrasos no desenvolvimento da linguagem. Caldeira, Gonçalves e Pereira (2014), defendem que as perturbações da comunicação são os problemas mais comuns das crianças, em idade pré-escolar, com taxas de prevalência entre os 10 e 15%, “devido a um atraso na maturação de processos neurológicos centrais necessários à produção do código da linguagem, progredindo nas etapas de aquisição das competências linguísticas a um ritmo mais lento, mas com um nível de desenvolvimento não-verbal normal” (Caldeira et al., 2004, p.19). Nogueira, Fernandes, Porfírio e Borges (2000), afirmam que estas dificuldades apresentam maior prevalência no sexo masculino, maioritariamente, com antecedentes familiares. No entanto, os autores referem que estas

perturbações podem ser diagnosticadas tardiamente, “*o que representa um risco aumentado de posteriores dificuldades na leitura e escrita, socialização e comportamento*”.

De acordo com o DSM-5 (2014), as perturbações da comunicação abrangem défices na comunicação, linguagem e fala, sendo que a avaliação destas competências deverá ter em conta o contexto cultural e linguístico da criança, particularmente, em crianças bilíngues. Não podem ser atribuídas a outras perturbações como défices auditivos, défices sensoriais, perturbações motoras ou outra condição médica e neurológica. As competências linguísticas estão significativamente abaixo do esperado para a idade, resultando em limitações ao nível da comunicação, da participação social e do sucesso escolar. Consideram, ainda, que as perturbações da comunicação incluem: as perturbações da linguagem, perturbações do som da fala, perturbações da fluência, perturbação da comunicação social (pragmática), perturbações da comunicação com outra especificação e não especificadas.

Com base na literatura, parece consensual afirmar que as crianças que apresentam perturbação da linguagem, apresentam também maior probabilidade de ter alterações no comportamento e dificuldades na aprendizagem escolar (Acosta et al. 2003; Coelho, 2016; Lima, 2015). Assim, Law, Garret e Nye (2004), referem que cerca de 6 a 8% das crianças, em idade pré-escolar, que apresentam dificuldades ao nível da linguagem, manifestarão dificuldades de aprendizagem no primeiro ciclo. Por sua vez, Nelson, Walker e Panoscha (2006), salientam que estas dificuldades podem acompanhar as crianças até à idade adulta.

Fatores de Risco e de Proteção

Segundo Sapienza & Pedromônico (2005), é essencial a identificação precoce dos fatores de risco e de proteção que podem estar associados a estas alterações. Por fatores de risco entendem-se aspetos que aumentam a probabilidade da criança desenvolver determinada problemática; e por fatores de proteção, elementos que minimizam os efeitos dos fatores de risco. Assim, atrasos no desenvolvimento da linguagem também dependem de uma interação entre os fatores de risco e de proteção, que podem ser inerentes à criança ou ao meio em que esta está inserida.

Bettio, Bazon e Schmidt (2019), realizaram uma revisão de literatura com o objetivo de identificar fatores de risco - as variáveis que aumentavam a probabilidade de a criança apresentar atraso no desenvolvimento da linguagem, subdividindo-se em fatores de risco estáticos – não são alteráveis através de intervenções do meio; e dinâmicos – são suscetíveis aos efeitos de intervenções ou alteráveis, naturalmente, ao longo do tempo (Dib, Bazon & Silva, 2012). No seu estudo, os autores referem que parece ser notório uma maior prevalência dos fatores de risco estáticos, provavelmente, por existir maior facilidade na sua avaliação e de serem pouco suscetíveis a mudanças, designadamente: sexo da criança, peso ao nascer e o nível de escolaridade dos pais. Já os fatores de risco dinâmicos, suscetíveis a mudanças ambientais, como a saúde mental materna deverão ser avaliados ao longo do tempo e não apenas em determinado contexto. Quanto aos fatores de proteção, também considerados suscetíveis às mudanças do meio, foram considerados as competências não verbais cognitivas no início da infância, o temperamento sociável e o suporte social oferecido à criança.

Também Conti-Ramsden e Durkin (2015) investigaram os fatores de risco associados às dificuldades no desenvolvimento da linguagem, bem como os pontos fortes de cada criança que podem atuar como fatores de proteção. Assim, apuraram que as dificuldades linguísticas são resultantes de diversos fatores de risco, sendo mais comuns em rapazes do que em raparigas, em gêmeos idênticos, com histórico familiar de dificuldades linguísticas e com alterações no processamento auditivo. Os autores também apuraram que as crianças cujos pais apresentam baixo nível socioeconómico, têm maior probabilidade de desenvolver dificuldades linguísticas com atrasos de dois anos para os pares da mesma faixa etária, ressaltando a necessidade do acompanhamento destas crianças em Terapia da Fala a fim de culminar as suas dificuldades linguísticas (Nelson, Welsh, Trup & Greenberg, 2011).

Por sua vez, Mendes (2015), refere que os fatores de proteção contribuem na diminuição das probabilidades de ocorrerem comportamentos desviantes. Maia e de Albuquerque Williams (2005), referem que os fatores de proteção podem ser classificados em três categorias, designadamente: atributos da criança (atividades, autonomia, autoestima, preferências), características da família (afetividade, negligência, coesão familiar, ausência de discórdia) e fontes de apoio disponíveis para a criança e família (relacionamento da criança com pares, suporte cultural, apoio especializado). Richman e Fraser (2001), *cit. in* Ribeiro & Sani (2009), afirma que os fatores de proteção são

definidos como características individuais da criança ou condições ambientais do meio em que a criança está inserida que diminuem o risco de exposição. De acordo com Ribeiro e Sani (2009), o sucesso escolar, a frequência em atividades sociais e relações sociais bem sucedidas são considerados fatores de proteção.

Relação entre o desenvolvimento da linguagem, a literacia e os aspetos comportamentais

As crianças que mantêm alterações ao nível da linguagem aquando da entrada no primeiro ciclo apresentam maior risco de dificuldades no processo de aquisição da leitura e da escrita (Reilly, Bishop & Tomblin, 2014). França e colegas (2004), afirmam que o desenvolvimento da linguagem é primordial na aquisição de competências de leitura e escrita, sendo esses requisitos essenciais para o sucesso escolar.

Aquando o início do ano escolar, as crianças enfrentam desafios ao nível da fluência e compreensão da leitura, sendo que a comorbilidade das dificuldades linguísticas³ e de leitura varia entre 40 a 90% (Catts, 2015) e a comorbilidade das dificuldades da articulação⁴ e de leitura é de 25 a 50 % (Peterson et al., 2009). Segundo Zipoli e Merritt (2017), o risco de dificuldades de leitura nestas crianças persiste mesmo quando parecem ultrapassadas as dificuldades linguísticas, sendo considerado uma condição prioritária para apoios adicionais e intervenções especializadas. Wilcox, Gray e Reiser (2020), referem que as competências linguísticas e a alfabetização precoces são flexíveis e, por isso, o seu ensino promove a aptidão e sucesso escolar. Duff e Tomblin (2018), afirmam que um dos marcos mais importantes da idade pré-escolar é o desenvolvimento da linguagem e que as crianças usem tais competências no início da escolaridade como ferramentas no processo de aprendizagem, tendo um impacto significativo ao nível do sucesso escolar e psicossocial.

Vários autores referem que as crianças com dificuldades a nível da leitura, podem encarar desafios de alfabetização na idade adulta (del Tufo & Earle, 2020).

³ Alterações no processo de desenvolvimento ao nível da expressão e/ou compreensão de material verbal e/ou escrito que condicionam a eficaz comunicação com o parceiro comunicativo.

⁴ Dificuldades em articular fonemas devido a alterações motoras estruturais ou imaturidade dos órgãos articulatórios e/ou à desorganização ou sistematização inconsistente das regras fonológicas.

Lewis e colegas (2019), verificaram que as crianças que iniciam o percurso escolar com dificuldades linguísticas e/ou da fala requerem apoio adicional e monitorização frequente para obterem melhores resultados nos processos de aprendizagem da leitura e escrita. Também McLeod e colegas (2019), analisou o desempenho da leitura e ortografia de 4332 crianças aos 4 anos de idade e, posteriormente, entre os 6 e sete anos de idade, sendo consistente com outros estudos como o de Johnson et al. (2010), que verificou que crianças cujos pais identificaram dificuldades linguísticas obtiveram desempenho inferior na alfabetização aos seus pares cujos pais não identificaram qualquer dificuldade. Gillon (2000) e McNeill e colegas (2009), verificaram que após sessões de Terapia da Fala, em crianças com 5 anos de idade, é observável melhorias ao nível da articulação, da consciência fonológica, da leitura de palavras e da ortografia. Gillon e colegas (2020), relatam que o facto de as crianças com dificuldades linguísticas não alcançarem os seus pares, pode originar iniquidades a longo prazo, considerando essencial a sua monitorização e a partilha dos resultados com os pais de forma construtiva com foco na evolução e não apenas nas dificuldades.

A esse respeito, Norbury e colegas (2016), referem que atualmente cerca de 10% das crianças, nos EUA e Canadá, iniciam o percurso escolar com fracas competências ao nível da linguagem, evidenciando, também, problemas comportamentais e PHDA. Posteriormente, evidenciam dificuldades ao nível da leitura devido às lacunas linguísticas, particularmente, ao nível da consciência fonológica (Suggate, Schaughency, McAnally & Reese, 2018). De modo concordante, Mueller e Tomblin (2012), revelam que as dificuldades linguísticas conduzem a problemas comportamentais que, por sua vez, diminuem as oportunidades de aprendizagem, especialmente, em contexto escolar, daí que os professores refiram mais o *stress* e alterações comportamentais ao invés dos pais.

Snow e Powell (2004), afirmam que a relação entre a linguagem e a alfabetização é crucial para garantir boa autoestima, o sucesso escolar e melhores oportunidades de vida. Num estudo de Bishop e Adams (1990) *cit in* Hartshome (2012), foram avaliadas crianças, em idade pré-escolar com dificuldades linguísticas até à primária. Assim, aos oito anos de idade, apuraram que as crianças que tinham ultrapassado as suas lacunas linguísticas por volta dos cinco anos de idade, tinham boas capacidades ao nível da leitura e da escrita, ao contrário do grupo de crianças que mantinham dificuldades linguísticas. Posto isto, afirmam que é primordial uma base sólida e estável de competências linguísticas aquando

do início escolar para que a aprendizagem dos processos de leitura e escrita, bem como compreensão dos mesmos não seja comprometida.

A sublinhar a necessidade de uma intervenção precoce sobre o desenvolvimento linguístico, num estudo de meta-análise, Kholoptseva (2016), observou que as crianças cujos educadores experienciaram ensino de competências linguísticas e alfabetização precoce, obtiveram maiores ganhos nestes domínios, posteriormente, quando comparado com as crianças envolvidas num currículo geral. Também Chambers, Cheung e Slavin (2016), relatam tendências semelhantes numa recente revisão de literatura. Posto isto, é importante salientar o Teaching Early Literacy and Language (TELL) que abrange a linguagem e as práticas de ensino da literacia precoce, numa sequência de instruções baseadas em normas, planos de aula, materiais e atividades estruturadas que promovem uma aprendizagem diversificada e múltiplas oportunidades para todas as crianças em atividades pré-escolares. No estudo de Wilcox, Gray e Reiser (2020), com uma amostra de 289 crianças, observaram que a estimulação de competências linguísticas aliado à alfabetização precoce, promove a aprendizagem em crianças em idade pré-escolar e, nomeadamente, o sucesso ao nível da leitura posteriormente.

Curtis e colegas (2018), indicam que 13 a 19 % dos bebés e 6 a 8% das crianças em jardim-de-infância apresentam atrasos do desenvolvimento da linguagem, sendo que estes foram associados a dificuldades escolares e psicossociais, incluindo um aumento crescente de problemas comportamentais a longo prazo, especificamente depressão, ansiedade, comportamentos agressivos e hiperatividade. Esta associação verifica-se, sobretudo, em crianças mais velhas e relatadas, essencialmente, pelos professores, promovendo o aumento da estigmatização, *bullying*, fracas relações com os pares e insucesso escolar (McCormack, Harrison, McLeod & McAllister, 2011). As dificuldades linguísticas prejudicam a capacidade de as crianças regular as suas emoções (Cole, Armstrong & Pemberton, 2010).

Também Conti-Ramsden e colegas (2019) revelam que 7 a 10 % das crianças, no Reino Unido, iniciam a escolaridade com dificuldades linguísticas e tendem a apresentar alterações comportamentais, hiperatividade, ansiedade, medo e até pânico em relação aos seus pares com desenvolvimento típico. No estudo de Levickis (2017), sugere-se que entre os 4 e 7 anos de idade, as crianças com dificuldades linguísticas apresentam concomitantemente alterações emocionais, durante a infância e até à vida adulta. De

modo concordante, Mok e colegas (2014), afirmam que as crianças e adolescentes com dificuldades linguísticas apresentam níveis mais elevados de sintomatologia emocional e comportamental. A explicar a associação, Beck, Kumschick, Eid e Klann-Delius (2012), salientam que as dificuldades linguísticas impactam a forma como as crianças compreendem as emoções, como regulam as próprias emoções e se envolvem em relações com os pares. Referem, ainda, que fatores como o género e a ansiedade parental podem ter influência, sendo que as alterações emocionais, comportamentais e sociais são mais evidentes em raparigas. Também Angold, Erkanli, Silberg, Eaves, Costello (2002), afirmam que é notório níveis elevados de depressão em raparigas adolescentes e que a identificação precoce das dificuldades linguísticas e a posterior intervenção, favorecem os processos de socialização entre pares.

Por isso, o atraso no desenvolvimento da linguagem é designado de *handicap* invisível, dado que pode ter repercussões ao nível cognitivo, emocional, psicológico e emocional, ao longo de toda a vida. Nesse sentido, as alterações no desenvolvimento da linguagem são consideradas preocupantes pelos profissionais de saúde e de educação, uma vez que podem comprometer a aquisição de novas competências ao longo da vida. Posto isto, os estudos de Ferracini (2006) e Schirmer (2004), afirmam a necessidade de identificar estas alterações precocemente a fim de permitir a intervenção por equipas especializadas, ainda em idade pré-escolar para evitar o impacto negativo nos processos de aquisição da leitura e da escrita.

1.2. O DESENVOLVIMENTO DO AUTOCONCEITO

Segundo Vaz Serra (1986), o autoconceito funciona como uma espécie de espelho dado que a criança tende a observar-se da mesma forma que os outros a olham. Cooley (1902) e Mead (1934), consideram que o conceito que a criança tem do seu *self* surge da interação com os outros e reflete as avaliações e expectativas que os outros lhe dão. Skinner (1977), afirma que "o si é simplesmente uma conceção para representar um sistema de respostas funcionalmente unificado". A partir dos três anos, a criança toma consciência de si mesma, de forma positiva ou negativa na imagem que foi formando de si mesma. Como considera Lecuyer (1981), entre os 0 e os 2 anos, verifica-se a formação de uma imagem corporal; entre os 2 e os 5 anos, é a fase de afirmação do eu em que se constroem as bases

reais do autoconceito; entre os 5 e os 12 anos, produz-se a expressão do eu; entre os 12 e os 18 anos, supõe-se a diferenciação do eu; entre os 20 e os 60 anos, desenvolve-se a maturidade do eu e entre os 60 e os 100 anos de idade, o eu intensifica o declínio geral derivado de um autoconceito negativo.

Segundo James (1890), *cit in.* Forgas (2002), o *self* abrange todos os atributos que a criança possa referir como fazendo parte de si própria, desde o seu corpo, competências, até àquilo que possui como a família. Moreira (2003, p.95), afirma que “a forma como a criança se vê a si própria em diversos domínios influencia a forma como ela age, e a forma como esta age vai, por sua vez, influenciar as autopercepções.” Faria (2005), descreve o autoconceito como a percepção que a criança tem de si mesma, designadamente das atitudes, sentimentos e autoconhecimento sobre as suas competências, capacidades, aparência física e aceitabilidade social.

Butler e Gasson (2005), referem que a utilização pouco rigorosa do termo autoconceito tem dificultado a coerência na literatura científica dado que termos como autoimagem, autoestima⁵ e autoeficácia têm sido por vezes usados como sinónimos do autoconceito⁶. Santos (2009), declara que o autoconceito apresenta sete características, nomeadamente: multifacetado, organizado e estruturado, hierarquizado, diferenciável, estável, avaliativo e desenvolvimental, dado que a criança, ao longo do seu crescimento, organiza e estrutura as suas experiências de vida, retirando dados relevantes sobre si própria. Todas estas experiências são organizadas em diversas áreas, sendo que se a criança apresenta um autoconceito positivo significa que tem uma percepção positiva da sua identidade e não sente os outros como ameaça, sentindo-se bem consigo própria e com os outros. Por sua vez, um autoconceito negativo revela que a criança tem ou teve alterações emocionais, ansiedade, *stress* e/ou fracas relações interpessoais, o que conduz, normalmente, ao insucesso escolar. Assim, Harter (2006), afirma que a experiência de socialização, em particular, a interação com os pais e pares, determinarão o conteúdo das autorrepresentações. Em consonância Purkey e Stanley (2001), declaram que o autoconceito não é uma característica inata, pelo contrário, é moldado a cada vivência diferente, uma vez que, os estímulos são absorvidos pela criança a fim de terem

⁵ Caracteriza-se pela auto-aceitação ou não em relação a si mesmo, nomeadamente da própria imagem, dos princípios, valores e crenças.

⁶ Define-se pela percepção que o indivíduo tem de si próprio e o conceito que, devido a isso, forma de si.

significado de acordo com experiências anteriores e expectativas sobre si e os outros. A teoria de Harter (1999), defendida por Faria (2005), menciona que durante a infância o autoconceito é concreto e generalizado, todavia, à medida que a criança cresce e experimenta diferentes papéis sociais, o autoconceito passará do concreto ao abstrato. Henderson, Dakof, Schwartz e Liddle (2006) e Uszynska-Jarmoc (2001), *cit. in* Clemente (2008), referem que nos primeiros anos de vida, o autoconceito ainda bastante moldável, desenvolve-se, essencialmente, no seio familiar através da forma como os pais cuidam e interagem com a criança. Ou seja, quando a criança é cuidada com afeto, sentir-se-á valorizada, porém, se for cuidada com indiferença existe uma forte probabilidade de esta desenvolver uma imagem negativa de si mesma.

Relação entre as alterações no desenvolvimento da linguagem e o autoconceito

Lindsay e Dockrell, (2000), afirmam que o desenvolvimento da linguagem é a base para o desenvolvimento social, emocional e comportamental. O impacto das competências linguísticas sobre a alfabetização e, conseqüentemente, sobre a socialização é considerado pelos autores importante objeto de estudo. Assim, segundo diversos estudos, os autores referem que as crianças com desenvolvimento linguístico típico e com sucesso escolar, apresentam propensão de serem motivadas e bem-sucedidas, o que aumenta a probabilidade de apresentarem autoconceito positivo. Por sua vez, as crianças que apresentam dificuldades linguísticas são suscetíveis de apresentar baixo autoconceito devido ao insucesso escolar, bem como *feedback* negativo e efeitos estigmatizantes associados, evidenciando menos motivação no seu quotidiano.

Recentemente, tem sido notório um interesse crescente sobre o estudo do autoconceito e a relação com o desenvolvimento linguístico, tanto em crianças com dificuldades linguísticas como em crianças com desenvolvimento típico, verificando-se uma relação interativa recíproca, ou seja, a percepção do autoconceito tem impacto no comportamento da criança e no desempenho escolar, enquanto que o sucesso ou insucesso deste tem impacto nas autopercepções (Marsh, 1997 *cit in*. Lindsay, Dockrell, Letchford & Mackie, 2002).

A esse respeito no estudo de Gresham e MacMillan (1997) é revelado que as crianças com dificuldades linguísticas, apresentam dificuldades nos processos de aprendizagem e

autoconceito mais baixos do que os pares com desenvolvimento típico, sendo evidente a sua persistência durante toda a infância. Assim, estas crianças são consideradas de maior risco para um baixo autoconceito, dado que a capacidade de comunicação pode influenciar diretamente a percepção das suas competências, limitando as interações com os pares e diminuindo a aceitação social. Lindsay e Dockrell (2000), estudaram também o autoconceito de crianças com dificuldades de fala e linguagem e concluíram que apresentam autopercepções das suas competências escolares e em relação aos seus pares mais baixas comparativamente aos seus pares.

Durkin e colegas (2017), consideram que as crianças com dificuldades linguísticas enfrentam sérias dificuldades dado que a língua é uma ferramenta crucial para a aprendizagem e a interação com o que nos rodeia. A dificuldade ao nível da compreensão ou expressão desta acarreta dificuldades ao nível da aprendizagem, do sucesso escolar, do comportamento e, conseqüentemente, nas relações sociais, tendo conseqüências negativas no autoconceito que as crianças possam apresentar.

O impacto prolongado desta cadeia de associações, é retratado no estudo de Trzesniewski et al. (2006), ao verificar que crianças que apresentavam baixo autoconceito, apresentam resultados económicos e sociais mais fracos por volta dos seus 20 anos de idade. Também Wadman, Durkin e Conti-Ramsden (2008), afirmam que os adolescentes com histórico de dificuldades linguísticas, apresentam pontuações mais baixas ao nível do autoconceito do que os seus pares sem antecedentes, sendo que cerca de 48% apresentava resultados abaixo da média para a sua faixa etária. De acordo com Coplan & Evans (2009), existem provas consideráveis para afirmar que existe uma associação negativa entre as dificuldades linguísticas e a timidez, na infância, dado que tais dificuldades diminuem a interação com os pares e as oportunidades, levando à exclusão social. Diversos autores, afirmam que crianças com dificuldades linguísticas, na idade pré-escolar, tendem a ser mais receosos, mais pobres na iniciação e manutenção de conversas com os seus pares, menos propensos a estabelecer novas relações e, conseqüentemente, usufruir de menos oportunidades (e.g., Fujiki & Brinton, 2015; Maggio et al., 2013). No estudo de Durkin e colegas (2017), concluíram que os jovens com dificuldades linguísticas apresentaram baixo autoconceito em relação aos seus pares com desenvolvimento típico, reafirmando que crescer com histórico de dificuldades linguísticas está, intimamente, associado a uma desvantagem até pelo menos ao início da vida adulta. Há por isso evidências científicas

robustas para se afirmar que as consequências das dificuldades linguísticas podem ser incapacitantes muito para além da infância e muito para além da faixa etária em que as crianças são acompanhadas de terapias e apoios. Durkin e colegas (2017), referem, ainda, que as intervenções profissionais devem ser orientadas a fim de fazer diferença na vida diária e nas perspetivas futuras destas crianças, salientando que o baixo autoconceito é, muitas vezes, uma resposta adaptativa às experiências vividas. Segundo Mann, Hosman, Schaalma, e de Vries (2004), o autoconceito pode ser reforçado através do apoio profissional e familiar, de forma a orientar a crianças em estabelecer objetivos atingíveis de autogestão, definir estratégias sociais de sucesso, promover aprendizagem de novas competências e modificar expectativas negativas sobre si mesma. Por fim, os autores ressaltam que o alargamento da prestação de serviços deverá ser alargado no tempo, na medida em que são dirigidos apenas à infância, considerando que as dificuldades linguísticas podem predominar na adolescência e manter-se até à idade adulta.

Assim, os autores evidenciam a importância de os terapeutas considerarem, ainda, estratégias que possam melhorar as dificuldades sociais inerentes às dificuldades linguísticas e ao baixo autoconceito, bem como considerar o auto-relato dado que a criança descreve a sua perspetiva que pode não ser observável por um profissional (Furman & Burmester, 1985).

1.3. FORMAS DE INTERVENÇÃO DO TERAPEUTA DA FALA

Rice (2020), afirma que os rastreios aquando da entrada no pré-escolar e primeiro ciclo são fundamentais para a identificação de crianças com dificuldades linguísticas e de aprendizagem para evitar a deteção tardia, quando a intervenção já deveria estar implementada.

Posto isto, Law et al. (2017), consideram fundamental o encaminhamento de crianças com dificuldades na linguagem e fala para áreas de apoio especializadas, como é a Terapia da Fala. Assim, é dado início ao processo com a avaliação, podendo contemplar observações de desempenho linguístico, avaliações padronizadas e relatos dos demais intervenientes. O terapeuta da fala traça o perfil linguístico da criança baseando-se nas áreas fortes e fracas a fim de elaborar o plano de intervenção, em que constam os objetivos gerais, específicos, frequência e duração do plano, procedimentos e materiais a utilizar,

bem como estratégias (Sofia & Gomes, 2014). Os objetivos serão reavaliados periodicamente e definidos pela ordem pela qual as competências linguísticas deverão ser adquiridas no desenvolvimento típico para garantir que a criança possua as competências necessárias a cada faixa etária, tal como pelas necessidades imediatas e futuras (Fey, Catts & Larrivee, 1995 *cit in*. Thordardottir (2007). Nippold (2000), também refere que os objetivos devem ser selecionados de acordo com a idade e nível de desenvolvimento da criança. Thordardottir (2007), considera que a intervenção pode diferir em função das dificuldades linguísticas e respetivo diagnóstico, bem como os perfis das crianças e estilos de aprendizagem. Esta intervenção terapêutica pode ser realizada em diferentes contextos – casa, creche, jardim de infância, escola, clínica, hospital; diretamente e individualmente com a criança ou em grupos; indiretamente, através dos adultos que fazem parte do ambiente em que a criança está inserida, promovendo um ambiente comunicativo ideal para a criança.

Ao nível da intervenção, propriamente dita, a abordagem eclética é a mais usada, constituindo um conjunto de diferentes abordagens em que se tira o proveito dos melhores procedimentos para cada situação específica. Algumas das abordagens usadas incluem:

- teoria dos pares mínimos em que são usados pares de palavras com diferentes significados mas que apresentam apenas um som diferente;
- abordagem articulatória em que se centra no movimento dos articuladores em conjunto com a estimulação cognitiva;
- abordagem dos ciclos que combina processos tradicionais e linguísticos para crianças ininteligíveis;
- bombardeamento auditivo que contempla listas de 20 palavras que contêm o fonema-alvo durante cerca de 30 segundos;
- treino de produção que usa jogos terapêuticos a fim de promover a produção do fonema-alvo;
- atividades metafonológicas que recorrem à segmentação e junção de sílabas;
- programa de trabalho em casa em que os pais deverão praticar as palavras trabalhadas em sessão ao longo da semana.

A terapia de consciência fonológica baseia-se em desenvolver competências como a segmentação, manipulação, adição, identificação silábica e fonémica para colmatar dificuldades ao nível da leitura e da escrita inerentes às dificuldades linguísticas (Catts,

Fey, Zhang e Tomblin, 2001 *cit. in* Lousada, 2012). Assim, o treino de comportamentos específicos acompanhados de reforço positivo aliado, cada vez mais, ao uso das brincadeiras para promover a generalização das competências a adquirir é cada vez mais frequente (Miller, 2011). Porém, à medida que a criança cresce, a abordagem torna-se mais funcional, contemplando o que é útil para a criança em dado momento de forma a que esta reflita sobre as suas dificuldades a fim de as eliminar, dado que nesta autoavaliação a criança aumenta as probabilidades de alterar o seu desempenho (Riches, 2013).

Diversos estudos consideram que a maioria destas crianças exigirá uma intervenção a longo prazo (Fujiki & Brinton, 2015; Leonard et al., 2004), sendo que o envolvimento dos pais desempenha um papel primordial neste processo a fim de generalizar todas as competências aprendidas. Porém, Girolametto, Weitzman e Greenberg (2003; 2004), acrescentam que os educadores de infância também são considerados cruciais no processo de intervenção, dado que é neste contexto que a criança se encontra maior parte do seu tempo.

Como referido anteriormente, o TF pode intervir em diversos contextos, particularmente, em contexto escolar ou hospitalar e nos quais se pode encontrar diferenças. Como refere Pacheco e Caraça (1984), as crianças não aceitam facilmente a intervenção terapêutica em contexto escolar, dado que se sentem inferiorizadas, enquanto os seus pares participam nas atividades escolares, promovendo a estigmatização e exclusão. Naturalmente que estas considerações trazem à discussão um conjunto de outros aspetos ligados às boas práticas de atuação dos terapeutas em contexto escolar – que tem vindo a caminhar no sentido de uma intervenção progressivamente realizada em contexto de sala onde o terapeuta trabalha em parceria com o professor. Esta tendência é, contudo, uma realidade ainda postergada por uma atuação maioritariamente direta e em contexto de salas de apoio, conforme é constatado no relatório de avaliação da atuação dos CRIIs nas escolas (Sousa et al., 2014).

Por sua vez, em contexto clínico, verifica-se uma maior proximidade do TF com os pais que acompanham as crianças nas sessões terapêuticas (Ferreira, 2021). Porém, a comunicação com a comunidade escolar torna-se complicada dado que ambos os profissionais não se encontram no mesmo espaço e, por vezes, não existe flexibilidade de horários para a realização de reuniões. Prosperamente, tem-se assistido a um

desenvolvimento no relacionamento destes profissionais, uma vez que todos têm a ganhar na partilha de informações e na definição de metas mútuas para cada criança.

2. MÉTODO

Este é um estudo correlacional, onde se pretende analisar a associação entre as Dificuldades Específicas da Linguagem e o Desenvolvimento do Autoconceito. Adotou-se, para esse fim, uma abordagem quantitativa que assumiu natureza analítica, na comparação do autoconceito entre crianças sem e com dificuldades específicas de linguagem. Dentro deste último grupo, procuramos ainda comparar crianças apoiadas em contexto hospitalar ou clínico e as apoiadas em contexto escolar.

2.1. PARTICIPANTES

Para recrutamento do primeiro grupo – i.e., crianças sem dificuldades específicas de linguagem-, procurou-se contactar e convidar a participar no estudo as crianças que estavam dentro da rede informal de contactos do investigador. Assim, seguindo um processo de amostragem em bola de neve, os pais contactados e que autorizaram a participação do seu filho no estudo, indicaram outras crianças que cumprissem os critérios de inclusão, especificamente: terem idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos e apresentarem um desenvolvimento que não suscitasse, até ao presente, preocupações ou dificuldades no desenvolvimento da linguagem e da comunicação.

Para recrutamento do grupo com dificuldades específicas de linguagem, foram contactados e convidados a participar no estudo, crianças apoiadas no serviço de Terapia de Fala de um hospital privado situado na zona norte de Portugal – local de trabalho da investigadora principal do estudo. A par, e através da rede de contactos informal da investigadora, foram contactados terapeutas da fala a exercer funções em contexto escolar. A essas terapeutas foi solicitado que indicassem e contactassem os pais de crianças com dificuldades específicas de linguagem, que se enquadrassem na faixa etária em foco – 3 aos 6 anos. No grupo de crianças acompanhadas quer em contexto hospitalar/clínico quer em contexto escolar atendeu-se ao critério de apresentarem diagnóstico clínico de Perturbação da Linguagem e de terem como língua materna o Português.

As crianças que apresentassem outras alterações no desenvolvimento – para além das enquadradas no domínio da linguagem e comunicação - não foram elegíveis para o

estudo. Assim, as crianças cujos processos incluíam por exemplo, alterações ou preocupações de natureza sensorial, cognitiva ou motora foram excluídas da amostra.

Participaram, assim, no estudo 167 crianças: 64 (38%) correspondiam à circunstância de terem dificuldades específicas da linguagem e serem acompanhados em contexto hospitalar; 51 (30%) eram acompanhados em contexto escolar e 55 (32%) não apresentavam dificuldades específicas da linguagem. Entre as crianças acompanhadas em contexto escolar, existiam 2 que eram também acompanhadas em contexto hospitalar. Deste modo o grupo de crianças com DELF-H, correspondem àquelas cujo acompanhamento é prestado unicamente em contexto hospitalar.

Todos os participantes habitavam na região Norte de Portugal Continental.

Tabela 1. Dados demográficos dos participantes

		Desenvolvimento Típico (DT)	Dificuldades Específicas		Total	Comparação entre grupos
			Linguagem e/ou Fala (DELF-H)	Escola (DELF-E)		
Idade		M=4.6 DP=0.7	M=4.5 Dp=0.5	M=4.5 Dp=0.7	M=4.5 Dp=0.6	F (2, 164) =.19; p=.83
Sexo	Feminino	n=22 (42.3%)	n=25 (39.1%)	n= 10(19.6%)	n= 57 (34.1%)	χ^2 (1) =7.02; p=.03
	Masculino	n=30 (57.7%)	n=39 (60.9%)	n=41 (80.4%)	n= 110 (65.9%)	
Antecedentes Alterações Linguagem	Sim	n= 0 (0%)	n= 3 (4.7%)	n= 8 (15.7%)	n= 11 (6.6%)	χ^2 (1) =10.91; p=.004
	Não	n= 52 (100%)	n= 61 (65.3%)	n= 43 (84.3%)	n= 156 (93.4%)	
Frequência Jardim de Infância	Não	n= 2 (3.8%)	n= 3 (4.7%)	n= 0 (0.0%)	n= 5 (3.0%)	
	Sala 3Anos	n= 1 (1.9%)	n= 9 (14.1%)	n= 2 (3.9%)	n= 12 (7.2%)	
	Sala 4Anos	n= 20 (38.5%)	n= 15 (23.4%)	n= 25 (49.0%)	n= 60 (35.9%)	
	Sala 5Anos	n= 29 (55.8%)	n= 37 (57.8%)	n= 24 (47.1%)	n= 90 (53.9%)	
Escolaridade dos Pais	Ensino Básico	n= 1 (1.9%)	n=6 (9.4%)	n=5 (9.8%)	n=12 (7.2%)	χ^2 (2) =11.27; p=.02
	Secundário	n=38(73.1%)	n= 48(75.0%)	n= 44(86.3%)	n=130 (77.8%)	
	Superior	n=13(25.0%)	n=10 (15.6%)	n= 2(3.9%)	n=25 (15.0%)	

Os participantes tinham em média 5 anos e eram maioritariamente do sexo masculino. A maioria frequentava o pré-escolar. Apenas 5 crianças (3.0%) não frequentavam o jardim-de-infância, 2 (3.8%) pertencente ao grupo de desenvolvimento típico e 3 (4.7%)

pertencente ao grupo de dificuldades específicas de linguagem acompanhadas em contexto hospitalar. As restantes frequentavam as turmas de 3, 4 e 5 anos, em conformidade com a sua idade. Em geral, os pais detinham o nível de secundário de escolaridade (n=130; 77.8%).

Como mostra a tabela não existem diferenças significativas na distribuição da amostra quanto à idade. Contudo parecem existir diferenças estatisticamente significativas quanto ao sexo – com maior proporção do sexo masculino nos grupos com DA e em particular no DELF-E – e quanto ao nível de escolaridade dos pais – contando com mais licenciados no DT.

Ainda a respeito das variáveis demográficas, outro aspeto analisado foram os antecedentes ao nível do desenvolvimento da fala que – conforme expectável - foram reportados unicamente nos grupos de desenvolvimento atípico com acompanhamento em contexto hospitalar (=3; 4.7%) e escolar (n=8; 15.7%), representando cerca de 6.6% (n=11) da amostra. Os antecedentes ao nível do desenvolvimento da fala incluíam situações como pais e/ou irmãos apresentarem alterações ao nível da linguagem e/ou beneficiarem de Terapia da Fala.

Importa destacar que a aplicação do instrumento TALC – usado para responder ao objetivo fundamental de estudo – nos permitiu também legitimar os dois grupos quanto à sua categorização em desenvolvimento típico e atípico. A partir da aplicação da escala confirmou-se que todas as crianças enquadradas no grupo DT pontuaram entre 58 e 64; e todas aquelas que integraram o grupo de DELF pontuaram abaixo de 48. Conforme estabelecido na escala o padrão típico e atípico é definido por intervalos quanto ao total da compreensão entre 58 e 64 e quanto à expressão entre 40 e 48.

2.2. INSTRUMENTOS

Foram dois os instrumentos utilizados para a recolha de dados:

- para situar o nível de desenvolvimento da linguagem usou-se o Teste de Avaliação da Linguagem na Criança (TALC) da autoria de Eileen Sua-Kay e Maria Dulce Tavares (2006);

- para avaliação do autoconceito foi usada a Escala Pictórica da Percepção de Competência e Aceitação Social para Crianças (EPPCASC) da autoria de Harter e Pike (1984), adaptada para a população portuguesa por Mata, Monteiro e Peixoto (2008).

O TALC avalia crianças com idades compreendidas entre os 2 anos e 6 meses de idade aos 6 anos. Divide-se em duas partes: a primeira referente à avaliação da compreensão, através de 3 componentes, designadamente: vocabulário, relações semânticas e frases complexas; a segunda avalia a compreensão (semântica, morfologia, sintaxe e pragmática) através de 4 componentes: vocabulário, frases complexas, constituintes morfossintáticos e intenções comunicativas.

O TALC deve ser aplicado por um Terapeuta da Fala, Psicólogos e Pedopsiquiatras. A administração do instrumento consiste em mostrar à criança objetos e pranchas com imagens representativas de objetos, ações e situações. Perante cada imagem são colocadas perguntas às crianças como “Onde está o garfo?”, “Quem está a comer?”, “Qual é que serve para cortar?”, “O que é isto? (apontando para a maçã)”, “Lava a menina”, “Mostrame o pai a beber” e “Dá-me a estrela grande”.

Em cada item o avaliador regista a pontuação de 1 para a resposta correta e 0 para a resposta errada. Dado o contexto pandémico a aplicação do instrumento deu-se à distância, fazendo partilha de ecrã para mostrar as pranchas com as respetivas imagens representativas de objetos, ações e situações. Assim, contou-se com a colaboração dos pais para orientar a apresentação das pranchas e esclarecer possíveis dúvidas inerentes à apresentação via ZOOM. A aplicação da escala envolveu em média uma sessão de 45 minutos, por cada criança. No caso das crianças acompanhadas em contexto escolar, a escala foi aplicada pelos respetivos terapeutas da fala. Todos tinham experiência na aplicação da escala, fazendo parte dos seus protocolos de avaliação. Nos restantes grupos, a escala foi aplicada pelo investigador principal.

Quanto à sua fiabilidade como mostrou o estudo de Sua-Kay e Tavares (2007) apresenta uma consistência interna acima de 0.7, indicando uma consistência razoável a boa nas várias componentes e muito boa nos totais de Compreensão e Expressão, nomeadamente 0.84 e 0.90.

Relativamente à EPPCASC, o uso da versão traduzida da escala foi autorizada e partilhada pelos autores (anexo 1). É composta por 35 itens, os quais se distribuíam por

quatro sub-escalas diferentes, por esta ordem: Competência Cognitiva, Aceitação entre Pares, Competência Física e Aceitação Materna.

A primeira sub-escala Competência Cognitiva visa avaliar a autopercepção de competência em tarefas relacionadas com a escola e o raciocínio, sendo composta por 8 itens (e.g., “conhecer muitas cores” e “escrever o seu nome”). A segunda sub-escala Aceitação entre Pares pretende avaliar o grau em que a criança se sente aceita pelos pares sendo composta por 8 itens (e.g., “ter muitos amigos para jogar” e “ser convidado para brincar com os outros”). A terceira sub-escala Competência Física é composta por 9 itens e pretende avaliar a autopercepção de competência em atividades físicas e jogos ao ar livre (e.g., “andar de baloiço sozinho” e “ser bom a trepar”). A quarta sub-escala Aceitação Materna - visa avaliar a autopercepção da qualidade do relacionamento com a figura materna e é constituída por 10 itens (e.g., “a mãe joga com ele” e “a mãe conta histórias”).

Existem quatro versões diferentes da escala variando consoante a faixa etária e o sexo da criança a ser avaliada. Existem versões diferentes para as crianças em idade pré-escolar e para as crianças que frequentam o 1º e o 2º ano de escolaridade, alterando, dentro de cada faixa etária, em função do sexo da criança. As atividades representadas em cada item são idênticas para rapazes e raparigas, contudo o sexo das crianças "alvo" é que é diferente, de modo a que este seja o mesmo da criança avaliada. Para efeitos do nosso estudo, foi aplicada a escala para crianças em idade pré-escolar, usando as duas versões em função do sexo da criança.

Cada item foi apresentado às crianças sob a forma de uma imagem – mais uma vez partilhada em sessão ZOOM e contou-se com o auxílio dos pais na medida em que orientavam na paginação de cada prancha com as respetivas imagens. Em cada imagem surgem duas situações, uma que representa uma criança mais competente ou aceita pelos pares e outra menos competente ou menos aceita pelos pares. Para cada imagem é lida uma afirmação referente a cada uma das crianças representadas e sobre as quais a criança avaliada irá escolher com qual se identifica mais e qual o grau de identificação (e.g., “Este menino está normalmente contente/é muito bom a fazer puzzles (apontar para o desenho da esquerda) e este menino está normalmente triste/não é muito bom a fazer puzzles (apontar para o desenho da direita). Agora diz-me qual dos meninos é mais parecido contigo.” Depois da criança apontar para a figura à sua escolha, o examinador aponta os

círculos abaixo da figura, começando pelo maior, sendo: “Estás sempre contente/És mesmo muito bom a fazer puzzles (apontar para o círculo maior) ou estás muitas vezes contente/És bom a fazer puzzles (apontar para o círculo menor)?” ou ainda, “És um bocadinho bom a fazer puzzles?” (apontar para o círculo maior) ou “Não és nada bom a fazer puzzles?” (apontar para o círculo menor). Dos 35 itens, cerca de metade representam a criança mais competente ou aceite pelos pares à esquerda (sendo descrita primeiro) e a outra metade representam a criança menos competente ou menos aceite pelos pares à direita.

Em aplicações da versão original da escola, obtiveram-se indicadores positivos da sua fiabilidade. Especificamente no estudo de Mata, Monteiro & Peixoto (2008), foram obtidos valores de consistência interna, nomeadamente, α de Cronbach de $\alpha=0.61$ para a aceitação materna, $\alpha=0.73$ para o domínio da competência cognitiva, $\alpha=0.63$ para o domínio da competência física e $\alpha=0.53$ relativamente ao domínio da aceitação entre pares. Já no estudo de Valente (2011), em que se utilizou a versão portuguesa da escala foram obtidos valores próximos de $\alpha=0.72$ para a aceitação materna, $\alpha=0.64$ para o domínio da competência cognitiva, $\alpha=0.61$ para o domínio da competência física e $\alpha=0.83$ para o domínio da aceitação entre pares.

A aplicação da escala ocupou em média uma sessão de 20 minutos com cada criança.

A aplicação das duas escalas às 167 crianças decorreram entre os meses de fevereiro e abril.

2.3. ANÁLISE DADOS

Para analisar os dados estatísticos recorreu-se ao programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 22.0 para o Windows.

Para descrever a amostra, quanto aos seus dados demográficos, socorremo-nos essencialmente de medidas descritivas, como são as médias e desvio padrão para as variáveis como a idade e fez-se uso de proporções para apresentação dos dados noutras variáveis como o sexo, antecedentes de alterações da linguagem, a frequência do jardim-de-infância e a escolaridade dos pais. A fim de aferir possíveis diferenças entre os grupos em foco, quanto a essas variáveis demográficas (que pudessem interferir sobre a leitura

dos dados) procedemos ao uso de testes de diferenças entre grupos. No caso da comparação de proporções usamos o Qui-quadrado (e.g., sexo, antecedentes alterações linguagem, frequência jardim-de-infância e nível de escolaridade dos pais) e no caso da comparação de médias usamos o teste de One - Way ANOVA (e.g. idade).

Para tratar a nossa questão fundamental – i.e., a existência de diferenças no autoconceito entre grupos – fizemos uso das pontuações finais de cada domínio da TALC e do EPPCASC e aplicou-se o teste de One - Way ANOVA com Post-Hoc Bonferroni. Por fim, para avaliar a associação entre o desenvolvimento da linguagem e o autoconceito recorreremos ao uso da Correlação de Pearson.

2.4. PROCEDIMENTOS

Para dar início ao presente estudo, foi solicitada autorização às entidades envolvidas no estudo - especificamente à direção do hospital e das escolas (anexo 2 e 3). Após autorizado pelas direções, procedeu-se ao contacto dos encarregados de educação das crianças identificadas como cumprindo os critérios de inclusão pelo primeiro investigador (no caso do contexto hospitalar) e pelos terapeutas da fala em contexto escolar. Aos encarregados de educação fez-se chegar via presencial e e-mail uma carta de apresentação de estudo (anexo 2 e 3) e de uma declaração de consentimento informado (anexo 4). Esta mesma apresentação acompanhada de consentimento informado foi enviada via e-mail aos pais das crianças sem dificuldades específicas de linguagem. Os dados das crianças que eram acompanhadas pela Terapia da Fala tanto em contexto escolar como em contexto hospitalar foram recolhidos através da consulta dos processos clínicos e em sessões terapêuticas, pela terapeuta da fala responsável.

Os terapeutas da fala que mediarão essa recolha de dados em contexto escolar, participaram inicialmente numa sessão de esclarecimento e informação sobre o instrumento EPPCASC. Essa sessão decorreu via ZOOM e ocupou cerca de 15 minutos. Quanto à aplicação do TALC, todos os Terapeutas envolvidos tinham experiência de utilização há pelo menos 4 anos. Após as primeiras sessões de aplicação do EPPCASC, os terapeutas foram contactados a fim de aferir a necessidade de qualquer esclarecimento ou ajuda na aplicação da escala.

Quanto aos dados das crianças que não eram acompanhadas pela Terapia da Fala foram recolhidos em sessões individuais presenciais ou através da plataforma ZOOM, pela responsável do estudo.

3. RESULTADOS

Para iniciar esta seção, retomamos as três grandes questões de investigação:

- existe uma associação entre a ocorrência de dificuldades específicas de linguagem e o desenvolvimento do autoconceito das crianças?
- o contexto de acompanhamento das crianças com DELF – especificamente o escolar ou o clínico/hospitalar - relaciona-se com diferenças na expressão da problemática ao nível da linguagem e fala?
- existem diferenças no autoconceito entre as crianças acompanhadas em contextos escolar comparativamente aquelas acompanhadas somente em contexto clínico/hospitalar?

Como primeira análise, quisemos avaliar as diferenças nas pontuações obtidas relativamente ao desenvolvimento da linguagem através do TALC (tabela 2). Apoiando o agrupamento das crianças indicadas como com e sem dificuldades específicas ao nível da linguagem, verificam-se diferenças significativas entre os três grupos (conforme registado na tabela acima representada). De acordo com o teste Post-Hoc Bonferroni, as diferenças situam-se entre os grupos DT e DELF-H ($p < .001$) bem como DT e DELF-E ($p < .001$) ao nível da pontuação total da compreensão e da expressão. Olhando especificamente para cada subescala as diferenças significativas mantêm-se na sua globalidade entre DT e os dois grupos DA, com exceção da subescala compreensão de frases absurdas.

Tabela 2. Resultados Teste Avaliação da Linguagem na Criança (TALC)

		Desenvolvimento típico (DT) n=54	Dificuldades Específicas		Anova One-way F(df); p
			Linguagem e/ou Fala (DELF) Hospital (DELF-H) n=64	Escola (DELF-) n=51	
Compreensão	Vocabulário	M=35.37 DP=.84	M=30.34 DP=4.62	M=29.04 DP=4.87	F(2,164)=37.43; p<.001
	Relações Semânticas	M=22.83 DP=1.04	M=18.73 DP=4.44	M=17.01 DP=4.23	F(2,164)=34.69; p<.001
	Frases Complexas	M=7.85 DP=0.96	M=5.78 DP=2.16	M=5.14 DP=1.74	F(2,164)=34.95; p<.001
	Total	M=66.04 DP=2.06	M=54.84 DP=10.31	M=51.59 DP=10.09	F(2,164)=41.11; p<.001

Expressão	Vocabulário	M=29.42 DP=0.83	M=27.75 DP=2.35	M=26.29 DP=2.18	F(2,164)=33.35; p<.001
	Frases Absurdas	M=2.96 DP=0.19	M=2.88 DP=0.42	M=2.63 DP=0.60	F(2,164)=8.29; p<.001
	Constituintes Morfofossintáticos	M=13.88 DP=1.00	M=11.84 DP=1.67	M=11.51 DP=1.53	F(2,164)=41.60; p<.001
	Intenções Comunicativas	M=4.54 DP=0.87	M=3.91 DP=0.75	M=3.29 DP=0.81	F(2,164)=30.58; p<.001
	Total	M=50.81 DP=2.47	M=46.38 DP=4.67	M=43.73 DP=4.57	F(2,164)=39.85; p<.001

Quando se observam os resultados do Post-Hoc de Bonferroni na comparação entre o DELF-H e o DELF-E, as diferenças quanto às das pontuações totais verificam-se apenas quanto à expressão na sua pontuação total ($p=.002$) e -dentro dela – nas subescalas expressão de vocabulário ($p<.001$), expressão de frases absurdas ($p=.008$), e intenções comunicativas ($p<.001$). Na compreensão não existem diferenças na pontuação total e na globalidade das subescalas, com exceção da subescala de compreensão de relações semânticas com maiores dificuldades assinaladas no grupo DELF-E ($p=.04$).

Significa assim que conforme esperado as crianças no grupo de desenvolvimento típico pontuaram significativamente acima em todos os domínios. Acresce observar-se que existem diferenças significativas no nível das dificuldades da linguagem entre o grupo acompanhado em contexto hospitalar e em contexto escolar, particularmente ao nível da expressão, sendo que o grupo acompanhado em contexto escolar parece mostrar alterações mais significativas (i.e., pontuações mais baixas) em relação ao grupo acompanhado em contexto escolar.

Quanto ao autoconceito, como verificamos na tabela 3, através do Teste da Anova One-Way, existem diferenças significativas entre os três grupos (DT, DELF-H e DELF-E), em todas as dimensões do autoconceito. De acordo com o testes Post-Hoc de Bonferroni as diferenças situam-se em todas as dimensões e entre os três grupos, com registo de médias superiores no DT em relação ao DELF-H e DELF-E, bem como as médias do DELF-H superiores ao DELF-E.

Tabela 3. Diferenças no Autoconceito Entre Grupos

Dimensões do autoconceito	Crianças com Desenvolvimento Típico na linguagem e fala (DT) n=54 M(DP)	Crianças com Dificuldades Específicas Linguagem e/ou Fala		F(df.); p
		Hospital/clínico (DELF-H) n=64 M(DP)	Escolar (DELF-E) n=51 M (DP)	
Total Competência	M=20.50 DP= 2.22	M=17.48 DP= 1.76	M=14.94 DP= 2.89	F (2, 164)=75.61; p<.001
Total Aceitação Pares	M= 19.98 DP= 1.97	M=15.38 DP= 1.50	M=13.94 DP= 2.40	F (2, 164)=136.34; p<.001
Total Competência Física	M= 21.31 DP= 3.12	M=16.38 DP= 1.75	M=12.59 DP= 2.06	F (2, 164)=179.63; p<.001
Total Aceitação Materna	M=19.10 DP= 1.94	M=16.91 DP= 1.28	M=15.67 DP= 2.11	F (2, 164) =49.33; p<.001

No que concerne, à relação entre o autoconceito e o desenvolvimento da linguagem, fez-se escrutínio da associação entre o total de pontuação no autoconceito, e seus totais parciais (Total Competência, Total Aceitação Pares, Total Competência Física e Total Aceitação Materna) com o total de pontuação do TALC e seus parciais (Compreensão - Vocabulário, Relações Semânticas e Frases Complexas; Expressão - Vocabulário, Frases Absurdas, Constituintes Morfossintáticos e Intenções Comunicativas).

Tabela 4. Interrelação Entre Desenvolvimento da Linguagem e o Autoconceito

Dimensões do Autoconceito	Dimensões do Desenvolvimento da Linguagem						
	Compreensão			Expressão			
	Vocabulário	Relações Semânticas	Frases Complexas	Vocabulário	Frases Absurdas	Constituintes Morfossintáticos	Intenções Comunicativas
Total Competência	r=.46; p<.001	r=.43; p<.001	r=.41; p<.001	r=.52; p<.001	r=.34; p<.001	r=.50; p<.001	r=.48; p<.001
	r=.47; p<.001			r=.54; p<.001			

Total Aceitação Pares	r=.46; p<.001	r=.45; p<.001	r=.47; p<.001	r=.46; p<.001	r=.23; p<.001	r=.48; p<.001	r=.43; p<.001
	r=.48; p<.001			r=.49; p<.001			
Total Competência Física	r=.47; p<.001	r=.46; p<.001	r=.46; p<.001	r=.49; p<.001	r=.29; p<.001	r=.52; p<.001	r=.48; p<.001
	r=.48; p<.001			r=.53; p<.001			
Total Aceitação Materna	r=.41; p<.001	r=.37; p<.001	r=.42; p<.001	r=.40; p<.001	r=.17; p=.03	r=.42; p<.001	r=.36; p<.001
Total	r=.41; p<.001			r=.42; p<.001			

- Correlação de Pearson – > ou < (-) 0.9 - correlação muito forte. | 0.7 a 0.9 - correlação forte | 0.5 a 0.7 - correlação moderada | 0.3 a 0.5 - correlação fraca | 0 a 0.3 correlação desprezível.

Na tabela 4, podemos verificar que através da Correlação de Pearson, a interrelação entre o desenvolvimento da linguagem e o autoconceito é significativa entre todas as subescalas. Destacam-se com valores de correlação moderada (entre .5 e .7) ao nível da relação da total competência e expressão do vocabulário; da relação da total competência e da expressão dos constituintes morfossintáticos, bem como da relação da total competência física e dos constituintes morfossintáticos.

Quando se estuda a associação entre o desenvolvimento da linguagem e o autoconceito, diferenciando essa análise por grupo – DELF-H e DELF-E – procuramos aferir se a força de relação era mais expressiva em algum dos grupos. Conforme se observa na tabela, este teste de correlação aplicado apenas na amostra com DA, as relações significativas restringem-se apenas ao grupo DELF-H e especificamente nos itens: total competência associado à compreensão do vocabulário; total competência associado à expressão do vocabulário; total competência associado à expressão de frases absurdas; total competência associado ao total da compreensão; total competência associado ao total da compreensão; total aceitação de pares associado à compreensão do vocabulário; total aceitação de pares associado à compreensão de frases complexas; total aceitação de pares associado ao total da compreensão; total aceitação de pares associado à expressão das intenções comunicativas; total aceitação materna associado à compreensão de frases complexas e total aceitação materna associado à expressão das intenções comunicativas.

Tabela 5. Interrelação Entre Desenvolvimento da Linguagem e o Autoconceito entre grupo DELF-H e DELF-E

Dimensões do autoconceito	Compreensão Vocabulário		Compreensão Relações Semânticas		Compreensão Frases Complexas		Expressão Vocabulário		Expressão Frases Absurdas		Expressão Constituintes Morfosintáticas		Expressão Intenções Comunicativas	
	DEL-F-H	DEL-F-E	DEL-F-H	DEL-F-E	DEL-F-H	DEL-F-E	DEL-F-H	DEL-F-E	DEL-F-H	DEL-F-E	DEL-F-H	DEL-F-E	DEL-F-H	DEL-F-E
Total Competência	r=.37; p=.03*	r=.03; p=.86	r=.23; p=.07	r=.02; p=.89	r=.19; p=.14	r=.03; p=.86	r=.42; p=.001*	r=.14; p=.34	r=.28; p=.03*	r=.15; p=.30	r=.19; p=.13	r=.20; p=.16	r=.32; p=.009	r=.10; p=.48
Total	r DELF-H=.30 ; p=.02*						r DELF-H=.36; p=.004*							
	r DELF-E=.04; p=.81						r DELF-E=.17; p=.23							
Total Aceitação Pares	r=.29; p=.02*	r=.17; p=.25	r=.22; p=.08	r=.09; p=.52	r=.25; p=.04*	r=.08; p=.56	r=.24; p=.06	r=.04; p=.81	r=.15; p=.23	r=.02; p=.91	r=.13; p=.30	r=.003; p=.98	r=.27; p=.03*	r=.01; p=.94
Total	r DELF-H=.28 ; p=.03*						r DELF-H=.22; p=.08							
	r DELF-E=.12; p=.39						r DELF-E=.02; p=.89							
Total Competência Física	r=.03; p=.79	r=.19; p=.19	r=.14; p=.27	r=.23; p=.10	r=.001; p=.99	r=.20; p=.16	r=.03; p=.81	r=.10; p=.47	r=.09; p=.50	r=.07; p=.64	r=.09; p=.48	r=.21; p=.13	r=.03; p=.83	r=.26; p=.07
Total	r DELF-H=.08 ; p=.56						r DELF-H=.06; p=.64							
	r DELF-E=.18; p=.20						r DELF-E=.17; p=.22							
Total Aceitação Materna	r=.18; p=.16	r=.14; p=.34	r=.15; p=.23	r=.005; p=.97	r=.26; p=.04*	r=.10; p=.49	r=.20; p=.11	r=.04; p=.79	r=.04; p=.77	r=.005; p=.97	r=.16; p=.22	r=.13; p=.37	r=.32; p=.01*	r=.01 ; p=.94
Total	r DELF-H=.20; p=.11						r DELF-H=.21; p=.09							
	r DELF-E=.05; p=.71						r DELF-E=.06; p=.68							

Significa assim que a associação entre a performance da linguagem e o desenvolvimento do autoconceito parece encontrar alguns reflexos intra-grupo, particularmente no grupo acompanhado em contexto hospitalar sem se verificar o mesmo dentro do grupo acompanhado em contexto escolar.

Dado as diferenças entre grupos quanto ao sexo e ao nível de escolaridade dos pais, quisemos também avaliar possíveis diferenças no desenvolvimento do autoconceito considerando essas variáveis. Assim, através do Teste t para amostras independentes não foram verificadas diferenças com significância estatística entre as crianças do sexo feminino e masculino nas diferentes dimensões do autoconceito. Relativamente à escolaridade dos pais – tratando esta variável como ordinal – verificou-se através do teste de Correlação de Pearson que existem associações com significância estatística nomeadamente com a dimensão de competência (r=.23; p=.003), aceitação dos pares (r=.21; p=.007) e aceitação materna (r=.23; p=.003), embora com quocientes de correlação fracos ou desprezíveis.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados do presente estudo sugerem que as crianças com DELF apresentam um desenvolvimento do autoconceito significativamente inferior comparativamente a crianças sem dificuldades. Este resultado vem corroborar as conclusões de outros estudos que revelam a mesma associação entre o desenvolvimento da linguagem e fala e o autoconceito. Exemplo disso mesmo, é o estudo de Lindsay e Dockrell (2000) que - numa amostra de 69 crianças, entre os 6 e 7 anos de idade - revelaram que as crianças com dificuldades linguísticas apresentavam resultados significativamente mais baixos ao nível do autoconceito em relação aos seus pares sem dificuldades. Conforme explicado por Gresham e MacMillan (1997), esta associação parece sediar-se no facto destas dificuldades resultarem numa comunicação ineficaz que restringe as interações e oportunidades de envolvimento durante a infância. Também no estudo de Orth, Robins, & Widaman (2012) e de Durkin e colegas (2017), se verificou que as crianças sem dificuldades linguísticas, apresentam autoconceito mais positivo e melhores competências sociais comparativamente aos seus pares com dificuldades linguísticas. Esta explicação faz particular sentido, quando analisamos os nossos resultados quanto à correlação entre as dimensões de autoconceito e as subescalas da TALC. A associação parece revelar-se mais intensa quanto à visão das crianças sobre a sua competência e competência física e as subescalas atinentes à expressão.

A diferença encontrada entre grupos – ao nível do autoconceito- e a associação entre os dois construtos – o desenvolvimento da linguagem e do autoconceito - no nosso estudo, vem sublinhar a maior suscetibilidade das crianças com DELF a processos de desmotivação e estigmatização, que merecem ser considerados no planeamento das intervenções. Algumas das recomendações a esse nível recaem sobre estratégias ou abordagens que visam o uso do reforço positivo (por exemplo através da escolha do jogo preferido); uso de jogos e materiais lúdicos (carimbos, autocolantes, bolas de sabão, trampolim, jogo da macaca e tiro ao alvo adaptado para crianças) que promovam a motivação e interesse durante a sessão; definir objetivos que se considerem emergentes ou tangíveis de forma a evitar desmotivação e frustração, bem como rever e redefinir o plano de intervenção sempre que necessário. Outro aspeto importante reside na consultadoria aos pais sobre formas de relação com a criança, nomeadamente, dar tempo e espaço para que a criança seja capaz de compreender e adquirir novas aprendizagens, compreender as dificuldades que a criança apresenta de forma a deixá-la confortável com

as mesmas e não desapontada nem desmotivada; dar ênfase ao esforço da criança mesmo que não alcance o sucesso pretendido; dar importância ao conteúdo ao invés da forma como a criança comunica para que as chamadas de atenção não sejam demasiadas; elogiar sempre que a criança tem sucesso e ter dispor de tempo útil para que a criança se sinta valorizada.

Outra questão de investigação neste estudo referia-se à análise de possíveis diferenças no perfil de linguagem e fala de crianças acompanhadas em contexto escolar quando comparadas às acompanhadas somente em contexto hospitalar. Conforme se conhece, em Portugal os apoios no domínio da fala a crianças em idade pré-escolar e escolar, podem se dar através do Sistema Nacional de Intervenção Precoce e dos serviços educativos regulamentados pelos Decretos-Lei nº281/09 e nº54/2018. Há naturalmente, também, outro veículo de acompanhamento que é o acompanhamento hospitalar via Sistema Nacional de Saúde (SNS P1), referenciado pelo médico de família em consulta médica, bem como através de relatórios escolares e/ou de especialidade médica. A procura dos serviços de apoio em contexto educativo ou hospitalar/clínico pode depender de várias variáveis, nomeadamente a elegibilidade para apoios em contexto educativo conforme legislação em vigor (DL 281/09 e contíguo DL54/2018). Outro aspeto, poderá também recair na avaliação pelos pais do potencial impacto estigmatizante de um processo de apoio que tome lugar em contexto educativo (Chang et al., 2020). De facto, conforme é relatado em serviços análogos como os CRI – principal plataforma de acompanhamento terapêutico nos agrupamentos de escolas – o apoio de natureza terapêutica em contexto educativo significa ainda a retirada da criança (ainda que pontualmente) do seu grupo de pares. Perante a comparação dos resultados obtidos por aplicação da TALC, verificamos que neste estudo as crianças acompanhadas em contexto escolar apresentam alterações mais significativas no desenvolvimento da linguagem e fala. Quando se compararam os resultados ao nível do autoconceito dentre as crianças com DELF, as acompanhadas em contexto escolar, pontuaram significativamente abaixo. Este dado, parece reforçar a associação entre as DELF e o baixo desenvolvimento do autoconceito – ao saber-se que as alterações no domínio da linguagem e da fala são mais significativas no grupo de crianças acompanhadas em contexto escolar – e sugerir o potencial efeito estigmatizante do apoio neste contexto. De facto, quando analisada a associação desenvolvimento da fala e do autoconceito intra-grupo, a força da associação não é mais intensa neste grupo – podendo colocar-se como hipótese que as circunstâncias que se associam ao apoio no

contexto educativo (nomeadamente o eventual impacte na interação e aprendizagem e o *labeling*) como elemento explicativo do mais baixo autoconceito. Esta leitura deve ser cautelosa, pela complexidade do constructo do autoconceito e da sua relação com muitos outros aspetos não avaliados ou contemplados neste estudo, desde logo o impacte nos diferentes domínios de participação da criança. Pode-se pressupor a partir da legislação que a ativação de apoios como o da terapia da fala depende das dificuldades notadas noutras áreas desenvolvimentais e/ou de atividade e participação que podem confluir naturalmente para indicadores mais baixos de autoconceito.

Outro aspeto que pode ser salientado no nosso estudo relaciona-se com a análise da descrição da nossa amostra que se alinha em termos genéricos com as conclusões de estudos epidemiológicos quanto à prevalência de DELF, nomeadamente quanto à sua maior ocorrência em crianças do sexo masculino, onde se verifica, no nosso estudo, maior proporção de crianças do sexo masculino dentro o grupo com DELF. Conforme, sugere o estudo de Nogueira, Fernandes, Porfírio e Borges (2000) e Law et al. (2000) as DELF parecem ter maior prevalência no sexo masculino. Outro aspecto em linha com os dados epidemiológicos, refere-se ao grau de escolaridade dos pais. Os estudos de Eadie et al. (2014) e Goulart e Chiari (2007), sugerem que a escolaridade dos pais pode ser um fator de risco na prevalência de DELF. No nosso estudo, também foram verificadas diferenças entre grupos quanto à escolaridade dos pais, com os pais das crianças sem DELF com maiores níveis de escolaridade.

CONCLUSÃO

Durante toda a infância, o autoconceito assume um caráter primordial, na medida em que é nestas idades que são construídos elementos essenciais e básicos de personalidade, que poderão acompanhar e influenciar as ações de uma criança para o resto da sua vida (Colaciti, 2006). Assim, o presente estudo teve como objetivo explorar a relação entre as dificuldades específicas da linguagem e o desenvolvimento do autoconceito, em crianças entre os 3 e os 6 anos de idade.

O presente estudo permitiu ampliar conhecimentos relativos ao autoconceito, perturbações da linguagem e a relação entre estes dois construtos. Este estudo vem corroborar a ligação entre o desenvolvimento da linguagem e da fala e a construção do autoconceito, revelando nos seus dados diferenças significativas no desenvolvimento do autoconceito entre crianças com DELF comparativamente aos seus pares com um desenvolvimento da linguagem e da fala típico. Acresce como conclusão deste estudo que, dentro do grupo de crianças com DELF, parecem existir diferenças também significativas no desenvolvimento da linguagem e fala e na construção do autoconceito, entre as que são acompanhadas em contexto educativo comparativamente às acompanhadas em contexto hospitalar/clínico. Verificamos no nosso estudo que as crianças com DELF acompanhadas em contexto escolar têm maiores dificuldades de linguagem e menos autoconceito comparativamente às acompanhadas em contexto hospitalar/clínico. Estas conclusões merecem consideração sobretudo à luz quer do planeamento da atuação das equipas e em particular do TF – ao considerar o autoconceito como uma variável importante no processo de avaliação e intervenção em situações de DELF - quer no entendimento precoce do impacte das DELF noutras áreas de desenvolvimento e participação, bem como, dos eventuais efeitos de estigmatização associados ao processo de apoio.

Assumindo o carácter pós-positivista da investigação e suas naturais limitações, salientamos como principal fator a acautelar neste estudo, o facto de analisar estritamente a relação de duas dimensões/variáveis sem abranger outras com efeito potencialmente influente na sua relação, como é a aprendizagem ou a interação; e ou a influencia de fatores de risco documentados na literatura (e.g., sexo, escolaridade dos pais). A perspetiva dos pais – através de uma abordagem qualitativa - em particular sobre o autoconceito, as dificuldades ao nível da fala e sobre a escolha do contexto de apoio, poder-nos-ia trazer uma análise mais compreensiva sobre o tema. O estudo deparou-se

também com outras restrições com potencial influência no rigor da recolha de dados, nomeadamente o facto de se viver uma situação pandémica que impediu a aplicação presencial das escalas, bem como, o alcance de uma amostra mais representativa.

O modo como se procedeu a amostragem não permitiu inclusive ter equivalência entre grupos em variáveis que se conhecem como influentes sobre o desenvolvimento do autoconceito, especificamente: (i) o sexo, estudos de Gullón-Rivera (2013) e Marsh et al. (2002), que mostram que existem diferenças no autoconceito entre o sexo feminino e masculino, sendo que as raparigas tendem a ter resultados mais elevados relativamente aos rapazes; (ii) o nível de escolaridade dos pais, particularmente, no grupo DT em que se verificam pais mais escolarizados e como mostram os estudos de Nedel, Mattos e Marin (2020) e Muniz & Fernandes (2016) que uma menor escolarização dos pais se associa a um menor autoconceito das crianças, referindo ainda que o envolvimento parental com a escola tende a ser maior quando os pais têm mais anos de estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta, V., Moreno, A., Ramos, V., Quintana, A., & Espino, O. (2003). Avaliação da linguagem: teoria e prática do processo de avaliação do comportamento linguístico infantil. São Paulo: Santos Editora.

Aguiar, T. (2014). Perturbações da Linguagem e da Fala em crianças dos 4: 00A aos 4:11A do Concelho de Oeiras: Fatores de Risco e Necessidades de Encaminhamento para a Terapia da Fala (Bachelor's thesis).

American Psychiatry Association (2014). DSM 5. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Amorim, R. (2011). Avaliação da criança com alteração da linguagem. Revista do Hospital de Crianças Maria Pia – Nascer e Crescer, XX (3),174-176.

Angold A, Erkanli A, Silberg J, Eaves L, Costello EJ. (2002). Depression scale scores in 8–17-year-olds: effects of age and gender. J Child Psychol Psychiatry 43(8):1052–1063.

Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles?. Psychological science in the public interest, 4(1), 1-44.

Beck L, Kumschick IR, Eid M, Klann-Delius G. (2012). Relationship between language competence and emotional competence in middle childhood. Emotion 12(3):503.

Bettio, C. D. B., Bazon, M. R., & Schmidt, A. (2019). Fatores de risco e de proteção para atrasos no desenvolvimento da linguagem. Psicologia em Estudo, 24.

Bishop, D. V. M. (1997). Uncommon understanding: Development and disorders of language comprehension in children. Hove, UK: Psychology Press.

Butler, R. J., & Gasson, S. L. (2005). Self esteem/self concept scales for children and adolescents: A review. *Child and Adolescent mental health*, 10(4), 190-201.

Caldeira, T., Gonçalves, & C., Pereira, S. (2004). Atraso da linguagem – casuística da Consulta de Desenvolvimento. *Revista do Hospital Pediátrico de Coimbra – Saúde Infantil*, 26 (3), 21-24.

Carscadden, J., Corsiatto, P., Ericson, L., Illchuk, R., Esopenko, C., Sterner, E., ... & Oddie, S. D. (2010). A Pilot Study to Evaluate a New Early Screening Instrument for Speech and Language Delays Une étude pilote pour évaluer un nouvel instrument de dépistage des retards de la parole et du langage. *Revue canadienne d'orthophonie et*

Catts, H. W., Herrera, S., Nielsen, D. C., & Bridges, M. S. (2015). Early prediction of reading comprehension within the simple view framework. *Reading and Writing*, 28(9), 1407–1425.

Chambers, B., Cheung, A. C. K., & Slavin, R. E. (2016). Literacy and language outcomes of comprehensive and developmental-constructivist approaches to early childhood education: A systematic review. *Educational Research Review*, 18, 88–111.

Chang, C. C., Chen, Y. M., Liu, T. L., Hsiao, R. C., Chou, W. J., & Yen, C. F. (2020). Affiliate stigma and related factors in family caregivers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *International journal of environmental research and public health*, 17(2), 576.

Clemente, I. F. (2008). Autoconceito e problemas de comportamento em crianças com dificuldades de aprendizagem (Doctoral dissertation).

Coelho, D. (2016). Dificuldades de aprendizagem específicas: Dislexia, Disgrafia, Disortografia e Discalculia. Porto: Areal Editores.

Colaciti, A. K. (2006). A construção do autoconceito na infância: sua importância no processo de desenvolvimento da criança. *Revista Electrónica de Psicología*, 7.

Cole PM, Armstrong LM, Pemberton CK. (2010). The role of language in the development of emotion regulation. In: Calkins SD, Bell MA, eds. *Child Development at the Intersection of Emotion and Cognition*. Washington, DC: American Psychological Association.

Conti-Ramsden, G., & Durkin, K. (2015). What factors influence language impairment considering resilience as well as risk. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 67(6), 293-299.

Conti-Ramsden, G., Mok, P., Durkin, K., Pickles, A., Toseeb, U., & Botting, N. (2019). Do emotional difficulties and peer problems occur together from childhood to adolescence? The case of children with a history of developmental language disorder (DLD). *European child & adolescent psychiatry*, 28(7), 993-1004.

Cooley, C. H. (1902). Looking-glass self. *The production of reality: Essays and readings on social interaction*, 6, 126-128.

Coplan, R. J., & Evans, M. A. (2009). At a loss for words? Introduction to the special issue on shyness and language in childhood. *Infant and Child Development*, 18, 211-215.

Costa, R. (2011). *Rastreo de perturbações e comunicação num agrupamento de escolas*. Universidade de Aveiro: Secção Autónoma de Ciências da Saúde.

Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2009). Sintomas de depressão infantil e ambiente familiar. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 3(1).

Curtis, P. R., Frey, J. R., Watson, C. D., Hampton, L. H., & Roberts, M. Y. (2018). Language disorders and problem behaviors: A meta-analysis. *Pediatrics*, 142(2).

del Tufo SN, Earle FS. (2020). Perfis de habilidades de estudantes universitários com histórico de transtorno do desenvolvimento da linguagem e dislexia do desenvolvimento. *Journal of Learning Disabilities*, 53 (3), 228–240.

Dib, M. A., Bazon, M. R., & Silva, J. L. da (2012). Família e conduta infracional na adolescência: Revisão sistemática da literatura. *Perspectivas em Psicologia*, 16(1), 142- 159.

Dinis, I., Maia, F., Meneses, R. F., & Sousa, R. (2020). A perspectiva dos médicos de família portugueses quanto à referência de crianças com problemas de comunicação e linguagem. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 36(2), 114-25.

Duff, D., & Tomblin, J. B. (2018). Literacy as an outcome of language development and its impact on children's psychosocial and emotional development. *Encyclopedia on Early Childhood Development*, 1-6.

Durkin, K., Toseeb, U., Botting, N., Pickles, A., & Conti-Ramsden, G. (2017). Social confidence in early adulthood among young people with and without a history of language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60(6), 1635-1647.

Eadie, P. et alii. (2014). Speech sound disorder at 4 years: prevalence, comorbidities, and predictors in a community cohort of children. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 57, pp. 578-584.

Esteves, M. D. L. M. (2011). *Leitura vs auto-conceito de alunos com dificuldades de aprendizagem específicas* (Doctoral dissertation).

Everitt, A., Hannaford, P., & Conti-Ramsden, G. (2013). Markers for persistent specific expressive language delay in 3–4-year-olds. *International journal of language & communication disorders*, 48(5), 534-553.

Faria, C. A. P. D. (2005). A política da avaliação de políticas públicas. *Revista brasileira de ciências sociais*, 20, 97-110.

Farinha, A. M. T. D. M. (2017). *Design de comunicação e terapia da fala* (Doctoral dissertation, Universidade de Lisboa, Faculdade de Arquitetura).

Ferracini, F., Capovilla, A., Dias, N., & Capovilla, F. (2006). Avaliação de vocabulário expressivo e receptivo na educação infantil.

Forgas, J. P. (2002). Feeling and doing: Affective influences on interpersonal behavior. *Psychological inquiry*, 13(1), 1-28.

França, C. D., & Zuchetto, A. T. (2004). Comportamento social de portadores de síndrome de Down em contexto de atividade motora adaptada. *Revista da Sobama*, 9(1), 15-24.

Fujiki, M. & Brinton, B. (2015). Social communication assessment and intervention for children with language impairment. In Hwa-Froelich, D. A. (Ed.). *Social Communication Development and Disorders*. New York: Psychology Press.

Furman, W., & Burmester, D. (1985). Children's perceptions of the personal relationships in their social networks. *Developmental Psychology*, 21(6), 1061-1024.

Galvão, A. M. N. P. (2019). *As Linguagens da Comunicação: principais perturbações da linguagem ao longo do ciclo vital e comunicação em saúde*.

Gaspar, Tania et al. (2010). Estudo da auto-estima em crianças e adolescentes portugueses: impacto de factores sociais e pessoais. *AMAZônica*, v. 5, n. 2, p. 57-83.

Gillon GT. (2000). A eficácia da intervenção em consciência fonológica em crianças com alteração da linguagem falada. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 31 (2), 126-141.

Gillon, G., McNeill, B., Denston, A., Scott, A., & Macfarlane, A. (2020). Evidence-Based Class Literacy Instruction for Children With Speech and Language Difficulties. *Topics in Language Disorders*, 40(4), 357-374.

Girolametto, L., Weitzman, E., & Greenberg, J. (2003). Training day care staff to facilitate children's language. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 12, 299-311.

Girolametto, L., Weitzman, E., & Greenberg, J. (2004). The effects of verbal support strategies on small-group peer interactions. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 35, 254-268.

Goulart, B. e Chiari, B. (2007). Prevalência de desordens de fala em escolares e fatores associados. *Rev Saúde Pública*, 41(5), pp. 726-731.

Gresham, F.M., MacMillan, D.L. (1997). Social competence and affective characteristics of students with mild disabilities. *Review of Educational Research*. 67 (4), 377-415.

Gullón-Rivera, Á L. (2013). Puerto Rican kindergartners' self-worth as coded from the Attachment Story Completion Task: Correlated with other self-evaluation measures and ratings of child behavior toward mothers and peers. *Attachment & Human Development*, 15(1): 1-23.

Harrison, Linda J.; McLeod, Sharynne. (2010). Risk and protective factors associated with speech and language impairment in a nationally representative sample of 4-to 5-year-old children.

Harter, S. (2006). The development of self-esteem. *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives*, 144-150.

Hartshome, M. (2012). *Speech, Language and Communication Needs and Literacy Difficulties I CAN Talk Series*, Issue 1.

Johnson CJ, Beitchman JH, Brownlie EB. (2010). Acompanhamento de 20 anos de crianças com e sem alterações fonoaudiológicas: resultados familiares, educacionais, ocupacionais e de qualidade de vida. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 19 (1), 51-65.

Katelaars, M. P., Cuperus, J., Jansonius, K., & Verhoeven, L. (2010). Pragmatic language impairment and associated behavioural problems. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 45, 204–214.

Kholoptseva, E. (2016). Effects of Center-Based Early Childhood Education Programs on Children's Language, Literacy, and Math Skills: A Comprehensive Meta-Analysis. Doctoral Dissertation, Harvard Graduate School of Education.

Korpilahti, P., Kaljonen, A., & Jansson-Verkasalo, E. (2016). Identification of biological and environmental risk factors for language delay: The Let's Talk STEPS study. *Infant Behavior and Development*, 42, 27-35.

Law, J. et alii. (2000). Prevalence and natural history of primary speech and language delay: findings from a systematic review of the literature. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 35 (2), pp. 165-188.

Law, J., Dennis, J. A., & Charlton, J. J. (2017). Speech and language therapy interventions for children with primary speech and/or language disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Law, J., Garret, Z., & Nye, C. (2004). The Efficacy of Treatment for Children With Developmental Speech and Language Delay/Disorder: A Meta-Analysis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 47(4), 924-43.

Lecuyer, B. P. (1981). *Question sociale. Le sublime ou le travailleur parisien tel qu'il est en 1870, et ce qu'il peut être.*

Leonard, L., Camarata, S., Brown, B., Camarata, M. (2004). Tense and agreement in the speech of children with specific language impairment: Patterns of generalization through intervention. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 47, 1363-1379.

Levickis P, Sciberras E, McKean C, Conway L, Pezic A, Mensah FK, Reilly S. (2017). Language and social-emotional and behavioural wellbeing from 4 to 7 years: a community-based study. *Eur Child Adolesc psychiatry*:1–11.

Lewis BA, Freebairn L., Tag J., Igo RP Jr., Ciesla A., Iyengar SK, Stein CM, Taylor HG. (2019). Resultados diferenciais de longo prazo para indivíduos com histórico

de distúrbios sonoros da fala na pré-escola. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 28 (4), 1582–1596.

Lima, C. (2015). *Perturbações do Neurodesenvolvimento: Manual de orientações diagnósticas e estratégias de intervenção*. Lisboa: Lidel.

Lindsay, G. and Dockrell, J. (2000). The behaviour and self-esteem of children with specific speech and language difficulties, *British Journal of Educational Psychology*, 70, 583-601.

Lindsay, G., & Dockrell, J. E. (2012). Longitudinal patterns of behavioral, emotional, and social difficulties and self-concepts in adolescents with a history of specific language impairment.

Lindsay, G., Dockrell, J., Letchford, B., & Mackie, C. (2002). Self-esteem of children with specific speech and language difficulties. *Child Language Teaching and Therapy*, 18(2), 125-143.

Lousada, M. (2012). A evolução epistemológica do conceito de avaliação documental na arquivística e sua importância para a construção da memória. *Revista Ibero-Americana de Ciência da Informação*. Brasília, 5(2).

Maggio, V., Grañana, N. E., Richaudeau, A., Torres, S., Giannotti, A., & Suburo, A. M. (2013). Behavior problems in children with specific language impairment. *Journal of Child Neurology*, 29(2), 194–202.

Maia, J. M. D., & de Albuquerque Williams, L. C. (2005). Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas em psicologia*, 13(2), 91-103.

Mann, M. M., Hosman, C. M., Schaalma, H. P., & de Vries, N. K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19, 357-372.

Mantzicopoulos, P. (2006). Younger children's changing self-concepts: Boys and girls from preschool through second grade. *The Journal of genetic psychology*, 167(3), 289-308.

Marsh, H. W., Ellis, L., & Craven, R. (2002). How do preschool children feel about themselves? Unraveling measurement and multidimensional self-concept structure. *Developmental Psychology*, 38(3): 376-393.

Mata, L., Monteiro, V., & Peixoto, F. (2008). Escala de Auto-conceito para Crianças em Idade Pré-escolar e 1.º/2.º Ano de Escolaridade de Harter & Pike (1981, 1984). In A. P. Machado, C. Machado, L. S. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins, & Vera Ramalho (Eds.), *Actas da XIII Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: APPORT.

Matos, M., Negreiros, J., Simões, C., & Gaspar, T. (2009). *Violência, Bullying e Delinquência* (1.ª ed.). Lisboa: Gráfica Manuel Barbosa & Filhos, Lda.

McCormack J, Harrison LJ, McLeod S, McAllister L. (2011). A nationally representative study of the association between communication impairment at 4-5 years and children's life activities at 7-9 years. *J Speech Lang Hear Res*. 54(5):1328–1348.

McLeod S., Harrison LJ, Wang C. (2019). Um estudo populacional longitudinal de resultados de letramento e numeramento para crianças identificadas com necessidades de fala, linguagem e comunicação na primeira infância. *Early Childhood Research Quarterly*, 47, 507–517.

McNeill BC, Gillon GT, Dodd B. (2009). Eficácia de uma abordagem integrada de consciência fonológica para crianças com apraxia de fala na infância (CAS). *Child Language Teaching and Therapy*, 25 (3), 341–366.

Mead, G. H. (1934). *Mind, self and society* (Vol. 111). University of Chicago Press.: Chicago.

Mendes, A. R. F. (2015). *Fatores de Risco e Fatores de Proteção na Infância*.

Miller PH. (2011). *Theories of Developmental Psychology*. 5th Edition. New York (NY): Worth Publishers.

Miras, M. (2009). Afectos, emoções, atribuições e expectativas: o sentido da aprendizagem escolar. In C. Coll, A. Marchesi, & J. Palácios (Eds.), *Desenvolvimento Psicológico e Educação: Psicologia da Educação Escolar* (pp.209-222). Porto Alegre: ArtMed.

Mok, P. L., Pickles, A., Durkin, K., & Conti-Ramsden, G. (2014). Longitudinal trajectories of peer relations in children with specific language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55, 516-527.

Monteiro, S., Sanches-Ferreira, M., & Alves, S. (2020). Implementação do Decreto-Lei n. ° 54/2018: Experiências e percepções de uma equipa multidisciplinar. *Sensos-e*, 7(3), 70-86.

Moreira, M. A. (2003, September). Linguagem e aprendizagem significativa. In Conferência de encerramento do IV Encontro Internacional sobre Aprendizagem Significativa, Maragogi, AL, Brasil (Vol. 8).

Mousinho, R., Schmid, E., Pereira, J., Lyra, L., Mendes, L., & Nóbrega, V. (2008). Aquisição e desenvolvimento da linguagem: dificuldades que podem surgir neste percurso. *Revista Psicopedagogia*, 25(78), 297-306.

Mueller KL, Tomblin JB. (2012). Examining the comorbidity of language disorders and ADHD. *Topics in Language Disorders*. 32(3):228-246.

Muniz, Monalisa; Fernandes, Débora Cecílio. (2016). Autoconceito e ansiedade escolar: um estudo com alunos do ensino fundamental. *Psicologia Escolar e Educacional*, v. 20, p. 427-436.

Nation, K. (2008). Developmental language disorders. *Psychiatry*. Vol. 7, 6, p. 266-269.

Navarro, R. P. S. (2007). Avaliação do auto-conceito de pré-escolares obesos, em três escolas do município de Dourados-MS.

Nedel, Roberta; Mattos, Dienifer Aline; Marin, Angela Helena. (2020). Autoestima e autoconceito infantil, escolaridade parental e sua relação com desempenho escolar no ensino fundamental I. *Revista Psicologia em Pesquisa*, v. 14, n. 1, p. 149-168.

Nelson, H., Walker, P., & Panoscha, R. (2006). Screening for Speech and Language Delay in Preschool Children: Systematic evidence review for the us preventive services task force. *Pediatrics*, 117(2), 298-319.

Nelson, K. E., Welsh, J. A., Trup, E. M. V., & Greenberg, M. T. (2011). Language delays of impoverished preschool children in relation to early academic and emotion recognition skills. *First Language*, 31(2).

Nippold, M. (2000). Language development during the adolescent years: Aspects of pragmatics, syntax, and semantics. *Topics in Language Disorders*, 20, 15-28.

Nogueira, S., Fernandes, B., Porfírio, H., Borges, L.; (2000). A criança com atraso da linguagem, *Saúde Infantil*. 22/1:5 -16.

Norbury CF, Gooch D, Wray C, Baird G, Charman T, Simonoff E, et al. (2016). The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: evidence from a population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.

Orth, U., Robins, R. W., & Widaman, K. F. (2012). Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(6), 1271.

Pacheco ECF, Caraça EB (1984). Fonoaudiologia escolar. In: Ferreira LP, organizadora. *Temas de fonoaudiologia*. 8.ed. São Paulo: Loyola; p. 199-209.

Peixoto, F. J. B. (2003). Auto-estima, autoconceito e dinâmicas relacionais em contexto escolar.

Pena-Brooks, A., & Hedge, M. N. (2007). Assessment and treatment of articulation and phonological disorders in children. Austin, TX: Pro-Ed.

Peterson, R. L., Pennington, B. F., Shriberg, L. D., & Boada, R. (2009). What Influences Literacy Outcome in Children With Speech Sound Disorder? *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 52(5), 1175.

Pinto, Alexandra et al. (2015). Efeitos de idade e sexo no autoconceito de crianças Pré-escolares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 28, p. 632-638.

Reilly, S., Bishop, D. V., & Tomblin, B. (2014). Terminological debate over language impairment in children: Forward movement and sticking points. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(4), 452-462.

Ribeiro, M., & Sani, A. (2009). Risco, protecção e resiliência em situações de violência, *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6, 400–407.

Rice, M. L. (2020). Advances in Specific Language Impairment Research and Intervention: An Overview of Five Research Symposium Papers. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 63(10), 3219-3223.

Riches NG. (2013). Training the passive in children with specific language impairment: a usage-based approach. *Child Language Teaching & Therapy*.29(2):155–69.

Robb, L., Elefanty, A. G., & Begley, C. G. (1999). Transcriptional control of hematopoiesis. *Ex Vivo Cell Therapy*, 5-26.

Santos, P. M. G. D. R. (2009). *A interferência do rendimento escolar do rendimento escolar no auto-conceito de alunos dos 1º e 2º ciclos do ensino básico e ensino secundário* (Doctoral dissertation, [sn]).

Sapienza, G., & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, protecção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 209-216.

Sargant, Scott. (2012). Scott Sargant 2011 valedictory speech. *Medicus*, v. 52, n. 1, p. 26-27.

Schirmer, C. R., Fontoura, D. R., & Nunes, M. L. (2004). Distúrbios da aquisição da linguagem e da aprendizagem. *Jornal de pediatria*, 80, 95-103.

Scopel, R. R., Souza, V. C., & Lemos, S. M. A. (2012). A influência do ambiente familiar e escolar na aquisição e no desenvolvimento da linguagem: revisão de literatura. *Revista CEFAC*, 14(4), 732-741.

Sheridan, S., & Gjems, L. (2017). Preschool as an arena for developing teacher knowledge concerning children's language learning. *Early childhood education journal*, 45(3), 347-357.

Silverman, R., & Zigmond, N. (1983). Self-concept in learning disabled adolescents. *Journal of Learning Disabilities*, 16(8), 478-482.

Snow, P.C. and Powell, M.B. (2004). Developmental Language Disorders and Adolescent Risk: A Public-health Advocacy Role for Speech Pathologists? *Advances in Speech Language Pathology*, 6 (4) 221-229.

Sofia, D., & Gomes, C. (2014). *Registo Clínico Eletrónico da Intervenção em crianças com Perturbações da Linguagem – Contexto Clínico*.

Stanley, P. H., & Purkey, W. W. (2001). *Abstracts of Published Research Articles, Dissertations, and Masters Theses Concerning Invitational Theory and Practice*.

Suggate S, Schaughency E, McAnally H, Reese E. (2018). From infancy to adolescence: The longitudinal links between vocabulary, early literacy skills, oral narrative, and reading comprehension. *Cognitive Development*. 47:82-95.

Thordardottir, E. (2007). Effective interventions for specific language impairment. *Encyclopeia of Language and Literacy Development*, 1-9.

Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B., Moffitt, T. E., Robins, R. W., Poulton, R., & Caspi, A. (2006). Low self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behavior, and limited economic prospects during adulthood. *Developmental Psychology*, 42, 381.

Valente, L. D. (2011). Auto-conceito no pré-escolar: Comparação das auto-percepções das crianças e as heteropercepções dos pais e educadores (Dissertação de mestrado). Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA)- Instituto Universitário, Lisboa.

Varela, Susana Isabel Lucas Garnacha. (2012). Desenvolvimento sócio-emocional de um grupo de crianças de uma turma do 1º ano de escolaridade. Tese de Doutorado.

Vaz-Serra, A. (1986). O " Inventário Clínico de Auto-Conceito".

Wadman, R., Durkin, K., & Conti-Ramsden, G. (2008). Self-Esteem, shyness, and sociability in adolescents with specific language impairment (SLI). *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51, 938-952.

Wilcox, M. J., Gray, S., & Reiser, M. (2020). Preschoolers with developmental speech and/or language impairment: Efficacy of the Teaching Early Literacy and Language (TELL) curriculum. *Early Childhood Research Quarterly*, 51, 124-143.

Zipoli, R. P., & Merritt, D. D. (2017). Risk of reading difficulty among students with a history of speech or language impairment: Implications for student support teams. *Preventing School Failure*, 61(2), 95–103.

ANEXOS

Anexo 1. Autorização e Partilha da EPPCASC pelos Autores



Maria D. Mata 13/11/2020

📧 para mim ▾



Claudia Ferreira

Como está?

Espero que esteja tudo bem.

A escala pictórica não está à venda. Como neste momento é difícil passar-lhe uma em papel para fotocopiar vou-lhe mandar aqui o manual de instruções e a seguir por wetransfer o pdf com o scanner do livro das pranchas. Veja se consegue imprimir e usar isto assim, caso contrário teremos que combinar de outra forma. Cuidado com a impressão e uma eventual encadernação das pranchas e instruções. Pode fazê-lo em cadernos separados ou como está indicado neste manual de instruções.

Se tiver alguma dúvida diga.

Com os melhores cumprimentos, desejo-lhe os maiores sucessos.

LM



Pedido de Colaboração

Relação entre as dificuldades na aquisição da linguagem e as questões de auto conceito

O presente estudo está a ser desenvolvido no âmbito da disciplina de Projeto do Mestrado em Educação Especial: Multideficiência e Problemas de Cognição, da Escola Superior de Educação do Porto, do Instituto Politécnico do Porto (ESE-IPP). Este estudo, de teor académico, pretende analisar a relação entre o desenvolvimento da linguagem e o auto conceito de crianças, em idade pré-escolar, com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos de idade.

Venho por este meio, solicitar a autorização para a consulta de dados clínicos das crianças acompanhadas na valência de Terapia da Fala, em idade pré-escolar, bem como a aplicação adicional, pela Terapeuta da Fala responsável, da Escala Pictórica de Perceção da Competência e Aceitação Social, tendo esta a duração de 10 minutos, aproximadamente. Será aplicado, se não constar nos dados clínicos, o Teste de Avaliação da Linguagem na Criança, com a duração média de 30 minutos. De salientar que todos os dados de avaliação recolhidos servirão de base para o processo de intervenção terapêutico.

Toda a recolha de informações tem fins meramente científicos, sendo que a confidencialidade e o anonimato dos participantes será sempre assegurada. É garantida a possibilidade de, em qualquer altura, a criança recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências.

Para mais esclarecimentos, não hesite em contactar o investigador responsável (claudiaferreira.tf@gmail.com).

Pedido de Colaboração

Relação entre as dificuldades na aquisição da linguagem e as questões de auto conceito

O presente estudo está a ser desenvolvido no âmbito da disciplina de Projeto do Mestrado em Educação Especial: Multideficiência e Problemas de Cognição, da Escola Superior de Educação do Porto, do Instituto Politécnico do Porto (ESE-IPP). Este estudo, de teor académico, pretende analisar a relação entre o desenvolvimento da linguagem e o auto conceito de crianças em idade pré-escolar, com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos de idade.

Venho por este meio, solicitar a autorização para a consulta de dados clínicos das crianças acompanhadas na valência de Terapia da Fala, com as características acima referidas, bem como a aplicação adicional, pela Terapeuta da Fala responsável, da Escala Pictórica de Perceção da Competência e Aceitação Social, tendo esta a duração de 10 minutos, aproximadamente. De salientar que todos os dados de avaliação recolhidos servirão de base para o processo de intervenção terapêutico.

Toda a recolha de informações tem fins meramente científicos, sendo que a confidencialidade e o anonimato dos participantes será sempre assegurada. É garantida a possibilidade de, em qualquer altura, a criança recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências.

Para mais esclarecimentos, não hesite em contactar o investigador responsável (claudiaferreira.tf@gmail.com).

Anexo 4. Declaração de Consentimento Informado

Declaração de Consentimento Informado

Eu, abaixo-assinado(a) _____,
responsável pela criança _____,
compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da avaliação que será realizada,
tendo tido a oportunidade de colocar as perguntas que considere necessárias. Tomei
conhecimento que, de acordo com as recomendações da declaração de Helsínquia, a
informação prestada versou os objetivos e os métodos da avaliação que será realizada.
Foi-me igualmente garantido que os procedimentos não causarão qualquer risco à saúde
ou bem-estar da criança, que a sua participação poderá ser suspensa em qualquer
momento sem prejuízos individuais ou institucionais e que os dados serão tratados de
forma confidencial, sendo usados exclusivamente para fins científicos. Assim, consinto
na participação neste estudo, permitindo a recolha de informações.

_____, _____ de _____ de 2021

O/A responsável pelo(a) participante:
