

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS
CAMPUS DE MARÍLIA**

Rosicler Moreno Castanho

**Escolares com malformação de orelha externa e/ou
média: avaliação do desempenho escolar e dos
comportamentos sociais**

Marília-SP

2011

ROSICLER MORENO CASTANHO

Escolares com malformação de orelha: avaliação do desempenho escolar e dos comportamentos sociais

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Marília para a obtenção do título de Doutor em Educação (área de concentração: Ensino na Educação Brasileira).

Orientadora: Dra Tânia Moron Saes Braga.

Marília-SP

2011

ROSICLER MORENO CASTANHO

Escolares com malformação de orelha: avaliação do desempenho escolar e dos comportamentos sociais

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Marília para a obtenção do título de Doutor em Educação (área de concentração: Ensino na Educação Brasileira).

Aprovação: Marília, 28 de fevereiro de 2011.

Membros componentes da banca examinadora

Presidente e orientadora _____

Dra. Tania Moron Saes Braga

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Marília.

2ª Examinadora _____

Dra. Alessandra Turini Bolsoni-Silva

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Bauru.

3ª Examinadora _____

Dr. Sadao Omote

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Marília.

4ª Examinadora _____

Dra. Andréa Cintra Lopes
Universidade de São Paulo - USP

5ª Examinadora _____

Dra. Maria de Lourdes Morales Horiguela
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Marília.

*Dedico este trabalho aos meus pais, **Antonio e Nair**, pelos valores transmitidos, por todo amor e amparo em todas as horas ...*

*Igualmente, dedico aos meus irmãos, **Alexandre e Ricardo**, pela amizade e por estarem comigo em todos os meus sonhos ...*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser o guia generoso, iluminando meu caminho na busca do saber;

À orientadora, profa. Dra. Tânia Moron Saes Braga, por abrandar minhas limitações e exaltar meu potencial, norteando as diretrizes a serem seguidas com competência, sensibilidade e amizade;

A Dra. Alessandra Turini Bolsoni-Silva e Prof. Dr. Sadao Omote, exemplos de competência, cujas contribuições tornaram esta tese mais valiosa;

À Dra. Andréa Cintra Lopes e Dra. Maria de Lourdes Morales Horiguela, por dividirem seus inúmeros conhecimentos científicos;

Aos tios, primos e Maria de Lourdes Costa, pela felicidade de compartilhar muitos momentos de nossas vidas e pelo incentivo constante para o meu crescimento pessoal e profissional;

À amiga fonoaudióloga Dra. Rita Aparecida de Oliveira, presente em todas as etapas, minha eterna gratidão pelo acolhimento, como o de uma irmã, e pelo incansável auxílio nesta jornada. Em especial, à pequena Ana Clara, que fez das minhas idas a Marília momentos de alegria;

À amiga fonoaudióloga, Dra. Jerusa Massola de Oliveira, cujo apoio e competência proporcionaram condições de desenvolvimento e término do trabalho. Mesmo que a palavra "obrigado" signifique tanto, não expressa por inteiro o quanto seu apoio foi importante;

À Angelita Zanolo França, Ana Cláudia Comegno, Rosana Ribeiro e Fabiana Dornelles Machado, amigas, por mim eleitas, que foram sempre solidárias e estiveram presentes em todos os momentos;

Aos queridos companheiros de doutorado, Daniela Ado e Dariel de Carvalho, que mostraram o sentido real da amizade, dando-me força para continuar perseverando;

À fonoaudióloga Ms.Elaine Moretto, por sua competência profissional e delicadeza , sempre pronta a me ajudar;

Às fonoaudiólogas Ms Amarílis Barreto e Valdéia de Oliveira, pelas palavras de incentivo nos momentos de incerteza por mim experimentados;

À geneticista Dra.Nancy Nakata, grande parceira, pelo imenso apoio profissional e pessoal;

Às minhas queridas amigas Ivanil Zanutto, Paula Baliero, Jaqueline Garcia, Luciana Bodini e Suzana Rabello, pelo companheirismo sempre demonstrado;

À psicóloga Larissa Helena Zani dos Santos, pela competência e disponibilidade em colaborar na etapa de coleta de dados;

A Profa. Sylvanira Bramante, pela cuidadosa revisão do texto;

À Dra. Telma Flores Genaro Motti, profissional competente, e sem dúvida a "responsável", pelo meu direcionamento à pesquisa;

À Diretora Técnica de Serviço da DSA / HRAC-USP, Dra. Regina Bortoleto Amantini, que, além da compreensão e incentivo à pesquisa, contribuiu para que este trabalho fosse concluído;

A todos da equipe da DSA / HRAC-USP, pela solidariedade e colaboração, especialmente à Marizilda Cristianini, pelo auxílio no agendamento dos pacientes da pesquisa e aos profissionais do Setor da Psicologia, por compreenderem as ausências necessárias;

Ao HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS, carinhosamente ao seu superintendente, Prof. Dr. José Alberto de Souza Freitas, pelo estímulo à pesquisa a todos de sua equipe;

À Unidade de Ensino e Pesquisa do HRAC/USP, nas pessoas de Denise Giacheti, Rose e Ana Regina, pela criteriosa revisão bibliográfica, eficiência e gentileza no atendimento;

À dirigente Regional de Ensino de Bauru, Profa, Vera Nilce Ludke Jarussi Gomes de Sá, por permitir o acesso as ESCOLAS PÚBLICAS DE BAURU E REGIAO.

À EMEF LUIZ ZILLO, da cidade de Lençóis Paulista, um exemplo de escola, na pessoa da diretora Profa. Neusa Maria Carone e de todos os funcionários;

A empresa Júnior de Estatística de São Carlos-UFSCAR, em especial, aos alunos Agatha Rodrigues, Alexandre Maiorano e Liliam, pelo excelente trabalho estatístico;

E, finalmente, aos escolares e seus pais, por lidarem com dignidade com a deficiência auditiva e enfrentarem a batalha da superação, na busca da melhor qualidade de vida.

*"Educar é mostrar a vida a quem ainda não a viu".
O educador diz: "Veja!" - e, ao falar, aponta.
O aluno olha na direção apontada e vê o que nunca viu.
Seu mundo se expande. Ele fica mais rico interiormente...
E, ficando mais rico interiormente,
ele pode sentir mais alegria e dar mais alegria -
que é a razão pela qual vivemos." (Rubem Alves)*

RESUMO

Os defeitos estruturais de orelhas externa, média e interna representam uma classe significativa de anomalias congênitas, pouco descrita em suas consequências sociais e de aprendizagem na infância. Em função disso, esta pesquisa compõe-se de dois estudos e tem, como objetivos, descrever o perfil de uma amostra de escolares que apresentam malformação de orelhas externa e/ou média, quanto aos aspectos sociodemográficos, audiológicos, cognitivos, comportamentais e de desempenho escolar e comparar o desempenho escolar, social e comportamental destes, sem e com malformação de orelhas externa e/ou média, sob a ótica de diferentes interlocutores, correlacionando os resultados dos instrumentos de avaliação utilizados em cada um dos estudos. O Estudo 1 foi realizado na Divisão de Saúde Auditiva (DSA), pertencente ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) da Universidade de São Paulo (USP). Após selecionados 44 escolares com malformação de orelha e idade entre sete e 13 anos, foram aplicados, nos mesmos, o Teste de Matrizes Progressivas Coloridas de Raven - RAVEN (Escala Especial e Geral) e o Teste de Desempenho Escolar (TDE), além do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) para pais e professores. Os resultados mostram, dentre outros aspectos, o nível socioeconômico baixo desses escolares e que a DA condutiva foi bilateral, de grau moderado, para a maioria, com capacidade intelectual preservada e desempenho escolar inferior à média. O Estudo 2 ocorreu nas escolas de Bauru/SP e região e dele participaram sete escolares (GP) com malformação de orelha, selecionados do Estudo 1 e 14 escolares sem malformação de orelha, sendo sete escolhidos pelos professores (GPE) e sete sorteados (GPS). Aqui, foram aplicados, nos escolares, o TDE e o Inventário Multimídia de Habilidades Sociais de Crianças (IMHSC), o SDQ e os questionários semiestruturados aos pais e professores e, ainda, foram realizadas entrevistas com o GP. Relatos de pais e professores indicam as dificuldades auditivas e comportamentais dos escolares, devido à malformação da orelha. No TDE, a maioria do GP e GPS foi inferior à média e no GPE, foi superior na classificação total, porém, não diferiu estatisticamente. No SDQ, o escore dos pais foi maior do que o dos professores no GP, nas escalas problemas de conduta (PC), hiperatividade (H) e total, enquanto que no GPS, no total. No IMHSC, tanto na autoavaliação de escolares, como na avaliação dos professores, a frequência de reações habilidosas (HAB) foi expressiva nos grupos, seguida pelas reações não habilidosas passivas (NHP) e não habilidosas ativas (NHA). Foi encontrada diferença estatística em assertividade/enfrentamento para as reações NHA, no GPE e GPS e em participação, para as reações HAB, no GP e GPS. Não houve correlação entre os resultados dos instrumentos utilizados. Conclui-se que a investigação, sob a ótica de diferentes interlocutores, permitiu identificar as características sociais e de aprendizagem desses escolares, visando o planejamento de ações na escola, na família e para a formação de professores. A partir desse estudo diagnóstico, delineiam-se procedimentos de orientação a pais e professores, na tentativa de atenuar o impacto negativo gerado pela malformação de orelha, favorecendo a inclusão.

Palavras-chave: Deformidades da orelha. Baixo rendimento escolar. Ajustamento social.

ABSTRACT

The structural defects of external, middle and inner ears represent a significant class of congenital anomalies, little described in their social impacts as well as in the learning process in childhood. Thus, this research comprises two studies which aim at describing the profile of a sample of school children, with and without external and/or middle ear malformation, in terms of socio-demographic, audiological, cognitive and school accomplishment aspects, comparing their school, social and behavioral performances, from the view of different interlocutors, by correlating the results of the assessment instruments utilized in each study. *Study # 1* was carried out at the Hearing Health Division (DSA), with the Craniofacial Anomalies Rehabilitation Hospital (HRAC), University of São Paulo - USP. Forty-four school children presented with ear malformation, in the age range 7-13 yrs, were selected to take the Raven's test (Colored Progressive Matrices – Special and General Scales), and the SAT (School Accomplishment Test). The questionnaire Skills and Difficulties (SDQ) was applied to parents and teachers as well. The results show, among other aspects, the low socioeconomic level of these schoolchildren and that the conductive hearing impairment was a bilateral one, in a moderate degree for most of them, with a preserved intellectual capacity and school accomplishment inferior to the mean. *Study # 2* took place in the school system of Bauru and nearby towns, with the participation of seven schoolchildren (GP) with ear malformation, selected from Study 1, and 14 schoolchildren with no ear malformation, being 7 chosen by the teachers (GPE) and 7 drawn (GPS). Here, TDE and the Multimedia Inventory of Children's Social Skills (IMHSC) were applied to the schoolchildren, and the SDQ and semi-structured questionnaires, to parents and teachers. Interviews were also performed with GP. Reports of parents and teachers show the hearing and behavioral difficulties of the schoolchildren, owing to ear malformation. On TDE, most of GP and GPS was below the mean, while on GPE, superior in the total score, however, with no statistical difference. On SDQ, parents scored higher than teachers on GP, on conduct problems scales (CP), hyperactivity (H) and total, while on GPS, in total. On IMHSC, both on the self-evaluation of the schoolchildren and that of the teachers, the frequency of skillful reactions (HAB) was expressive in the groups, followed by passive non skillful (PNS) and active non skillful (ANS) reactions. Statistical difference was found in assertiveness/coping for reactions NHA, in GPE and GPS, and in participation, for reactions HAB, on GP and GPS. There was no correlation between the results of the instruments utilized. From the point of view of different interlocutors, the investigation allowed identifying the social and learning characteristics of these school children, aiming at plans of actions in school, family and teachers qualification. Procedures to guide parents and teachers, so as to lessen the negative impact generated by ear malformation and favor mainstreaming, are outlined from this diagnostic study.

Key-words: Ear deformity; Low school accomplishment; Social Adjustment.

LISTA DE QUADRO

QUADRO 1 - Conjunto de habilidades sociais avaliadas pelo IMHSC (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005b)	97
--	----

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	- Exemplo de anotia	31
FIGURA 2	- Exemplos de malformação de orelha	32
FIGURA 3	- Ilustração das etapas do procedimento de coleta de dados do Estudo 1 ...	67
FIGURA 4	- Ilustração das etapas do procedimento de coleta de dados do Estudo 2 ...	100

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	- Dados referentes ao gênero e idade dos escolares do Estudo 1	68
GRÁFICO 2	- Dados referentes ao nível socioeconômico dos escolares do Estudo 1	69
GRÁFICO 3	- Dados referentes ao estado de origem dos escolares do Estudo 1	69
GRÁFICO 4	- Dados referentes ao tipo de deficiência auditiva dos escolares do Estudo 1	70
GRÁFICO 5	- Dados referentes à série e ao tipo de escola em que os escolares do Estudo 1 estavam inseridos	73
GRÁFICO 6	- Resultados da avaliação cognitiva dos escolares do Estudo 1, através do RAVEN	74
GRÁFICO 7	- Resultados da autoavaliação dos escolares do Estudo 1, em escrita, aritmética e leitura no Teste de Desempenho Escolar (TDE)	75
GRÁFICO 8	- Resultados da autoavaliação dos escolares do Estudo 1, na classificação total do Teste de Desempenho Escolar (TDE)	75
GRÁFICO 9	- Resultados do desempenho dos escolares do Estudo 1, nas cinco escalas e na classificação total do Questionário de Capacidade e Dificuldades / <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> (SDQ), segundo a avaliação de pais e professores	80
GRÁFICO 10	- Resultados da autoavaliação do GP, GPE e GPS, do Estudo 2 , em escrita, aritmética e leitura, do Teste de Desempenho Escolar (TDE)	109
GRÁFICO 11	- Resultados da autoavaliação do GP, GPE e GPS, do Estudo 2, na classificação total do Teste de Desempenho Escolar (TDE)	110
GRÁFICO 12	- Resultado do desempenho do GP, do Estudo 2, nas cinco escalas e na classificação total do Questionário de Capacidades e Dificuldades / <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> (SDQ), segundo a avaliação de pais e professores	111
GRÁFICO 13	- Resultado do desempenho do GPE, do Estudo 2, nas cinco escalas e na classificação total do Questionário de Capacidades e Dificuldades / <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> (SDQ), segundo a avaliação de pais e professores	112

GRÁFICO 14 - Resultado do desempenho do GPS, do Estudo 2, nas cinco escalas e na classificação total do Questionário de Capacidades e Dificuldades / *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), segundo a avaliação de pais e professores 112

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	- Distribuição da classificação dos escolares quanto aos aspectos: sócio-demográficos e audiológicos do Estudo 1	72
TABELA 2	- Distribuição da caracterização dos escolares do Estudo 1: dados acadêmicos e medidas de cognição e desempenho escolar	78
TABELA 3	- Resultados do desempenho dos escolares do Estudo 1, nas cinco escalas e na classificação total do Questionário de Capacidade e Dificuldades / <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> (SDQ), segundo avaliação de pais e professores	176
TABELA 4	- Resultados da Correlação de <i>Spearman</i> no que se refere aos instrumentos de avaliação da capacidade cognitiva (RAVEN), de desempenho escolar (TDE) e de capacidades e dificuldades (SDQ) dos escolares do Estudo 1	84
TABELA 5	- Resultados da autoavaliação do GP, GPE e GPS, do Estudo 2, em escrita, aritmética e leitura e na classificação total do Teste de Desempenho Escolar (TDE)	184
TABELA 6	- Resultados do desempenho do GP, GPE e GPS, do Estudo 2, nas cinco escalas e na classificação total do Questionário de Capacidade e Dificuldades / <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> (SDQ), segundo a avaliação de pais e professores	185
TABELA 7	- Resultados da autoavaliação do GP, GPE e GPS e da avaliação dos professores do Estudo 2, quanto às reações HAB, NHP e NHA, do Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC)	114
TABELA 8	- Dados descritivos (média) da autoavaliação do GP e da avaliação dos professores do Estudo 2, quanto às reações HAB, NHP e NHA, nos quatro fatores do Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC)	118
TABELA 9	- Dados descritivos (média) da autoavaliação do GPE e da avaliação dos professores do Estudo 2, quanto às reações HAB, NHP e NHA, nos quatro fatores do Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC)	120

TABELA 10	- Dados descritivos (média) da autoavaliação do GPS e da avaliação dos professores do Estudo 2, quanto às reações HAB, NHP e NHA, nos quatro fatores do Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC)	122
TABELA 11	- Resultados estatísticos de comparação entre os grupos GP, GPE e GPS, do Estudo 2, em escrita, aritmética, leitura e classificação total do Teste de Desempenho Escolar (TDE)	124
TABELA 12	- Dados descritivos e teste estatístico de comparação dos grupos GP, GPE e GPS, do Estudo 2, em escrita, aritmética, leitura e classificação total do Teste de Desempenho Escolar (TDE)	186
TABELA 13	- Resultados estatísticos de comparação entre os grupos GP, GPE e GPS, do Estudo 2, nas cinco escalas e na classificação total do Questionário de Capacidade e Dificuldades / <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> (SDQ), segundo a avaliação de pais e professores	124
TABELA 14	- Dados descritivos e testes estatísticos de comparação dos grupos GP, GPE e GPS, do Estudo 2, nas cinco escalas e classificação total do Questionário de Capacidade e Dificuldades / <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> (SDQ), segundo avaliação de pais e professores	187
TABELA 15	- Resultados estatísticos da comparação entre as avaliações de pais e professores, do Estudo 2, nas cinco escalas e na classificação total do Questionário de Capacidade e Dificuldades / <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> (SDQ), por grupo	125
TABELA 16	- Resultados estatísticos de comparação entre os grupos GP, GPE e GPS, do Estudo 2, quanto às reações HAB, NHP e NHA, do Inventário multimídia de habilidades sociais para crianças (IMHSC), segundo autoavaliação de escolares e avaliação de professores	126
TABELA 17	- Dados descritivos e testes estatísticos de comparação do GP, GPE e GPS, do Estudo 2 quanto às reações HAB, NHP, NHA, do Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC), segundo avaliação de pais e professores	188

TABELA 18	- Resultados estatísticos da diferença entre a autoavaliação dos escolares e a avaliação dos professores do Estudo 2, quanto às reações HAB, NHP e NHA, do Inventário multimídia de habilidades sociais para crianças (IMHSC), por grupo	126
TABELA 19	- Resultados estatísticos de comparação entre os grupos de escolares do GP, GPE e GPS, nos quatro fatores, quanto às reações HAB, NHP e NHA, do Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC), segundo a autoavaliação dos escolares e avaliação dos professores do Estudo 2	128
TABELA 20	- Dados descritivos e testes estatísticos de comparação do GP, GPE e GPS, do Estudo 2, quanto às reações HAB, NHP, NHA, no fator empatia/civilidade, do Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC), segundo avaliação de pais e professores	189
TABELA 21	- Dados descritivos e testes estatísticos de comparação do GP, GPE e GPS, do Estudo 2, quanto às reações HAB, NHP, NHA, no fator assertividade/enfrentamento, do Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC), segundo avaliação de pais e professores	190
TABELA 22	- Dados descritivos e testes estatísticos de comparação do GP, GPE e GPS, do Estudo 2, quanto às reações HAB, NHP, NHA, no fator autocontrole, do Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC), segundo avaliação de pais e professores	191
TABELA 23	- Dados descritivos e testes estatísticos de comparação do GP, GPE e GPS, do Estudo 2, quanto às reações HAB, NHP, NHA, no fator participação, do Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC), segundo avaliação de pais e professores	192
TABELA 24	- Resultados estatísticos de comparação da autoavaliação dos escolares e avaliação dos professores, do Estudo 2, para os quatro fatores, quanto às reações HAB, NHP e NHA do Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC), por grupo	130

TABELA 25	- Resultados da Correlação de <i>Spearman</i> , no que se refere à avaliação do GP, do Estudo 2, no TDE, SDQ e IMHSC (escores totais das reações HAB, NHP e NHA)	132
TABELA 26	- Resultados da Correlação de <i>Spearman</i> , no que se refere à avaliação do GPE, do Estudo 2, no TDE, SDQ e IMHSC (escores totais das reações HAB, NHP e NHA)	133
TABELA 27	- Resultados da Correlação de <i>Spearman</i> , no que se refere à avaliação do GPS, do Estudo 2, no TDE, SDQ e IMHSC (escores totais das reações HAB, NHP e NHA)	134

LISTA DE ABREVIATURAS

AASI	-	Aparelho de Amplificação Sonora Individual
BAHA	-	<i>Bone Anchored Hearing Aid</i>
BI	-	Baixo Inferior
BS	-	Baixo Superior
CAIF	-	Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Lábio Palatal
CP-S	-	Comportamento Pró-Social
CBCL	-	Lista de Verificação Comportamental para Crianças e Adolescentes
CPR	-	Conselho Regional de Psicologia
DA	-	Deficiência Auditiva
DSA	-	Divisão de Saúde Auditiva
ECLAMC	-	Estudo Colaborativo Latino Americano de Malformações Congênitas
EOAV	-	Espectro oculoauriculovertebral
F	-	Feminino
GPE	-	Grupo Participante Escolhido
GP	-	Grupo de Participante/Escolar
GPS	-	Grupo Participante Sorteado
H	-	Hiperatividade
HAB	-	Reação Habilidosa
HRAC	-	Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais
HS		Habilidades Sociais
I	-	Inferior
IMHSC	-	Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças
M	-	Masculino
M	-	Médio
MI	-	Médio Inferior
MOD	-	Moderada
N	-	Número de Crianças
NHA		Reação não Habilidosa Ativa
NHP		Reação não Habilidosa Passiva
NL	-	Normal
OD	-	Orelha Direita

OE	-	Orelha Esquerda
ONG	-	Organização Não-Governamental
PART	-	Participante
PC	-	Problema de Conduta
PKBS	-	Escala de Comportamento Social para Pré-Escolares
PONT	-	Pontuação
PVO	-	Prótese de Vibração Óssea
RAVEN	-	Teste de Matrizes Progressivas Coloridas de Raven - Escala Especial e Geral
RC	-	Relacionamento com colegas
SDQ	-	<i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i>
S	-	Superior
SE	-	Sintomas Emocionais
SEV	-	Severa
SSRS-BR	-	Sistema de Avaliação de Habilidades Sociais
SOBRAPAR	-	Instituto de Cirurgia Plástica Crânio Facial
SPSS	-	Pacote estatístico SPSS 13.0
T	-	Total
TDE	-	Teste de Desempenho Escolar
THS		Treinamento em Habilidades Sociais
USP	-	Universidade de São Paulo
VO	-	Via Óssea

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	25
2 REVISÃO DE LITERATURA	29
2.1 Malformação de orelha externa e/ou média: características gerais	29
2.2 Implicações sociais, comportamentais e escolares, em indivíduos com malformações de orelha externa e/ou média	36
2.3 Considerações sobre habilidades sociais, desempenho escolar, comportamento na infância e suas relações	44
2.4 Formas de avaliação das habilidades sociais, desempenho escolar e comportamento	52
3 ESTUDO 1	62
3.1 OBJETIVO	62
3.2 MATERIAL E MÉTODO	62
3.2.1 Aspectos Éticos	62
3.2.2 Ambiente	62
3.2.3 Participantes	63
3.2.4 Materiais e equipamentos	63
3.2.5 Instrumentos de avaliação	63
3.2.6 Procedimentos de coleta de dados	66
3.2.7 Procedimentos de análise dos dados	68
3.3 RESULTADOS	69
3.3.1 Resultados sociodemográficos dos escolares	69
3.3.2 Resultados audiológicos dos escolares	71
3.3.3 Dados acadêmicos e resultados do RAVEN, TDE e SDQ dos escolares.....	74
3.3.4 Resultados das correlações entre os instrumentos utilizados	83
3.4 DISCUSSÃO	85
4 ESTUDO 2	94
4.1 OBJETIVO	94

4.2 MATERIAL E MÉTODO	94
4.2.1 Aspectos éticos	94
4.2.2 Ambiente	95
4.2.3 Participantes	95
4.2.4 Materiais e equipamentos	95
4.2.5 Instrumentos de avaliação	96
4.2.6 Procedimentos de coleta de dados	101
4.2.7 Procedimentos de análise dos dados	102
4.3 RESULTADOS	103
4.3.1 Questionário com pais e professores dos escolares do GP	104
4.3.2 Entrevistas com escolares (GP)	106
4.3.3 Resultados do TDE, SDQ e IMHSC dos escolares do GP, GPE e GPS	108
4.3.4 Resultados da análise estatística comparativa do GP, GPE e GPS, de pais e professores, em relação ao TDE, SDQ e IMHSC	124
4.3.4.1 Teste de Desempenho Escolar (TDE)	124
4.3.4.2 Questionário de Capacidade e Dificuldades / <i>Strenghts and Difficulties Questionnaire</i> (SDQ)	124
4.3.4.3 Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC)	126
4.3.4.4 Resultados das correlações entre os instrumentos utilizados.....	131
4.4 DISCUSSÃO	135
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	146
REFERÊNCIAS	149
GLOSSÁRIO	164
APÊNDICES	168

1 INTRODUÇÃO

Dentre as diversas anomalias congênitas, a malformação de orelha tem uma representatividade significativa devido à alta frequência e ao amplo impacto causado nos indivíduos acometidos.

As alterações congênitas de orelha externa geralmente são descobertas precocemente, por sua visibilidade. A heterogeneidade da malformação de orelha é ampla e frequentemente discutida entre otorrinolaringologistas, apresentando-se como ausência do orifício da orelha (atresia de meato acústico externo), com pavilhão auricular e orelhas média e interna normais, ou com ausência de pavilhão auricular e do meato acústico externo, com orelha média, tendo seus ossículos alterados ou ausentes. A malformação de orelha externa e/ou média, especificamente, repercute em deficiência auditiva (DA) do tipo condutiva, muito estudada no que se refere às implicações auditivas, no âmbito da Fonoaudiologia, porém, no que tange às implicações escolares, sociais e comportamentais, há poucos estudos.

A Divisão de Saúde Auditiva (DSA) do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) da Universidade de São Paulo (USP), situada na cidade de Bauru/SP, atende deficientes auditivos, dos quais, uma parcela é constituída por indivíduos com malformação de orelha. O interesse da autora desta pesquisa pelo tema DA Condutiva na infância surgiu durante sua vivência clínica, ao observar crianças com otite média e conhecer relatos de dificuldades emocionais e prejuízos escolares emitidos pelas próprias crianças, pais e professores. Considerando a importância de investigações nessa área, envolvendo profissionais da saúde e da educação, a autora desenvolveu seu mestrado junto a essa população, intitulado “Desempenho escolar em crianças com otite média”. Nessa trajetória, além das crianças com otite média, teve também contato com indivíduos com malformação de orelha e DA condutiva, sendo foi possível identificar inúmeros questionamentos desses indivíduos, pais ou responsáveis, quanto ao diagnóstico, intervenção e prognóstico da alteração. Acrescido a esse fato, o impacto negativo gerado pelos defeitos estruturais é facilmente comprovado, pois os relatos identificam indícios de desconforto e insatisfação. Sob outro prisma, há o despreparo da sociedade em manter contato e aceitar o indivíduo “diferente”, gerando dificuldade de relacionamento e isolamento do mesmo.

Sendo assim, pode-se entender a malformação de orelha como um problema a ser investigado em um contexto de saúde pública? A resposta é afirmativa e baseada não somente em dados numéricos quanto à sua incidência, mas também em decorrência da amplitude que

essa alteração desencadeia, imediatamente ou em longo prazo, ao seu portador, familiares e à sociedade, devido à desvantagem na aparência e à alteração no desempenho auditivo, escolar, social e emocional.

As consequências do estigma, nesses deficientes auditivos, levam a dificuldades que se manifestam na qualidade das interações sociais, no rendimento escolar, na superproteção familiar e em problemas de comportamento, como autoestima rebaixada, insegurança e retraimento, entre outros, vindo a comprometer o desenvolvimento psíquico. Tal contexto pode ser atenuado com o amparo do profissional especializado, para prover apoio emocional e auxiliar o indivíduo, pais e/ou responsável sobre como lidar com conteúdos emocionais inerentes à malformação de orelha.

Os transtornos auditivos repercutem em prejuízo nas habilidades sensoriais de detecção, discriminação e compreensão dos sons verbais e não verbais, afetando diretamente o comportamento auditivo e, conseqüentemente, o desenvolvimento de fala e linguagem dos indivíduos. Além disso, tais transtornos afetam também o desempenho escolar, pois há dificuldade de aprendizagem, principalmente na habilidade de leitura e escrita, fato que pode fragilizar o ensino, desencadeando outras dificuldades, como déficit em habilidades sociais e problemas de comportamento.

Todo esse panorama figura negativamente para o indivíduo, sinalizando que algumas atitudes precisam ser tomadas para modificá-lo o mais precocemente possível, na tentativa de amenizar seus transtornos.

Por considerar a infância como a fase em que ocorrem as mais importantes interações sociais e sendo a escola o ambiente provido de intensa troca de experiências, a relevância deste estudo resume-se, então, à tentativa de compreender aspectos escolares, sociais e comportamentais, agregados à malformação de orelha, principalmente no contexto escolar, assim como à tomada de decisões, visando minimizar os danos e promovendo desempenho escolar satisfatório, adequação social e estabilidade emocional.

No que concerne às alterações congênitas de orelha, é de extrema importância pensar na reabilitação que se dará com o trabalho de uma equipe de profissionais, mediante ação interdisciplinar preventiva e curativa, junto à pessoa com deficiência, seus familiares e comunidade, a fim de minimizar dificuldades e favorecer as condições para o pleno desenvolvimento de suas capacidades físicas, psicológicas, afetivas e sociais. Apesar da relevância dessa área, poucas pesquisas têm sido publicadas (AMARAL, 1997).

Em relação à malformação de orelha, foram encontrados estudos na área médica (LLANO-RIVAS et al., 1999; RAHBAR et al., 2001) e na Fonoaudiologia (CASTIQUINI et

al., 2006; PACCOLA, 2007). Na Psicologia, há inúmeros estudos sobre deformidades faciais, que, de certa forma, relacionam-se com a malformação de orelha, porém, somente o estudo de Jiamei et al (2008) abordou, especificamente, o perfil psicológico em pacientes com microtia.

Diante dessas considerações, justificam-se as vertentes que regem este estudo, cujo objetivo é descrever o perfil de uma amostra de escolares que apresentavam malformação de orelha externa e/ou média, no que se refere aos aspectos sociodemográficos, audiológicos, cognitivos, comportamentais e de desempenho escolar, assim como, comparar o desempenho escolar, social e comportamental de escolares, sem e com malformação de orelha externa e/ou média, sob a ótica de diferentes interlocutores, correlacionando os resultados dos instrumentos de avaliação utilizados em cada um dos estudos.

Assim, este trabalho partiu da hipótese de que os escolares poderiam apresentar déficits em habilidades sociais, o que influencia no surgimento de problemas de comportamento e afetaria o desempenho escolar. Como metodologia, optou-se pela utilização de um conjunto de técnicas de avaliação, como entrevistas, questionários e testes padronizados.

Com relação à fundamentação teórica, neste estudo, para referenciar os escolares que apresentam alteração anatômica congênita de orelha externa, optou-se por adotar a terminologia “malformação de orelha”, porém, alguns esclarecimentos são importantes. Na literatura consultada, embora os autores utilizem “malformações congênitas de orelhas”, por entendermos que a procedência do termo malformação já é congênita, ou seja, o termo congênito é intrínseco à malformação, excluiremos seu uso, exceto no capítulo de Revisão de Literatura, assegurando, desse modo, a citação eleita pelos autores dos estudos, conforme se pode verificar na próxima seção.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Nesta seção, tem-se como objetivo abordar alguns itens, como os conceitos referentes às características gerais da malformação de orelha e as implicações sociais, cognitivas, escolares e comportamentais a ela inerentes. Em outra etapa, serão apresentadas as formas de avaliação de alguns desses aspectos.

2.1 Malformação de orelha externa e/ou média: características gerais

A orelha externa é derivada do primeiro e segundo arcos faríngeos. O desenvolvimento inicia-se entre a 3^a e a 6^a semanas de gestação. As três primeiras proeminências do primeiro arco faríngeo originam os tragus, a raiz e a porção superior da hélice. O segundo arco faríngeo é responsável pela formação da anti-hélice, dos antitragus e do lóbulo. A orelha é formada ao redor do meato acústico externo, que se canaliza com 28 semanas de gestação (SAKAE, 2007).

Segundo Granato e Rios (1999), as malformações que surgem por falha no desenvolvimento embrionário são mais graves quando esse processo é acometido mais cedo. As alterações podem surgir por interrupção do desenvolvimento em qualquer época da formação do feto. Ainda, de acordo com os autores, a severidade da malformação varia dependendo da localização do aparelho faríngeo afetado e do estágio em que houve a interrupção do desenvolvimento. Da mesma forma, Paparella e Shumrick (1982) citam que os mecanismos pelos quais ocorrem anomalias de desenvolvimento do aparelho faríngeo ainda não foram bem elucidados. Em cada caso, a falha no desenvolvimento depende da parte afetada do aparelho faríngeo e da fase embrionária em que cessou o desenvolvimento normal.

As alterações congênicas de orelha externa podem ser sérias e são normalmente descobertas precocemente, devido à visibilidade das deformidades. Pode-se ter exclusivamente uma atresia de meato (ausência do meato acústico externo), com pavilhão normal e orelha média e interna normais, ou a atresia de meato acústico externo pode ser somente uma parte do problema, com algumas ou todas as partes da orelha envolvidas (KATZ, 1989).

É possível que as malformações de orelha venham acompanhadas de anormalidades do nervo facial, alteração na orelha média, hipoplasia mandibular e fissura labial e palatina (LLANO-RIVAS et al., 1999; RAHBAR et al., 2001).

Algumas síndromes podem cursar com malformações nas estruturas derivadas do primeiro e segundo arcos faríngeos, as quais resultam em malformação de orelhas.

O espectro oculoauriculovertebral - MIM ID 164210 (JOHNS HOPKINS UNIVERSITY, 2011a) é também conhecido como síndrome de Goldenhar e microssomia hemifacial. Trata-se de um conjunto de anomalias, clinicamente variável, de etiologia heterogênea (gênica, cromossômica, ambiental) e caracterizado por assimetria facial, anomalia ocular (dermoide epibulbar, coloboma de pálpebra superior, ano/microftalmia), hipoplasia mandibular, macrostomia, fissura labiopalatina, anomalia de orelha externa, média e interna, apêndices pré-auriculares, deficiência auditiva condutiva e sensorineural, alteração de sistema nervoso central e anomalias vertebral, cardíaca e renal.

A síndrome Treacher-Collins - MIM ID 154500 (JOHNS HOPKINS UNIVERSITY, 2011b), também denominada síndrome de disostose mandibulofacial, é uma doença genética, de etiologia heterogênea (maioria dos casos com padrão de herança autossômica dominante), com grande variabilidade clínica e caracterizada, principalmente, por hipoplasia de arco zigomático, fendas palpebrais oblíquas para baixo, coloboma de pálpebra inferior, fissura de palato, macrostomia, hipoplasia mandibular, anomalia de orelha externa e deficiência auditiva condutiva.

A síndrome de Nager - MIM ID 154400 (JOHNS HOPKINS UNIVERSITY, 2011c), também denominada síndrome de disostose acrofacial, é um quadro genético raro, de etiologia heterogênea (herança autossômica dominante e recessiva), caracterizada, principalmente, por baixa estatura, microcefalia, hipoplasia de arco zigomático, fendas palpebrais oblíquas para baixo, coloboma de pálpebra inferior, hipoplasia mandibular, fissura labiopalatina, macrostomia, anomalias menores de orelha, atresia do canal auditivo externo, deficiência auditiva condutiva, hipoplasia/agenesia de polegares, com ou sem anomalia radial, anomalia de sistema nervoso central, defeito cardíaco e anomalia renal.

Kokitsu-Nakata (2006), estudando uma amostra de 93 indivíduos, cadastrados na DSA-HRAC/USP, com DA sindrômica, encontrou 26 (28%) com DA associada à anomalia de orelha externa. Nesse subgrupo, foi possível realizar cinco diferentes diagnósticos: atresia aural, microtia e DA condutiva; espectro oculoauriculovertebral; síndrome Treacher-Collins; síndrome de Nager e síndrome oto-braquio-renal.

Várias classificações são propostas para a malformação de orelha. Hungria (2000) classifica as malformações congênitas da orelha, que alteram o sistema de condução do som, em três grupos: Grupo I: - Anomalias menores: o canal auditivo externo está presente, é estreito, mas permeável e a cadeia ossicular pode estar fixa principalmente ao estribo. É o tipo

menos comum de malformação. Grupo II: - Anomalias maiores: o pavilhão auricular apresenta-se com malformações evidentes e o meato auditivo externo ósseo está ausente. A orelha média também evidencia anormalidades variadas. São os casos mais frequentes. Grupo III: - anomalias na pneumatização do osso temporal, com malformação de orelha interna presente. O tratamento dessas condições visa restabelecer a condução do som por meio de procedimentos cirúrgicos, indicados nas anomalias dos grupos I e II, somente se forem bilaterais, sendo contraindicado para o grupo III.

Spanio et al. (2002) classificam as malformações da orelha externa em cinco tipos: anotia, microtia, hipoplasias de terço médio, hipoplasia de terço superior e orelha de abano.



Fonte:

http://microtia.bikinsitus.com/index.php?option=com_content&task=view&id=6&Itemid=1

FIGURA 1 – Exemplo de anotia

Com exceção da orelha proeminente, a microtia consiste na deformidade auricular mais comum, caracterizando-se pelo subdesenvolvimento da orelha externa, com lóbulo deformado e o restante do pavilhão quase completamente ausente, podendo estar associada à atresia de conduto auditivo externo (FREITAS et al., 2005). De acordo com Brent (1990), a microtia é comumente acompanhada de anomalias da orelha média, sendo mais comuns a atresia do conduto auditivo e as anomalias ossiculares.

Embora se acredite que a microtia é decorrente de um problema genético, as causas exatas e seus meios de prevenção ainda são desconhecidos. Múltiplos fatores podem ser responsáveis pelo surgimento da microtia, como aberrações genéticas, teratógenos e anomalias vasculares (LLANO-RIVAS et al., 1999).



Fonte: <http://newborns.stanford.edu/PhotoGallery/Microtia2.html>

FIGURA 2 – Exemplos de malformação de orelha

A prevalência da microtia na população mundial é de 0,76 a 2,35 para 10.000 nascimentos (LLANO-RIVAS et al., 1999; RAHBAR et al., 2001).

As malformações da orelha podem ser uni ou bilaterais (DE LA CRUZ; LINTHICUM JUNIOR; LUXFORD, 1985). Calzolari et al. (1999) observaram que a malformação de orelha é mais encontrada em indivíduos do gênero masculino, sendo a malformação unilateral mais comum que a bilateral e mais frequente na orelha direita.

No estudo realizado por Freitas et al. (2005), eles revisaram o prontuário de 105 pacientes com deformidades auriculares, atendidos no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e no Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Labiopalatal (CAIF). Os autores observaram que 58% eram homens e 42%, mulheres. Em 47 (44,8%) pacientes, a malformação estava presente no lado direito; em 40 (38%), no lado esquerdo e em 18 (17,2%) casos, bilateralmente. O estudo revelou ainda que entre as alterações auriculares (94 pacientes), a microtia correspondeu a 81%, a anotia a 12,6%, orelha constricta a 6,3%, duplicidade a 4,2%, *question mark ear* a 4,2% e ausência do lóbulo a 1%. O meato acústico externo esteve ausente em 65,7% dos pacientes e atrésico em 2,8%.

A malformação de orelha pode causar várias sequelas, no que tange à audição, desempenho escolar e aspectos psicossociais dos indivíduos. Neste subtópico, enfocou-se a DA condutiva por estar presente na malformação de orelha externa e média.

Segundo Hungria (2000), a DA condutiva pode ser decorrente de vários fatores, como corpos estranhos no conduto auditivo externo, presença de cerúmen, otite externa e/ou média, processos inflamatórios, alterações congênitas, que evoluem com malformações de pavilhão auricular e atresia ou agenesia de meato acústico externo, que impedem a incidência da onda sonora à orelha média. Merece atenção especial as atresias relacionadas às malformações do primeiro arco e primeiro arco faríngeo, resultando em anomalias de orelha externa, atresias do conduto auditivo externo na parte óssea, com ou sem associação de anormalidades do martelo ou bigorna e, por fim, anormalidades da mandíbula.

O tipo de DA está relacionado ao segmento anatômico em que a lesão encontra-se situada. A DA condutiva ocorre quando as ondas sonoras não alcançam a orelha interna de forma adequada, por problema na orelha externa e/ou média (membrana do tímpano, cadeia ossicular, janelas redonda ou oval, ou mesmo tuba auditiva), determinando redução da acuidade auditiva (LOPES FILHO, 1997).

De acordo com Paparella e Shumrick (1982), a microtia e a atresia aural congênita são visíveis ao nascimento, ou pouco depois, mas a atenção é direcionada principalmente à deformidade e não ao provável problema auditivo. Se a malformação é unilateral, o problema de audição é de importância secundária, porque a audição comprometida não é muito sentida quando a função da orelha contralateral é normal. Nos casos mais simples, com comprometimento coclear, os testes mostram que a, DA condutiva pode ser acompanhada por uma audição relativamente boa para a linguagem. Não é incomum, mesmo na presença de atresia bilateral do canal auditivo externo, a fala ser relativamente bem entendida, pois, nesse caso, não há comprometimento grande no desenvolvimento da linguagem.

Para Ballantyne et al. (1995), a surdez condutiva significa que a energia da pressão do som não é transmitida eficazmente, em decorrência de uma lesão na orelha externa, no conduto auditivo, na orelha média ou na tuba auditiva, como é o caso de indivíduos com malformações congênitas.

Castiquini et al. (2006), no estudo que objetivou caracterizar a DA nos diferentes tipos de malformações de orelhas, em pacientes inscritos na atual DSA-HRAC/USP, analisaram 37 prontuários, dos quais 19 eram de crianças e 18, de adultos, sendo que os dados das avaliações audiológica e otorrinolaringológica, incluindo a tomografia computadorizada de osso temporal, foram avaliados e comparados. Foi observado predomínio de malformações de orelha externa, associadas a malformações de orelha média, resultando em DA condutiva moderada em toda a amostra, com adaptação do dispositivo auditivo nos indivíduos com malformações bilaterais e tratamento cirúrgico naqueles com malformações unilaterais.

Santos (1996) afirma que a perda condutiva, mesmo de grau leve, produz uma sensação de abafamento do som, o que não ocorre na perda auditiva neurossensorial do mesmo grau. Essa alteração na qualidade da audição da criança faz com que ela, além de sentir dificuldade para ouvir, tenha dificuldade para perceber a riqueza dos detalhes que uma informação sonora pode trazer. Ainda, segundo o autor, a condição de audição flutuante provoca maiores estragos sobre a aquisição e o desenvolvimento da linguagem do que a perda auditiva neurossensorial congênita. Certas habilidades auditivas, que dependem de uma boa qualidade da audição, podem apresentar-se alteradas na criança com DA condutiva, gerando dificuldade para localizar a fonte sonora, entender a fala em presença de ruído, manter a atenção e seguir as instruções em classe e realizar o trabalho escolar, principalmente as atividades de linguagem oral. Para Oliveira, Castro e Ribeiro (2002), a DA interfere de forma definitiva no desenvolvimento das capacidades verbais e de linguagem da criança, provocando dificuldade de aprendizagem e efeitos deletérios sobre a evolução social, emocional, cognitiva e acadêmica.

O tratamento das malformações de orelha externa consiste em realizar a cirurgia e/ou adaptar o aparelho de amplificação sonora individual (AASI). No entanto, em muitos casos, o uso do AASI não é possível, principalmente nos casos de agenesia ou estenose de meato acústico externo, devido à impossibilidade de estimulação por via aérea. Nesses casos, os AASIs de condução óssea, tipo tiara (prótese de vibração óssea - PVO), é a opção mais indicada (BENTO; MINITI; MARONE, 1998).

Segundo Zemlin (2000), nos AASIs por condução óssea, a vibração do crânio causa deformações na parede do meato acústico externo, produzindo pressão sonora, em seu interior, que faz vibrar a membrana e é transmitida para a cóclea por condução aérea. Porém, alguns problemas, como irritação da pele, pela pressão constante do transmissor na pele da mastoide, inconstância na qualidade do som e no reconhecimento da fala, estética ruim e dificuldade de manter a criança com a tiara, podem levar ao abandono do uso (SNIK; MYLANUS; CREMERS, 1995; BENTO; MINITI; MARONE, 1998).

A complexidade de tais problemas requer aproximação sistemática entre a avaliação e o início do processo de reabilitação e é muito importante que a criança com atresia aural congênita seja capaz de ouvir suficientemente bem, por meio da correção cirúrgica das orelhas, ou com o uso de AASI, já que essa anormalidade causa pelo menos uma DA condutiva de grau moderado (KAGA; SETOU; NAKAMURA, 2001). Da mesma forma, os amplificadores sonoros impõem limitações na adaptação, sendo que a amplificação por condução óssea tradicional, bem como as dores de cabeça provocadas pela pressão do arco

sobre a mastóide e o impacto psicossocial negativo, pelo uso do aparelho, trazem, muitas vezes, problemas aos usuários e responsáveis e podem levar à perda de oportunidades de participar de situações de comunicação na escola e em casa (HABAL et al., 2003).

Diante desses problemas, o *Bone Anchored Hearing Aid* (BAHA) - Prótese Implantável de Condução Óssea) constitui uma alternativa que apresenta vantagens sobre os aparelhos de condução óssea convencionais (HABAL et al., 2003). A utilização das próteses auditivas osteoancoradas, em crianças, foi iniciada por Tjellström, em 1984 e, desde então, centenas de crianças foram já operadas em todo o mundo (COUTINHO, 2004).

Estudo realizado por Paccola (2007) procurou caracterizar o perfil audiológico dos indivíduos com malformações congênitas de orelha externa e/ou orelha média, na DSA – HRAC/USP e avaliou os benefícios e a satisfação de usuários de AASI por vibração óssea (VO) retroauriculares. Foram analisados 170 prontuários e, destes, selecionados 13, com malformações congênitas bilaterais de orelha externa e/ou média por DA condutiva ou mista, de grau moderado ou severo, usuários de AASI por via óssea retroauricular, com idades compreendidas entre seis e 37 anos. A autora verificou o predomínio das malformações bilaterais e da DA condutiva de grau moderado e severo. A orelha direita foi mais afetada quando consideradas apenas as malformações unilaterais. Os resultados sugerem que o uso do AASI por via óssea retroauricular traz benefícios para o reconhecimento da fala no ruído e para a percepção do sinal acústico, sendo o dispositivo uma opção no tratamento dessa população.

Para os reabilitadores, a primeira condição é estabelecer audição satisfatória para o desenvolvimento de fala e linguagem, principalmente nos casos de atresia do conduto auditivo externo bilateral, por meio da amplificação por condução óssea (BENTO; MINITI; MARONE, 1998). Dentre outros recursos de reabilitação, a reconstrução da orelha (total ou parcial) é um dos grandes desafios para o cirurgião plástico, ainda nos dias de hoje, pois trata-se de uma cirurgia complexa, na qual a reprodução cuidadosa da técnica escolhida é fundamental para se obter uma neo-orelha, com bom resultado, dentro dos critérios avaliados, melhorando a percepção de autoimagem do paciente (LAPIN, 2010).

Geralmente, os pacientes que se submetem à cirurgia de reparação da microtia são crianças, mas ela também pode ser realizada em pacientes adultos, que buscam a reparação tardiamente. Embora o reparo eletivo seja no sentido de que uma aurícula ausente não é uma ameaça à vida, o impacto negativo psicossocial de uma malformação pode causar danos irreparáveis à imagem que o indivíduo faz de si mesmo. O reparo cirúrgico é indicado antes que o paciente ingresse na 1ª série escolar e antes da adolescência. No entanto, o reparo, em

crianças, geralmente é limitado pelo tamanho das paredes da cartilagem doadora. Os objetivos do reparo devem ser claramente discutidos para estabelecer expectativas realistas. A reparação cirúrgica da microtia visa tornar a orelha reconstruída menos visível, mas o resultado não é o de uma orelha normal, sob exame minucioso (PARK, 2010).

Não existe consenso entre pesquisadores quanto à melhor idade para a cirurgia de reconstrução de orelha. No entanto, todos acreditam que devem ser levados em consideração tanto os aspectos físicos como os psicológicos, priorizando alguns fatores, como esperar a orelha contralateral atingir o tamanho mais próximo do definitivo. Para a reconstrução, conforme a técnica cirúrgica de Nagata (1993), a idade deve ser mais tardia, considerando a necessidade de uma quantidade maior de cartilagem para a confecção do arcabouço. Fukuda (1974) recomenda o início dos procedimentos após os 10 anos de idade, tendo em vista a noção de autoimagem da criança e de outras crianças do convívio social.

Vários autores (THOMSON; WINSLOW, 1989; MILLARD JUNIOR, 1992) acreditam que as crianças notam que suas orelhas são diferentes a partir de três ou quatro anos de idade, mas as repercussões psicológicas surgem entre seis e 10 anos. Para Osorno (1999), a criança se mostra preparada emocionalmente para a cirurgia aos sete ou oito anos de idade. Jiamei et al (2008) citam que não é tecnicamente indicado fazer a cirurgia antes que a criança atinja a idade escolar, porém, pacientes e pais buscam continuamente informações médicas. Entender o perfil psicológico e os fatores de risco em pacientes com microtia permite ao profissional fornecer informações necessárias e aconselhamento.

Considerando o volume da cartilagem e o despreparo emocional, é interessante que a cirurgia seja realizada após os 10 anos de idade. Entretanto, é necessário um trabalho de preparação e apoio psicológico junto à criança e familiares, informando as prováveis consequências e prevenindo possíveis danos. É considerar, ainda, que essa fase coincide com a idade escolar, quando os escolares são expostos a novas situações, ampliam as relações sociais e, principalmente, estão sob o julgamento de outras crianças.

2.2 Implicações sociais, comportamentais e escolares, em indivíduos com malformações de orelha externa e/ou média

A aparência física, em especial a aparência facial, é um aspecto importante a ser considerado na interação humana, contribuindo, para a formação da opinião de uns sobre outros. A face humana representa significativo estímulo na interação social, sendo

frequentemente utilizada como uma forma primária de comunicação (COLARES; RICHMAN, 2002).

Segundo Omote (1986), na medida em que os deficientes são tratados como qualitativamente distintos de pessoas comuns, certamente são também tratados diversamente, podendo contribuir para acentuar ainda mais as diferenças em relação a elas. Pesquisas sobre percepção e relações interpessoais têm considerado a aparência física da pessoa como um determinante nos julgamentos que se fazem acerca dela e das relações que se mantêm com ela (OMOTE, 1999).

Para Omote (1992), a face ocupa um lugar de destaque no contexto social e cultural, além de ser um importante canal de comunicação, não somente pela fala, mas por ser a região mais expressiva do corpo. A aparência física de uma pessoa pode influenciar nas relações interpessoais, inclusive na formação de estereótipos, julgamentos, atribuições e preconceitos (FAURE; RIEFFE; MALTHA, 2002).

Em uma análise da produção bibliográfica de Sadao Omote, publicada em periódicos científicos, Piccolo, Moscardini e Costa (2010) apontam que, para o autor, os rostos constituem o elemento determinante da aparência física e, por isso, quando se investiga epistemologicamente a questão da atratividade física, a face assume primazia, em ordem de importância, sobre outras áreas corpóreas. A atratividade física facial é uma importante variável, que influencia a construção das mais diversas relações em sociedade, entre elas a avaliação da popularidade, quantidade de amizades, avaliação da competência social e acadêmica, interação do professor com os alunos, etc. O referido autor relata, em suas obras, o fenômeno da produção de estereótipos e de como eles interferem na conformação das relações sociais estabelecidas entre os seres humanos. Outros estudos realizados por Omote (1991, 1992) evidenciam que, normalmente, pessoas julgadas com alta atratividade facial tendem a ser percebidas como mais adequadas, competentes e a serem mais favorecidas que as de baixa atratividade facial. Shell e Woods (2003) concordam que pessoas que têm o físico atraente, aparentemente têm maior aceitação social e são mais desejadas como amigas, além de serem consideradas mais inteligentes e felizes.

No contexto de atratividade facial, segundo Silva (2005), pode-se pensar que uma face atrativa é aquela que chama a atenção do observador, por alguma característica nela existente. Dessa forma, segundo Enquist et al. (2002), atratividade não é uma propriedade da face em si, mas um subproduto do processo de seu reconhecimento, ou seja, variações dentro de um mesmo estímulo padrão.

Richman e Eliason (1993) entendem que crianças com aparência mais atrativa têm suas necessidades mais prontamente percebidas e atendidas favoravelmente pelo adulto. Verificou-se, também, haver relação entre o desempenho escolar e a aparência física de crianças portadoras de deficiências físicas visíveis. Assim, pode-se inferir que a deformidade facial venha a proporcionar dificuldade nas interações sociais.

A deformidade facial com potencial psicológico e social destrutivo causa impacto negativo, influenciando não somente na autoconfiança dos indivíduos, como também nos relacionamentos externos e resultando em desvantagens sociais e psicológicas (NICODEMO; PEREIRA; FERREIRA, 2007).

Com o objetivo de estudar a relação entre a atratividade facial e o prognóstico de um tipo de tratamento fonoaudiológico, em crianças deficientes, Omote (1997) realizou uma pesquisa com 50 universitários, que receberam fotografias de crianças com diferentes níveis de atratividade facial e a informação de que eram deficientes auditivas e que estavam recebendo tratamento especializado. Como resultado, foi observado que o prognóstico favorável ocorreu mais frequentemente para crianças atraentes do que para as não atraentes.

Em nossa sociedade, os grupos sociais determinam regras, ou seja, estabelecem as conhecidas expectativas normativas e quando um indivíduo não corresponde a tais expectativas, é considerado desviante, passando a ser tratado de modo diferenciado. De acordo com Goffman (1988), o indivíduo torna-se estigmatizado, desvalorizado e até mesmo excluído da sociedade.

No contexto da Educação Especial, a concepção de estigma diz respeito a marcas de descrédito social. Como as marcas sociais não são imediatamente perceptíveis, muitos recursos são utilizados para a identificação de pessoas em situação de descrédito social (OMOTE, 2009).

Segundo Magalhães e Dias (2005), a pessoa estigmatizada pode manipular, nos contatos sociais, as informações sobre o que é julgado “defeituoso” em seu comportamento, isto é, esconder o estigma. Inicia-se um jogo de “gato e rato”, porque o outro afirma que ele é “igual” a todos, mas o trata de forma que o leva a entender o contrário. Isso ocasiona comportamentos de “acobertamento” por parte da pessoa com deficiência, que tenta manipular informações, ocultando ou mostrando o que desacredita o seu eu.

Analisando as relações sociais, é relevante trazer a discussão de Goffman (1988) a respeito do “estigma de cortesia”, em que um indivíduo passa a ser tratado pela sociedade como estigmatizado, em função da relação estabelecida com uma pessoa com deficiência, o que irá permear toda a relação entre a pessoa com deficiência e a sem deficiência. Conforme

Saeta e Silva (2002), as inter-relações se consolidam com base nos fenômenos socioafetivointelectuais, sendo que as pessoas com deficiência e os grupos sociais em que estão inseridas, vivenciam, lado a lado, as consequências dessas interações.

As crianças com algum tipo de deficiência física ou deformidade fazem parte do grupo de possíveis vítimas do *bullying* escolar (DAVID, 2010). De acordo com Fante (2005), o *bullying* pode ser definido como o subconjunto de comportamentos agressivos que envolvem intimidações, insultos, assédios, exclusões e discriminações de todo gênero. São atitudes caracterizadas pela repetição e, devido ao desequilíbrio de poder e violência que geralmente acontecem sem motivo aparente, têm como finalidade maltratar, intimidar, provocar dor, angústia e sofrimento. Para Damke e Gonçalves (2008) essa problemática prejudica o desenvolvimento cognitivo, social e afetivo dos alunos que vivenciam o *bullying* no ambiente escolar. Complementando, Martins (2009) cita que cabe ao professor estabelecer limites para essas reações e buscar erradicá-las não pela imposição, mas por meio da conscientização e do esclarecimento aos alunos.

Truite, Oliveira e Motti (2009) objetivaram avaliar se a malformação de orelha externa interfere nos aspectos sociais do seu portador, utilizando uma amostra constituída por 31 sujeitos adultos. Os resultados mostraram que 90% deles manifestaram preocupação com a malformação. Do total de sujeitos, 25% relataram não aceitar sua aparência, enquanto 6% não aceitavam passivamente sua condição e ainda, 14% tentavam amenizá-la de modo indireto e alternativo, como, por exemplo, com o uso de chapéus, bonés e faixas de cabelo, visando proteger sua identidade e buscando igualar-se aos indivíduos aceitos pela sociedade. Houve também referência às dificuldades no relacionamento em ambiente escolar (7% dos sujeitos ainda estudavam). Os autores concluíram que o problema de malformação de orelha externa, seja uni ou bilateral, não repercute exclusivamente em limitações fonoaudiológicas, como diminuição da acuidade auditiva, localização sonora e dificuldade de compreensão da fala, estende-se a problemas educacionais e, com maior ênfase ao desenvolvimento psicossocial. A dificuldade de relacionamento com o sexo oposto, tanto afetivamente, como para construir amizades, foi o aspecto social mais evidente e conflituoso entre os sujeitos entrevistados.

Dada a escassez de literatura, o estudo citado anteriormente, embora tenha atingido adultos com malformação de orelhas, veio sinalizar os possíveis conflitos pessoais vivenciados por essa população, denotando a urgência de um trabalho preventivo na infância.

De acordo com Redondo e Carvalho (2000) a DA traz muitas limitações para o desenvolvimento do indivíduo, uma vez que a audição é essencial para a aquisição da linguagem falada e sua deficiência influi no relacionamento da mãe com o filho, além de criar

lacunas nos processos psicológicos de integração de experiências, afetando o equilíbrio e a capacidade normal de desenvolvimento da pessoa.

Costa, Costa Filho e Cardoso (2001) relatam que as crianças com DA condutiva apresentam longos períodos de privação sensorial, em decorrência de alterações da orelha média, podendo interferir na habilidade da atenção, influenciar negativamente nas estruturas e função do sistema auditivo central e acarretar efeitos adversos, que comprometem o desenvolvimento cognitivo e linguístico.

Jiamei et al (2008), em seu estudo, avaliaram o perfil psicológico e os fatores de risco em 410 pacientes com microtia, entre cinco e 37 anos, com média de idade de 12,2 anos. Foram usados o *Cheklis* (SCL-90), *Achenbach Child Behavior Cheklis* (CBCL) e entrevistas. Alguns resultados mostraram que a prevalência de depressão foi de 20,2% (83 pacientes); a prevalência de "sensibilidade interpessoal ou retraimento social" foi de 36,6% (150 pacientes) e a prevalência de "hostilidade ou agressão" foi de 26,3% (108 pacientes). Um aspecto importante relatado foi que 61,1%, ou seja, 245 pacientes admitiram que foram provocados por colegas, a respeito da microtia quando eram crianças. Para o indivíduo e seus familiares, a deformidade física da microtia tem um significativo impacto emocional, que foi observado pelos relatos de comportamento de esquivas. Os pais mencionaram que os filhos evitavam sair, praticar exercícios e até mesmo ir à escola. Quando as crianças questionavam sobre o tamanho da orelha e o porquê da diferença em relação aos outros, muitos pais não sabiam como explicar essa deformidade a elas. Nesse sentido, a família desempenha um papel importante na construção e fortalecimento da autoimagem, proporcionando uma vida normal e incentivando o envolvimento da criança com a sociedade. Este estudo demonstrou que, em 54,7% dos casos, os pais superprotegiam e compensavam seus filhos com cuidados especiais. Isso pode conduzir à perda de oportunidades de aprendizagem e interação social. As conclusões foram que pacientes com microtia apresentaram três importantes transtornos: de humor, incluindo depressão, dificuldade interpessoal/social e comportamentos de hostilidade e agressão. Alguns fatores de risco devem ser prevenidos e controlados, como provocação por parte de colegas, desarmonia familiar, impacto psicológico nos pais e superproteção familiar. Esses fatores podem ser amenizados com uma intervenção prévia pelos profissionais da Saúde e da Educação.

Para Tavano (2000), as pessoas encaram, as crianças zombam e os pais se sentem continuamente culpados e protetores. As crianças com fissura labiopalatinas enfrentam a necessidade constante de lidar com uma aparência que percebem como sendo diferente da dos seus pares. No caso deste estudo, mesmo em se tratando de malformação de orelha, o fato de

ter a aparência comprometida, ainda que em menor grau, gera os mesmos sentimentos nos pais e nos indivíduos. Complementando, Omote (1989) cita que a família precisa se ajustar às consequências psicossociais de possuir um membro estigmatizado, que é, frequentemente, abominado ou, no mínimo, desacreditado socialmente.

A reação e a atitude dos pais, as relações entre pais e filhos, as interações da criança, em seu ambiente imediato, incluindo irmãos, amigos, colegas, professores e parentes, têm sido vistas como importantes variáveis modeladoras do comportamento infantil (AMARAL, 1997). A família contribui com a base segura de estabilidade emocional e tem um papel de mediadora nas relações da criança com o mundo, buscando melhorar o desenvolvimento cognitivo infantil e inseri-la como ser ativo e participante. Nesse processo, a família é o principal sistema de suporte com que a criança com deficiência conta para enfrentar o desafio.

Dessen e Costa Junior (2005) ressaltam que os pais têm o papel de propiciar um ambiente familiar acolhedor, com padrão adequado de comunicação e organizar contextos favoráveis para o desenvolvimento da criança, além de estabelecer fatores de proteção diante de eventos ameaçadores a que usualmente ela está exposta.

Em estudo realizado por D'Avila-Bacarji, Marturano e Elias (2005), com 60 crianças de sete a 11 anos e suas famílias, sendo 30 com problemas escolares e outras 30 sem, os resultados mostraram que os pais das crianças com desempenho cognitivo e acadêmico mais baixo e com mais problemas de comportamento relataram menos suporte desenvolvimental (menor diversidade de atividades durante o tempo livre, de frequência de passeios, de diversidade de brinquedos e de livros), emocional (menor frequência de atividades realizadas entre pais e filhos, maiores frequência de problemas no relacionamento pais-criança, agressão, conflito, rejeição, indiferença, hostilidade) e problemas nas práticas educativas (práticas coercitivas, permissivas e inconsistentes).

No entanto, de acordo com Bolsoni-Silva e Marturano (2002), o ambiente familiar pode tanto favorecer comportamentos socialmente adequados, como promover o surgimento de comportamentos inadequados, pois, muitas vezes, os pais julgam que comportar-se adequadamente não passa de uma obrigação dos filhos e deixam de elogiar pequenas atitudes da vida cotidiana. Del Prette e Del Prette (2006) ainda ressaltam a importância do comportamento verbal, ao afirmarem que o papel dos pais, na aprendizagem interpessoal da criança, depende da forma como eles planejam e conduzem a educação dos filhos.

Dessa forma, segundo as autoras Bolsoni-Silva e Marturano (2002), práticas educativas e comportamento antissocial dos filhos estão interligados, já que muitos pais não contemplam comportamentos pró-sociais e punem comportamentos desviantes. Assim, as

práticas parentais positivas, entre elas a monitoria positiva e o comportamento moral, aumentam a probabilidade de a criança desenvolver relações sociais saudáveis no âmbito familiar e com seus pares (CIA; PAMPLIN; DEL PRETTE, 2006). Ao contrário, práticas parentais negativas, como disciplina inconsistente, pouco entendimento conjugal, pouca interação positiva, monitoramento e supervisão insuficientes e práticas parentais autoritárias, aumentam a probabilidade de problemas de comportamento (BOLSONI-SILVA; MARTURANO, 2004; BOLSONI-SILVA; SILVEIRA; MARTURANO, 2008).

Motti (2000), em seu trabalho com 50 famílias de crianças deficientes auditivas, atendidas periodicamente por uma equipe interdisciplinar, constatou que as orientações a respeito da conduta, em relação à criança e à vida pessoal e doméstica, foram tão importantes quanto as relacionadas ao diagnóstico e ao AASI. Relataram ainda melhora no comportamento comunicativo e redução de problemas de comportamento da mesma.

Para Del Prette e Del Prette (2005a), a aprendizagem de comportamentos sociais e de normas de convivência é iniciada na infância, primeiramente, com a família e, depois, em outros ambientes, como vizinhança e escola. Barreto (2007) ressalta que quando a criança ingressa na escola, ela encontra diferentes modelos e demandas e que, no contexto da educação inclusiva, a escola e os educadores assumem papel fundamental no desenvolvimento social e acadêmico de seus alunos.

Marturano, Trivellato-Ferreira e Gardinal (2009) concordam que o ingresso no ensino fundamental traz à criança novas demandas, tais como aprender a lidar com um novo ambiente, relacionar-se com adultos ainda desconhecidos, ter a aceitação em novos grupos e enfrentar demandas acadêmicas mais desafiadoras.

Nessa perspectiva, além da família, a escola ocupa papel central na formação do indivíduo. Cabe à escola o papel de promover experiências e conhecimentos que possibilitem o convívio a inserção de pessoas no contexto educativo formal. Para que isso ocorra, é necessária a parceria entre pais e professores, no sentido de participarem coletivamente da inclusão do aluno com deficiência, na escola.

Assim, a escola exerce uma das influências mais significativas sobre o comportamento infantil e contribui de diversos modos para a formação do indivíduo, por meio de desenvolvimento de comportamentos, habilidades e valores (PINHEIRO et al., 2006).

A escola é um importante espaço de formação da personalidade e do comportamento das crianças, onde elas devem se ajustar socialmente e ampliar sua rede de relações interpessoais (GESELL, 1998). Ainda, para Marturano e Loureiro (2003, p.262), a escola

“funciona como um marco de inserção que reproduz e atualiza o contexto sociocultural mais amplo, explicitando papéis sociais e exigências formais de aprendizagem... colocando [as crianças] em contato com novas oportunidades e proporcionando-lhes uma ampliação do universo de interação com adultos e crianças”.

É durante a fase de escolarização que as interações sociais da criança passam a se tornar cada vez mais intensificadas. A entrada e o percurso no contexto escolar constituem um acúmulo de ricas e proveitosas experiências para a criança, pois a escola se configura como um microcosmo da sociedade (COLL; PALACIOS; MARCHESI, 1995).

Segundo Amaral (1997), para a criança portadora de deformidade facial, a escola é a primeira e mais importante experiência sistemática fora do ambiente do lar. A escola é o palco onde a criança com malformação terá de enfrentar novos relacionamentos, será olhada, julgada e avaliada e sua aparência física será uma variável importante nesses julgamentos. O convívio social é considerado importante e o convívio com os diferentes, ainda mais. Supõe-se que, dessa maneira, as crianças são preparadas para a vida social, numa coletividade constituída por pessoas com infinitas características e profundas desigualdades sociais.

A aprendizagem de um convívio produtivo, nessa diversidade, é essencial para a formação de novas gerações mais bem qualificadas para a promoção de equidade e justiça social. Fundamenta-se aí a defesa do convívio entre os diferentes, incluindo aqueles que possuem limitações expressivas, decorrentes de alterações constitucionais e determinadas por patologias ou traumas e acidentes (OMOTE, 2006).

Segundo Molina e Del Prette (2006), a escola e a sala de aula propiciam um ambiente rico em interações sociais educativas, mas usualmente são pouco exploradas para a aprendizagem e o desempenho do aluno.

Dessa maneira, as experiências escolares tanto podem promover competências associadas à aprendizagem, à motivação para a realização de diferentes atividades, ao funcionamento emocional e relacionamentos sociais, quanto podem, em algumas instâncias, potencializar as dificuldades escolares, favorecendo a instalação de um padrão desordenado de adaptação (DOMINGUES, 2007).

2.3 Considerações sobre habilidades sociais, desempenho escolar, comportamento na infância e suas relações

Entre as principais tarefas de desenvolvimento que se apresentam como desafios a serem enfrentados pelo escolar, é possível citar o desempenho acadêmico, o ajustamento ao ambiente escolar, a capacidade de se dar bem com os companheiros e a adesão às regras da sociedade para comportamento moral e conduta pró-social (MASTEN; COASTWORTH, 1998).

A limitação na comunicação é uma das consequências da malformação de orelha; as crianças podem somar esses aspectos, agravados em suas vidas, aos estéticos, relacionados à aparência de sua orelha, levando à autoestima rebaixada e influências negativas em seu relacionamento social. Sousa et al. (1996) destacam que qualquer grau de privação da audição na infância acarreta sérios prejuízos na aquisição da fala e da linguagem, afetando o aprendizado e o desenvolvimento socioemocional da criança.

Habilidades sociais são “comportamentos aprendidos e socialmente aceitáveis que permitem ao indivíduo interagir efetivamente com os outros e evitar ou fugir de comportamentos não aceitáveis, que resultem em interações sociais negativas” (GRESHAM, 2009, p.19). A terminologia habilidades sociais tem sido definida como a atuação do indivíduo diante de uma situação interpessoal (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999).

De acordo com vários autores, a aprendizagem das habilidades sociais se inicia na infância, primeiramente com a família, que, constitui a base da estimulação inicial dos padrões de relacionamento e competência social e, posteriormente, em outros contextos, como escola e comunidade (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999; BOLSONI-SILVA; MARTURANO, 2002; GOMIDE, 2003).

Del Prette e Del Prette (2009) detalham o conjunto de habilidades sociais educativas do desempenho dos pais em relação aos filhos: (1) transmitir ou expor conteúdos; (2) mediar interações; (3) apresentar atividades; (4) discriminar situações potencialmente educativas; (5) estabelecer limites e disciplinas; (6) gerar reciprocidade positiva e (7) promover a avaliação e a autoavaliação.

Para Caballo (1986), o comportamento socialmente habilidoso ou mais adequado refere-se à expressão, pelo indivíduo, de atitudes, sentimentos (positivos e negativos), opiniões e desejos, respeitando a si próprio e aos outros, com resolução dos problemas imediatos e diminuição da probabilidade de problemas futuros. Para Del Prette e Del Prette

(1998), o conceito caracteriza-se pela generalidade, compreendendo quaisquer esforços educativos voltados para a socialização.

Para este trabalho, optou-se por uma definição funcional das habilidades sociais, como a utilizada por Gresham (2009), que define habilidades sociais como comportamentos verbais e não-verbais que irão contribuir para uma relação social satisfatória, já que esses comportamentos são concorrentes com os comportamentos disfuncionais.

Cabe explicitar a diferenciação entre desempenho social, habilidades sociais e competência social, segundo a visão de Del Prette e Del Prette (2002a, p.31)

“O desempenho social refere-se à emissão de um comportamento ou sequência de comportamentos em uma situação social qualquer. Já o termo habilidades sociais refere-se à existência de diferentes classes de comportamentos sociais no repertório do indivíduo para lidar de maneira adequada com as demandas das situações interpessoais. A competência social tem um sentido avaliativo que remete aos efeitos do desempenho social nas situações vividas pelo indivíduo”.

Os quesitos necessários a uma relação interpessoal bem sucedida, conforme parâmetros típicos de cada contexto e cultura, podem incluir comportamentos de iniciar, manter e finalizar conversas; pedir ajuda; fazer e responder perguntas; fazer e recusar pedidos; defender-se; expressar sentimentos de agrado e desagrado; pedir mudança no comportamento do outro; lidar com críticas e elogios; admitir erro, pedir desculpas e escutar empaticamente (FALCONE, 1998).

Além do conteúdo da fala, são igualmente relevantes, na determinação das habilidades sociais, outros aspectos concomitantes ao falar, do tipo não verbal (postura e contato visual), cognitivo-afetivo (autoeficácia e leitura do ambiente), fisiológicos (respiração e taxa cardíaca), aparência pessoal e atratividade física (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999).

Com base na literatura, é possível estabelecer a dimensão pessoal das habilidades sociais, que apresenta três classes mais amplas de componentes: os comportamentais, os cognitivo-afetivos e os fisiológicos, além de uma classe adicional de outros componentes (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999).

As interações sociais satisfatórias da criança, com colegas e professores, requerem um repertório adequado de habilidades sociais, ou seja, de diferentes classes de comportamentos sociais, para lidar, de maneira adequada, com a demanda das situações interpessoais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001).

DEL PRETTE; DEL PRETTE (2002a, 2002b) elencam um conjunto de habilidades sociais: 1) habilidades sociais de comunicação (fazer e responder perguntas, gratificar e elogiar; pedir e dar *feedback* nas relações sociais, iniciar, manter e encerrar conversação); 2) habilidades sociais de civilidade (dizer “por favor”, agradecer, apresentar-se, cumprimentar e despedir-se); 3) habilidades sociais assertivas de enfrentamento (manifestar opinião, concordar, discordar; fazer, aceitar e recusar pedidos, desculpar-se, admitir falhas, estabelecer relacionamento afetivo/sexual, encerrar relacionamento, expressar raiva, pedir mudança de comportamento, interagir com autoridades e lidar com críticas); 4) habilidades sociais empáticas (refletir sentimentos e expressar apoio); 5) habilidades sociais de trabalho e educativas (coordenar grupo, falar em público, resolver problemas, tomar decisões e mediar conflitos) e 6) habilidades sociais de expressão de sentimento positivo (fazer amizade, expressar solidariedade e cultivar o amor). Esse conjunto engloba os componentes comportamentais, cognitivoafetivos e fisiológicos.

É importante ressaltar que, embora a construção de um repertório socialmente habilidoso possa ocorrer, com interações em contextos naturais sem treinamento formal, como no relacionamento entre pais e filhos, irmãos, colegas de escola, amigos e cônjuges, falhas comumente ocorrem nesse processo de aprendizagem, ocasionando déficits relevantes em habilidades sociais. Há evidências crescentes de que déficits nessas habilidades estão correlacionados ao fraco desempenho acadêmico, delinquência, abuso de drogas, crises conjugais e desordens emocionais variadas, como transtornos de ansiedade (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001).

A investigação sobre os diversos componentes das habilidades sociais e sobre seus significados e papéis nas relações sociais tem constituído um empreendimento complexo. As interações sociais satisfatórias da criança, com colegas e professores, requerem um repertório adequado de habilidades sociais, ou seja, de diferentes classes de comportamentos sociais, para lidar, de maneira adequada, com as demandas das situações interpessoais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001). Considerando os principais problemas interpessoais das crianças, Del Prette e Del Prette (2005a) propõem um sistema de sete classes de habilidades sociais: autocontrole e expressividade emocional, civilidade, empatia, assertividade, fazer amizades e solução de problemas interpessoais.

A preocupação de pais, profissionais da saúde e da educação com a competência social da criança é amplamente justificável, quando o principal objetivo é a promoção da qualidade de vida, assim como a prevenção de problemas na infância e adolescência (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005a).

Os déficits em habilidades sociais podem ser identificados em três tipos: déficit de aquisição, quando a habilidade não ocorre; déficit de desempenho, quando a habilidade é apresentada com uma frequência inferior à esperada e déficit de fluência, quando a habilidade é apresentada com proficiência inferior à esperada. Existem alguns fatores pessoais e ambientais que estão relacionados aos déficits de habilidades sociais da criança: falta de conhecimento, restrição de oportunidade e modelo, problemas de comportamento, ausência de *feedback*, falhas de reforçamento, ansiedade interpessoal excessiva e dificuldade de discriminação e processamento (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005a).

A literatura aponta que a agravante adicional para os déficits de habilidades sociais, é que estes estão associados a diferentes tipos de problemas de comportamento, o que compromete a adaptação e o rendimento acadêmico na escola (ROSIN-PINOLA; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2007). A ocorrência de comportamentos problemáticos em crianças tende a variar em função do repertório de suas habilidades sociais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2003b). Déficits em habilidades de comunicação, na interação interpessoal com colegas e adultos, têm sido observados em crianças com comportamentos problemáticos, em particular nas condutas coercitivas, o que pode conduzir a uma rejeição pelo grupo de pares, resultando em risco de desenvolvimento futuro de relacionamentos interpessoais pobres (MARINHO, 2003).

Crianças com características interpessoais positivas, entre elas as habilidades sociais, têm maior probabilidade de uma trajetória desenvolvimental satisfatória, enquanto que a ausência dessas características é tida como fator de risco, podendo levá-las a apresentar dificuldades de aprendizagem, problemas comportamentais ou emocionais (CIA; PAMPLIN; DEL PRETTE, 2006).

Bolsoni-Silva (2002) identificou que a aprendizagem de diversas habilidades sociais pode contribuir para a redução do surgimento de problemas de comportamento. No entanto, segundo os autores Del Prette e Del Prette (2005a), as habilidades de comunicação, expressividade e desenvoltura nas interações sociais podem se converter em amizade, respeito, *status* no grupo ou, de maneira geral, em convivência cotidiana mais agradável.

Estudos indicam que a competência social na infância apresenta correlação positiva, com vários indicadores de funcionamento adaptativo (no sentido de independência pessoal e responsabilidade social), como rendimento acadêmico, responsabilidade, independência e cooperação.

É importante destacar que a competência social na infância aumenta a capacidade da criança para lidar com situações adversas e estressantes. Essa capacidade se expressa em

maior senso de humor, empatia, habilidades de comunicação, de resolução de problemas, autonomia e comportamentos direcionados a metas previamente estabelecidas. Assim, as habilidades sociais, nas crianças e nos adolescentes, facilitam a iniciação e manutenção de relações sociais positivas, contribuem para a aceitação de colegas e resultam em ajustamento escolar satisfatório (GRESHAM, 2009).

A ocorrência de problemas de comportamento entre crianças, nos primeiros anos de vida, é considerada comum, pela dificuldade em manifestar contrariedade, desejos e insatisfações (via linguagem), mas no decorrer do desenvolvimento há uma tendência de decréscimo na frequência de tais comportamentos, por meio da aprendizagem de formas mais adaptadas de expressão de sentimentos negativos (TREMBLAY, 2000).

Em seu estudo, Bolsoni-Silva (2003, p.9) diz “entende-se como indicadores de problemas de comportamento, *déficits* ou excessos comportamentais que prejudicam a interação de crianças com pares e adultos de sua convivência”. Para Bolsoni-Silva e Del Prette (2003), o diagnóstico dos problemas de comportamento baseia-se no padrão repetitivo e persistente de alguns comportamentos que prejudicam outras pessoas e não respeitam normas sociais.

Achenbach e Edelbrock (1979) consideram importante avaliar a topografia de respostas e propõem a classificação dos comportamentos-problema em externalizantes e internalizantes. São exemplos de comportamentos internalizantes: tristeza, timidez, medo, ansiedade e depressão e de comportamentos externalizantes: impulsividade, desobediência, agressividade, teimosia, crueldade, acessos de raiva e hiperatividade. Complementando, Del Prette e Del Prette (2005a) definem que os problemas de comportamento internalizantes se expressam predominantemente em relação ao próprio indivíduo e que os problemas de comportamento externalizantes são os que interferem no ambiente e envolvem reações negativas em relação a outras pessoas.

De acordo com Bandeira et al. (2006b), de modo geral, na base dos comportamentos problemáticos, tanto internalizantes como externalizantes, podem ser identificados *déficits* no repertório de habilidades sociais e baixa competência social.

As dificuldades interpessoais, caracterizadas por esses problemas de comportamento, podem conduzir a consequências desfavoráveis para o desenvolvimento saudável. Assim, é importante buscar a prevenção desses problemas na infância, por meio de investimentos na promoção da saúde e bem-estar, utilizando estratégias educativas e terapêuticas (FEITOSA, 2008).

Na literatura da área também são apresentadas relações entre comportamentos problemáticos e dificuldades de aprendizagem (BANDEIRA et al., 2006b). As associações entre distúrbios de comportamento e problemas de aprendizagem têm sido encontradas em vários estudos, sendo que alguns autores como, Santos e Graminha (2006), apresentam as dificuldades de comportamento como sendo um fator de risco para o baixo desempenho acadêmico e consideram que os problemas na aprendizagem escolar podem facilitar o desenvolvimento de distúrbios graves. Segundo os autores, as dificuldades comportamentais e emocionais influenciam nos problemas acadêmicos e estes afetam os sentimentos e comportamentos da criança, podendo essas dificuldades se expressarem tanto de forma internalizada quanto externalizada (SANTOS; GRAMINHA, 2006). Marturano e Loureiro (2003) encontraram, nas crianças atendidas por motivo de queixas escolares, alta prevalência de comportamentos problemáticos. Cerca de 40% delas apresentavam comportamentos problemáticos externalizantes e elevada porcentagem de sintomas emocionais internalizantes.

Uma vertente postula que a ocorrência de comportamentos problemáticos pode levar a criança a apresentar problemas de aprendizagem, devido a dificuldades na memória, na atenção e no humor. Uma segunda vertente postula que as crianças demonstram, inicialmente, dificuldades de aprendizagem, que contribuem para a ocorrência posterior de problemas de comportamento. A criança que apresenta dificuldades de aprendizagem atribui a causa de seu fracasso a si mesma ou a outras pessoas, como pais, professores, e outros (BANDEIRA et al., 2006b). No primeiro caso, ela tende a apresentar comportamentos problemáticos internalizantes e no segundo, comportamentos problemáticos externalizantes (MARTURANO; LOUREIRO, 2003).

Pesquisas nacionais, que encontraram relação entre a ocorrência de comportamentos problemáticos e o desempenho acadêmico, verificaram que crianças com dificuldade de aprendizagem apresentavam mais comportamentos problemáticos e maior grau de inadaptação social (BANDEIRA et al., 2006b). No estudo de Marturano, Magna e Murtha (1993), foi realizada uma caracterização das dificuldades escolares em crianças por um serviço de psicopedagogia de um hospital-escola. Foram encontrados resultados significativos na associação entre dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento, que em alguns casos estavam diretamente ligados às habilidades sociais.

De acordo com Bandeira et al. (2006a), as habilidades sociais possuíam relações positivas com a competência acadêmica global. A importância das habilidades sociais vem sendo reconhecida como um componente crucial para a aprendizagem e sucesso escolar, bem como para o desenvolvimento socioemocional e ajustamento na escola (ROSIN-PINOLA;

DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2007). Del Prette e Del Prette (1999; 2001; 2003b) expõem duas possíveis explicações para a associação entre déficits de habilidades sociais e dificuldades de aprendizagem: os déficits no repertório de habilidades sociais levam a dificuldades de aprendizagem porque prejudicam a qualidade da relação com colegas de classe e professores, reduzindo o acesso à informação e à construção social de conhecimentos. Já as dificuldades de aprendizagem e a baixa competência social geram percepções e emoções negativas no aluno, que, por sua vez, afetam a motivação para o envolvimento na tarefa e funções cognitivas importantes para a apreensão dos conteúdos e a construção social de conhecimentos.

Reconhecendo a importância do estabelecimento e da manutenção de interações sociais entre alunos e seu meio e, entre aluno e professor como base para o processo de ensino-aprendizagem, Molina (2007) elaborou e aplicou um programa de treinamento em habilidades sociais do professor e avaliou os possíveis efeitos desse programa sobre o repertório acadêmico e social dos alunos, em dois grupos de professores: grupo de intervenção (SA1) e dois grupos-controle (SA2 e SR). Segundo a autora, os resultados pós-intervenção mostraram que o professor tem dificuldades em identificar e avaliar suas estratégias de promoção de relações interpessoais e redução de comportamentos inadequados em sala de aula.

No julgamento de professoras, as crianças com dificuldades de aprendizagem tendem a aparecer com déficits em diferentes habilidades sociais requeridas na interação com colegas, como, por exemplo, saber abordar um grupo formado, pedir desculpas, mediar conflitos e propor brincadeiras (FEITOSA, 2003). Essas crianças são consideradas pelas mães como mais agressivas e provocativas nas suas relações com colegas (MARTURANO et al., 1997). Além disso, as crianças com dificuldades escolares se percebem com menor habilidade para aprender e com mais dificuldades de comportamento para ajustar-se às demandas do meio (OKANO et al., 2004). Há de se considerar a citação de López (2004, p. 114): “as avaliações que pais e professores fazem dos supostos problemas (emocionais e comportamentais) dos filhos e alunos têm um baixo grau de concordância”.

Del Prette e Del Prette (2003a) partem de um ponto de vista funcional para definir as dificuldades de aprendizagem, afirmando que essas são resultado de diferentes fatores, sendo que as condições ambientais interferem diretamente no desempenho acadêmico dos alunos.

Conduzindo uma pesquisa com 26 crianças sem dificuldade de aprendizagem e 21 crianças com dificuldade de aprendizagem, entre sete e oito anos de idade, Feitosa (2003) constatou, por meio de avaliações de professoras, que o segundo grupo tendia a apresentar,

com menor frequência, em sala de aula, habilidades como “pedir ajuda ao professor ou colega quando não sabe fazer a lição”, “fazer perguntas para esclarecer dúvidas” e “ignorar distrações para prestar atenção na explicação da professora”. A emissão mais frequente de tais comportamentos socialmente habilidosos pareceu, dessa forma, ter favorecido a aquisição de um bom desempenho acadêmico por parte dos alunos sem dificuldade de aprendizagem do referido estudo.

Em pesquisa com 16 alunos com dificuldade na aprendizagem da leitura e nove em escrita, sendo seis meninas e 10 meninos, entre sete e 13 anos, que receberam assistência para o desenvolvimento de habilidades sociais, Molina (2003) encontrou que os ganhos no repertório social desses alunos foram acompanhados de ganhos acadêmicos. Apesar do pequeno número de participantes, a autora defende que os resultados favorecem a idéia de relação funcional entre habilidades sociais e desempenho acadêmico.

Bandeira et al. (2006a) avaliaram as habilidades sociais e o desempenho acadêmico de crianças de 1ª a 4ª séries e os resultados mostraram que os melhores alunos, de acordo com a avaliação dos pais e professores, tiveram escores de habilidades sociais mais elaborados do que os piores alunos nos desempenhos de matemática e leitura, segundo a classificação dos professores, enquanto que os alunos com maior pontuação em estímulo dos pais e motivação geral para o êxito acadêmico, bem como em funcionamento intelectual, apresentaram escores significativamente mais elevados de habilidades sociais, em comparação com os piores alunos classificados nessas mesmas variáveis.

Pelo exposto, as habilidades sociais, problemas de comportamento e desempenho acadêmico estão diretamente ligados, considerando o repertório comportamental de escolares.

Amaral, Bravo e Messias (1996) estudaram cinco adolescentes, em tratamento no Instituto de Cirurgia Plástica Craniofacial (SOBRAPAR), com idades de 12 a 15 anos, portadores de deformidades faciais congênitas ou adquiridas, com o objetivo de analisar as dificuldades nas habilidades sociais e promover treinamento em algumas delas. Foi aplicado o Inventário de Habilidades Sociais (INDERBITZEN; FOSTER, 1992), com objetivo de investigar a presença ou não de comportamentos sociais, de acordo com a autoavaliação do sujeito. Após o pré-teste, foram realizadas oito sessões de grupo, que envolveram dinâmicas de grupo, com ênfase em habilidades sociais. Os dados apontaram melhora no comportamento social dos adolescentes, principalmente nos que tiveram índices negativos no pré-teste, como nos quesitos de solicitar ajuda de professores, defender seus direitos e conversar com pessoas do sexo oposto. Os resultados apontam que o grupo foi um bom veículo de suporte, quando problemas de relacionamento foram relatados. Vale ressaltar que um dos adolescentes que

apresentava deformidade de orelha apontou alguns problemas na escola, tanto na área acadêmica, como na área de relacionamento, optando por permanecer na sala de aula durante o intervalo. Após a intervenção, esse adolescente melhorou no aspecto relacionado a solicitar a atenção da professora, no contato social com adultos e no aumento gradativo das participações espontâneas e com colegas de grupo. Uma variável a ser considerada, em relação à melhora desse adolescente, foi o fato de estar em pleno processo de reabilitação.

2.4 Formas de avaliação das habilidades sociais, desempenho escolar e comportamento

A avaliação do repertório social deve ser baseada em vários indicadores dos desempenhos manifesto (observável) e encoberto (relato de pensamentos, sentimentos, crenças), que ocorrem nas relações interpessoais. Entre os principais indicadores estão as frequência de habilidades específicas, forma como a criança apresenta determinados desempenhos, funcionalidade do desempenho, em termos de adequação à ocasião e das consequências obtidas, dificuldade atribuída ao desempenho de habilidades específicas, *status* sócio-métrico, rendimento acadêmico, importância atribuída para o desempenho, pensamentos, atribuições e objetivos nas interações que caracterizam a compreensão social, medidas fisiológicas de ansiedade, desconforto e medo. Tais indicadores podem ser articulados para produzir informações adicionais importantes na avaliação (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005a).

É necessário que a avaliação forneça subsídios para a análise dos déficits, quando a criança não emite o comportamento requerido, quando não atinge os objetivos esperados, ou quando apresenta excessos comportamentais (o comportamento ultrapassa o que é requerido para uma situação). Os recursos comportamentais apresentados pela criança podem servir de base para a ampliação do repertório de habilidades sociais ou para a generalização de desempenhos específicos (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999).

A avaliação das habilidades sociais apresenta diferentes objetivos, como desenvolver instrumentos e procedimentos válidos e precisos; caracterizar e comparar amostras ou populações, estabelecer normas e referências psicométricas, efetuar diagnóstico diferencial e funcional; identificar variáveis relacionadas a déficits e recursos de habilidades sociais; identificar necessidades de intervenção e analisar a efetividade de intervenções. A avaliação deve estar focada nos diferentes indicadores e variáveis: as relevantes, que englobam os recursos e déficits de habilidades sociais, as variáveis situacionais, pessoais e as variáveis sociodemográficas (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2009).

Existe um amplo conjunto de técnicas de avaliação, sendo que a escolha dessas técnicas depende do tamanho da amostra, unidade de análise, fonte de informação, situação de coleta de dados e questões éticas (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999). As avaliações podem ser realizadas de forma direta, como a observação por outros, em situação natural e estruturada, auto-observação e autorregistros fisiológicos. Já a forma indireta engloba a avaliação por relatos de outros, por meio de entrevistas, inventários, *checklist*, sociogramas, autorrelato, entrevistas, inventários, escalas e testes lápis-papel (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2009).

Minayo (1994) ressalta que a entrevista privilegia a obtenção de informações por meio da fala individual, que revela condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e transmite, por meio de um porta-voz, representações de determinados grupos.

Já o questionário é definido por Yaremko et al. (1986, p.186) como “um conjunto de perguntas sobre um determinado tópico que não testa a habilidade do respondente, mas mede sua opinião, interesses, aspectos de personalidade e informação biográfica”.

Segundo Gil (2006), o questionário apresenta uma série de vantagens: (1) possibilita atingir grande número de pessoas, mesmo que elas estejam dispersas, numa área geográfica muito extensa, já que o questionário pode ser enviado pelo correio; (2) implica em menores gastos com o pessoal, pois o questionário não exige treinamento dos pesquisadores; (3) garante o anonimato das respostas; (4) permite que as pessoas o respondam no momento mais conveniente e (5) não expõe os pesquisados à influência das opiniões e do aspecto pessoal do entrevistador.

Del Prette e Del Prette (2009) afirmam que a avaliação multimodal, aquela que utiliza diferentes instrumentos, contextos e informantes, é a estratégia mais indicada, porque oferece resultados mais acurados e válidos, e por suprir as limitações inerentes a cada um dos recursos de avaliação, que podem ser de forma direta (observações) e/ou indireta (questionários, inventários, escalas, testes e entrevistas). Para avaliação de crianças, está disponível, no Brasil, o Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC), que já foi utilizado para avaliar habilidades sociais de crianças com dificuldade de aprendizagem (MOLINA; DEL PRETTE, 2006) e com dificuldade de aprendizagem mais problema de comportamento (BARRETO, 2007).

O Sistema de Avaliação de Habilidades Sociais (SSRS-BR), na versão criança, pais e professores, foi utilizado para verificar as habilidades sociais de crianças com deficiência intelectual, alto e baixo desempenho acadêmico (ROSIN-PINOLA; DEL PRETTE ; DEL PRETTE, 2007), dificuldade de aprendizagem e problemas de comportamento (BARRETO,

2007), deficiência auditiva (MAGALHÃES, 2008), deficiência visual (FERREIRA; DEL PRETTE; LOPES, 2009), com baixo e alto desempenho acadêmico (FUMO, 2009) e distúrbio de linguagem (CARLINO, 2010).

Estudo realizado por Barreto (2007), com o objetivo de caracterizar o repertório de habilidades sociais de crianças que apresentam concomitantemente dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento, utilizou o IMHSC-Del Prette-Del Prette (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005b). Esse estudo foi desenvolvido com 50 crianças, na faixa etária de nove a 12 anos e seus respectivos professores. Os resultados, segundo a autora, indicaram que professores e alunos consideram as reações habilidosas mais adequadas que as reações não-habilidosas passivas, que, por sua vez, são seguidas por reações não-habilidosas ativas, levando a concluir que crianças e professores apresentam compreensão social de que as reações habilidosas são formas mais desejáveis de interação social que reações não-habilidosas ativas e passivas, em todos os itens analisados.

Os recursos e procedimentos para observação direta também têm sido muito utilizados na avaliação das habilidades sociais, por permitirem a avaliação combinada dos componentes verbais e não verbais e paralinguísticos, além de outras variáveis da situação onde o desempenho ocorre (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2009).

Outro recurso são os cenários comportamentais, ou seja, situações estruturadas de desempenho, com base em estímulos e questões padronizadas, que estabelecem demandas para respostas sociais. Esse recurso foi utilizado para avaliar habilidades sociais de crianças com deficiência intelectual (AGUIAR, 2006), crianças com dificuldade de aprendizagem (LOPES, 2009) e crianças com distúrbio de linguagem (CARLINO, 2010).

As intervenções em Treinamento de Habilidades Sociais (THS), em geral, apresentam-se como uma ferramenta muito útil para a perspectiva da análise do comportamento, promovendo a descrição do repertório comportamental social de indivíduo(s), bem como suas consequências, possibilitando a utilização de procedimentos com objetivos específicos, principalmente para o trabalho em grupo, no estabelecimento de habilidades deficitárias, identificadas em seu repertório comportamental (BOLSONI-SILVA, 2002).

Para avaliação dos problemas de comportamento também existem instrumentos padronizados. Um deles, muito utilizado, é a Lista de Verificação Comportamental para Crianças e Adolescentes (CBCL): Trata-se de um questionário de avaliação comportamental, de utilização internacional, validado no Brasil por Bordin, Mart e Caeiro (1995). Foi elaborado por Achenbach (1991) e tem como objetivos avaliar a competência social e os

problemas de comportamento de crianças e adolescentes. As informações desses questionários são fornecidas pelo responsável.

D'Avila-Bacarji, Marturano e Elias (2005), em um estudo com 60 crianças, com idades entre sete e 11 anos, compararam crianças com bom desempenho escolar com dois outros grupos de crianças com pobre desempenho escolar, um deles submetido a atendimento por queixas escolares e o outro não. Verificou-se que as crianças com baixo desempenho acadêmico, por queixas escolares, apresentaram mais comportamentos problemáticos externalizantes e internalizantes (medidos pela escala CBCL) do que as crianças com bom desempenho acadêmico e, também, apresentaram mais problemas de comportamento (problemas de atenção) do que as crianças com baixo desempenho acadêmico, mas que não haviam sido referidas (BANDEIRA et al., 2006b). Da mesma forma, Melo (2003) utilizou a CBCL para avaliar o comportamento de crianças com dificuldades na interação em ambiente escolar.

Está disponível, no Brasil, o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ), versão brasileira do *Strengths and Difficulties Questionnaire*. A versão original do SDQ possui propriedades psicométricas adequadas e comparáveis às do CBCL e tem a vantagem de ser composta por apenas 20 questões, sendo de fácil aplicação e dirigida para a avaliação da população geral. No caso do SDQ, diferentemente do CBCL, as áreas examinadas foram definidas conceitualmente, com base no DSM-IV e a testagem empírica foi conduzida posteriormente (DUARTE; BORDIN, 2000).

O questionário SDQ é relativamente recente (1997), mas foi comparado com questionários tradicionais, como por exemplo, a CBCL, mostrando-se equivalente e com algumas vantagens, sendo que a principal é a melhor aceitação por parte dos respondedores, por ser mais curto e ter o foco também em capacidades e não apenas em dificuldades.

Quanto à validação cultural, aplicou-se, em um estudo, o questionário SDQ, em 898 crianças e adolescentes brasileiros, entre sete e 14 anos. Realizada avaliação psiquiátrica foi identificado distúrbio psiquiátrico em 23 das 41 crianças com escores alterados e em seis das 40 com escores na faixa normal ($p < 0,001$), sugerindo que o SDQ é um instrumento adequado para a triagem de transtornos psicológicos no nosso meio (FLEITLICH; GOODMAN, 2001).

Estudo realizado por Saud e Tonelloto (2005) teve como objetivo avaliar o comportamento social em um grupo de escolares e verificar as diferenças entre eles, por meio do SDQ. Participaram do estudo 41 escolares, com idade média de nove anos e seis meses, cursando as 3ª e 4ª séries do ensino fundamental, de uma escola da rede particular de ensino.

Segundo as autoras, os resultados demonstraram que, para comportamento pró-social, não foram observadas diferenças quanto ao gênero. Com relação às médias obtidas em dificuldades sociais, de acordo com a série, foram encontradas diferenças em problemas de conduta, problemas de relacionamento com colegas na classificação total de dificuldades. Para comportamento pró-social, foram observadas diferenças com relação à série, sendo que os escolares da 3ª série se autoavaliaram como mais “hábeis socialmente”, em comparação aos da 4ª série.

Stivanin, Scheuer e Assumpção Jr. (2008) realizaram um estudo com o objetivo de verificar características comportamentais de 74 crianças, com desenvolvimento típico de Leitura, que cursavam as 2ª, 3ª e 4ª séries, em uma escola pública de São Paulo, utilizando o SDQ. As crianças não apresentavam alterações no desenvolvimento geral, na linguagem e nem problemas escolares. Pais e professores responderam o questionário. As respostas ao SDQ diferiram entre pais e professores e de acordo com o gênero e o ano escolar das crianças. Segundo os autores, essas diferenças podem refletir mudanças comportamentais e de comunicação, como consequência de situações vivenciadas no período de desenvolvimento no qual se encontram.

No estudo de Costa (2010), foi utilizado o SDQ, SSRS-BR para recrutar crianças para um programa de treinamento em que os instrumentos foram eficazes para detectar problemas de comportamento. O SDQ é um questionário que rastreia problemas de saúde mental infantil e cujas vantagens, em sua utilização, foram evidenciadas em relação à formatação mais compacta: maior focalização das capacidades e dificuldades, melhores informações sobre dificuldades de atenção/hiperatividade, relação com colegas e comportamento pró-social (FLEITLICH; CORTAZAR; GOODMAN, 2000).

Cia e Barham (2009) realizaram um estudo com 97 pais, 99 crianças (primeira e segunda séries) e 20 professoras, com o objetivo de relacionar o desenvolvimento socioemocional (repertório de habilidades sociais, problemas de comportamento, autoconceito) e o desempenho acadêmico de crianças. A coleta de dados ocorreu em duas escolas municipais e as autoras avaliaram o repertório de habilidades sociais, enquanto os problemas de comportamento das crianças foram avaliados pelos pais, professoras e crianças, por meio da *Social Skills Rating Scale* (SSRS). O autoconceito das crianças foi avaliado com o *Self-discription Questionnaire 1* (SDQ1) e o desempenho acadêmico foi avaliado pelas professoras, com base na SSRS e, posteriormente, junto às crianças, usando o TDE. Como resultado, as autoras verificaram que o repertório de habilidades sociais, o autoconceito e o desempenho acadêmico das crianças estavam positivamente correlacionados

entre si. Em contrapartida, quanto maiores os problemas de comportamento apresentados pelas crianças, menor o desempenho acadêmico, o autoconceito e o repertório de habilidades sociais.

Para avaliar o desempenho acadêmico é possível encontrar instrumentos específicos, embora em menor proporção que os instrumentos que avaliam habilidades sociais e problemas de comportamento. Um instrumento muito utilizado nas pesquisas de competências acadêmicas é o Teste do Desempenho Escolar (TDE), que avalia habilidades de leitura e escrita. Diversos autores têm utilizado o instrumento para avaliar escolares em diferentes condições. Capellini (2001), por exemplo, realizou um estudo em que avaliou o rendimento escolar de 89 alunos de escolas públicas, portadores de diferentes deficiências, inclusive a auditiva, com a utilização de vários instrumentos, dentre eles, o TDE. Em relação aos resultados quanto ao rendimento acadêmico de alunos com DA, a autora constatou que o que chama a atenção é a discrepância entre os resultados, nas áreas de língua portuguesa e matemática. A dificuldade com a língua portuguesa oralizada e escrita, para esses alunos, pode ser o fator primordial que justifica o baixo rendimento escolar.

Estudo realizado por Capellini, Mendes e Salgado (2003), objetivando avaliar a inclusão de 26 alunos com DA, com base no rendimento escolar, inseridos em classes de 1ª a 4ª séries de escolas públicas, por meio do TDE, demonstrou que os alunos obtiveram melhores resultados em aritmética, com 38% de acertos, em escrita 35% e em leitura, 37% de acertos. Os autores concluíram que o desempenho acadêmico, segundo o TDE, mostrou-se inferior ao esperado para mais de 90% dos participantes, quando comparados com a série.

Cia, D’Affonseca e Barham (2004) estudaram o impacto da qualidade do relacionamento entre pai e filho, no desempenho acadêmico de 58 crianças da 5ª e 6ª séries. As crianças foram avaliadas com o TDE e observou-se que quanto maior a frequência de comunicação entre pai e filho e quanto maior o envolvimento dos pais nas atividades escolares, culturais e de lazer do filho, melhor o seu desempenho acadêmico. Tais resultados demonstram a importância da figura do pai para o desempenho acadêmico dos filhos e apontam para a necessidade de conscientizar os homens para as muitas ações que podem melhorar seu desempenho como pais.

Capellini, Tonelotto e Ciasca (2004) realizaram um estudo com o objetivo de comparar o desempenho de escolares, em relação à avaliação formal e à opinião de professores de 164 escolares de Ensino Fundamental, de uma cidade do interior paulista, sendo 81 do gênero masculino e 83 do gênero feminino. As autoras utilizaram o TDE e definiram dois grupos, de acordo com os desempenhos normal e abaixo da média. Os

resultados revelaram diferença significativa, indicando que o menor desempenho foi verificado para o gênero masculino e para a 4ª série. As médias do grupo definido pela professora com desempenho inferior foram abaixo do esperado e diferiram significativamente.

Estudo realizado por Castanho e Braga (2006), com o objetivo de investigar possíveis relações entre otite média crônica, DA condutiva e desempenho escolar, avaliou 10 crianças, na faixa etária de oito a 12 anos, pelo TDE. De acordo com as autoras, o TDE revelou altos índices de dificuldades escolares, com classificação inferior em desempenho global, para a maioria, sendo que nenhuma criança apresentou desempenho escolar superior. Além disso, os achados do TDE revelaram dificuldades escolares acentuadas nessa população.

Fonseca et al. (2004) conduziram um estudo, tendo por objetivo investigar o desempenho escolar de 20 crianças com epilepsia, submetidas ao TDE e comparadas a crianças saudáveis, pareadas por idade e escolaridade. Foram estudadas as relações entre o TDE e a lateralidade do foco e o número de descargas no eletroencefalograma. As crianças com epilepsia apresentaram, mais freqüente e significativamente do que as saudáveis, desempenho inferior no subteste de Leitura e no escore total.

Elias (2003) confirma essa premissa no seu estudo com crianças entre sete e 12 anos, encaminhadas para serviços de Psicologia, com queixa de baixo rendimento escolar, ao encontrar correlações positivas entre capacidade cognitiva e desempenho acadêmico, sendo que o RAVEN e o TDE foram os instrumentos correlacionados. Ainda, segundo a autora, o baixo rendimento escolar apresentado pelas crianças parece estar ocorrendo devido a outros fatores de ordem interna (fatores emocionais e comportamentais) e externa (suporte familiar e sistema educacional) ao indivíduo.

Pereira, Santos e Williams (2009) realizaram um estudo propondo caracterizar o desempenho escolar de 20 crianças, vítimas de violência doméstica, atendidas no Fórum Judicial. As crianças vitimizadas foram comparadas com seus pares, da mesma sala de aula, mesmo gênero e mesma faixa etária, mas sem histórico de violência doméstica, por suas respectivas professoras. As crianças responderam ao TDE e as professoras apresentaram sua opinião sobre o desempenho acadêmico dos participantes. Como resultado, os autores verificaram que os grupos apresentaram uma diferença significativa no subteste de escrita. Com relação aos subtestes de aritmética e leitura, o desempenho das crianças vitimizadas foi inferior ao das crianças não vitimizadas, mas tais diferenças não foram estatisticamente significativas.

Stevanato et al. (2003) utilizaram TDE e Raven ao selecionar crianças para estudar autoconceito em crianças com dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento.

O estudo de Capovilla, Gutschow e Capovilla (2004) utilizou o Raven para avaliar a correlação entre leitura e escrita com habilidades de processamento visual ou motor e entre escrita e memória visual. Esses autores só encontraram correlação entre escrita e memória visual. Já Okano et al. (2004) utilizaram o mesmo instrumento ao avaliar o nível intelectual de crianças, para correlacionar com autoconceito. As crianças com dificuldades escolares apresentaram tanto escore de autoconceito global quanto escores de status intelectual e popularidade significativamente menores do que as crianças que não apresentavam tais dificuldades.

Um estudo de Marturano, Toller e Elias (2005), onde foram utilizados o TDE, a CBCL e o Raven, investigou as crianças que eram encaminhadas para atendimento psicológico na rede de saúde, em razão de queixas escolares. Os autores, em seus resultados, comparando gêneros, não encontraram maior grau de problemas de comportamento externalizantes nos meninos, enquanto as meninas mostraram níveis mais altos de problemas de comportamento internalizantes. Diante dos estudos apresentados, nota-se que os problemas escolares geralmente encontram-se relacionados a outras variáveis, como práticas parentais, história de vida familiar, patologias, dentre outros.

Estudo realizado por Bolsoni et al. (2010), com 72 mães, cujos filhos apresentavam deficiência auditiva (Grupo DA = 27 crianças) ou de linguagem (Grupo DL = 19 crianças) e as mães que compunham uma amostra normativa não clínica (Grupo Normativo = 26 crianças), teve, como um dos objetivos, comparar habilidades sociais e problemas de comportamento de crianças com DA e de linguagem. De acordo com as autoras, os resultados indicaram que a qualidade da interação estabelecida entre mães e crianças com DA e de linguagem foi positivamente correlacionada com as habilidades sociais das crianças e com as variáveis do contexto, indicando que as interações estabelecidas entre mães e filhos favorecem a aquisição e manutenção do repertório de habilidades sociais. No entanto, o Grupo com deficiência de linguagem apresentou mais características positivas de interação que o grupo com DA, inclusive de maneira equivalente ao Grupo Normativo. Os resultados apontaram que as crianças do grupo DA apresentaram menos habilidades sociais, bem como suas mães, que relataram, também, menos habilidades sociais educativas parentais.

Considerando a escassez de literatura sobre o tema e as dificuldades na reabilitação estética e funcional dos indivíduos com malformação de orelha, acredita-se que este estudo diagnóstico virá contribuir, de maneira indireta, para a promoção de interações sociais mais equilibradas, sucesso acadêmico e prevenção de conflitos na infância, bem como construir

conhecimentos e práticas junto aos profissionais da educação, visando o desenvolvimento global saudável desses escolares.

Sobretudo, este trabalho pretende contribuir com a produção de conhecimentos sobre a problemática por outros profissionais da saúde, não somente fonoaudiólogos e otorrinolaringologistas, mas principalmente os da Psicologia.

3 ESTUDO 1

3.1 OBJETIVO

- Descrever o perfil de uma amostra de escolares que apresentam malformação de orelha externa e/ou média, no que se refere aos aspectos sociodemográficos, audiológicos, cognitivos, comportamentais e de desempenho escolar, sob a ótica de diferentes interlocutores e correlacionar os resultados dos instrumentos de avaliação utilizados no estudo.

3.2 MATERIAL E MÉTODO

3.2.1 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa referente a este estudo foi encaminhado, para apreciação, ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, da Universidade de São Paulo (HRAC/USP), de Bauru-SP, tendo sido aprovado sob o número de protocolo 103/2008-SVAPEPE-CEP (APÊNDICE A).

A princípio, foi estabelecido um contato preliminar com os pais dos escolares pela pesquisadora e por meio de uma Carta de Apresentação (APÊNDICE B), informando sobre os objetivos e a finalidade da realização dos estudos, bem como etapas, procedimentos e forma de participação. Após a apresentação, os pais e/ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), sendo que o material também foi enviado aos professores, que o devolveram assinado, posteriormente (APÊNDICES D e E).

3.2.2 Ambiente

Este estudo foi realizado no período de 2008 a 2010, na Divisão de Saúde Auditiva (DSA), pertencente ao HRAC/USP, em uma sala convencional de atendimento, no setor de Psicologia.

3.2.3 Participantes

Inicialmente, foram analisados os prontuários dos pacientes/escolares, extraídos do banco de dados da população de deficientes auditivos que apresentavam malformação de orelha, matriculados na DSA e que atendiam aos critérios da pesquisa. Esses escolares eram procedentes de diversos estados do Brasil.

Para a inserção dos escolares no Estudo 1, adotaram-se os seguintes critérios de elegibilidade:

- apresentar diagnóstico otorrinolaringológico de malformação congênita unilateral ou bilateral de orelha externa e/ou média;
- apresentar DA condutiva;
- apresentar DA associada ou não a outras anomalias (podendo representar quadro síndrômico definido ou não);
- pertencer à faixa etária de sete a 13 anos;
- estar inserido no Ensino Fundamental da rede regular do ensino público ou particular.

Atendendo aos critérios de inclusão acima mencionados, fizeram parte deste estudo 44 escolares, de ambos os gêneros, com faixa etária de sete a 13 anos. Desses, 21 apresentaram malformação unilateral de orelha externa e/ou média e 23, bilateral. É importante mencionar que, devido à ausência de classificação específica, em relação aos tipos de malformação de orelha e à divergência entre avaliadores, no exame clínico, a variável **tipo de malformação de orelha** não foi considerada neste estudo. Em relação ao diagnóstico síndrômico, procurou-se especificá-lo mediante avaliação realizada no serviço de Genética Clínica da mesma instituição. As características dos 44 escolares encontram-se nas Tabelas 1 e 2.

3.2.4 Materiais e equipamentos

Foram utilizados os seguintes equipamentos: *notebook* da marca Toshiba, caixa de som, impressora multifuncional da marca Samsung, lápis, borracha, papel sulfite A4 e pacote estatístico SPSS (versão 13.0).

3.2.5 Instrumentos de avaliação

Para contemplar o objetivo do Estudo 1, os instrumentos selecionados foram:

- Ficha de identificação e informações adicionais dos participantes.

Material elaborado pela própria pesquisadora, visando obter um registro atualizado de informações extraídas dos prontuários dos participantes, no que se refere aos aspectos sociodemográficos, dados escolares e resultados de avaliação audiológica e genética. Para o estudo da DA, foi utilizada a classificação da World Health Organization (1997) e para o estudo socioeconômico das famílias dos escolares, a classificação de Graciano, Lehfeld e Neves Filho (1996) (APÊNDICE G).

1 - Teste de Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (RAVEN), escala especial (ANGELINI et al., 1999) e geral (RAVEN, 2008).

Trata-se de um teste de inteligência não-verbal, que avalia, com maior detalhe, os processos intelectuais de crianças pequenas, deficientes mentais e idosos. Este teste é dividido em três anos: A, AB, B, cada um com 12 problemas impressos com fundo colorido. Após a obtenção do resultado em percentil, é realizada a interpretação do nível de inteligência da criança, deficientes mentais e idosos, com suas classificações: intelectualmente deficiente; definitivamente abaixo da média; intelectualmente médio; definitivamente acima da média e intelectualmente superior à média. O teste foi aplicado segundo as normas do manual.

2 - Teste de Desempenho Escolar – TDE (STEIN, 1994).

O TDE é um instrumento psicométrico, que emprega itens de escala, na avaliação das capacidades fundamentais para o desempenho escolar, especificamente nas habilidades de leitura, escrita e aritmética. Concebido para avaliação de escolares de 1ª e 6ª séries, o teste pode ser usado também, com alguma reserva, para as 7ª e 8ª séries e envolve tarefas pertinentes ao conteúdo do Ensino Fundamental, com critérios que levam em consideração a realidade brasileira.

O TDE consiste de três subtestes: a) escrita: escrever nomes próprios e palavras isoladas, em forma de ditado constituído de 45 palavras da língua portuguesa, seguindo uma ordem crescente de dificuldade ortográfica e adequado a escolares do ensino fundamental; b) aritmética: solução oral de problemas e cálculo de operações aritméticas, por escrito, com grau de dificuldade crescente e correspondendo ao conteúdo do ano escolar; c) leitura:

reconhecimento de palavras isoladas do contexto, construído a partir de uma escala composta por 70 palavras da língua portuguesa.

Cada um dos subtestes contém uma escala de itens, em ordem crescente de dificuldades, que é apresentada ao examinado, independentemente do ano escolar. Os escores brutos de cada subteste e o total são convertidos na classificação superior, média e inferior, para cada ano escolar. Somente os escores brutos, para a primeira série, foram classificados em quatro níveis (superior, médio superior, médio inferior e inferior), a fim de não ficarem agrupados em intervalos muito grandes. O teste ainda dispõe de uma tabela por idade, permitindo estimar o resultado bruto do subteste e do teste total, segundo o manual de aplicação.

3 - Questionário de Capacidades e Dificuldades - *Strengths and Difficulties Questionnaire* / SDQ (GOODMAN, 1997).

O SDQ é um questionário resumido, traduzido para o português, construído por Goodman (1997) e validado, no Brasil, por Fleitlich, Cortázar e Goodman (2000), que pode ser preenchido por pais ou professores. Utilizado para avaliar crianças e adolescentes, na faixa etária entre três e 16 anos, rastreia problemas de saúde mental infantil, envolvendo cinco áreas: comportamento pró-social, hiperatividade, emocional, conduta e relacionamento, com cinco itens em cada subescala. O questionário contém a versão para adolescentes de 11 a 16 anos e as opções de resposta são: falso, mais ou menos verdadeiro ou verdadeiro, sendo que cada item recebe uma pontuação específica. A soma de cada escala e a soma total permitem a classificação da criança em três categorias: normal (NL) ou não clínico, limítrofe (L) ou subclínico e anormal (A) ou clínico.

Na subescala de comportamento pró-social, quanto maior a pontuação, menor é a quantidade de queixas sociais. Nas outras subescalas (hiperatividade, problemas emocionais, de conduta e de relacionamento), quanto maior a pontuação, maior o número de queixas. Concomitantemente, propõe-se uma parte de respostas abertas, porém, no presente estudo, foram utilizados somente os 25 itens fechados.

Nessa etapa, o questionário foi preenchido por pais e professores.

3.2.6 Procedimentos de coleta de dados

Inicialmente, foi realizado um estudo preliminar com três pacientes/escolares que se enquadravam nos critérios estabelecidos para seleção dos participantes, com a finalidade de adequar o método quanto à otimização do tempo de aplicação dos testes. É válido esclarecer que para a escolha dos testes padronizados já descritos, considerou-se a adequação deles aos objetivos da pesquisa e à rotina da instituição onde o estudo foi realizado. Vale ressaltar que os instrumentos utilizados são reconhecidos na área da Psicologia e foram efetivos para a obtenção dos dados desta pesquisa. A Figura 3 refere-se às etapas realizadas no Estudo 1. Na sequência, cada etapa é descrita detalhadamente.

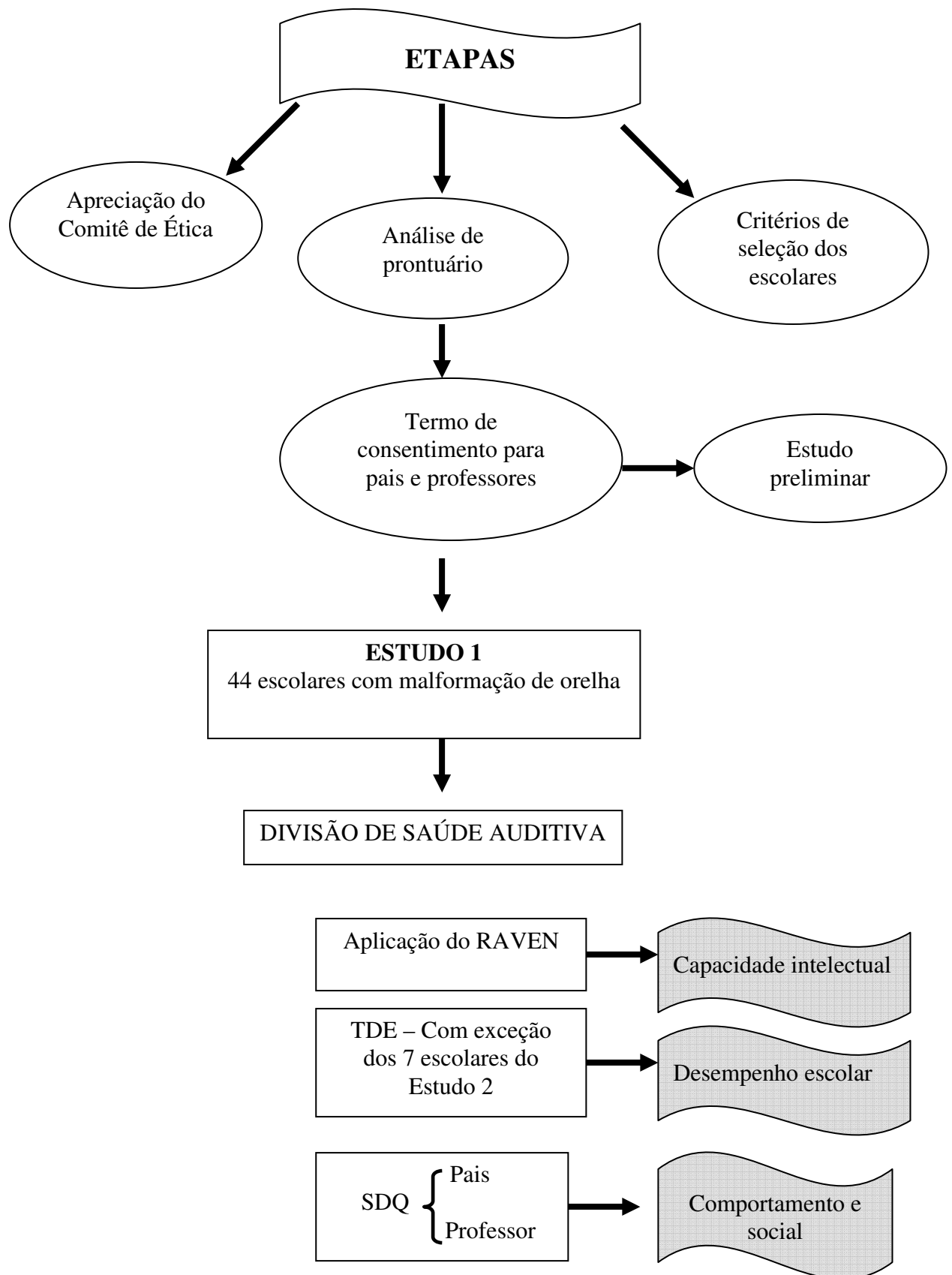


FIGURA 3 – Ilustração das etapas do procedimento de coleta de dados do Estudo 1

LEGENDA:

RAVEN - Teste de Matrizes Progressivas Coloridas de Raven - Escala Especial e Geral

TDE – Teste de Desempenho Escolar

SDQ - Questionário de Capacidade e Dificuldades / *Strengths and Difficulties Questionnaire*

Com a adequação do material de avaliação, realizou-se a primeira etapa do Estudo 1, iniciando-se com *rapport* dos participantes com a avaliadora e, posteriormente, com a apresentação dos procedimentos aos quais seriam submetidos. Cada escolar foi conduzido até a sala de atendimento psicológico, onde foi realizada a aplicação dos testes, individualmente. Primeiramente, esta pesquisadora preenchia os dados da folha de resposta do RAVEN e logo após, os escolares recebiam orientações de acordo com o manual do teste. Prosseguiu-se com a aplicação do TDE, onde eles eram orientados sobre a atividade e recebiam os formulários de itens do teste em questão, iniciando com a escrita do nome e o ditado. Na sequência, os escolares realizavam as operações aritméticas e, ao final, faziam a leitura de 70 palavras, pausadamente. Paralelamente, em outro ambiente, os pais e /ou os responsáveis responderam sozinhos o SDQ, após explicações fornecidas pela pesquisadora. Esse material também foi enviado aos professores, os quais precisavam devolvê-los respondido, em prazo determinado. Especificamente, no caso dos escolares que estavam acima do quarto ano escolar, o SDQ foi respondido pelos professores da disciplina de Português, também por solicitação da pesquisadora.

Com relação ao tempo de aplicação, cada teste teve, em média, a duração de 50 minutos, permitindo que cada escolar realizasse os testes conforme seu ritmo. Mediante qualquer sintoma de cansaço era feita uma pausa.

3.2.7 Procedimentos de análise dos dados

No Estudo 1 foi realizada a análise descritiva mediante os dados sociodemográficos, audiológicos, cognitivos, comportamentais e de desempenho escolar, sendo que a forma de apresentação foi por intermédio de Tabelas e Gráficos.

Os resultados dos escores totais do RAVEN, TDE e SDQ foram primeiramente digitados em planilha no Excel e, de acordo com as normas do manual, foram processados por meio do programa SPSS, versão 13.0.

Por meio de testes estatísticos (*MANOVA* e Qui Quadrado), verificou-se que os escolares não diferiam em relação à lateralidade da deficiência auditiva (uni e bilateral), sendo, portanto, tratados como um único grupo. Posteriormente, foi feito o tratamento estatístico de correlação de *Spearman* (não paramétrico) dos instrumentos utilizados no estudo, também por meio do SPSS.

3.3 RESULTADOS

Nesse capítulo são apresentados os resultados do Estudo 1, em que foi realizada a descrição das características da amostra, constituída por 44 escolares que apresentavam DA condutiva, devido à malformação de orelha uni ou bilateral, em relação aos aspectos sociodemográficos, audiológicos, cognitivos, comportamentais e de desempenho escolar. Na sequência, realizou-se a estatística de correlação de *Spearman*, em relação aos instrumentos utilizados no estudo.

3.3.1 Resultados sociodemográficos dos escolares

Os resultados apresentados no Gráfico 1 mostram que 26 (59%) escolares eram do gênero masculino e 28 (64%) encontravam-se em idades entre sete e 10 anos.

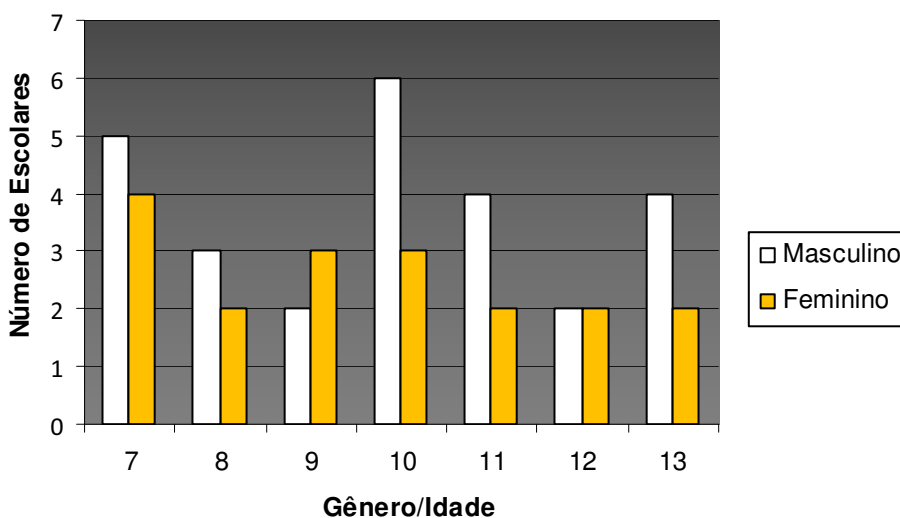


GRÁFICO 1 – Dados referentes ao gênero e idade dos escolares do Estudo 1

A classificação socioeconômica BS foi predominante em 20 (45%) escolares, conforme se observa, a seguir, no Gráfico 2.

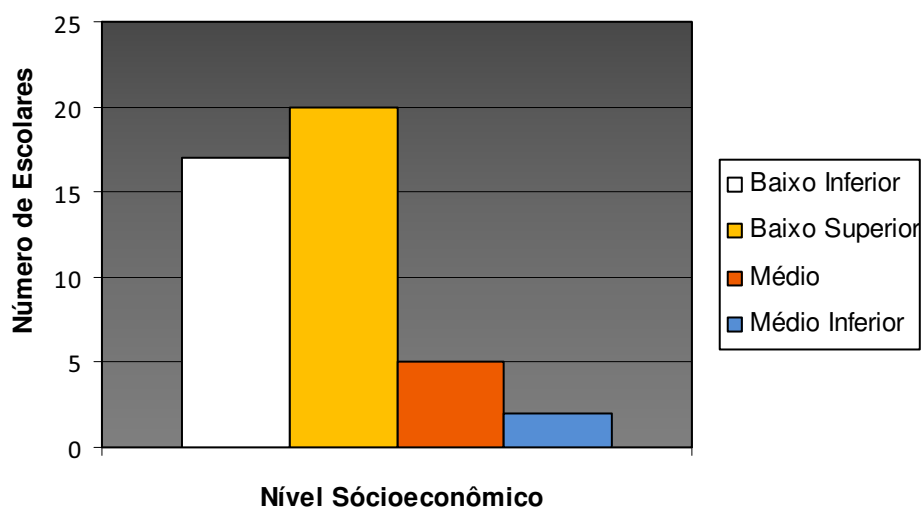


GRÁFICO 2 – Dados referentes ao nível socioeconômico dos escolares do Estudo 1

Quanto à procedência, o Gráfico 3 mostra que 29 (66%) escolares eram do Estado de São Paulo e os demais eram de outros estados, como Pará (9%), Minas Gerais (4%), Distrito Federal (4%), Santa Catarina (4%), Alagoas (2%), Maranhão (2%), Rio de Janeiro (2%), Paraná (2%) e Mato Grosso (2%).

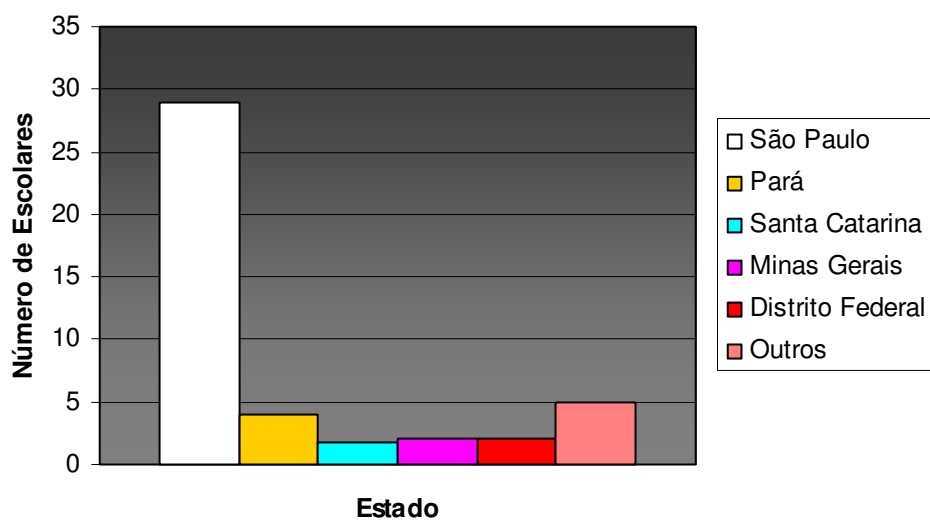


GRÁFICO 3 – Dados referentes ao estado de origem dos escolares do Estudo 1

3.3.2 Resultados audiológicos dos escolares

Quanto ao aspecto audiológico, de acordo com o Gráfico 4, 21 (48%) escolares apresentaram DA de ocorrência unilateral, sendo 11 (52%) de grau moderado e 10 (48%) de grau severo, enquanto 23 (52%) escolares apresentaram DA bilateral. Para a DA de ocorrência bilateral, quando ocorreu simetria, o grau moderado foi encontrado em 16 (70%) escolares e o grau severo em quatro (17%), enquanto que na assimetria, dois (10%) escolares apresentaram DA de grau leve, em uma orelha e moderado, na outra e um (4%) escolar apresentou grau leve em uma orelha e severo na outra.

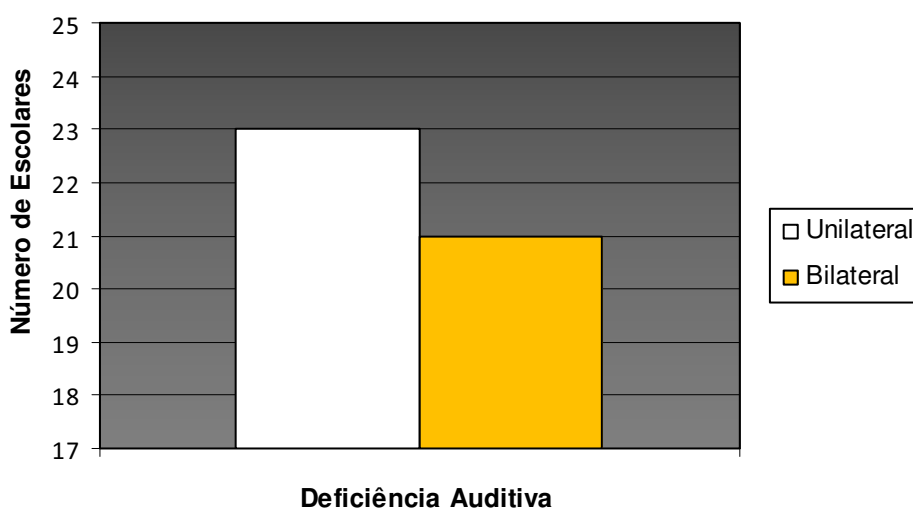


GRÁFICO 4 – Dados referentes ao tipo de deficiência auditiva dos escolares do Estudo 1

Com relação ao uso da amplificação sonora individual (AASI), 22 (50%) escolares eram usuários e apresentaram DA bilateral e 22 (50%) não eram usuários, sendo que, destes, apenas um apresentou DA bilateral (escolar 14).

Do total de 44 escolares, 18 (41%) apresentaram diagnóstico genético concluído e 26 (59%) ainda seriam avaliados. As síndromes de maior ocorrência foram as de Treacher Collins, Nager, espectro oculoauriculovertebral (EOAV) e EOAV com anomalia radial. Na Tabela 1, constam os resultados dos dados de identificação dos escolares, bem como a classificação quanto aos aspectos sociodemográficos e audiológicos.

TABELA 1 – Distribuição da classificação dos escolares quanto aos aspectos: sócio-demográficos e audiológicos do Estudo 1

ESC	Sexo	Idade (Anos)	Nível Sócio-Econômico	Estado	Tipo de DA	DA* OD / OE	Usuário de AASI	Quadro Genético Clínico
1	F	7	BS	SP	Uni	NI./Mod.	Não	
2	M	7	BI	SP	Uni	Mod./NI.	Não	
3	M	7	BS	SP	Uni	Mod./NI.	Não	
4	M	7	BS	SP	Bi	Mod./Mod.	Sim	
5	F	7	BS	SP	Uni	Mod./NI.	Não	
6	F	7	BS	SP	Bi	Mod./Mod.	Sim	Sd.Treacher Collins
7	M	7	BS	MG	Uni	Sev./NI.	Não	
8	M	7	BS	DF	Uni	NI./Sev.	Não	
9	F	7	BI	SP	Bi	Mod./Mod.	Sim	Sd. Nager
10	M	8	BS	SP	Uni	Sev./NI.	Não	
11	M	8	M	SP	Uni	NI./Mod.	Não	EOAV
12	F	8	BS	AL	Uni	Mod./NI.	Não	
13	M	8	BS	PA	Bi	Mod./Mod.	Sim	EOAV
14	F	8	M	SC	Bi	Mod./Mod.	Não	
15	F	9	BI	SC	Uni	Sev./NI.	Não	
16	M	9	BS	SP	Uni	Sev./NI.	Não	EOAV
17	F	9	MI	SP	Uni	Sev./NI.	Não	EOAV
18	M	9	M	SP	Bi	Leve/Mod.	Sim	
19	F	9	BI	SP	Uni	NI./Mod.	Não	

Legenda:

ESC – escolares M – Masculino / F – Feminino
 DA - Deficiência Auditiva Uni – Unilateral
 OD – Orelha Direita / OE – Orelha Esquerda
 Sd. – Síndrome

BI – Baixo Inferior
 Bi – Bilateral
 NI. – Normal
 EOAV- Espectro oculoauriculovertebral

BS – Baixo superior
 Mod. – Moderada
 Mod. – Espectro oculoauriculovertebral

M – Médio
 Sev. - Severa
 Sev. - Espectro oculoauriculovertebral

MI – Médio Inferior
 AASI – Aparelho de Amplificação Sonora Individual
 EOAV- Espectro oculoauriculovertebral com anomalia.radial

Para a classificação da Deficiência Auditiva seguiu-se as normas da OMS (1997) e para a classificação socioeconômica baseou-se no estudo de Graciano (1996).

Continua

Continuação TABELA 1 – Distribuição da classificação dos escolares quanto aos aspectos: sócio-demográficos e audiológicos do Estudo 1

ESC	Sexo	Idade (Anos)	Nível Sócio-Econômico	Estado	Tipo de DA	DA* OD / OE	Usuário de AASI	Quadro Genético Clínico
20	M	10	BS	PA	Uni	Nl./Mod.	Não	
21	M	10	BS	SP	Uni	Sev./Nl.	Não	
22	M	10	BS	SP	Uni	Sev./Nl.	Não	EOAV
23	M	10	BS	SP	Uni	Nl./Sev.	Não	
24	F	10	M	SP	Bi	Mod./Mod.	Sim	
25	M	10	BI	MG	Bi	Mod./Mod.	Sim	
26	F	10	BS	MA	Bi	Sev./Sev.	Sim	
27	M	10	BI	SP	Bi	Leve/Mod.	Sim	Sd .Nager
28	F	10	BI	SP	Bi	Mod./Mod.	Sim	
29	M	11	BI	SP	Bi	Sev./Leve	Sim	EOAV c/ anom.radial
30	F	11	BS	RJ	Uni	Sev./Nl.	Não	
31	F	11	BS	DF	Bi	Mod./Mod.	Sim	
32	M	11	BI	SP	Uni	Mod./Nl.	Não	
33	M	11	BI	SP	Bi	Mod./Mod.	Sim	Sd. Treacher Collins
34	M	11	BI	SP	Uni	Nl./Mod.	Não	
35	M	12	M	SP	Uni	Mod./Nl.	Não	
36	F	12	BI	SP	Bi	Mod./Mod.	Sim	EOAV
37	M	12	MI	SP	Bi	Sev./Sev.	Sim	
38	F	12	BI	PA	Bi	Mod./Mod.	Sim	Sd Treacher Collins
39	F	13	BI	SP	Bi	Mod./Mod.	Sim	Sd. Treacher Collins
40	M	13	BS	SP	Bi	Mod./Mod.	Sim	EOAV c/ anom.radial
41	M	13	BI	PR	Bi	Mod./Mod.	Sim	
42	M	13	BI	MT	Bi	Sev./Sev.	Sim	
43	M	13	BS	SP	Bi	Mod./Mod.	Sim	EOAV
44	F	13	BI	PA	Bi	Sev./Sev.	Sim	

3.3.3 Dados acadêmicos e resultados do RAVEN, TDE e SDQ dos escolares

Os dados acadêmicos revelaram que, de acordo com o Gráfico 5, 31 (70%) escolares estavam inseridos na rede estadual de ensino, 12 (27%), em escolas particulares, um (2%) na rede municipal, com um número maior de escolares cursando as 2^a, 3^a e 4^a séries¹.

Nota-se, portanto, que a amostra é predominantemente de escolares de nível socioeconômico baixo, matriculados em escola pública, sendo 44% em escolas de diferentes estados. Outro fator que merece ser destacado refere-se à DA condutiva bilateral e de grau moderado para a maioria, bem como a suspeita de um número maior de escolares acometidos por síndromes que, pela dificuldade de esclarecimento e diagnóstico genético clínico, não pôde ser confirmado em toda a amostra.

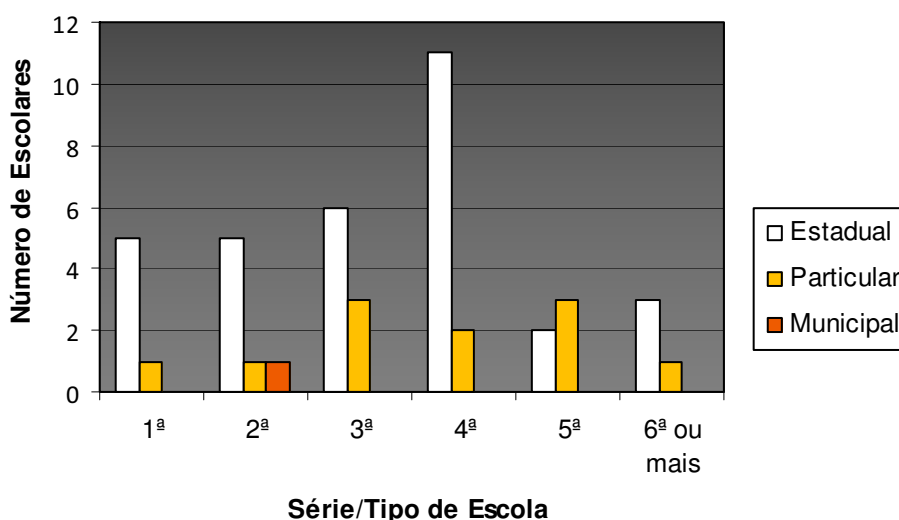


GRÁFICO 5 – Dados referentes à série e ao tipo de escola em que os escolares do Estudo 1 estavam inseridos

No RAVEN, observou-se que a maioria, ou seja, 19 escolares (43%), apresentou capacidade intelectual na média, 14 (32%) acima da média, nove (20%) abaixo da média e dois (4%) obtiveram classificação intelectualmente deficiente, de acordo com o Gráfico 6.

¹ Optou-se neste estudo pela adoção de “série” escolar, pois as escolas pesquisadas encontravam-se no período de transição de acordo com a [LEI Nº 11.274, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2006](#), que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, dispondo sobre a duração de 9 (nove) anos para o ensino fundamental, com matrícula obrigatória a partir dos 6 (seis) anos de idade (BRASIL, 2006).

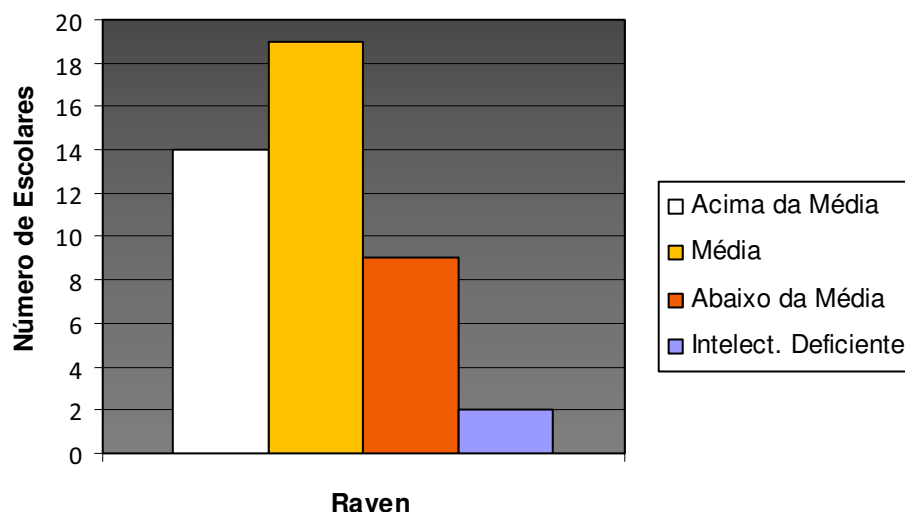


GRÁFICO 6 – Resultados da avaliação cognitiva dos escolares do Estudo 1, através do RAVEN

Nota: Teste de Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (RAVEN), escala especial (ANGELINI et al., 1999) e geral (RAVEN, 2008).

A análise dos resultados de escrita no TDE é demonstrada no Gráfico 7, indicou que 26 (59%) escolares se encontravam inferiores à média, 14 (32%) estavam na média, dois (4%) tiveram desempenho médio superior, um (2%), médio inferior e um (2%), superior à média. Em aritmética, os resultados mostraram que 29 (66%) escolares obtiveram desempenho inferior à média, sete (16%) médio, cinco (11%) superior à média, dois (4%) médio superior e um (2%) médio inferior. Quanto à leitura, 27 (61%) obtiveram desempenho inferior, 10 (23%) encontravam-se dentro da média, quatro (9%) foram superiores à média, dois (4%) tiveram desempenho médio superior e um (2%), médio inferior.

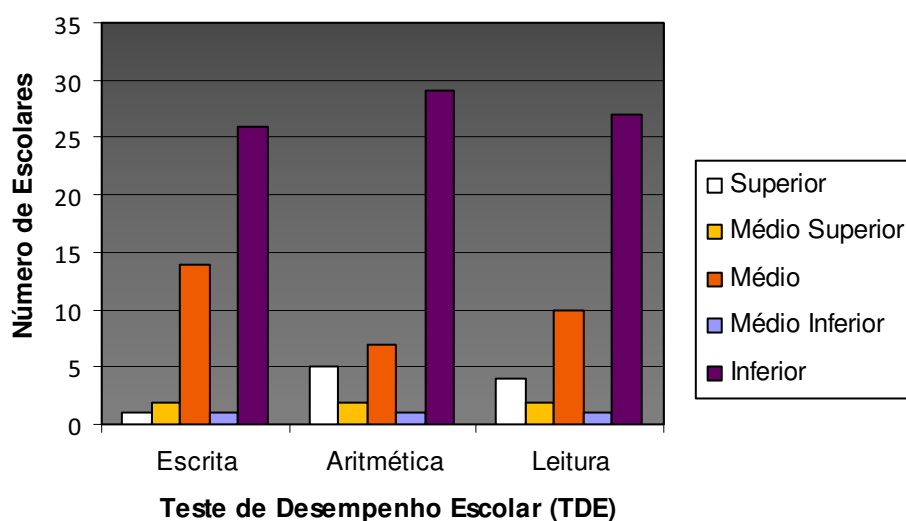


GRÁFICO 7 – Resultados da autoavaliação dos escolares do Estudo 1, em escrita, aritmética e leitura no Teste de Desempenho Escolar (TDE)

Observa-se que um número significativo de escolares obteve desempenho inferior em escrita, aritmética e leitura. O escore total alcançado por eles, nas três áreas do TDE, quando comparado aos resultados esperados para as séries na classificação total, mostrou que 29 (64%) deles apresentaram desempenho inferior, conforme mostra o Gráfico 8.

Pela classificação total do TDE, 28 (64%) escolares encontravam-se inferiores à média, 10 estavam na média (23%), três, superiores à média (7%), dois (4%) apresentaram desempenho médio superior e um (2%), médio inferior, de acordo com as séries em que estavam inseridos. O Gráfico 8 descreve a classificação total dos escolares no TDE.

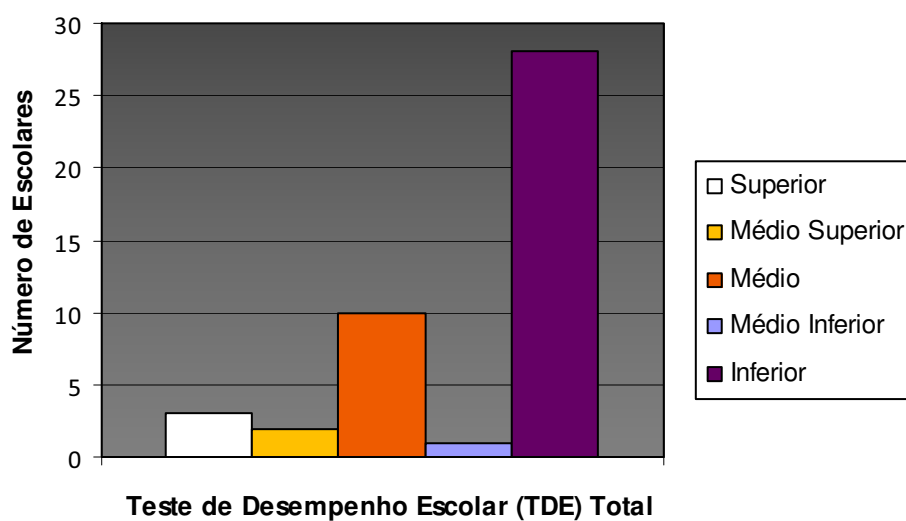


GRÁFICO 8 – Resultados da autoavaliação dos escolares do Estudo 1, na classificação total do Teste de Desempenho Escolar (TDE)

Na Tabela 2, constam os resultados dos dados acadêmicos e as medidas de avaliação da cognição e de desempenho escolar dos participantes, mediante o RAVEN e o TDE. Vale ressaltar que o escolar 8 apresentou índices inferiores à média no TDE, porém esse dado foi decorrente da recusa em terminar as provas.

TABELA 2 – Distribuição da caracterização dos escolares do Estudo 1: dados acadêmicos e medidas de cognição e desempenho escolar

ESC	DADOS ACADÊMICOS		COGNIÇÃO				DESEMPENHO ESCOLAR					
	ESCOLA	SÉRIE	RAVEN ⁱ	PERC.	TDE (ESCRITA)	PONT.	TDE (ARITMÉTICA)	PONT.	TDE (LEITURA)	PONT.	TDE (TOTAL)	PONT.
1	Estadual	1 ^a	M	60	S	20	S	11	S	63	S	94
2	Estadual	2 ^a	S	90	M	21	I	4	M	65	M	90
3	Estadual	2 ^a	Acima M.	75	I	13	I	4	I	60	I	77
4	Particular	1 ^a	S	99	MS	18	MS	7	MS	55	MS	80
5	Estadual	1 ^a	M	30	MI	5	MI	6	MI	3	MI	14
6	Estadual	1 ^a	M	60	I	0	I	0	I	1	I	1
7	Estadual	1 ^a	Acima M.	90	MS	12	MS	8	MS	62	MS	82
8	Estadual	1 ^a	M	30	I	1	I	1	I	0	I	3
9	Estadual	2 ^a	Acima M.	90	M	23	I	8	M	63	M	94
10	Municipal	2 ^a	M	55	I	17	I	6	I	49	I	72
11	Particular	2 ^a	S	95	M	23	M	10	M	63	M	96
12	Particular	3 ^a	Acima M.	80	M	26	S	20	M	66	M	112
13	Estadual	2 ^a	M	95	I	11	S	14	I	49	I	74
14	Particular	3 ^a	Acima M.	75	I	20	I	10	I	61	I	91
15	Estadual	3 ^a	M	60	I	0	I	2	I	2	I	4
16	Estadual	3 ^a	Abaixo M.	25	M	28	I	11	I	65	I	104

LEGENDA:

RAVEN - Teste de Matrizes Progressivas Coloridas de Raven - Escala Especial e Geral

TDE – Teste de Desempenho Escolar

PERC – Percentil PONT – Pontuação TDE

Acima M. – Acima da Média M – Médio Abaixo M. – Abaixo da Média

S – Superior MS – Médio Superior MI – Médio Inferior I – Inferior Intelec.D. – Intelectualmente Deficiente

Continuação TABELA 2 – Distribuição da caracterização dos escolares do Estudo 1: dados acadêmicos e medidas de cognição e desempenho escolar

ESC	DADOS ACADÊMICOS		COGNIÇÃO				DESEMPENHO ESCOLAR						
	ESCOLA	SÉRIE	RAVEN ⁱⁱ	PERC.	TDE (ESCRITA)	PONT.	TDE (ARITMÉTICA)	PONT.	TDE (LEITURA)	PONT.	TDE (TOTAL)	PONT.	
17	Particular	5 ^a	M	70	M	31	I	14	S	82	S	127	
18	Particular	3 ^a	M	40	I	10	I	11	I	50	I	71	
19	Estadual	4 ^a	Acima M.	90	M	31	I	18	M	66	M	115	
20	Particular	4 ^a	M	60	I	25	I	16	I	56	I	97	
21	Estadual	4 ^a	Abaixo M.	25	M	25	I	17	I	63	I	105	
22	Estadual	4 ^a	M	70	M	27	M	20	M	65	M	112	
23	Particular	4 ^a	Acima M.	80	M	31	S	25	M	67	M	113	
24	Estadual	4 ^a	M	30	I	13	M	20	I	48	I	81	
25	Estadual	4 ^a	M	65	I	25	I	18	M	66	I	109	
26	Estadual	3 ^a	Abaixo M.	25	I	0	I	3	I	0	I	3	
27	Estadual	4 ^a	Acima M.	90	M	29	M	22	M	67	M	118	
28	Estadual	3 ^a	Abaixo M.	20	I	6	I	3	I	36	I	45	
29	Estadual	4 ^a	Acima M.	90	I	25	I	16	S	70	M	111	
30	Particular	5 ^a	M	35	I	27	M	21	S	70	M	118	
31	Estadual	4 ^a	M	45	I	19	I	14	I	51	I	84	
32	Estadual	4 ^a	Abaixo M.	10	I	0	I	2	I	0	I	2	
33	Estadual	4 ^a	Abaixo M.	20	I	6	I	8	I	14	I	28	
34	Estadual	4 ^a	M	55	I	21	I	16	I	59	I	96	

Continuação TABELA 2 – Distribuição da caracterização dos escolares do Estudo 1: dados acadêmicos e medidas de cognição e desempenho escolar

ESC	DADOS ACADÊMICOS		COGNIÇÃO		MEDIDAS DE AVALIAÇÃO DESEMPENHO ESCOLAR							
	ESCOLA	SÉRIE	RAVEN	PERC.	TDE (ESCRITA)	PONT.	TDE (ARITMÉTICA)	PONT.	TDE (LEITURA)	PONT.	TDE (TOTAL)	PONT.
35	Particular	6ª	Acima M.	80	M	33	S	37	M	68	S	138
36	Estadual	5ª	Abaixo M.	10	I	7	I	15	I	43	I	65
37	Particular	5ª	M	31	I	26	M	21	I	62	I	109
38	Estadual	2ª	Abaixo M.	10	M	32	I	17	I	65	I	114
39	Estadual	6ª	M	25	I	29	I	21	I	63	I	113
40	Estadual	7ª	M	10	I	29	I	15	I	62	I	106
41	Estadual	3ª	Intelec.D.	25	M	24	M	15	I	63	I	102
42	Estadual	5ª	M	1	I	16	I	18	I	64	I	98
43	Estadual	6ª	Abaixo M.	18	I	1	I	13	I	21	I	35
44	Estadual	3ª	Intelec.D.	2	I	0	I	11	I	20	I	31

Fazendo uma análise comparativa entre os dois instrumentos, observa-se que os escolares 41 e 44, que tiveram a classificação de intelectualmente deficientes, no RAVEN, obtiveram desempenho inferior na classificação total do TDE, porém, o escolar 41 obteve desempenho médio em escrita e aritmética.

Apenas o escolar 37 obteve classificação superior, tanto no RAVEN como no TDE. Destaca-se, ainda, que os escolares 1 (superior em todas as áreas do TDE) e 17 (superior na classificação total do TDE) mostraram desempenho médio no RAVEN.

Os resultados do SDQ, que tratam das cinco escalas: sintomas emocionais (SE), problemas de conduta (PC), hiperatividade (H), problemas de relacionamento com colegas (RC), total (T) e comportamentos pró-sociais (CP-S), bem como a classificação total, encontram-se no Gráfico 9.

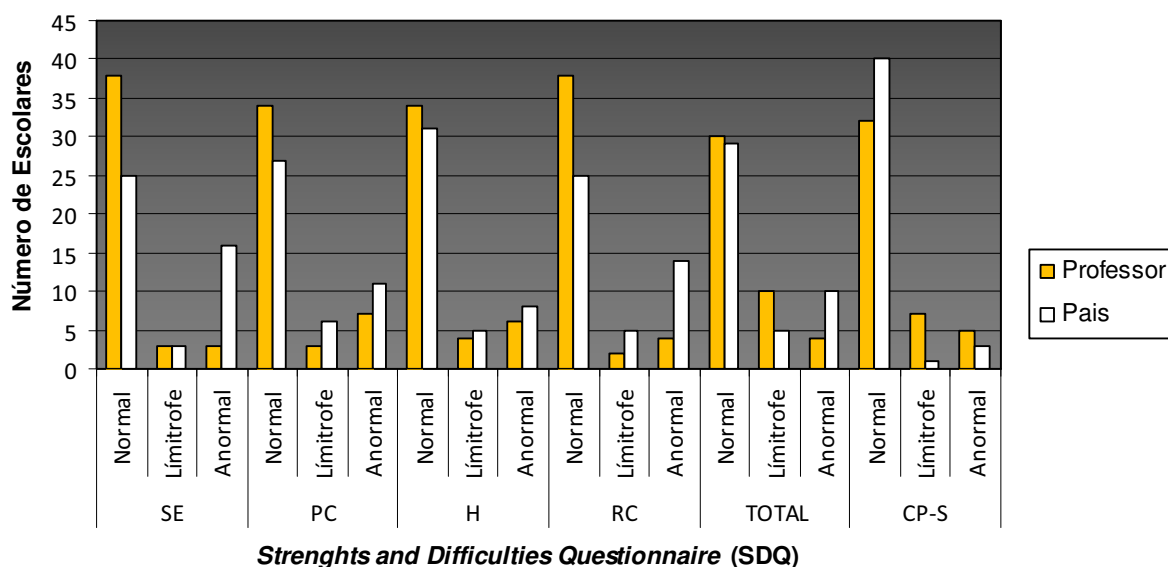


GRÁFICO 9 – Resultados do desempenho dos escolares do Estudo 1, nas cinco escalas e na classificação total do Questionário de Capacidade e Dificuldades / *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), segundo a avaliação de pais e professores

LEGENDA:

SE – Sintomas emocionais

PC – Problemas de comportamento

H – Hiperatividade

RC – Relacionamento com colegas

CP-S – Comportamento pró-social

Pela escala SE, 25 (57%) escolares foram avaliados como normais pelos pais e 38 (86%) pelos professores; três (7%) foram considerados límitrofes pelos pais e também três (7%) pelos professores e 16 (36%) foram classificados como anormais pelos pais e três (7%) pelos professores.

Na escala PC, 27 (61%) escolares foram avaliados como normais pelos pais e 34 (77%) pelos professores, seis (14%) obtiveram a classificação de limítrofes pelos pais e três (7%) pelos professores e 11 (25%) foram considerados anormais pelos pais e sete (16%) pelos professores. Em H foram encontrados os seguintes resultados: os pais avaliaram como normais 31 (70%) escolares, cinco (11%) como limítrofes e oito (18%) como anormais; os professores avaliaram 34 (77%) escolares como normais, quatro (9%) como limítrofes e seis (14%) como anormais, na respectiva escala do SDQ.

Conforme a escala RC, os pais avaliaram 25 (57%) escolares como normais e os professores, 38 (86%); como limítrofes os pais avaliaram cinco (11%) e os professores dois (4%) escolares, e como anormais os pais avaliaram 14 (32%) e os professores quatro (9%) escolares.

Em relação ao CP-S, 40 (91%) escolares foram considerados normais na avaliação dos pais e 32 (73%) por seus professores; um (2%) foi avaliado como limítrofe pelos pais e sete (16%) pelos professores e, finalmente, três (7%) foram tidos como anormais pelos pais e cinco (11%) pelos professores.

Na comparação dos resultados entre as cinco escalas e a classificação total do SDQ, para pais e professores, foi possível constatar que, em regra, os pais avaliaram os escolares como tendo mais dificuldades, em comparação à avaliação dos professores, que, em sua maioria, classificou os escolares dentro da normalidade.

No geral, é possível observar que, nos resultados quanto ao desempenho dos escolares, nas cinco escalas e na classificação total do SDQ, houve 21 concordâncias de opinião entre a avaliação total de pais e professores para o resultado de normalidade, três para o de anormalidade e duas para o limítrofe. No entanto, a opinião de pais e professores não foi concordante por 18 vezes, de acordo com a Tabela 3, Apêndice G.

Também foi possível constatar, na avaliação feita pelos pais e professores, que a maioria dos escolares apresentou valores normais para todas as escalas. No entanto, observa-se, na Tabela 3, Apêndice G, que, ainda na avaliação de pais e professores, a escala com maior indicação de valores limítrofes e anormais foi referente à PC, seguida por SE e RC. Em todas as escalas, os pais classificaram os escolares mais como anormais e limítrofes do que os professores, com exceção da escala CP-S.

3.3.4 Resultados das correlações entre os instrumentos utilizados

A seguir, encontram-se os resultados das correlações entre os instrumentos ligados à área cognitiva, de desempenho escolar e comportamento. Foram considerados os resultados da classificação total de cada instrumento de avaliação dos escolares com malformação de orelha, onde foram feitas as correlações e apresentadas em uma tabela geral, com os valores de significância estatística.

Nota-se, por meio da Tabela 4, que o teste RAVEN teve correlação moderada positiva com o TDE, significando que quanto maior a capacidade cognitiva, maior o desempenho escolar encontrado nesses escolares.

Entretanto, houve correlação negativa no RAVEN e no total do SDQ (na avaliação de professores), demonstrando que quanto menor a capacidade cognitiva, maiores os indicadores de problemas de comportamento. No mesmo sentido foi encontrada correlação moderada negativa para os comportamentos pró-sociais no SDQ, na avaliação de professores, em relação à avaliação dos pais.

TABELA 4 – Resultados da Correlação de Spearman no que se refere aos instrumentos de avaliação da capacidade cognitiva (RAVEN), de desempenho escolar (TDE) e de capacidades e dificuldades (SDQ) dos escolares do Estudo I

Testes de avaliação	RAVEN (coeficiente de correlação e valor de p)	Total – TDE (coeficiente de correlação e valor de p)	Total - SDQ Pais (coeficiente de correlação e valor de p)	Total - SDQ Professores (coeficiente de correlação e valor de p)	Comportamentos Pró-Sociais Pais (coeficiente de correlação e valor de p)	Comportamentos Pró-Sociais Professores (coeficiente de correlação e valor de p)
RAVEN	-	0,300*	-0,26	-0,35*	0,09	0,06
Total - TDE	0,30*	-	-0,12	-0,25	0,10	0,23
Total - SDQ (Pais)	-0,26	-0,12	-	0,19	-0,11	-0,29
Total - SDQ (Professores)	-0,35*	-0,25	0,19	-	-0,09	-0,46*
Comportamentos Pró-Sociais (SDQ) - Pais	0,09	0,10	-0,11	-0,09	0,20	0,20
Comportamentos Pró-Sociais (SDQ) - Prof.	0,06	0,23	-0,29	-0,46*	-	-

* p<0,05

LEGENDA:

RAVEN - Teste de Matrizes Progressivas Coloridas de Raven - Escala Especial e Geral

TDE - Teste de Desempenho Escolar

SDQ - Questionário de Capacidades e Dificuldades /Strengths and Difficulties Questionnaire

3.4 DISCUSSÃO

Este estudo traz a descrição do perfil de uma amostra de escolares que apresentavam malformação de orelha externa e/ou média, considerando os aspectos sociodemográficos, audiológicos, cognitivos, comportamentais e de desempenho escolar.

Com relação ao aspecto sociodemográfico, especificamente, no que se refere ao gênero, a maior ocorrência, para escolares com malformação de orelha externa e/ou média, foi para o gênero masculino, dado este que corrobora o estudo de Calzolari et al. (1999). Refletindo sobre as possíveis repercussões na vida dos escolares, pode-se inferir que esse gênero está mais vulnerável a desordens psicológicas, devido à visibilidade do problema e à dificuldade em esconder essa alteração, fato que ocorre em menor proporção para o gênero feminino, tendo em vista a gama maior de artifícios disponíveis para escondê-lo.

Foi constatado um número maior de escolares na faixa etária de sete a 10 anos. Particularmente, por ser fase escolar, há de se considerar que a DA interfere de forma definitiva no desenvolvimento das capacidades verbais e de linguagem da criança, provocando dificuldade de aprendizagem e efeitos deletérios sobre a evolução, tanto social, quanto emocional, cognitiva e acadêmica, conforme evidenciam Oliveira, Castro e Ribeiro (2002), justificando a iniciativa e a preferência pela faixa etária adotada para a população estudada. Ainda, Thomson e Winslow (1989) salientam que a criança percebe muito cedo o defeito estrutural da orelha, entretanto, somente na faixa de seis a dez anos é que as repercussões psicológicas acontecem.

Com base nesse fato, chegou-se à conclusão que a melhor fase para o tratamento estético de correção cirúrgica coincide com essa faixa etária. Dessa forma, questiona-se se a cirurgia vem para amenizar ou intensificar os conflitos emocionais. Vale ressaltar que há divergência de opiniões, entre os cirurgiões, a respeito da melhor idade para se realizar a cirurgia reparadora da orelha, cabendo aqui salientar a necessidade da preparação e apoio emocional ao indivíduo e à família, para o melhor enfrentamento da situação (NAGATA, 1993; OSORNO, 1999; JIAMEI et al., 2008).

Verificou-se que a maioria dos escolares pertencia ao nível socioeconômico baixo. Com essa realidade, é possível prever que o acesso ao tratamento é restrito ou tardio, bem como a falta de recurso da comunidade para esse tipo de tratamento. Finalmente, a maioria dos escolares era procedente do estado de São Paulo, sendo esse mesmo estado identificado no estudo de Paccola (2007), que caracterizou o perfil audiológico de indivíduos com

malformação de orelha, mediante a análise de prontuários, abordando, dentre alguns aspectos, a procedência por estado e região.

Os achados pesquisados nos exames audiológicos, obtidos nos prontuários dos escolares com malformação de orelha, foram de DA condutiva em grau moderado, sendo que a maioria também apresentou DA bilateral, corroborando o estudo de De La Cruz, Linthicum Junior; Luxford (1985), ao destacar que as malformações de orelha podem ser uni ou bilaterais. Já Calzolari et al (1999) informam que a malformação de orelha unilateral é mais comum que a bilateral e mais frequente na orelha direita.

Vale ressaltar que, por tratar-se de DA condutiva, os achados audiológicos foram analisados mediante duas classificações: pela OMS e por Silman e Silverman (1997). Como não foram constatadas diferenças significativas entre as duas classificações, optou-se nesse estudo, pela classificação da OMS.

Como limitação, destaca-se a amostra reduzida, não permitindo generalizações em relação à lateralidade da malformação e grau, porém, tomando por base o grau da DA, pode-se pensar nas implicações quanto ao desempenho auditivo, escolar e social. A amostra dessa pesquisa abrangeu 23 escolares com DA bilateral, sinalizando que, embora mais acometidos, eles eram usuários de AASI, aspecto fundamental para a reabilitação.

Segundo Bento, Miniti e Marone (1998), a primeira condição é estabelecer a audição satisfatória para o desenvolvimento de fala e linguagem, principalmente nos casos de atresia do meato acústico externo bilateral, por meio da amplificação por condução óssea. Estudo de Paccola (2007) também ressalta a importância do AASI nessa população. Na mesma direção, Kaga, Setou e Nakamura (2001) destacam que é muito importante que a criança com atresia aural congênita seja capaz de ouvir suficientemente bem, já que essa anormalidade causa, pelo menos, uma DA condutiva de grau moderado, ou por meio da correção cirúrgica das orelhas, seja com o uso dos AASIs.

Algumas síndromes podem cursar com malformações nas estruturas derivadas do primeiro e segundo arcos faríngeos, as quais resultam em malformação de orelha, ocorrência essa encontrada em 41% da presente amostra. Como nem todos os indivíduos haviam sido avaliados no Serviço de Genética Clínica do referido hospital, até o final da coleta de dados deste estudo, acredita-se que haja um número maior de pacientes com quadros sindrômicos associados à malformação de orelha. As síndromes mais encontradas na amostra foram as de Treacher-Collins, Nager, EOAV e EOAV com anomalia radial. Llano-Rivas et al. (1999) citam que a microtia pode ser um achado clínico isolado ou estar associada a outras anomalias, podendo representar síndromes diversas. Neste último caso, a etiologia é

heterogênea e envolve fatores genéticos (alterações gênicas ou cromossômicas) e ambientais (teratógenos, disrupção vascular, diabetes e outros).

Tomando por base que algumas síndromes acarretam maiores e mais graves deformidades da face, há indícios de que esses escolares experienciem maior ocorrência de estigma. Assim, Omote (1992) chama a atenção para o fato de que a face ocupa lugar de destaque no contexto social e cultural, além de ser um importante canal de comunicação, não somente pela fala, mas por ser a região mais expressiva do corpo. A aparência física de uma pessoa pode influenciar nas relações interpessoais, inclusive na formação de estereótipos, julgamentos, atribuições e preconceitos, conforme salientam Faure, Rieffe e Maltha (2002).

Para Cia, Pamplin e Del Prette (2006), crianças com características interpessoais positivas, entre elas as habilidades sociais, têm maior probabilidade de uma trajetória desenvolvimental satisfatória, enquanto que a ausência dessas características constitui fator de risco, conduzindo a dificuldades de aprendizagem e a problemas comportamentais ou emocionais. Com esse embasamento, surgiu, como principal pergunta desta pesquisa, o questionamento: será que escolares com malformação de orelha, sem ou com síndromes associadas, sofrem maior exposição social e, conseqüentemente, mais déficits em seu repertório social, levando ao surgimento de problemas de comportamento na infância influenciando em seu desempenho escolar?

Os dados acadêmicos revelaram que a maioria dos escolares encontrava-se na idade entre sete e 10 anos, cursava os anos iniciais e estava inserida em escolas da rede pública. Essa realidade mostra que eles pertenciam a classes sociais menos favorecidas e, como consequência, tinham dificuldade de acesso a tratamento e a informações necessárias sobre o contexto em que a malformação de orelha coloca o indivíduo. Marturano, Trivellato-Ferreira e Gardinal (2009) citam que o ingresso no ensino fundamental constitui um ponto de transição significativo na vida da criança, exigindo adaptações elaboradas, pois os contextos físicos e sociais diferem dos conhecidos por ela na fase pré-escolar. A autora cita que as expectativas do meio são mais exigentes, a dependência torna-se menos tolerada, as regras de convívio social mostram-se mais complexas e o suporte fica menos disponível.

Nessa perspectiva, entre as principais tarefas de desenvolvimento, que se apresentam como desafios a serem enfrentados pelo escolar, é possível citar o desempenho acadêmico, o ajustamento ao ambiente escolar, a capacidade de se dar bem com os companheiros e a adesão às regras da sociedade para comportamento moral e conduta pró-social (MASTEN; COASTWORTH, 1998). Além disso, no contexto da educação inclusiva, a escola e os

educadores assumem o papel fundamental no desenvolvimento social e acadêmico de seus alunos (BARRETO, 2007).

No que se refere à avaliação cognitiva, por intermédio do RAVEN, os escolares apresentaram capacidade intelectual preservada. Amaral (1997) cita que, *a priori*, não há indícios que relacionem a deformidade facial ao déficit intelectual em crianças com fissura labiopalatina, tendo estas, condições intelectuais idênticas às de crianças consideradas normais para um bom desempenho escolar. Tais considerações podem ser estendidas aos escolares com malformação de orelha, concordando com os achados da referida autora, exceto no caso de algumas síndromes com comprometimento craniofacial, nas quais há possibilidade de déficit intelectual.

No entanto, dados interessantes, relacionados ao desempenho escolar, sinalizam para a importância de intervenções no contexto acadêmico, concordando com diversos autores (CAPELLINI, 2001; CAPELLINI; MENDES; SALGADO, 2003; CIA; D’AFFONSECA; BARHAM, 2004; CASTANHO; BRAGA, 2006) que têm utilizado o TDE. Neste estudo, o instrumento mostrou-se eficaz na detecção de dificuldades escolares nessa população, uma vez que a maioria dos escolares mostrou desempenho inferior à média no TDE, se comparado ao esperado para a série. O baixo desempenho escolar apresentado, obtido no TDE, pode estar relacionado a fatores como, status sociocultural, dificuldades de leitura e escrita, falhas metodológicas, entre outros.

Capellini (2001), por exemplo, constatou, em seu estudo, a discrepância entre os resultados nas áreas de língua portuguesa e matemática no TDE, concluindo que a dificuldade com a língua portuguesa oralizada e escrita, para alunos deficientes auditivos, foi o fator primordial que justificou o baixo rendimento escolar. Ainda, estudo realizado por Castanho e Braga (2006) mostrou altos índices de dificuldades escolares, com classificação inferior em desempenho global para a maioria, por meio da avaliação feita pelo TDE, em crianças com otite média e DA condutiva.

A DA condutiva, seja ela originada por otites (infecções de ouvido), seja por problemas anatômicos (malformação de orelha), repercutem em dificuldades acadêmicas como omissões na escrita, dificuldades acentuadas em interpretação de texto e vocabulário pobre, se comparados esses escolares a ouvintes normais e podem ser sinalizadas por testes específicos, como o TDE. O professor deve buscar, sempre que possível, falar de maneira clara, falar um pouco mais devagar que o normal, usar a voz com intensidade normal, falar próximo à criança, tentar diminuir o ruído ambiental, posicionar o aluno próximo à lousa e ao professor e, ainda durante as aulas, fazer explicações sempre de frente para o aluno.

Já em relação aos achados do SDQ, observou-se que os maiores indicadores de problemas foram nas escalas referentes a sintomas emocionais (SE), problemas de conduta (PC) e relacionamento com colegas (RC), na avaliação de pais. Os achados do presente estudo são concordantes, em parte, com Saud e Tonelloto (2005), que encontraram diferenças em PC, RC e em classificação total de dificuldades. Marturano e Loureiro (2003) identificaram, nas crianças atendidas por motivo de queixas escolares, alta prevalência de comportamentos problemáticos com cerca de 40% externalizantes, mas também elevada porcentagem de sintomas emocionais internalizantes.

Estudos apontando a correlação positiva entre problemas de comportamento e dificuldade de aprendizagem, no gênero masculino (CAPELLINI; TONELOTTO; CIASCA, 2004; BANDEIRA et al., 2006b), corroboram os dados obtidos neste estudo. Uma das hipóteses para tal fato é que meninos apresentam maior índice de problemas de comportamento do que meninas, sobretudo externalizantes. Dessa forma, para entender até que ponto as diferenças influenciam no desenvolvimento dos escolares, é importante a realização de novos estudos que investiguem o quanto as percepções e as avaliações desse tipo, por pais e professores, interferem nos problemas de comportamento e, conseqüentemente, no desempenho escolar, principalmente na população com malformação de orelha.

Todavia, não existe consenso, na literatura, quanto à associação entre deficiências e maior probabilidade de problemas de comportamento (BOLSONI et al., 2010). Bolsoni-Silva e Marturano (2002) citam que o ambiente familiar pode tanto favorecer comportamentos socialmente adequados, como promover o surgimento de comportamentos inadequados.

Em relação à diferença na avaliação de pais e professores no SDQ, pode-se supor que os professores possuam mais parâmetros de comparação, pois convivem com um número significativo de escolares diariamente, avaliando e comparando melhor os aspectos comportamentais e sociais. Por sua vez, os pais apresentam a tendência de esperar muito dos filhos e não conseguem enxergar que outras crianças agem de forma semelhante ou pior. Somada a isso, a angústia em relação ao problema estético e funcional contribui para a ampliação dos problemas de comportamento desses escolares, na visão dos pais, ou seja, alguns comportamentos inadequados podem ter ocorrência em casa e não na escola, dadas algumas variáveis, como superproteção familiar, limites, etc.

Entretanto, para Cia e Barham (2009), a diferença entre a avaliação de pais e professores deve-se ao fato de que as exigências comportamentais e a proximidade da relação entre o adulto e criança são diferentes no ambiente familiar e escolar. Embora as professoras

acumulem experiência com um número elevado de crianças da mesma faixa etária, desenvolvendo alta capacidade para identificar comportamentos problemáticos, na esfera escolar, a necessidade constante de lidar com um grupo grande pode conduzir à pouca tolerância para comportamentos que desviam a atenção dos alunos.

Já os professores avaliaram os escolares mais negativamente que os pais somente na escala de comportamento pró-social do SDQ, o que pode ser justificado pela oportunidade de avaliar os escolares em diversos contextos de interações sociais, principalmente nas atividades de grupo, em sala de aula. Assim, de acordo com Del Prette et al.(1998), são os próprios professores que previnem, ajudam ou remediam problemas de comportamento, com sua habilidade em organizar as atividades em sala de aula e compartilhar com alunos a estruturação de conteúdos que tornam o ambiente mais motivador e propiciam comportamentos adequados, incompatíveis com comportamento-problema.

Também foi confirmada a discordância na avaliação entre pais e professores no SDQ em relação aos escolares deste estudo. Há de se considerar a citação de Lopez (2004, p.114) “as avaliações que pais e professores fazem dos supostos problemas (emocionais e comportamentais) dos filhos e alunos têm um baixo grau de concordância”.

Em síntese, os achados do Estudo 1 apresentam algumas tendências e prováveis relações entre a malformação de orelha e as implicações sociais, comportamentais e escolares nessa população, ratificando as considerações de Nicodemo, Pereira e Ferreira (2007), quando ressaltam que a malformação facial, com potencial psicológico e social destrutivo causa impacto negativo e influencia não somente na autoconfiança dos indivíduos, como também nos relacionamentos externos, resultando em desvantagens sociais e psicológicas.

Os achados em pesquisas levam a pensar que, em decorrência da alteração auditiva, é possível que a *performance* acadêmica esteja realmente prejudicada, o que constitui um fator de alerta a pedagogos e à equipe interdisciplinar, que lidam diretamente com essa população. Da mesma forma que para os psicólogos, fica a certeza da necessidade do acompanhamento sistemático, devido às repercussões psicológicas da malformação de orelha para escolares e suas famílias.

As relações entre os diferentes instrumentos padronizados apontam resultados com correlação moderada positiva entre a capacidade intelectual e o desempenho escolar, por intermédio do RAVEN e do TDE. Elias (2003) confirma essa premissa, no seu estudo com crianças entre sete e 12 anos, encaminhadas para serviços de Psicologia, com queixa de baixo rendimento escolar, ao encontrar correlações positivas entre capacidade cognitiva e desempenho acadêmico, sendo o RAVEN e o TDE os instrumentos correlacionados. Para a

autora, o baixo rendimento escolar apresentado pelas crianças ocorre devido a outros fatores de ordem interna (fatores emocionais e comportamentais) e externa (suporte familiar e sistema educacional) ao indivíduo. No presente estudo, pode-se supor que variáveis emocionais e comportamentais (vergonha, insegurança, isolamento social, dentre outras) e variáveis acadêmicas (tipo de escola, falha metodológica de ensino) podem também ter ocorrido, estando relacionadas à malformação de orelha e a DA condutiva.

Por outro lado, obteve-se correlação negativa no RAVEN e no total do SDQ, na avaliação de professores, o que significa que quanto maiores os constructos da inteligência, avaliados pelo Raven, menores os problemas de comportamentos e déficits em comportamentos pró-sociais, avaliados pelo SDQ. Esses dados corroboram, em parte, os encontrados por Bandejas (2006b), nos quais os alunos com melhor funcionamento intelectual apresentam escores significativamente mais elevados de habilidades sociais do que aqueles com pior funcionamento intelectual. A literatura demonstra que o agravante adicional, para os déficits de habilidades sociais, é que estes estão associados a diferentes tipos de problemas de comportamento, comprometendo a adaptação e o rendimento acadêmico na escola (ROSIN-PINOLA; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2007). A ocorrência de comportamentos problemáticos em crianças tende a variar em função do repertório de suas habilidades sociais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2003).

Foi também encontrada correlação moderada negativa entre opiniões de pais e professores, no CP-S do SDQ. Novamente é esperado que as avaliações de pais e professores se mostre discordante. Os pais avaliaram seus filhos como tendo pior desempenho em comportamentos pró-sociais (dificuldades), se for feita uma comparação com a avaliação dos professores e as hipóteses, para esses dados, são que os escolares apresentam diferentes comportamentos, de acordo com as contingências do ambiente e que os professores observam os alunos somente no ambiente escolar (sala de aula e intervalos), onde os comportamentos são controlados por regras, enquanto que os pais notam os comportamentos em vários contextos. Estudo de Costa (2010) apontou, na visão dos pais, valores de média mais altos para as escalas de comportamento pró-social, quando comparados aos da visão dos monitores. Complementando, Bolsoni-Silva e Marturano (2002) citam que práticas educativas e comportamento antissocial dos filhos estão interligados, já que muitos pais não reforçam comportamentos pró-sociais e punem comportamentos desviantes. Assim, as práticas parentais positivas, entre elas a monitoria positiva e o comportamento moral, aumentam a probabilidade de a criança desenvolver relações sociais saudáveis, no âmbito familiar e com seus pares (CIA; PAMPLIN; DEL PRETTE, 2006).

O alcance das correlações desse estudo comprova a necessidade de ser considerado o escore clínico e não clínico de cada instrumento de avaliação. Os fatos de ter sido considerado o escore total de cada instrumento e da amostra ser reduzida pode ter fragilizado tal análise. Assim, torna-se imprescindível que estudos futuros investiguem o escore clínico e não clínico de cada instrumento. É oportuno enfatizar também que sejam preenchidas as lacunas das correlações entre as implicações de escolares com malformação de orelha e as variáveis sociodemográficas, audiológicas, de desempenho escolar, cognitivas e comportamentais, com a investigação de possíveis variáveis como gênero, idade, nível socioeconômico, grau da DA e tipo de malformação de orelha. Sugere-se novas investigações, com uma amostragem maior, bem como, o uso de metodologia observacional.

Este estudo, seguramente, traz informações importantes a respeito de escolares com malformação de orelha e evidencia, para os educadores, a necessidade de um processo de intervenção que atue não só nas dificuldades escolares, como também em identificação e minimização de problemas de comportamento. Da mesma forma que para os psicólogos, fica a certeza da necessidade do acompanhamento sistemático, devido às repercussões psicológicas da malformação de orelha para escolares e família.

4 ESTUDO 2

4.1 OBJETIVO

- Comparar o desempenho escolar, social e comportamental de escolares sem e com malformação de orelha externa e/ou média, sob a ótica de diferentes interlocutores e correlacionar os resultados dos instrumentos de avaliação utilizados no estudo.

4.2 MATERIAL E MÉTODO

4.2.1 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa referente a este estudo foi encaminhado para apreciação ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, da Universidade de São Paulo (HRAC/USP) de Bauru-SP, tendo sido aprovado sob o número de protocolo 103/2008-SVAPEPE-CEP (APÊNDICE A). Como a amostra envolve alunos matriculados em escolas públicas e particulares da rede de ensino, o projeto também foi apresentado à Diretoria de Ensino de Bauru e recebeu parecer favorável do dirigente de ensino para sua execução (APÊNDICE H).

A princípio, foi estabelecido um contato preliminar com os pais dos escolares dos três grupos e com todos os professores, os quais foram informados, por esta pesquisadora e por meio de uma Carta de Apresentação (APÊNDICES B e D), sobre os objetivos e a finalidade da realização dos estudos, bem como as etapas, procedimentos e forma de participação. Após a apresentação dos estudos, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES C e E).

Como a coleta de dados do Estudo 2 foi realizada em ambiente escolar, tomou-se o cuidado de informar previamente aos participantes, individualmente e de maneira clara, o motivo da estada desta pesquisadora e de sua colaboradora na escola, assim como, as atividades que seriam propostas.

4.2.2 Ambiente

O Estudo 2 ocorreu nas escolas públicas e particulares da rede de ensino da cidade de Bauru/SP e região, em ambientes adequados à coleta de dados, no período de 2008 a 2010.

4.2.3 Participantes

Foram selecionados, da amostra anterior (Estudo 1), sete escolares com malformação de orelha média e/ou externa uni e bilateral, para compor o Grupo de Participantes (GP), os quais atenderam aos critérios abaixo:

- serem residentes da cidade de Bauru ou região;
- não apresentarem indicadores de comprometimento cognitivo, na avaliação realizada por meio do Teste de Matrizes Progressivas Coloridas de Raven - Escala Especial (RAVEN) (ANGELINI et al., 1999) e Geral (RAVEN, 2008).

O grupo de escolares sem malformação de orelha, pertencente à sala de aula do GP, foi composto por critérios pré-estabelecidos de escolha e sorteio. Primeiramente, sete escolares foram escolhidos, mediante a percepção de seus respectivos professores, os quais consideraram o desempenho escolar e social satisfatório, compondo o do Grupo Participante Escolhido (GPE). Para o outro grupo, foram sorteados, aleatoriamente, sete escolares, que foram o Grupo Participante Sorteado (GPS). Desse modo, os dois grupos totalizaram 14 escolares, pertencentes à mesma sala do GP.

Ressalta-se que do total de sete escolares do GP, um apresentavam EOAV, dois EOAV com anomalia radial, um síndrome de Treacher Collins e três não apresentavam quadro genético clínico.

4.2.4 Materiais e equipamentos

Foram utilizados os seguintes equipamentos: MP4 player, da marca Sony, para gravação da entrevista com os escolares, *notebook* da marca *Toshiba*, caixa de som, impressora multifuncional da marca Samsung, lápis, borracha, papel sulfite A4 e pacote estatístico SPSS (versão 13.0).

4.2.5 Instrumentos de avaliação

No Estudo 2, foram utilizados os seguintes instrumentos:

1 - Teste de Desempenho Escolar (TDE), descrito no Estudo 1;

2 - Questionário de Capacidades e Dificuldades - *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) (GOODMAN, 1997), descrito no Estudo 1;

3 – Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC) (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005b).

Esse inventário, que visa caracterizar o repertório social de crianças de sete a 12 anos, com base na autoavaliação das crianças e na avaliação do professor, consiste em um sistema de pranchas com imagens digitalizadas de vídeo, ilustrando 21 situações do cotidiano escolar de crianças do Ensino Fundamental, em suas interações com outras crianças e adultos. Em cada situação, há três possibilidades de reação: uma habilidosa, uma não-habilidosa passiva e uma não-habilidosa ativa, para avaliar cada criança, pelo professor ou pelo próprio aluno. Foram verificadas a **frequência** de emissões de cada reação (sempre, às vezes ou nunca), a **adequação** (certo, mais ou menos ou errado) atribuída a elas e a **dificuldade** (fácil, difícil ou mais ou menos) em emitir a reação habilidosa.

Embora cada indicador possa ser utilizado isoladamente, o conjunto deles fornece informações mais completas para identificar crianças que apresentem necessidades educacionais ou terapêuticas e que necessitem de intervenção em habilidades sociais. É possível caracterizar, também, os tipos de déficits e os recursos comportamentais apresentados por elas.

De acordo com o manual do IMHSC, as reações HAB são comportamentos apresentados pela pessoa para interagir com seu ambiente e que contribuem para sua competência social, pela coerência entre comportamentos abertos e encobertos, adequação às demandas e conseqüências obtidas. As reações NHP são os comportamentos apresentados pela pessoa para lidar com as demandas interativas do seu meio ambiente, que comprometem a competência social, por se expressarem predominantemente na forma encoberta de incômodo, mágoa, ressentimento, ansiedade e/ou por meio de esquiva ou fuga das demandas interpessoais, em vez de enfrentamento e, conseqüentemente, as reações. Já as reações NHA são os comportamentos apresentados pela pessoa para lidar com as demandas interativas de

seu ambiente, que comprometem a competência social por se expressarem predominantemente na forma aberta de agressividade física ou verbal, negativismo, ironia, autoritarismo e coerção.

O IMHSC é um instrumento validado pelo Conselho Federal de Psicologia (CRP), com propriedades psicométricas satisfatórias de validação e confiabilidade e estrutura fatorial que abarca quatro fatores:

- **Empatia/civilidade:** habilidades de expressão de sentimentos positivos de solidariedade e companheirismo ou de polidez social, como, por exemplo, fazer e agradecer elogios, oferecer ajuda e pedir desculpas;

- **Assertividade/enfrentamento:** habilidades de afirmação e defesa de direitos e de autoestima, com risco potencial de reação indesejável (maior probabilidade de rejeição, réplica ou oposição) por parte do interlocutor, como solicitar mudança de comportamento do outro, defender-se de acusações injustas e resistir à pressão do grupo;

- **Autocontrole:** habilidades que envolvem controle emocional diante de frustrações ou de reação negativa ou indesejável de colegas, como, por exemplo, recusar pedido de colega, demonstrar espírito esportivo e aceitar brincadeiras;

- **Participação:** habilidade de envolver-se e comprometer-se com o contexto social, mesmo quando as demandas do ambiente não lhes são especificamente dirigidas, como responder perguntas da professora, mediar conflitos entre colegas e juntar-se a um grupo, em brincadeiras.

A versão informatizada é apresentada sob a forma de CD-ROM, denominada IMHSC - Del Prette e a versão impressa, sob a forma de um caderno de pranchas, para avaliação do professor, juntamente com fichas de respostas, folha de instruções, cartões e outros materiais em papel. A apuração dos resultados é feita por um módulo processador, que faz parte de um segundo CD-ROM e disponibiliza imediatamente esses resultados em protocolos, gráficos e planilhas de exportação, em arquivos MS EXCEL, com a listagem de crianças e os resultados obtidos no teste. A apuração dos resultados da versão impressa pode ser realizada manualmente ou por meio do PDHSC-Del Prette, um CD-ROM adicional, com módulo processador de dados, exclusivamente para digitação e processamento dos resultados obtidos com a versão impressa.

Em decorrência do perfil da população envolvida no Estudo e dado o número reduzido da amostra, o instrumento acima citado foi aplicado em escolares de até 13 anos.

Para abranger o objetivo do Estudo 2, foi considerada somente a frequência de respostas dos escolares no IMHSC, ou seja, o escolar avalia, em cada item, a frequência com que emite as reações HAB, NHP e NHA.

Fatores	Habilidades Sociais no Sistema Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC)
Empatia/Civilidade	6*. Pedir desculpas
	10. Oferecer ajuda
	13. Responder a perguntas da professora
	14. Fazer perguntas à professora
	16. Agradecer um elogio
	18. Consolar o colega
	19. Elogiar o objeto do colega
Assertividade/Enfrentamento	21. Defender o colega de acusações injustas
	3. Expressar desagrado
	5. Solicitar mudança de comportamento do outro
	11. Solicitar mudança de comportamento (nova brincadeira)
	17. Resistir à pressão do grupo
Autocontrole	20. Defender-se de acusações injustas
	2. Recusar pedido de colega
	7. Demonstrar espírito esportivo
	9. Negociar, convencer
Participação	15. Aceitar gozações
	1. Juntar-se a um grupo em brincadeiras
	8. Mediar conflitos entre colegas
	13. Responder a perguntas da professora
	4. Pedir ajuda ao colega em classe
	12. Perguntar por quê (questionar)

*ordem numérica das questões.

QUADRO 1 - Conjunto de habilidades sociais avaliadas pelo IMHSC (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005b)

4 - Questionário semiestruturado com pais/responsáveis (APÊNDICE I). O instrumento construído pela pesquisadora era composto por sete questões semiabertas, distribuídas em três temas: comunicação, relacionamento social e convivência dos escolares com malformação de orelha.

5 - Questionário semiestruturado com professores (APÊNDICE J). O instrumento construído pela pesquisadora era composto por seis questões semiabertas, distribuídas em três temas: comunicação, relacionamento social e convivência dos escolares com malformação de orelha.

6 - Roteiro de entrevista com escolares (APÊNDICE K). O roteiro, elaborado pela pesquisadora, era composto por sete questões semiabertas, distribuídas nos mesmos temas do questionário com pais e professores, utilizando vocabulário pertinente.

A Figura 4 é referente às etapas realizadas em relação ao Estudo 2. Na sequência, foi feita uma descrição detalhada de cada etapa.

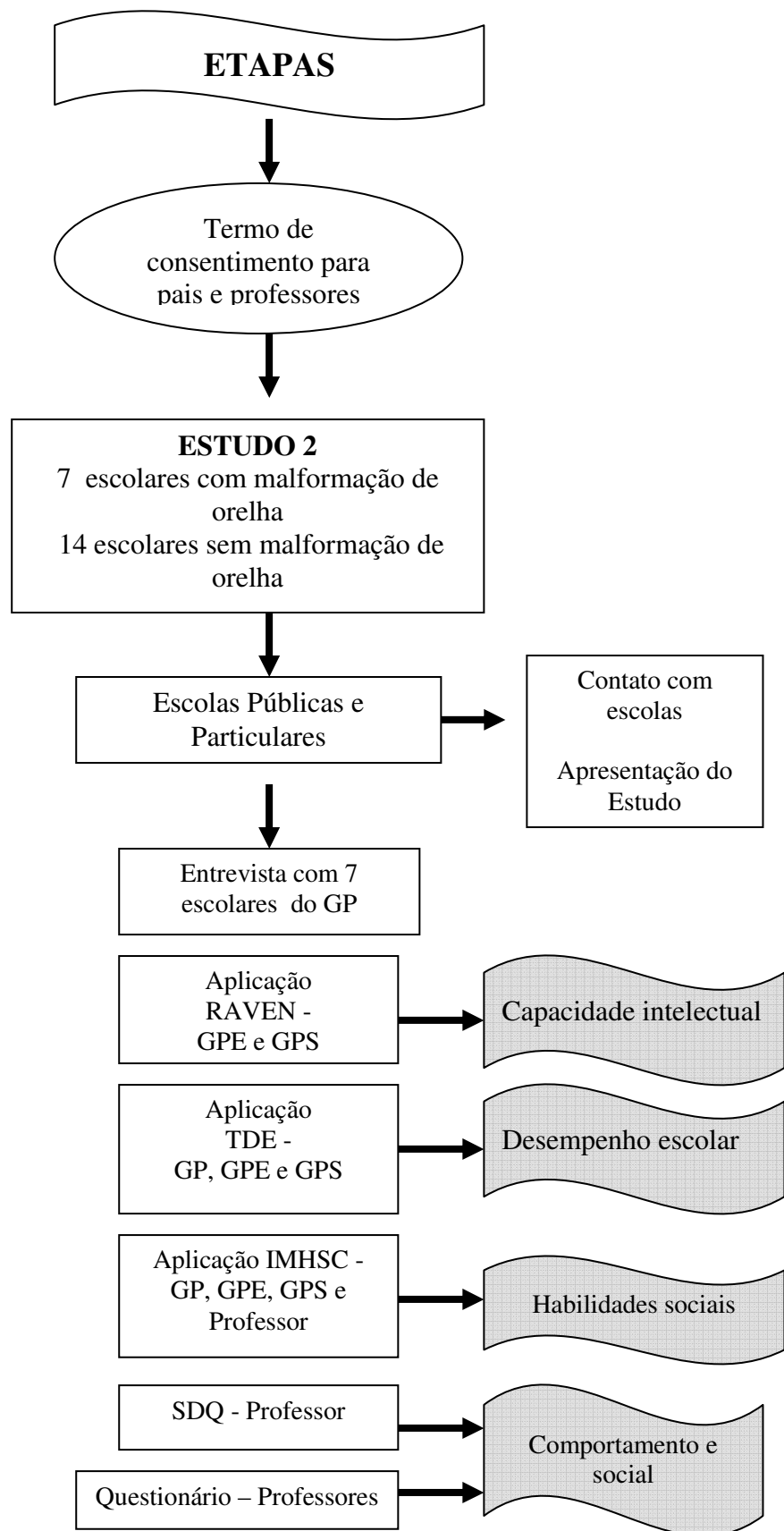


FIGURA 4 – Ilustração das etapas do procedimento de coleta de dados do Estudo 2

LEGENDA:

IMHSC - Sistema Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças

RAVEN – Teste de Matrizes Progressivas Coloridas de Raven - Escala Especial e Geral

TDE – Teste de Desempenho Escolar SDQ - *Strengths and Difficulties Questionnaire*

GP – Participantes/escolares GPE – Grupo Participante Escolhido GPS – Grupo Participante Sorteado

4.2.6 Procedimentos de coleta de dados

Inicialmente, foi realizado um estudo preliminar com três pacientes/escolares que se enquadravam nos critérios estabelecidos para seleção dos participantes, com a finalidade de adequar o roteiro da entrevista, bem como de aplicação do questionário junto aos pais ou responsáveis. Todavia, esses pacientes/escolares não fizeram parte da amostra.

Em relação ao roteiro da entrevista e ao emprego de questionários, foram levadas em conta as recomendações de Manzini (2003) quanto à importância do uso de vocabulário simples, formatação e sequência de perguntas mais elementares para as mais complexas. Tanto o roteiro da entrevista quanto o conteúdo dos questionários foram submetidos ao julgamento de três juízes, da área da Psicologia, Fonoaudiologia e Educação, com experiência no atendimento a deficientes auditivos, sendo que as alterações apontadas pelos juízes foram no sentido de adequação de vocabulário e redução do número de questões.

Neste Estudo 2, a pesquisadora convocou os sete escolares do GP para atendimento na DSA e nesse encontro foi realizada a entrevista gravada. Paralelamente, em outro ambiente, os pais ou responsáveis responderam sozinhos o SDQ, após fornecidas explicações. O material também foi enviado aos professores, os quais precisavam devolvê-los respondidos em um prazo determinado. Especificamente, no caso dos escolares que estavam acima da 4ª série escolar, o SDQ foi respondido pelos professores da disciplina de Português, por solicitação da pesquisadora.

Posteriormente, houve o contato com as sete escolas, para disponibilizarem aos professores o questionário semiestruturado e o SDQ, com prazo de devolução determinado. Foram explicados os objetivos da pesquisa e solicitado que a professora identificasse um escolar com desempenho social e escolar considerado acima da média, formando o GPE e que sorteasse outro, para compor o GPS. Em seguida, foi realizado contato com os pais dos respectivos escolares, a fim de solicitar autorização para participarem da pesquisa. Utilizou-se o mesmo critério de exclusão para o GPE e GPS, ou seja, apresentar indicadores ou presença de comprometimento cognitivo obtido por meio da avaliação do RAVEN.

Optou-se por iniciar a aplicação dos testes, respeitando a seguinte sequência: primeiro aos escolares sem malformação de orelha e, depois, aos escolares com malformação de orelha, para evitar exposição social do grupo acometido.

Em outro momento, prosseguiu-se a aplicação do TDE junto aos escolares do GP, GPE e GPS. Ressalta-se que durante a coleta de dados do Estudo 1, não foi aplicado o TDE aos sete escolares que participariam do Estudo 2, a fim de manter um padrão metodológico de

coleta nos três grupos, como o mesmo ambiente escolar e horário de aula. Solicitada a presença dos escolares, separadamente, eles foram conduzidos até a sala disponibilizada pela escola, onde foi realizada a aplicação do teste. Primeiramente, a pesquisadora preencheu todos os itens do formulário do TDE, iniciando com a escrita do nome e o ditado. Na sequência, o escolar realizou operações aritméticas e, ao final, fez a leitura de 70 palavras, pausadamente.

O outro teste, conhecido como IMHSC, foi aplicado aos grupos GP, GPE, GPS e também junto aos professores. Para a aplicação do instrumento junto aos escolares e professores, a pesquisadora contou com uma colaboradora de pesquisa do último ano do curso de Psicologia da UNESP - Bauru, devidamente treinada. A colaboradora de pesquisa foi apresentada previamente à direção da escola, aos professores e aos escolares participantes do estudo.

No intervalo de uma semana, aplicou-se o IMHSC aos escolares dos três grupos e aos professores, em dia e horário oportunos. Para tanto, a colaboradora de pesquisa se dirigia à sala dos escolares, onde chamava um por vez e os conduzia à sala disponibilizada pela escola para aplicação dos testes, não sem antes explicar os passos a serem realizados, esclarecendo detalhadamente algumas perguntas dos escolares, com relação ao modo de agir na interação com outras pessoas e só então iniciava a apresentação, em vídeo, das respectivas situações e reações.

Quanto ao tempo de aplicação, cada teste teve, em média, a duração de 50 minutos, permitindo que cada escolar realizasse os testes conforme seu ritmo. Mediante qualquer sintoma de cansaço, era proposta uma pausa. O mesmo procedimento em relação à aplicação do IMHSC foi realizado junto aos professores.

4.2.7 Procedimentos de análise dos dados

Com relação ao Estudo 2, iniciou-se com o questionário semiestruturado, junto aos pais ou responsáveis e professores, bem como empregou-se o roteiro de entrevista com os escolares, onde foi feita uma análise qualitativa, descrevendo e interpretando os relatos verbais de pais, professores e escolares do GP. Lüdke e André (1986, p. 18) ensinam que “o estudo qualitativo é o que se desenvolve numa situação natural, [...] é rico em dados descritivos, tem um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada.

Na sequência, foram apresentados os resultados individuais do GP, GPE e GPS, em relação ao TDE, SDQ e IMHSC. Os protocolos de respostas foram pontuados de acordo com

as proposições de cada instrumento utilizado no estudo. Posteriormente, os dados foram transformados nos valores numéricos 2(dois), 1(um) e 0(zero), compondo uma escala ordinal, que permitiu a computação dos escores e o tratamento estatístico através do SPSS, versão 13.0. Assim, foram descritas as análises comparativas entre os resultados do GP, GPE e GPS, em relação ao TDE, SDQ e IMHSC, utilizando o teste estatístico não paramétrico *Kruskal-Wallis*, para avaliações feitas por escolares e professores.

No caso das comparações, entre grupos, de avaliações feitas pelos professores, o teste utilizado foi o de *Friedman*, já que as 21 avaliações não eram independentes (cada professor avaliou um escolar de cada grupo). Para as comparações entre avaliações de pais e professores, dentro de cada grupo, utilizou-se o teste de *Wilcoxon* (duas amostras do mesmo indivíduo). O nível de significância dos testes foi de 5%. Ao reportar-se à análise descritiva dos dados, realizou-se, para cada teste, a análise das medidas descritivas (mediana, mínimo e máximo).

Para as correlações entre os escores totais dos instrumentos de avaliação, para cada grupo, foi utilizado o teste de correlação de *Spearman* (não paramétrico), tomando por base uma classificação estabelecida por esta pesquisadora, onde foram atribuídos valores classificatórios ao IMHSC, a partir dos escores totais (médias), para as reações HAB, NHP e NHA, bem como para o SDQ, em que foram considerados valores 1(um) para clínico e 0 (zero) para não clínico.

4.3 RESULTADOS

Primeiramente, foram apresentados os resultados do questionário, junto aos pais, das entrevistas² com os escolares do GP e os resultados do TDE, SDQ e IMHSC do GP, GPE e GPS e, a seguir, a análise estatística comparativa.

Vale ressaltar que os escolares do GP foram extraídos da amostra anterior (Estudo1) e citados de acordo com as numerações especificadas anteriormente. O GPE e GPS foram formados obedecendo aos critérios de seleção da amostra para o Estudo 2 e citados com as mesmas numerações do GP.

² Os relatos foram modificados, adequando o português, na forma de apresentação.

4.3.1 Questionário com pais e professores dos escolares do GP

Quanto às **dificuldades auditivas** dos escolares, a maioria dos pais afirmou que elas ocorrem, justificando que “ouvem som de rádio e TV alto” (GP 10 e GP 29), “não ouve quando eu chamo ou falo com ele” (GP 10 e 34) e “vira o rosto para escutar” (GP 11). Já os professores relataram que três escolares (GP 11, GP 29 e GP 40) apresentaram tais dificuldades, exemplificando um deles abaixo:

P GP 11: “Às vezes, vira o rosto para escutar.

P GP 29: “Aumenta o som de rádio e TV acima do normal”

Prof. GP 11: “Dependendo do lado que uma pessoa o chama ele não atende. Às vezes precisa chamá-lo várias vezes para ele responder”.

Sobre o **relacionamento com crianças conhecidas**, os pais relataram que seus filhos (GP 11, GP 29, GP 35, GP 39 e GP40) “relacionam-se bem”, “demonstram ciúmes e gostam de exhibir-se” (GP10), “ficam bravos quando falam de sua orelha” (GP 34) e “acham que todos querem copiá-la” (GP39). Alguns relatos exemplificam as respostas dadas:

P GP 10: “Depende, às vezes bem e às vezes sente ciúmes e com os amigos gosta de se exhibir e mostrar ou contar tudo o que tem”.

P GP 34: “Se alguém brinca com ele ou fala alguma coisa sobre a orelhinha dele, ele fica “enfezado”, aí ele quer bater”.

Ainda em relação a essa questão, a maioria dos professores respondeu que os escolares apresentavam bom relacionamento com conhecidos na escola. Apenas um professor referiu-se ao GP 39, justificando que, “embora a turma a aceite bem, ela fica isolada, com duas amigas”.

Investigando o **relacionamento com crianças desconhecidas**, na visão de pais e professores, observou-se que quatro pais afirmaram que os filhos (GP 11, GP 29, GP 35 e GP 39) apresentavam comportamentos “normais”, um que “tenta fazer amizade” (GP 35), outro que o filho “era extrovertido” (GP 11), sendo que os pais do GP 10, GP 34 e GP 40, embora relatassem normalidade, acrescentaram que “às vezes tenta esconder a orelha” (GP 10), “chega aos poucos” (GP 34) e “é tímido” (GP 40). Alguns relatos estão descritos a seguir, para exemplificar tais respostas:

P GP 10: “Bem, mas em algumas ocasiões tentou esconder a orelha mal formada”.

P GP 34: “Ele vai chegando aos poucos, assim... até ele se apegar e primeiro ver se ninguém vai mexer com a orelhinha dele e perguntar. Porque a maioria que não conhece ele, vê a orelhinha e pergunta: o que é

isso? E como aconteceu? Aí ele fala e depois ele começa a se soltar com a pessoa, entendeu?”.

P GP 40: “Ele é mais no cantinho dele... as crianças vêm conversar, mas acho que até ele ir brincar, demora um pouquinho...”.

Complementando a questão, quatro professores afirmaram que os escolares “relacionam-se bem” (GP 10, GP 11, GP 39 e GP 40), dois relataram que eles “mostram-se tímidos” (GP 34 e GP 35) e um ressaltou que o escolar é vítima de zombaria (GP 29), conforme relato a seguir.

Prof GP 29: “Segundo ele, essas crianças caçoam do jeito dele ser, colocando apelidos (geralmente relacionados à sua orelha). Ele diz não se importar muito com isso, porém, percebi que fica muito chateado”.

Foi incluída, no questionário semiestruturado, junto aos pais, uma questão a respeito dos questionamentos, aceitação e convivência dos escolares com malformação de orelha, visando uma melhor compreensão do assunto.

Diante do exposto, os **questionamentos sobre a malformação de orelha dos escolares** foram descritos pela maioria dos pais como: “Por que nasceu assim” (GP 10 e GP 11), “Revolta-se, quer abandonar os estudos e não quer sair de casa” (GP 29) e ainda “Porque a orelha dela é diferente e quando irá fazer a cirurgia” (GP 39). Um pai relatou que o filho cobra dele sobre não ter realizado a cirurgia ainda (GP 34). Apenas um pai relatou não ocorrer questionamentos (GP 35). A seguir, são descritos alguns relatos:

P GP 10: “Porque nasceu assim, que ele vai cortar a orelha do meu sobrinho, que as crianças da escola o chamam de orelha torta”.

P GP 29: “Revolta-se com frequência, não sai de casa, fala em abandonar os estudos”.

P GP 34: “Ele vem cobrar de mim. Ele fala que por que não fizeram a orelhinha dele quando ele fez sete anos, então eu estou ganhando tempo para explicar para ele”.

P GP 39: “Reclama porque sou diferente, porque minha orelha é diferente. Quando eu vou fazer a cirurgia? fica perguntando. Só que não tem essa de prender o cabelo e esconder as orelhas”.

Quanto à **convivência com a malformação de orelha dos escolares**, três pais relataram que seus filhos (GP 10, GP 29 e GP 34) se mostravam incomodados com a alteração da orelha, justificando que “querem fazer cirurgia” (GP 10 e GP 34), “não quer sair de casa, não quer ir à escola e que os amigos riem dele” (GP 29). Seguem alguns relatos dos pais:

P GP 10: “Ele fala que a orelha é feia, que ele quer fazer a cirurgia”.

P GP 29: “Pelo fato de não querer sair de casa, não querer ir à escola, fala que os amigos riem muito dele”.

Tratando das **queixas de zombarias por parte de colegas**, a maioria dos pais acredita que os filhos não sofrem discriminação. Todos os professores relataram que não ocorrem zombarias ou chacotas aos escolares com malformação de orelha.

Quanto à **forma como outras pessoas (amigos, familiares, desconhecidos) tratam os escolares**, quatro pais afirmaram que o tratamento ocorre de forma diferenciada, às vezes de maneira negativa e que as pessoas “mostram-se incomodadas com a aparência” (GP 29), “fazem brincadeiras” (GP 34), os familiares “superprotegem a criança” (GP 39) e “demonstram piedade” (GP 40). Alguns relatos abaixo ilustram isso. Questionados, todos os professores relataram não observar diferença na maneira como familiares e conhecidos lidam com esses escolares.

P GP 29: “Com reserva, parecem incomodados com sua aparência, causa estranheza nas pessoas”.

P GP 34: “Falam para ele que a orelhinha caiu, cadê a sua orelhinha, principalmente os irmãos deles fazem isso com ele... então, ele fica bem irritado sobre isso. Pega a vassoura, pega a faca, pega tijolo, sapato, o que tiver na frente ele joga”.

P GP 39: “A avó pedia para escondê-la, para os outros não verem. A avó tem um pouco de receio. Os primos tratam-a normal. A avó é quem superprotege e o irmão também tem um pouco de cuidado”.

P GP 40: “O que eu vejo no geral, assim, um exemplo, a minha família mora longe, a gente vai pra casa dos familiares, começam a conversar como se fosse uma criança diferente, com dó... infelizmente tem isso... olham-no meio diferente e querendo ou não, a gente percebe”.

4.3.2 Entrevistas com escolares (GP)

Questionados se **gostam de ir à escola**, todos os escolares responderam afirmativamente, sendo que cinco justificaram que vão à escola para “aprender”, três para “brincar com os colegas”, três porque “gostam de ler e escrever” e um, porque “é bom e legal e não tem nada para fazer em casa”. Apenas um escolar (GP 40) relatou não gostar muito de estudar, justificando “porque eu acho um pouco enjoativo”.

Todos os escolares afirmaram ter amigos na escola. Questionados se **brincavam com outras crianças fora da escola**, responderam que sim, sendo que cinco relataram que brincavam de “jogar bola”, dois de “corrida” e, com uma frequência cada, de “luta”, “vídeo game”, “veterinário”, “pega-pega”, “chutar lata”, “taco” e “sai para passear”.

Quanto a serem alvo de **zombarias de colegas**, três escolares responderam que isso nunca ocorreu, três responderam afirmativamente (GP 10, GP 29 e GP 34) e uma declarou que os amigos já zombaram, mas que isso não acontecia mais (GP 40). O relato encontra-se descrito a seguir:

GP 10: “Por causa da minha orelha. Falam: orelha pequena”.

GP 29: “Zombam muito, mas eu nem ligo... Se eu ligasse para o que eles falam, eu estava morto e enterrado nessa hora. Falam que eu sou verrugento, boca torta ... orelha pequena....eu nem ligo, eu estou pouco me importando.”

GP 34: “Ficam me xingando o dia inteiro. Ah, “orelhinha seca”, ficam falando um monte de coisas”.

Ao se manifestarem sobre zombarias, os escolares relataram que “ignoram”, “contam para um adulto”, “ficam irritados/não gostam”, “xingam”, “sentem raiva”. Alguns relatos, que ilustram as respostas, estão abaixo:

GP 10: “Eu sentia muita raiva. contei para a tia. Agora o menino parou, eu estou ignorando ele”.

GP 29: ‘Bom, às vezes eu falo palavrão, às vezes eu deixo falar... deixo a pessoa ficar falando...ou às vezes eu falo do defeito dela”.

Quanto à **dificuldade auditiva em sala de aula**, especificamente se ouviam as explicações da professora e o chamado de colegas, três responderam afirmativamente e quatro não. Questionados a respeito do que faziam em tais situações, duas responderam que pedem à professora para repetir e a outra diz que “não faz nada”. Já em relação a escutar os colegas, quatro escolares afirmaram ter dificuldades e três não.

Alguns trechos de relatos, referentes a não ouvir a professora:

GP 10: “Tem hora que eu não entendo a professora... tem hora que está todo mundo falando e não dá pra ouvir o que a professora está falando da matéria. Eu não faço nada, eu espero a professora falar pra todo mundo ficar quieto, aí eu peço pra ela repetir”.

GP 11: “Às vezes ela fala assim: eu vou falar baixinho porque minha garganta está doendo... daí ela fala baixinho e as vezes eu fico sem entender, daí eu peço para ela repetir”.

GP 40: “Ela fala, de vez em quando eu não escuto, eu fico quieto. Ela falava e depois não voltava a falar de novo, ela falava uma vez e eu não escutava, ela falava uma coisa eu não entendia e aí eu “deixava” quieto. Eu fico escrevendo o texto, depois do texto tem que fazer umas coisas, ela estava lá explicando umas continhas... ela estava escrevendo e explicando e eu não entendi”.

Em relação aos colegas, os escolares declararam:

GP 11: “Quando alguns falam muito rápido... às vezes uns falam muito devagar. Eu peço pra eles repetirem”.

GP 34: “Quando eles falam de longe, eles falam uma coisa e eu não entendo, daí eu peço para eles falarem de novo”.

GP 35: “Acontece mais quando eu estou longe, tipo: vão falar alguma coisa de longe, aí eu não consigo ouvir”.

No quesito **aparência física**, quatro escolares afirmaram querer mudar algo e três estavam satisfeitos. Questionados sobre o que gostariam de mudar, quatro mencionaram a orelha, um, que gostaria de “ouvir melhor” e outro, “falar melhor”. Alguns relatos encontram-se transcritos abaixo:

GP 10: “Uma coisa só: minha orelha. Eu gostaria de usar óculos de sol”.

GP 11: “Minha orelha. Queria deixar igual a essa (apontando para a orelha normal). “É que eu tenho vergonha... de quando eles perguntam. Eu fico tímido... eu chego em casa e converso com a minha mãe...por que os meus amigos sempre falam isso?”

GP 34: “Muitas coisas...eu gostaria de ouvir melhor, pra falar melhor também.”

GP 35: “Só gostaria que fosse normal, que ficassem iguais (referindo-se a orelha malformada), mas eu não sei também se eu ia conseguir me acostumar. Mas eu acho que ia ficar mais legal se fossem iguais”.

4.3.3 Resultados do TDE, SDQ e IMHSC dos escolares do GP, GPE e GPS

▪ Teste de Desempenho Escolar (TDE)

De acordo com o Gráfico 10, os resultados do GP, no TDE, indicam que, em escrita, cinco escolares obtiveram classificação inferior à média e dois, na média. Em aritmética, cinco encontravam-se inferiores à média, um na média e um superior à média. Já em leitura, quatro escolares obtiveram classificação inferior à média, dois na média e um, superior à média. Os escolares do GP mostraram-se, na maioria, inferiores à média, na classificação total no TDE³.

³ Optou-se neste estudo pela adoção de “série” escolar, pois as escolas pesquisadas encontravam-se no período de transição de acordo com a [LEI Nº 11.274, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2006](#), que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, dispondo sobre a duração de 9 (nove) anos para o ensino fundamental, com matrícula obrigatória a partir dos 6 (seis) anos de idade (BRASIL, 2006).

Com relação ao GPE, em escrita, três escolares obtiveram classificação média, três, inferior à média e somente um, superior à média. Em aritmética, quatro apresentaram classificação média, dois inferiores à média e um, superior à média. Em leitura, cinco escolares obtiveram classificação média, um inferior à média e um, superior à média. Os escolares do GP mostraram, na maioria, desempenho médio na classificação total no TDE.

No GPS, três escolares apresentaram classificação média, três inferiores à média e somente um obteve classificação superior à média em escrita. Em aritmética, cinco escolares apresentaram classificação inferior à média, um na média e um, superior à média. Já em leitura, cinco escolares obtiveram classificação média e dois, inferior à média. Os escolares do GPS mostraram-se, na maioria, inferiores à média, na classificação total no TDE.

Conforme os dados do Gráfico 11, o GPE foi o que se destacou na classificação geral do TDE, quando comparado ao GPS e GP. Vale destacar a semelhança, na classificação total, entre o GP e GPS. Encontram-se na Tabela 5, Apêndice L, os achados do TDE de cada grupo.

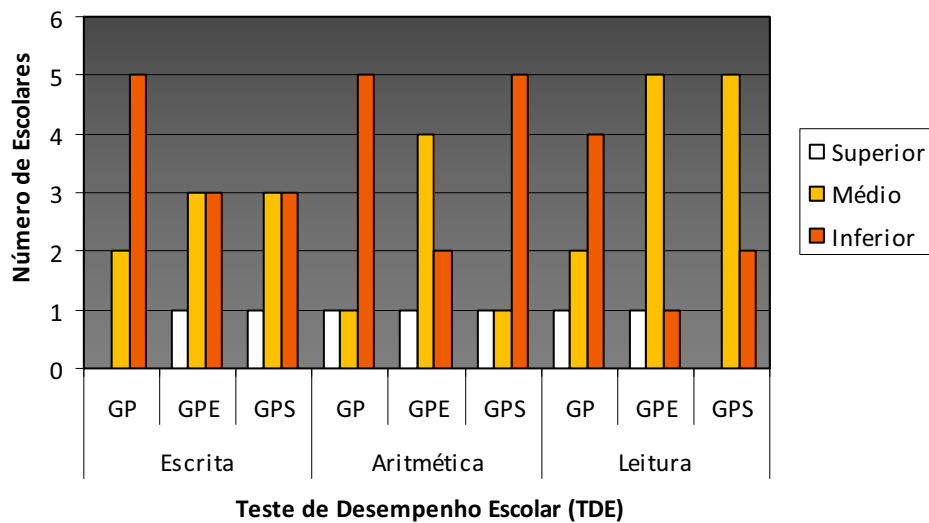


GRÁFICO 10 – Resultados da autoavaliação do GP, GPE e GPS, do Estudo 2, em escrita, aritmética e leitura, do Teste de Desempenho Escolar (TDE)

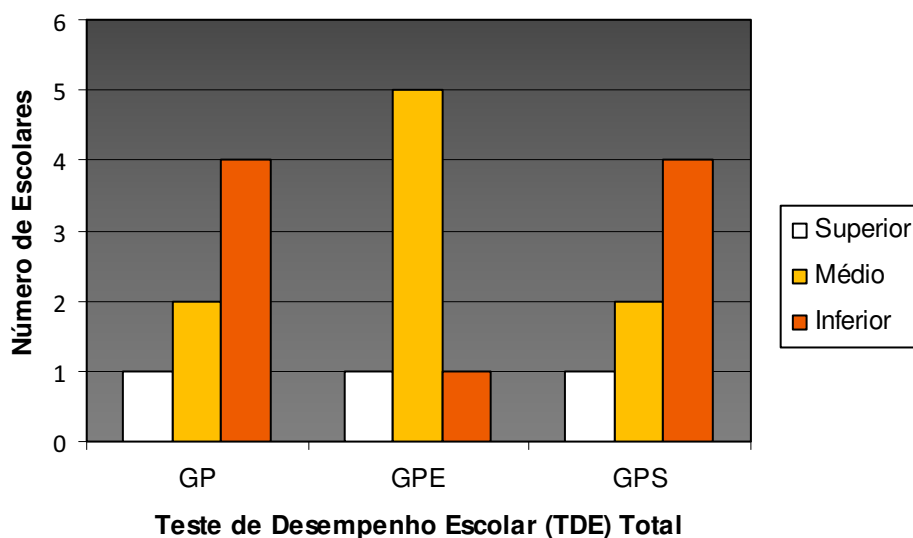


GRÁFICO 11 – Resultados da autoavaliação do GP, GPE e GPS, do Estudo 2, na classificação total do Teste de Desempenho Escolar (TDE)

▪ **Questionário de Capacidades e Dificuldades - *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ)**

Os Gráficos 12, 13 e 14, referem-se aos resultados do SDQ, de acordo com a avaliação dos pais e professores do GP, GPE e GPS, nas cinco escalas que compõem o teste.

Observa-se que no GP, na escala SE, quatro pais classificaram o desempenho dos escolares como “normal” e três como “anormal”. Na escala PC, quatro pais classificaram como “normal”, dois como “anormal” e um como “limítrofe”. Na escala H, quatro pais classificaram o desempenho dos escolares como “normal”, dois como “anormal” e um como “limítrofe”. Já na escala RC, quatro pais classificaram como “anormal” e três como “normal”. Já na escala CP-S, todos os pais classificaram como “normal”. Quanto aos professores, todos avaliaram os escolares com desempenho “normal” nas cinco escalas do SDQ.

No GPE, nas escalas SE e RC, seis pais consideraram o desempenho dos escolares como “normal” e um como “limítrofe” e todos os professores avaliaram como “normal”. Na escala PC, todos os pais e professores avaliaram como “normal”. Na escala H, todos os pais classificaram como “normal” e um professor, como “limítrofe”. Na escala CP-S, todos os pais e professores consideraram como “normais”.

No GPS, na escala SE, cinco pais avaliaram os escolares como tendo desempenho “anormal” e dois como “normal”, sendo que todos os professores avaliaram como “normal”.

Em PC, quatro pais avaliaram como “normal”, dois como “limítrofe” e um, como “anormal”. Quanto aos professores, apenas um avaliou como “limítrofe” e os demais, como “normal”. Na escala H, quatro pais avaliaram o desempenho dos escolares como “normal”, dois como “limítrofes” e um como “anormal”. Apenas um professor considerou como “anormal”. Já em RC, quatro pais avaliaram como “normal” e três como “limítrofe”. Dos professores, apenas um classificou como “limítrofe” e os demais como “normal”. Na escala CP-S, todos os professores avaliaram o desempenho dos escolares como “normal” e apenas um pai considerou como “limítrofe”.

As diferenças na pontuação total, entre as avaliações de pais e professores, estão em destaque (sombreadas), na Tabela 6, Apêndice M.

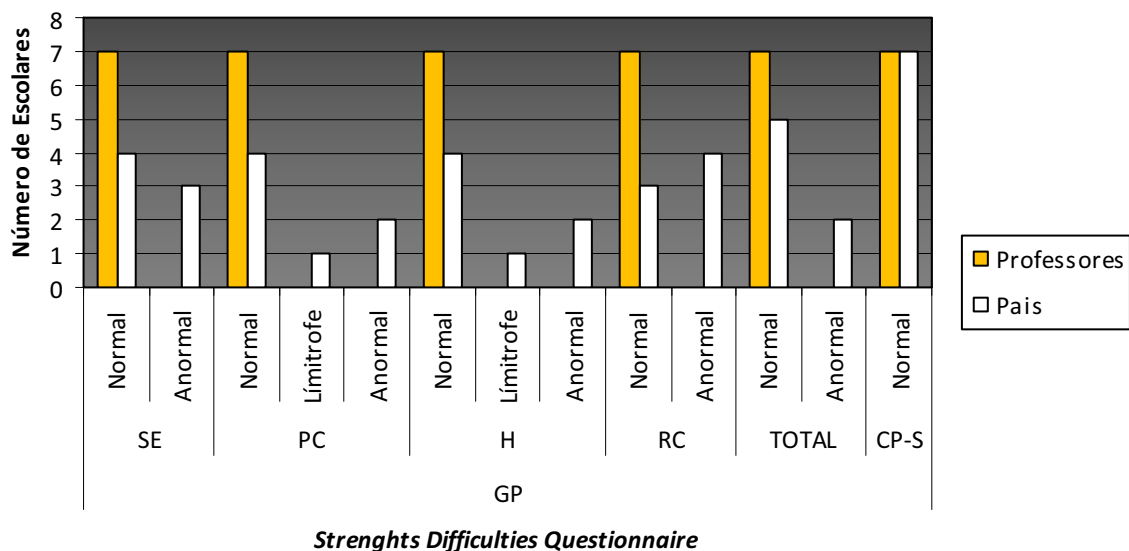


GRÁFICO 12 – Resultado do desempenho do GP, do Estudo 2, nas cinco escalas e na classificação total do Questionário de Capacidades e Dificuldades / *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), segundo a avaliação de pais e professores

LEGENDA:

SE – Sintomas emocionais

PC – Problemas de comportamento

H – Hiperatividade

RC – Relacionamento com colegas

CP-S – Comportamento pró-social

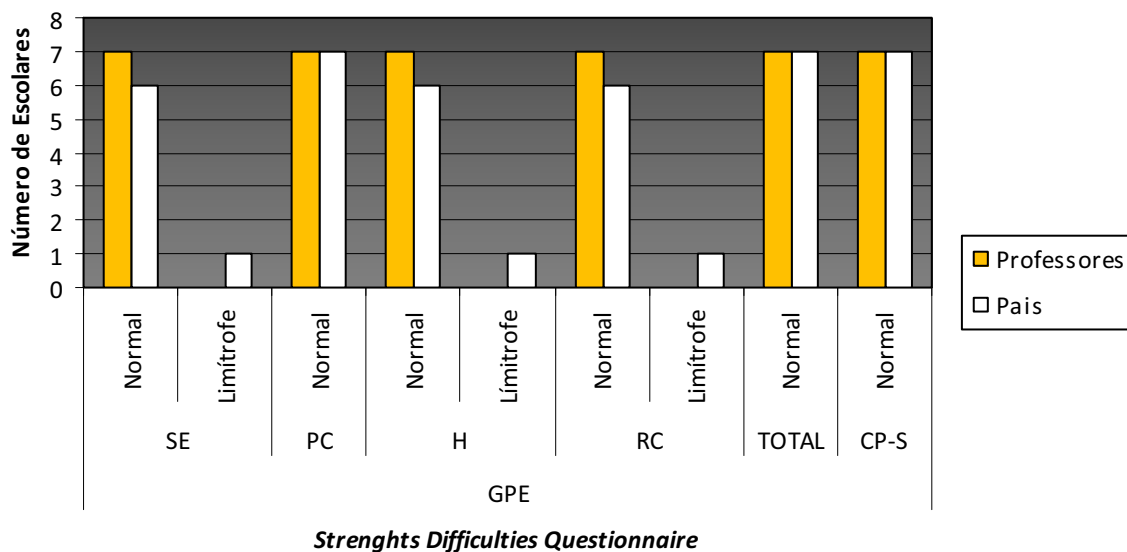


GRÁFICO 13 – Resultado do desempenho do GPE, do Estudo 2, nas cinco escalas e na classificação total do Questionário de Capacidades e Dificuldades / *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), segundo a avaliação de pais e professores

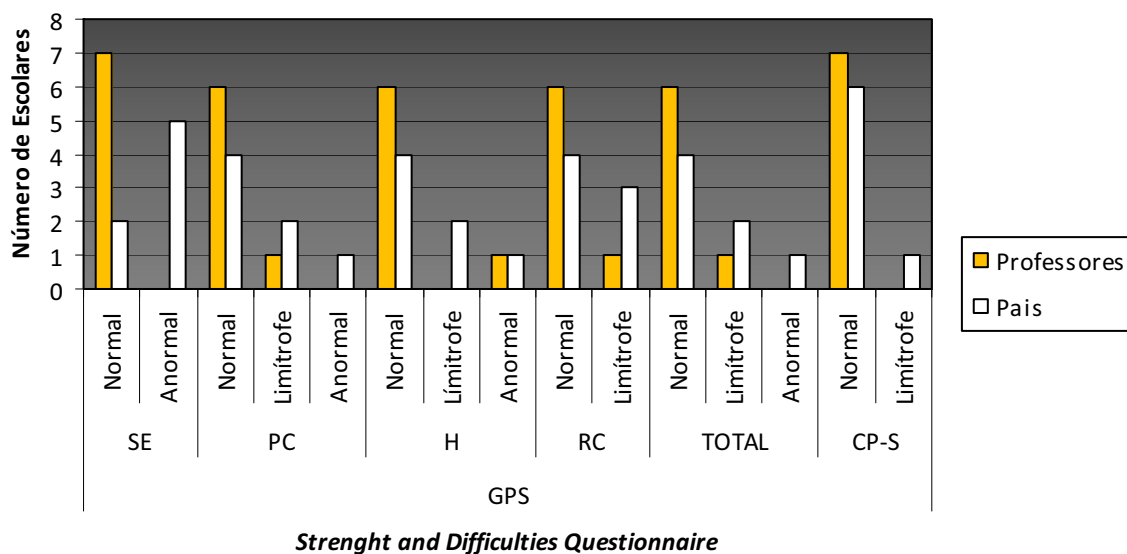


GRÁFICO 14 – Resultado do desempenho do GPS, do Estudo 2, nas cinco escalas e na classificação total do Questionário de Capacidades e Dificuldades / *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), segundo a avaliação de pais e professores

Tanto no GP como no GPE, nas cinco escalas e na classificação total, todos os professores avaliaram o desempenho dos escolares como normal. No GPS, na escala CP-S, todos os professores avaliaram os escolares com desempenho normal, porém, na classificação total, um professor avaliou um escolar como limitrofe. Apenas um escolar do GPS obteve classificação limitrofe, na avaliação dos pais.

No GP, as características mais relatadas por pais como “anormais” referem-se à escala RC, seguida por SE, PC e H. No GPE, nenhum pai ou professor avaliou o desempenho dos escolares como anormal, nas escalas PC e CP-S. Em relação à classificação limítrofe, os pais relataram dificuldades nas escalas SE, H e RC. O GPS foi o grupo avaliado com resultados piores pelos pais e professores. Os indicadores de dificuldades, na avaliação de pais, foram referentes à escala SE (anormal), enquanto que na avaliação de professores, foi para a escala RC (limítrofe).

No que diz respeito à comparação entre pais e professores, os resultados do SDQ indicaram que as avaliações dos pais tenderam mais para a classificação “anormal” e “limítrofe” do que as dos professores, em todas as escalas do SDQ, para todos os grupos.

- **Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC)**

São apresentados os resultados descritivos da autoavaliação dos escolares do GP, GPE e GPS e da avaliação dos professores, para as reações HAB (habilidosa), NHP (não habilidosa passiva) e NHA (não habilidosa ativa) e em relação à média geral e aos quatro fatores avaliados no IMHSC (empatia/civilidade, assertividade/enfrentamento, autocontrole e participação), considerando a frequência de emissão de cada reação.

A norma de referência do instrumento consta do manual e foi apresentada somente para a resposta dos escolares, considerando o intervalo médio $[- 1 dp < média > + 1 dp]$. Os resultados da autoavaliação dos escolares e da avaliação dos professores foram processados de forma semelhante, porém, não há uma referência normativa, até o momento, para a avaliação dos professores e, devido a isso, foi apresentada a média de cada grupo para comparação entre eles.

Estão em destaque, na Tabela 7, os resultados acima da média (verde) e abaixo da média (amarelo), padronizados para melhor visualização. Os resultados que ficaram no intervalo médio, apontado pelo IMHSC, não foram destacados.

Nas reações HAB, cuja média normativa é 1,44, considerando o intervalo médio $[- 1 dp < média > + 1 dp]$, quando os resultados se encontram abaixo do intervalo, de acordo com a norma de referência da autoavaliação dos escolares, observa-se baixa frequência dos comportamentos esperados para esse indicador. Acima do intervalo médio, os resultados apresentam alta frequência de comportamentos habilidosos e dentro do intervalo médio, significam desempenho semelhante à média do grupo de referência.

Nas reações NHP (média: 0,68) e NHA (média: 0,56), quando os resultados encontram-se acima do intervalo, significa que os escolares apresentam alta frequência de comportamentos não habilidosos passivos e ativos nesses indicadores, demandando possivelmente um treinamento de habilidades sociais. Quando os resultados encontram-se abaixo do intervalo médio, verifica-se baixa frequência de comportamentos não habilidosos passivos e ativos, enquanto que, no intervalo médio, observa-se um desempenho semelhante à média de referência.

TABELA 7 – Resultados da autoavaliação do GP, GPE e GPS e da avaliação dos professores do Estudo 2, quanto às reações HAB, NHP e NHA, do Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC)

Grupos	HAB		NHP		NHA	
	Escolares	Prof.	Escolares	Prof.	Escolares	Prof.
GP						
10	1,52	1,24	0,95	0,48	0,00	0,95
11	1,52	1,86	0,29	0,90	0,00	0,24
29	1,90	1,90	0,62	0,05	0,33	0,14
34	1,43	1,10	0,76	0,43	0,00	0,86
35	1,48	1,24	0,29	0,62	0,33	0,86
39	1,62	1,29	0,19	0,86	0,10	0,00
40	1,71	1,67	1,00	0,86	0,29	0,10
GPE						
10	1,24	1,52	0,81	0,71	0,00	0,33
11	1,81	1,86	0,05	0,90	0,05	0,10
29	1,62	1,52	0,62	0,43	0,00	0,19
34	1,52	1,24	0,48	0,48	0,00	1,14
35	1,33	1,71	0,76	0,33	0,29	0,33
39	1,81	1,52	0,90	0,10	0,05	0,62
40	1,71	1,38	0,29	0,57	0,00	0,71
GPS						
10	1,29	1,57	0,62	0,62	0,00	0,33
11	1,29	1,57	0,57	0,86	0,33	0,67
29	2,00	1,14	0,90	0,86	0,00	0,33
34	1,57	1,00	0,90	1,33	0,10	0,29
35	1,10	0,95	0,90	1,24	0,19	0,14
39	1,38	1,62	0,38	0,10	0,43	0,57
40	1,38	1,33	0,33	0,48	0,19	0,90

Normas de referência para autoavaliação dos escolares no IMHSC:

HAB: 1,44; NHP: 0,68; NHA: 0,56.

Intervalo Médio: [- 1 dp < média > + 1 dp]

LEGENDA:

GP - Participantes/escolares

GPE - Grupo Participante Escolhido

GPS - Grupo Participante Sorteado

Prof. - Professor

HAB - reações habilidosas

NHP - reações não habilidosas passivas

NHA - reações não habilidosas ativas

Nota: O destaque em verde, na Tabela 7, representa os valores acima da média e em amarelo, os valores abaixo da média.

▪ **Autoavaliação dos escolares do GP, GPE e GPS, quanto às reações HAB, NHP e NHA do IMHSC**

Nas reações HAB, a autoavaliação dos escolares do GP permitiu observar, conforme Tabela 2.4, que dois participantes consideraram-se bastante habilidosos, tendo em vista as pontuações acima do intervalo médio para a reação HAB e o restante do grupo manteve-se na média.

Dois escolares do GP tiveram pontuações acima do intervalo médio, nas reações NHP, indicando alta frequência de comportamentos não habilidosos passivos, dois estiveram no intervalo médio e três, abaixo, sinalizando a baixa frequência nos comportamentos passivos. Em relação às reações NHA, todos os escolares do GP se avaliaram abaixo da média para comportamentos não habilidosos ativos.

No GPE, para as reações HAB, três participantes apresentaram pontuações acima da média, e o restante do grupo, na média. Nas reações NHP, dois escolares permaneceram abaixo da média e o restante, na média. Novamente, todos os escolares do GPE se autoavaliaram abaixo da média para comportamentos não habilidosos ativos.

Apenas um escolar do GPS teve pontuações acima da média e outro, abaixo da média para comportamentos habilidosos. O restante permaneceu na média. Nas reações NHP, dois escolares estiveram abaixo da média, indicando baixa frequência de comportamentos não habilidosos passivos e o restante permaneceu na média. Com exceção de um escolar do GPS, os outros se autoavaliaram abaixo da média para comportamentos habilidosos ativos.

Observa-se, portanto, que, com relação às reações HAB, o número de escolares na média foi praticamente igual nos três grupos, com alguns participantes acima da média (dois no GP, três no GPE e um no GPS). Nas reações NHP, observa-se semelhança entre GPE e GPS (ambos com cinco escolares na média e dois abaixo da média) e destaque para o GP, que, aparentemente, diferenciou-se dos outros dois. Para os três grupos, a maioria dos escolares obteve resultados abaixo da média na autoavaliação para comportamentos não habilidosos ativos, ou seja, independentemente do grupo, os escolares se autoavaliaram com baixa frequência de comportamentos ativos.

▪ **Avaliação dos professores do GP, GPE e GPS, quanto às reações HAB, NHP e NHA do IMHSC**

A média encontrada na avaliação dos professores do GP, para HAB, foi de 1,47, para NHP 0,60 e para NHA o valor foi de 0,45.

Para os professores do GPE, em HAB, obteve-se 1,54, em NHP, 0,50 e em NHA o valor foi de 0,49.

Em relação aos professores do GPS, os valores foram 1,31 para HAB, 0,78 para NHP e 0,46 para NHA.

Quando comparadas as médias de cada grupo, nos três tipos de reações, apenas por observação, nota-se semelhança entre os grupos para HAB (GP:1,47; GPE:1,54 e GPS:1,31), NHP (GP: 0,60; GPE: 0,50 e GPS: 0,78) e NHA (GP: 0,45; GPE: 0,49 e GPS: 0,46).

▪ **Autoavaliação dos escolares do GP, GPE e GPS, quanto às reações HAB, NHP e NHA, nos quatro fatores do IMHSC**

A seguir, são descritos os resultados dos escores da autoavaliação do GP, GPE e GPS, para cada um dos quatro fatores do IMHSC, com suas respectivas médias, conforme apresentado nas Tabelas 8, 9 e 10. Os escores abaixo do intervalo médio, segundo normas de referência do IMHSC, estão grifados em amarelo, os escores dentro do intervalo considerado médio apresentam-se sem grifo e os acima do intervalo médio estão grifados em verde. Novamente, por não haver uma referência normativa até o momento, foi realizada a média de cada grupo, na avaliação dos professores.

Conforme dados apresentados na Tabela 8, nos fatores empatia/civilidade, todos os escolares do GP apresentaram-se no intervalo da média para comportamentos habilidosos (HAB). Nas reações NHP, apenas um escolar do GP apresentou frequência inferior ao intervalo médio, demonstrando uma frequência mais baixa de comportamentos NHP, com relação à norma de referência e também quanto ao restante do grupo, que apresentou frequência de comportamentos dentro da média normativa. A respeito da NHA, verificou-se que quatro escolares apresentaram frequências abaixo da média (0,00) e três, dentro da média normativa. Nos fatores assertividade/enfrentamento, três escolares se autoavaliaram com médias acima do intervalo normativo e frequência bastante alta em comportamentos habilidosos (HAB), três ficaram na média e apenas um se autoavaliou abaixo da média normativa. Para comportamentos não habilidosos passivos (NHP), dois escolares

permaneceram abaixo da média normativa, caracterizando baixa frequência de comportamentos passivos; os demais ficaram na média. Em comportamentos não habilidosos ativos (NHA), quatro escolares se autoavaliaram com frequência zero (0,00) e os demais, com frequência dentro do intervalo normativo médio.

Em autocontrole, cinco escolares se avaliaram acima da média normativa para comportamentos habilidosos (HAB) e os demais ficaram na média. Já para comportamentos não habilidosos passivos (NHP), dois escolares se autoavaliaram abaixo da média e apenas um se autoavaliou acima da média. Com relação a comportamentos não habilidosos ativos (NHA), seis escolares ficaram abaixo da média normativa, demonstrando baixa frequência de comportamentos não habilidosos ativos; os demais ficaram na média.

Já em participação, apenas um escolar se autoavaliou acima da média para frequência de comportamento habilidoso (HAB); os demais ficaram na média. Para comportamentos não habilidosos passivos (NHP), apenas um participante ficou abaixo da média; os demais ficaram na média. Finalmente, para comportamentos não habilidosos ativos (NHA), quatro escolares se avaliaram com frequência zero, ou seja, não apresentaram comportamentos não habilidosos ativos, enquanto que os demais apresentaram frequência dentro do intervalo médio.

TABELA 8 – Dados descritivos (média) da autoavaliação do GP e da avaliação dos professores do Estudo 2, quanto às reações HAB, NHP e NHA, nos quatro fatores do Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC)

Reações	GP	Empatia/civildade (8 itens)		Assertividade/Enfrentamento (5 itens)		Autocontrole (4 itens)		Participação (3 itens)	
		Escolares	Prof.	Escolares	Prof.	Escolares	Prof.	Escolares	Prof.
HAB	10	2,00	1,63	0,80	1,20	1,00	0,75	2,00	1,00
	11	2,00	2,00	1,40	2,00	1,00	1,75	2,00	1,33
	29	2,00	2,00	2,00	2,00	1,75	2,00	1,67	1,33
	34	1,50	1,25	1,20	0,80	1,75	1,00	1,67	1,33
	35	1,50	1,25	1,40	1,60	1,50	1,00	1,67	1,33
	39	1,63	1,38	1,80	1,00	1,50	1,50	1,33	0,67
	40	1,50	1,88	2,00	1,60	1,50	1,50	1,67	1,33
NHP	10	0,75	0,63	0,80	0,20	1,00	0,25	1,33	1,00
	11	0,13	0,75	0,60	1,00	0,25	1,50	0,00	0,67
	29	0,63	0,00	0,60	0,20	0,75	0,00	0,67	0,00
	34	0,38	0,38	0,80	0,20	1,00	0,75	1,00	0,33
	35	0,25	0,63	0,20	0,60	0,50	0,00	0,33	0,67
	39	0,25	0,75	0,20	1,00	0,00	0,50	0,33	1,33
	40	0,75	0,13	1,20	1,40	1,25	1,50	0,67	0,67
NHA	10	0,00	0,38	0,00	1,60	0,00	1,25	0,00	1,00
	11	0,00	0,13	0,00	0,20	0,00	0,25	0,00	0,67
	29	0,13	0,00	0,60	0,20	0,25	0,00	0,33	0,67
	34	0,00	0,50	0,00	1,40	0,00	1,00	0,00	1,00
	35	0,13	0,75	0,60	0,80	0,00	1,50	0,33	0,67
	39	0,00	0,00	0,00	0,00	0,50	0,00	0,00	0,00
	40	0,13	0,00	0,40	0,20	0,25	0,00	0,33	0,33

* Norma de referência do IMHSC para auto-avaliação dos escolares:

HAB: empatia/civildade: **1,70**; assertividade/enfrentamento: **1,32**; autocontrole: **1,09**; participação: **1,57**.

NHP: empatia/civildade: **0,56**; assertividade/enfrentamento: **0,83**; autocontrole: **0,78**; participação: **0,75**. NHA: empatia/civildade: **0,29**; assertividade/enfrentamento: **0,57**; autocontrole: **0,77**; participação: **0,65** Intervalo Médio - 1 dp(média + 1 dp)

Cor verde - resultados acima da média Cor amarela - resultados abaixo da média

Em se tratando de empatia/civilidade, todos os escolares do GPE se autoavaliaram com escores dentro do intervalo normativo médio, para comportamentos habilidosos (HAB). Para comportamentos não habilidosos passivos (NHP), três escolares do GPE se autoavaliaram com escores abaixo da média, ou seja, com baixa frequência de comportamentos não habilidosos passivos e os demais se autoavaliaram na média. Para comportamentos não habilidosos ativos (NHA), seis escolares do GPE se autoavaliaram abaixo da média (0,00), ou seja, com baixa frequência e, apenas um, na média, de acordo com a Tabela 9.

Com relação à assertividade/enfrentamento para comportamentos habilidosos (HAB), um escolar do GPE se autoavaliou acima da média e um, abaixo da média; os demais se autoavaliaram dentro do intervalo médio. Para comportamentos não habilidosos passivos (NHP), dois escolares do GPE se autoavaliaram abaixo da média e os demais, na média. Para comportamentos não habilidosos ativos (NHA), apenas um escolar se autoavaliou na média e os outros seis, abaixo da média, ou seja, com frequência baixa de comportamentos não habilidosos ativos.

No fator autocontrole, quatro escolares do GPE se autoavaliaram acima da média para comportamentos habilidosos (HAB), apresentando altas frequências; os demais ficaram na média. Para comportamentos não habilidosos passivos (NHP), um participante se autoavaliou acima da média, um abaixo e os demais, na média. Para comportamentos não habilidosos ativos (NHA), todos os escolares do GPE se autoavaliaram abaixo da média e com frequência zero de comportamentos não habilidosos ativos.

Finalmente, para participação, cinco escolares do GPE se autoavaliaram com escores acima da média, ou seja, altas frequências em comportamentos habilidosos (HAB), um se autoavaliou abaixo da média e um, na média. Com relação aos comportamentos não habilidosos passivos (NHP), dois escolares do GPE se autoavaliaram com escores acima da média, um abaixo da média e os demais, na média. Com exceção de um participante, que ficou na média, todos os outros se autoavaliaram abaixo da média para comportamentos não habilidosos ativos, ou seja, apresentaram frequência zero desses comportamentos.

TABELA 9 - Dados descritivos (média) da autoavaliação do GPE e da avaliação dos professores do Estudo 2, quanto às reações HAB, NHP e NHA, nos quatro fatores do Inventário Multidimensional de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC)

Reações	GPE	Empatia/civildade (8 itens)		Assertividade/ Enfrentamento (5 itens)		Autocontrole (4 itens)		Participação (3 itens)	
		Escolares	Prof.	Escolares	Prof.	Escolares	Prof.	Escolares	Prof.
HAB	10	1,63	1,88	0,80	1,60	1,25	1,25	2,00	1,33
	11	2,00	2,00	1,80	2,00	1,50	1,75	2,00	1,33
	29	1,88	1,88	1,20	1,20	1,75	1,50	1,67	1,67
	34	1,75	1,75	1,20	1,00	1,00	0,75	2,00	1,33
	35	1,63	1,75	1,20	1,60	1,25	2,00	1,00	1,33
	39	2,00	2,00	1,40	1,40	1,75	1,25	2,00	1,33
	40	1,88	1,88	1,40	1,20	1,50	1,00	2,00	1,33
NHP	10	0,75	0,50	0,60	0,60	1,00	1,00	1,67	0,67
	11	0,00	0,75	0,20	0,80	0,00	1,75	0,00	0,67
	29	0,13	0,13	0,80	0,80	1,00	1,00	0,67	0,33
	34	0,50	0,00	0,60	0,40	0,50	1,25	0,67	0,67
	35	0,75	0,38	0,60	0,60	1,00	0,00	1,33	0,00
	39	0,50	0,00	1,00	0,00	1,50	0,00	1,00	0,67
	40	0,00	0,25	0,20	1,20	0,75	0,25	0,33	0,67
NHA	10	0,00	0,25	0,00	0,40	0,00	0,00	0,00	0,67
	11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,67
	29	0,00	0,00	0,00	0,60	0,00	0,00	0,00	0,33
	34	0,00	0,88	0,00	1,60	0,00	1,50	0,00	0,67
	35	0,13	0,13	0,40	0,60	0,00	0,25	0,67	0,67
	39	0,00	0,00	0,00	1,20	0,00	1,00	0,00	0,67
	40	0,00	0,13	0,00	0,80	0,00	1,50	0,00	0,67

* Norma de referência do IMHSC para autoavaliação dos escolares:

HAB: empatia/civildade: **1,70**; assertividade/enfrentamento: **1,32**; autocontrole: **1,09**; participação: **1,57**.

NHP: empatia/civildade: **0,56**; assertividade/enfrentamento: **0,83**; autocontrole: **0,78**; participação: **0,75**.

NHA: empatia/civildade: **0,29**; assertividade/enfrentamento: **0,57**; autocontrole: **0,77**; participação: **0,65**

Cor verde - resultados acima da média Cor amarela - resultados abaixo da média

Intervalo Médio - 1 dp {média + 1 dp}

Nos escores da autoavaliação dos escolares do GPS, para os fatores empatia/civilidade, descritos na Tabela 10, apenas um participante apresentou avaliação abaixo da média, ou seja, obteve baixa frequência de comportamento habilidoso (HAB); os demais permaneceram no intervalo médio. O mesmo ocorreu para comportamento não habilidoso passivo (NHP), ou seja, apenas um escolar se autoavaliou com frequência abaixo da média. Já para comportamento não habilidoso ativo (NHA), cinco escolares apresentaram frequência zero e os demais ficaram na média.

Nos fatores assertividade/enfrentamento, um escolar se autoavaliou com frequência acima da média e os demais, na média, para comportamento habilidoso (HAB). Para comportamentos não habilidosos passivos (NHP), dois escolares apresentaram frequência acima da média e dois, abaixo; os demais permaneceram no intervalo médio, segundo as normas de referência. Nos comportamentos não habilidosos ativos (NHA), quatro escolares se avaliaram com frequência abaixo da média, ou seja, baixa frequência de comportamentos não habilidosos ativos, ficando, os demais, na média.

Em autocontrole, três escolares do GPS se autoavaliaram com frequência acima da média para comportamentos habilidosos e os demais se autoavaliaram no intervalo médio normativo. Para comportamentos não habilidosos passivos (NHP), apenas um participante se autoavaliou com frequência abaixo da média, enquanto que os demais ficaram no intervalo médio, segundo as normas do instrumento. Para comportamento não habilidoso ativo (NHA), cinco escolares apresentaram escores abaixo da média, indicando baixa frequência de comportamentos não habilidosos ativos e os demais permaneceram na média.

Finalmente, para participação, dois escolares do GPS apresentaram escores acima da média, indicando altas frequências de comportamento habilidoso (HAB), dois apresentaram escore abaixo da média, apontando baixa frequência de comportamento habilidoso e os demais se autoavaliaram na média, segundo as normas de referência. Para comportamento não habilidoso passivo (NHP), dois participantes se autoavaliaram acima da média, indicando alta frequência de comportamentos não habilidosos passivos e os demais permaneceram na média. Para comportamento não habilidoso ativo (NHA), quatro escolares se autoavaliaram abaixo da média, ou seja, com frequência baixa para NHA, sendo que os demais ficaram no intervalo médio normativo.

TABELA 10 - Dados descritivos (média) da autoavaliação do GPS e da avaliação dos professores do Estudo 2, quanto às reações HAB, NHP e NHA, nos quatro fatores do Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC)

Reações	GPS	Empatia/civildade (8 itens)		Assertividade/ enfrentamento (5 itens)		Autocontrole (4 itens)		Participação (3 itens)	
		Escolares	Prof.	Escolares	Prof.	Escolares	Prof.	Escolares	Prof.
HAB	10	1,63	1,75	1,00	1,40	1,00	1,25	1,67	2,00
	11	1,63	1,88	1,20	1,20	1,25	1,50	1,67	1,33
	29	2,00	1,63	2,00	0,60	2,00	1,00	2,00	1,00
	34	2,00	1,13	1,00	0,60	1,75	0,75	2,00	1,33
	35	1,13	1,38	1,20	1,00	1,00	0,50	1,00	0,67
	39	1,75	2,00	1,00	1,40	1,50	1,25	1,00	1,33
	40	1,50	1,88	1,40	1,40	1,00	1,00	1,33	0,67
NHP	10	0,63	0,50	0,40	0,60	1,00	0,75	0,67	0,67
	11	0,50	0,88	0,80	0,80	0,00	1,25	1,33	0,67
	29	0,50	0,63	1,60	0,80	1,00	1,00	1,00	1,33
	34	0,63	1,38	1,40	1,60	1,00	1,50	0,67	1,00
	35	0,75	1,00	0,80	1,40	1,00	1,50	1,33	0,67
	39	0,25	0,00	0,20	0,00	0,50	0,00	0,67	0,67
	40	0,13	0,13	0,20	0,40	0,50	0,50	0,67	1,33
NHA	10	0,00	0,13	0,00	0,40	0,00	0,50	0,00	0,33
	11	0,13	0,25	0,40	1,20	0,50	0,75	0,00	0,67
	29	0,00	0,25	0,00	0,40	0,00	0,50	0,00	0,33
	34	0,00	0,00	0,00	0,40	0,25	0,50	0,33	0,67
	35	0,00	0,00	0,40	0,20	0,50	0,00	0,00	0,67
	39	0,13	1,00	0,80	1,00	0,25	1,00	0,67	0,67
	40	0,00	0,25	0,20	1,40	0,00	1,50	0,67	0,67

* Norma de referência do IMHSC para auto-avaliação dos escolares:

HAB: empatia/civildade: **1,70**; assertividade/enfrentamento: **1,32**; autocontrole: **1,09**; participação: **1,57**.

NHP: empatia/civildade: **0,56**; assertividade/enfrentamento: **0,83**; autocontrole: **0,78**; participação: **0,75**.

NHA: empatia/civildade: **0,29**; assertividade/enfrentamento: **0,57**; autocontrole: **0,77**; participação: **0,65** Intervalo - 1 dp(média + 1 dp)

Cor verde - resultados acima da média Cor amarela - resultados abaixo da média

▪ **Avaliação dos professores do GP, GPE e GPS, quanto às reações HAB, NHP e NHA, nos quatro fatores do IMHSC**

Os professores do GP, nos fatores empatia/civilidade, obtiveram a média de 1,62 para HAB, 0,46 para NHP e 0,25 para NHA. Em assertividade/enfrentamento, a média dos professores desse grupo foi de 1,46 para HAB, 0,46 em NHP e 0,62 para NHA. Em autocontrole, os professores tiveram, como média, para HAB, 1,36, para NHP, 0,64 e para NHA, 0,57. Em participação, a avaliação dos professores teve a média de 1,19 para HAB, 0,67 para NHP e 0,62 para NHA.

A média da avaliação dos professores do GPE para empatia/civilidade em HAB foi 1,88, em NHP, 0,29 e em NHA, 0,20. Em assertividade/enfrentamento, a média foi 1,47 para HAB, 0,63 para NHP e 0,74 para NHA. No fator autocontrole, a média obtida pelos professores foi de 1,36 para HAB, 0,75 para NHP e 0,61 para NHA. Por fim, em participação, o grupo de professores teve a média de 1,38 em HAB, 0,52 em NHP e 0,62 em NHA.

O GPS apresentou, em relação à média dos professores, os valores de 1,66 em empatia/civilidade para HAB, 0,64 para NHP e 0,12 para NHA. Nos fatores assertividade/enfrentamento, a média dos professores foi de 1,08 para HAB, 0,64 para NHP e 0,71 para NHA. Para autocontrole, a média dos professores foi de 1,03 para HAB, 0,93 para NHP e 0,57 para NHA. Na sequência, para o fator participação, os valores de média para os professores foram de 1,19 para HAB, 0,90 para NHP e 0,57 para NHA.

4.3.4 Resultados da análise estatística comparativa do GP, GPE e GPS, de pais e professores, em relação ao TDE, SDQ e IMHSC

4.3.4.1 Teste de Desempenho Escolar (TDE)

TABELA 11 – Resultados estatísticos de comparação entre os grupos GP, GPE e GPS, do Estudo 2, em escrita, aritmética, leitura e classificação total do Teste de Desempenho Escolar (TDE)

Teste de Desempenho Escolar (TDE)							
Escrita		Aritmética		Leitura		Total	
KW	Valor de p	KW	Valor de p	KW	Valor de p	KW	Valor de p
2,00	0,37 ns	0,76	0,68 ns	1,95	0,37 ns	0,71	0,70 ns

ns – diferença estatisticamente não significativa.

* Indicador de significância estatística.

Nota: Foi usada a Estatística teste de *kruskal Wallis* (KW) para avaliação dos escolares (BUSSAB; MORETTIN, 2006).

Por meio do teste *Kruskal-Wallis*, verificou-se que não existe diferença significativa entre os grupos GP, GPE e GPS, nos escores obtidos para os escolares, em todas as áreas do TDE, de acordo com a Tabela 11. Algumas medidas descritivas dos grupos em comparação estão apresentadas na Tabela 12, Apêndice N.

4.3.4.2 Questionário de Capacidade e Dificuldades / *Strenghs and Difficulties Questionnaire* (SDQ)

TABELA 13 – Resultados estatísticos de comparação entre os grupos GP, GPE e GPS, do Estudo 2, nas cinco escalas e na classificação total do Questionário de Capacidade e Dificuldades / *Strenghs and Difficulties Questionnaire* (SDQ), segundo avaliação de pais e professores

<i>Strenghs and Difficulties Questionnaire</i> (SDQ)						
Avaliadores	SE	PC	H	RC	T	CP-S
	Estatística Valor de p	Estatística Valor de p	Estatística Valor de p	Estatística Valor de p	Estatística Valor de p	Estatística Valor de p
Pais	3,59 0,16 ns	5,02 0,08	3,60 0,16 ns	4,09 0,13 ns	6,89 0,03 *	4,93 0,08 ns
Professores	2,33 0,31 ns	0,87 0,65 ns	1,68 0,43 ns	3,5 0,17 ns	1,81 0,40 ns	2,38 0,30 ns

ns – diferença estatisticamente não significativa.

* Indicador de significância estatística

Nota: Foram usadas as Estatísticas testes de *Kruskal-Wallis* na avaliação dos pais e de *Friedman* na avaliação dos professores (BUSSAB; MORETTIN, 2006).

Em relação à comparação entre grupos, das cinco escalas e classificação total do SDQ, não foi observada diferença estatística para pais e professores. Já na classificação total, na avaliação realizada pelos pais, houve diferença significativa entre grupos, de acordo com a Tabela 13, mas que não houve diferença na avaliação de professores.

No caso da classificação total, avaliada pelos pais, foram realizados testes adicionais, a fim de verificar as diferenças encontradas. A análise estatística para comparação dos grupos foi baseada nas medidas de mediana, mínimo e máximo, conforme descrito na Tabela 14, apêndice O. Constatou-se igualdade entre os grupos GPS e GP e menores escores no GPE.

TABELA 15 – Resultados estatísticos da comparação entre as avaliações de pais e professores, do Estudo 2, nas cinco escalas e na classificação total do Questionário de Capacidade e Dificuldades / *Strenghs and Difficulties Questionnaire* (SDQ), por grupo

<i>Strenghs and Difficulties Questionnaire</i> (SDQ)						
Grupos	SE	PC	H	RC	T	CP-S
	W Valor de p	W Valor de p	W Valor de p	W Valor de p	W Valor de p	W Valor de p
GP	-1,76 0,08 ns	-2,12 0,03*	-2,21 0,03*	-1,49 0,14 ns	-2,19 0,03*	-1,24 0,22 ns
GPE	-0,83 0,41 ns	-1,34 0,18 ns	-0,13 0,89 ns	-1 0,37 ns	-1,18 0,24 ns	-1,67 0,10 ns
GPS	-1,87 0,06 ns	-1,72 0,08 ns	-1,65 0,1 ns	-1,18 0,24 ns	-1,99 0,046*	-0,74 0,46 ns

ns – diferença estatisticamente não significativa

* Indicador de significância estatística

Nota: Foi usada a Estatística teste de *Wilcoxon* (W) para comparação das avaliações (BUSSAB; MORETTIN, 2006).

Na comparação das avaliações entre pais e professores, nas cinco escalas e na classificação total do SDQ, observou-se que o escore obtido pelos pais é estatisticamente maior que o obtido pelos professores no GP, nas escalas PC, H e Total e no GPS, na escala total, conforme a Tabela 15.

4.3.4.3 Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC)

TABELA 16 – Resultados estatísticos de comparação entre os grupos GP, GPE e GPS, do Estudo 2, quanto às reações HAB, NHP e NHA, do Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC) , segundo autoavaliação de escolares e avaliação de professores

IMHSC			
Avaliadores	HAB	NHP	NHA
	Estatística Valor de p	Estatística Valor de p	Estatística Valor de p
Escolares	0,77	2,96	0,63
	0,68 ns	0,23 ns	0,73 ns
Professores	4,33	0,08	0,52
	0,11 ns	0,96 ns	0,77 ns

ns – diferença estatisticamente não significativa.

Nota: Foram usadas as Estatísticas testes de *Kruskal-Wallis* (KW) na avaliação dos escolares e de *Friedman* na avaliação dos professores (BUSSAB; MORETTIN, 2006).

Segundo dados da Tabela 16, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos GP, GPE e GPS para as reações HAB, NHP e NHA, tanto na autoavaliação dos escolares como na avaliação dos professores. Algumas medidas descritivas (mediana, mínimo e máximo) dos grupos em comparação estão apresentadas na Tabela 17, Apêndice P.

TABELA 18 – Resultados estatísticos da diferença entre a autoavaliação dos escolares e a avaliação dos professores do Estudo 2, quanto às reações HAB, NHP e NHA, do Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC) , por grupo

Grupos	IMHSC		
	HAB	NHP	NHA
	W Valor de p	W Valor de p	W Valor de p
GP	-1,86 0,06 ns	-0,17 0,86 ns	-1,35 0,17 ns
GPE	-0,59 0,55 ns	-0,10 0,92 ns	-2,37 0,01*
GPS	-1,44 0,15 ns	-0,67 0,50 ns	-2,19 0,03*

ns – diferença estatisticamente não significativa

* Indicador de significância estatística

Nota: foi usada a Estatística teste de *Wilcoxon* (W) para comparação das avaliações (BUSSAB; MORETTIN, 2006).

As comparações entre avaliações de escolares e professores dos três grupos, no IMHSC, apresentadas na Tabela 18, mostram que há diferença nas reações NHA, nos grupos

GPE e GPS, em que o resultado da avaliação realizada pelo professor é maior que o da avaliação dos escolares.

TABELA 19 – Resultados estatísticos de comparação entre os grupos de escolares do GP, GPE e GPS, nos quatro fatores, quanto às reações HAB, NHP e NHA, do Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC), segundo autoavaliação dos escolares e avaliação dos professores do Estudo 2

Reações	FATORES – IMHSC											
	Empatia/civilidade			Assertividade/enfrentamento			Auto-controle			Participação		
	Escolares	Prof.	F valor de p	Escolares	Prof.	F valor de p	Escolares	Prof.	F valor de p	Escolares	Prof.	F valor de p
HAB	KW valor de p	0,29	0,70	KW valor de p	2,20	1,23	KW valor de p	0,07	1,39	KW valor de p	0,10	2,47
		0,86 ns	0,70 ns		0,33 ns	0,54 ns		0,96 ns	0,50 ns		0,95 ns	0,29 ns
NHP	KW valor de p	1,15	4,88	KW valor de p	3,78	0,56	KW valor de p	0,97	0,08	KW valor de p	2,30	0,33
		0,56 ns	0,09 ns		0,15 ns	0,76 ns		0,62 ns	0,96 ns		0,31 ns	0,84 ns
NHA	KW valor de p	1,33	4,00	KW valor de p	0,33	2,29	KW valor de p	1,95	0,56	KW valor de p	0,08	0,87
		0,51 ns	0,13 ns		0,85 ns	0,32 ns		0,37 ns	0,76 ns		0,96 ns	0,65 ns

Estatística Teste da avaliação dos pais: Kruskal-Wallis (KW)

Estatística Teste da avaliação dos professores: Friedman (F)

ns : diferença estatisticamente não significativa.

LEGENDA:

IMHSC – Sistema Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças

Prof. - Professores

HAB – Reação habilidosa

NHP – Reação não habilidosa ativa

NHA - Reação não habilidosa passiva

A Tabela 19 apresenta a comparação entre resultados dos grupos GP, GPE e GPS, nos quatro fatores do IMHSC (empatia/civilidade, assertividade/enfrentamento, autocontrole e participação), em cada reação (HAB, NHP e NHA), na autoavaliação dos escolares e na avaliação dos professores. Conclui-se que não existe diferença entre os grupos, na avaliação de todos os fatores do IMHSC, na autoavaliação de escolares e tampouco na avaliação dos professores.

Nos Apêndices Q (Tabela 20), R (Tabela 21), S (Tabela 22) e T (Tabela 23), encontram-se as tabelas com mediana, mínimo e máximo de cada fator do IMHSC, de cada grupo em comparação.

TABELA 24 – Resultados estatísticos de comparação da autoavaliação dos escolares e avaliação de professores do Estudo 2, para os quatro fatores das reações HAB, NHP e NHA do Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC), por grupo

Reações	FATORES - IMHSC											
	Empatia/ Civildade			Assertividade/ Enfrentamento			AutoControle			Participação		
	GP	GPE	GPS	GP	GPE	GPS	GP	GPE	GPS	GP	GPE	GPS
	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W
	Valor de	Valor de	Valor de	Valor de	Valor de	Valor de	Valor de	Valor de	Valor de	Valor de	Valor de	Valor de
	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p
HAB	-1,89 0,06 ns	-1,82 0,07 ns	-0,84 0,40 ns	-0,32 0,75 ns	-1,38 0,17 ns	-0,92 0,36 ns	-0,41 0,68 ns	-0,43 0,67 ns	-1,58 0,11 ns	-2,41 0,01*	-1,62 0,1 ns	-2,06 0,04*
NHP	-0,85 0,40 ns	-0,84 0,40 ns	-1,80 0,07 ns	0 1 ns	-0,73 0,46 ns	-0,11 0,91 ns	-0,34 0,73 ns	-0,13 0,89 ns	-0,41 0,68 ns	-0,21 0,83 ns	-0,81 0,41 ns	-0,32 0,75 ns
NHA	-1,37 0,17 ns	-1,29 0,20 ns	-1,86 0,06 ns	-0,95 0,34 ns	-2,21 0,03*	-2,22 0,03*	-1,02 0,31 ns	-1,84 0,07 ns	-1,71 0,09 ns	-2,04 0,04*	-2,12 0,03*	-2,25 0,02*

W: Estatística Teste de Wilcoxon para comparação das avaliações

ns – diferença estatisticamente não significativa.

* Indicador de significância estatística considerando nível de significância de 0,05

LEGENDA:

IMHSC – Sistema Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças

GP – Grupo de participantes

GPE – Grupo participante escolhido

GPS – Grupo participante sorteado

HAB – Reação habilidosa

NHP – Reação não habilidosa ativa

NHA – Reação não habilidosa passiva

A Tabela 24 apresenta resultados de comparação entre as avaliações dos professores e dos escolares do GP, GPE e GPS, para os quatro fatores do IMHSC, nas reações HAB, NHP e NHA. Conforme apontam os resultados, o teste revelou diferença estatisticamente significativa em assertividade/enfrentamento, nos grupos GPE e GPS, na reação NHA, onde a avaliação do professor apresenta maior escore que a autoavaliação dos escolares. No fator participação, na reação NHA, há diferença entre as avaliações para os três grupos, GP, GPE e GPS, em que a avaliação do professor apresenta maior escore que a autoavaliação dos escolares. Ainda no fator participação, mas na reação HAB, há diferença entre as avaliações, nos grupos GP e GPS, onde a autoavaliação dos escolares é maior que a dos professores.

4.3.4.4 Resultados das correlações entre os instrumentos utilizados

A seguir, encontram-se os resultados das correlações entre os instrumentos ligados à área de desempenho escolar, comportamento e habilidades sociais. Foram realizados estudos de correlação (*Spearman*) entre escores totais dos instrumentos TDE, SDQ (pais e professores) e IMHSC (HAB, NHA, NAP), para cada um dos grupos (GP, GPE e GPS) de escolares e professores. Os resultados apontaram a inexistência de correlações significativas entre eles, de acordo com as Tabelas 25, 26 e 27.

TABELA 25 - Resultados da Correlação de Spearman, no que se refere à avaliação do GP, do Estudo 2, no TDE, SDQ e IMHSC (escores totais das reações HAB, NHP e NHA)

Testes de avaliação	Total - TDE	Total - SDQ Pais	Total - SDQ Prof.	CP-S (SDQ) Pais	CP-S (SDQ) Prof.	Valor classificatório atribuído ao IMHSC - HAB	Valor classificatório atribuído ao IMHSC - NHP	Valor classificatório atribuído ao IMHSC - NHA
Total -								
TDE				1,00		0,20		
Total - SDQ (Pais)								
Total - SDQ (Prof.)								
CP-								
S(SDQ) - Pais	1,00					0,31		
CP-								
S(SDQ) - Prof.								
IMHSC- HAB								
IMHSC- NHP	0,20			0,31				
IMHSC- NHA								

* 0,05

LEGENDA:

TDE - Teste de Desempenho Escolar

SDQ - Questionário de Capacidade e Dificuldades / *Strengths and Difficulties Questionnaire*

IMHSC - Inventário multimídia de habilidades sociais para crianças

Prof. - Professor

HAB - reações habilidosas

NHP - reações não habilidosas passivas

NHA - reações não habilidosas ativas

TABELA 26 – Resultados da Correlação de Spearman, no que se refere à avaliação do GPE, do Estudo 2, no TDE, SDQ e IMHSC (escores totais das reações HAB, NHP e NHA)

Teste de avaliação	Total – TDE	Total - SDQ Pais	Total - SDQ Prof.	CP-S (SDQ) Pais	CP-S (SDQ) Prof.	Valor classificado ao atribuído ao IMHSC - HAB	Valor classificado ao atribuído ao IMHSC - NHP	Valor classificado ao atribuído ao IMHSC - NHA
Total - TDE								
Total - SDQ (Pais)								
Total - SDQ (Prof.)								
CP-S(SDQ) - Pais								0,11
CP-S(SDQ) - Prof.								0,11
IMHSC-HAB								
IMHSC-NHP								
IMHSC-NHA								

* 0,05

LEGENDA:

TDE – Teste de Desempenho Escolar

SDQ – Questionário de Capacidade e Dificuldades / *Strengths and Difficulties Questionnaire*

IMHSC - Sistema Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças

CP-S – Comportamento Pró-social

Prof. - Professores

NH – Reação habilidosa

NHP – Reação não habilidosa ativa

NHA - Reação não habilidosa passiva

TABELA 27 – Resultados da Correlação de Spearman, no que se refere à avaliação do GPS, do Estudo 2, no TDE, SDQ e IMHSC (escores totais das reações HAB, NHP e NHA)

Testes de avaliação	Total – TDE	Total - SDQ Pais	Total - SDQ Prof.	CP-S (SDQ) Pais	CP-S (SDQ) Prof.	Valor classificador atribuído ao IMHSC - HAB	Valor classificador atribuído ao IMHSC - NHP	Valor classificador atribuído ao IMHSC - NHA
Total - TDE				0,15		0,33		
Total - SDQ (Pais)						0,68		
Total - SDQ (Prof.)								
CP-S(SDQ) - Pais	0,15							
CP-S(SDQ) - Prof.								
IMHSC- HAB	0,33			0,68				
IMHSC- NHP								
IMHSC- NHA								

* 0,05

LEGENDA:

TDE – Teste de Desempenho Escolar
 SDQ – Questionário de Capacidade e Dificuldades / *Strengths and Difficulties Questionnaire*
 IMHSC - Sistema Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças
 CP-S – Comportamento Pró-social
 Prof. - Professores
 NHP – Reação não habilidosa ativa
 NHA - Reação não habilidosa passiva

4.4 DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi comparar o desempenho escolar, social e comportamental de escolares, sem e com malformação de orelha externa e/ou média, a partir da avaliação de diferentes interlocutores e correlacionar os resultados dos instrumentos de avaliação utilizados no estudo.

Um olhar voltado mais especificamente para os relatos dos pais e professores alerta para as dificuldades auditivas dos escolares. De acordo com os relatos, em situações do dia - a - dia, os escolares aumentam o volume de TV e rádio, viram o rosto para escutar (no caso da DA unilateral) e, muitas vezes, não compreendem quando falam de longe ou quando estão em ambientes ruidosos. Essas pistas comportamentais são compatíveis com as dificuldades dos deficientes auditivos, concordando com Santos (1996).

Considerando que a audição é essencial para a aquisição da linguagem falada, sua deficiência influi no relacionamento da criança com as demais pessoas e cria lacunas nos processos psicológicos de integração de experiências, afetando o equilíbrio e a capacidade normal de desenvolvimento da pessoa (REDONDO; CARVALHO, 2000). Já nas entrevistas com os escolares, quando abordada a mesma questão, houve relatos de ocorrência, em sala de aula, de dificuldade tanto em compreender a fala da professora, quanto a dos colegas, sendo que, quando isso ocorre, alguns escolares pedem repetição e outros se calam.

De um lado, como esses dados parecem indicar que os professores têm poucas informações sobre a DA e suas conseqüências, em decorrência da malformação de orelha, algumas dificuldades auditivas passam-lhes despercebidas. Por outro lado, a perda de informações do meio sobre partes do conteúdo acadêmico interfere negativamente no desempenho escolar dessa população. Nessa esteira, Motti (2000) em pesquisa com famílias de crianças com DA, cita que o estudo das causas da DA mostra caminhos para prevenir ou amenizar os transtornos decorrentes dessa deficiência, como esclarecimentos à população em geral e aos profissionais da saúde e educação e inclusão de temas sobre a DA, como agentes etiológicos e sintomas, nos cursos de formação profissional.

O relacionamento interpessoal, segundo a opinião da maioria dos pais e professores é satisfatório, mas há atitudes de isolamento e discriminação. Algumas atitudes costumam ser impulsionadas pela falta de conhecimento sobre as deficiências e, em boa parte, pelo preconceito trazido de casa. Considerando a extensa permanência no ambiente escolar, justifica-se a atenção voltada para a integração social, por parte de educadores. Martins (2009) sugere que o professor deve: (1) conversar sobre a deficiência do aluno com todos, na

presença dele; (2) adaptar a rotina para facilitar a aprendizagem sempre que necessário; (3) chamar os pais e a comunidade para falar de *bullying* e inclusão; (4) exibir filmes e adotar livros em que personagens com deficiência vivenciam contextos positivos; (5) focar as habilidades e capacidades de aprendizagem do escolar para integrá-lo à turma e (6) elaborar, com a escola, um projeto de ação e prevenção contra o *bullying*.

Em relação a queixas de zombarias de colegas, a maioria dos pais relatou que os filhos não são discriminados. No entanto, dois pais mencionaram que os filhos se queixavam de zombarias, sendo alvo de gozações. Nestes casos, é possível supor que a severidade da malformação de orelha influencia no julgamento da atratividade da face por parte da sociedade. Omote (1992) chama a atenção para o fato de que a face é importante no contexto social e cultural, atua como canal de comunicação e também é a região mais expressiva do corpo. Presume-se, assim, que esses escolares sofrem discriminações duplamente, ou seja, pela DA que leva a dificuldades na comunicação e pela estética comprometida, que acarreta curiosidade e, muitas vezes, o julgamento depreciativo do outro.

Quando abordada essa mesma questão junto aos escolares, três responderam que isso ocorre frequentemente e que procuram ignorar, contam para algum adulto, irritam-se, xingam e sentem raiva. De certa forma, alguns escolares demonstraram utilizar-se de estratégias de enfrentamento ineficazes. Quanto aos professores, nenhum relatou a ocorrência de zombarias por parte dos colegas, em relação a esses escolares.

Outro aspecto interessante, no relato dos pais, diz respeito aos escolares demonstrarem insatisfação com a aparência, devido aos questionamentos quanto à sua malformação de orelha. A verbalização de exemplos, como: “por que nascemos assim?”, “por que possuo orelhas diferentes?” ou “quando irei realizar a cirurgia reparadora?” demonstra que, a partir de certa idade, é comum os escolares observarem diferenças em relação aos outros.

Os mesmo relatos de pais foram encontrados no estudo de Jiamei et al (2008). Sobre a convivência com a malformação, três pais relataram que seus filhos mostram-se incomodados quanto ao aspecto de sua(s) orelha(s) e questionam sobre a possibilidade cirúrgica. Em relação aos questionamentos sobre a realização da cirurgia corretiva, os especialistas enfatizam sua complexidade e a necessidade de um trabalho de preparação e apoio emocional à criança e à família, tendo em vista que vários autores (THOMSON; WINSLOW, 1989; MILLARD, JUNIOR, 1992) abordam as repercussões psicológicas dessa intervenção entre os seis e 10 anos. Já no aspecto da aparência física, pode-se constatar que a maioria dos escolares com malformação de orelha apresenta, em seus relatos, alguns sinais comportamentais de desconforto, insatisfação com a aparência facial e ansiedade pela cirurgia reparadora.

Quanto à forma como as outras pessoas (amigos, familiares e desconhecidos) tratam os escolares, a maioria dos pais afirmou que ocorre de forma diferenciada, com comportamentos que revelam incômodo com a aparência, sentimentos de pena ou piedade e até superproteção. Segundo Omote (1986), na medida em que os deficientes são tratados como qualitativamente distintos de pessoas comuns, são também tratados diversamente, contribuindo para acentuar ainda mais as diferenças. A família precisa se ajustar às consequências psicossociais, pelo fato de possuir um membro estigmatizado, frequentemente abominado, ou, no mínimo, desacreditado. Em se tratando dos professores, todos eles relataram não observar diferença na maneira como familiares e conhecidos lidam com esses escolares. Novamente discute-se a ampliação dos problemas pelos pais, diante da angústia em relação à estética comprometida em seus filhos. Não se descarta, entretanto, que os familiares possam apresentar atitudes estigmatizantes e de superproteção em relação aos filhos.

Apesar dos relatos descritos acima serem indicadores de conflitos emocionais, ligados diretamente à malformação de orelha, todos os escolares afirmaram que gostam de ir à escola, justificando, por outros relatos positivos, para “aprender”, “brincar” e “ler e escrever”. Afirmaram ainda ter amigos dentro e fora da escola e brincar das mais diversas maneiras. Esse dado indica que, mesmo diante do contexto da malformação de orelha, a escola é vista como um ambiente agradável e que propicia a aprendizagem. Del Prette e Del Prette (1999) reconhecem a importância do estabelecimento e da manutenção de interações sociais satisfatórias entre alunos e seu meio.

Em resumo, os dados da entrevista com escolares e dos relatos de pais e de parte dos professores sugerem a necessidade de uma intervenção em ambiente escolar, que previna o estigma desses escolares com seus pares, desenvolvendo procedimentos que atuem sobre a percepção da classe, evitando a utilização de possíveis rótulos, sejam eles em relação à malformação de orelha, em específico, ou de outra natureza, contribuindo para a melhor convivência deles com a diversidade, da mesma forma que se fazem importantes o acompanhamento psicológico e as orientações sistemáticas aos escolares e famílias.

Partindo da hipótese de que esses escolares podem apresentar déficits em habilidades sociais o que não só influenciam no surgimento de problemas de comportamento, como também afetam seu desempenho acadêmico, buscou-se a avaliação por meio de diferentes instrumentos.

Os dados do TDE revelam, em uma análise mais global, as tendências e dificuldades acadêmicas acentuadas para o GP e GPS. O GP, em especial, obteve classificação total inferior à média para a maioria dos escolares. Dados como esses sinalizam para os problemas

eminentemente escolares que essa população apresenta. Conforme já enunciado na discussão do Estudo 1, Capellini (2001) encontrou, nos escolares com DA, discrepância entre os resultados, nas áreas de língua portuguesa e matemática. Novamente, destaca-se que a DA condutiva, seja ela decorrente de otites (infecções de ouvido) ou de problemas anatômicos (malformação de orelha), repercute em dificuldades acadêmicas, como omissões na escrita, dificuldades acentuadas em interpretação de texto e vocabulário pobre, se comparadas às de um ouvinte normal e podem ser sinalizadas por testes específicos, como o TDE. Há de se considerar que a DA condutiva interfere, de forma definitiva, no desenvolvimento das capacidades verbais e de linguagem, provocando dificuldade de aprendizagem e efeitos deletérios sobre a evolução social, emocional, cognitiva e acadêmica (OLIVEIRA; CASTRO; RIBEIRO, 2002).

De acordo com Santos (1996), a perda condutiva, mesmo de grau leve, produz uma sensação de abafamento do som, o que não ocorre na perda auditiva neurossensorial do mesmo grau. Essa alteração na qualidade da audição da criança faz com que ela, além de sentir dificuldade para ouvir, tenha dificuldade para perceber a riqueza dos detalhes que uma informação sonora pode trazer. Ainda, segundo o autor, uma condição de audição flutuante provoca maiores estragos sobre a aquisição e o desenvolvimento da linguagem do que uma perda auditiva neurossensorial congênita. Certas habilidades auditivas, que dependem de uma boa qualidade da audição, apresentam-se alteradas na criança com DA condutiva, gerando dificuldade para localizar a fonte sonora, entender a fala em presença de ruído, manter a atenção, seguir as instruções em classe e realizar o trabalho escolar, principalmente as atividades de linguagem oral.

Nota-se, portanto, que os escolares com malformação de orelha são vistos como mais desligados, menos orientados a tarefas e desinteressados em relação à aprendizagem. Essas características de comportamento estão diretamente ligadas à DA condutiva e interferem negativamente em seu desempenho escolar. Novamente, é necessário que o professor esteja atento quanto à melhor maneira de se reportar ao aluno com DA, em sala de aula e à necessidade de um atendimento individualizado.

Em síntese, GP e GPS apresentam características semelhantes de desempenho escolar insatisfatório. Os estudos de Capellini, Tonelotto e Ciasca (2004), com escolares sem deficiências, também apontam para o baixo desempenho escolar. Na mesma linha de pensamento, este estudo leva a supor que outros fatores possam estar envolvidos no processo de ensino-aprendizagem. Quanto à análise estatística do TDE, não foi encontrada diferença entre os grupos.

Em relação aos resultados obtidos pelo SDQ, apesar do GPS ter sido avaliado com os piores resultados por pais, os achados do GP mostram que os pais classificaram como “anormais” diversos itens da escala RC, seguido por SE, PC e H e também sugerem que escolares com malformação de orelha apresentam problemas de comportamento. As mesmas reflexões, feitas anteriormente, podem ser estendidas a este Estudo 2, sendo os achados contrários ao estudo de Costa (2010), onde as mães avaliaram as crianças com valores de médias mais baixos para a escala relativa aos problemas de comportamento e valores mais altos de médias para a escala de comportamento pró-social no SDQ, em uma amostra constituída somente por crianças indicadas por monitores, ou seja, apresentando problemas de comportamento no contexto institucional e com idades entre oito e 11 anos, em plena fase escolar.

Achenbach e Edelbrock (1979) consideram importante avaliar a topografia de respostas e propõem a classificação dos comportamentos-problema em externalizantes e internalizantes. São exemplos de comportamentos internalizantes: tristeza, timidez, medo, ansiedade e depressão, e de comportamentos externalizantes: impulsividade, desobediência, agressividade, teimosia, crueldade, acessos de raiva e hiperatividade. Da mesma forma, Motti (2000), em seu trabalho com 50 famílias de crianças deficientes auditivas, constatou que as orientações às famílias, por uma equipe interdisciplinar, sobre a conduta em relação à criança e à vida pessoal e doméstica, foram tão importantes quanto às relacionadas ao diagnóstico da DA e ao AASI, bem como a melhora em seu comportamento comunicativo e a redução de problemas de comportamento. Esse dado vem fortalecer a necessidade de um trabalho de intervenção junto a pais e professores.

Ainda, na comparação entre pais e professores, os resultados do SDQ indicam que as avaliações dos pais tenderam mais para a classificação “anormal” do que as dos professores, em todas as escalas do SDQ, para todos os grupos, embora em menor proporção para o GPE. Algumas hipóteses levantadas a partir desses dados confirmam a discordância na avaliação entre pais e professores no SDQ, em relação aos escolares. Lopez (2004, p.114) cita que “as avaliações que pais e professores fazem dos supostos problemas (emocionais e comportamentais) dos filhos e alunos têm um baixo grau de concordância”. Assim, supõe-se que os professores tenham mais parâmetros de comparação, pois convivem com um número significativo de escolares diariamente e podem avaliar melhor alguns aspectos comportamentais, como a interação social.

Mediante a análise estatística, em relação à classificação total do SDQ, na avaliação realizada pelos pais, houve diferença significativa entre grupos, mas não houve diferença na

avaliação de professores. Esse dado vem confirmar a discordância entre avaliadores. De um lado, Bolsoni-Silva, Marturano e Manfrinato (2005) encontraram que as avaliações de pais e professores de crianças consideradas socialmente habilidosas não apresentaram diferenças estatisticamente significativas em relação às habilidades sociais das crianças e, ainda, observou-se que as mães foram mais severas ao avaliarem os problemas de comportamento de tais crianças. Por outro lado, pais e professores de crianças que apresentavam problemas de comportamento diferiram com relação à avaliação, sendo que as mães perceberam menos problemas e mais habilidades.

Dentre os principais resultados do IMHSC, tanto na autoavaliação dos escolares, como na avaliação dos professores, as reações HAB foram mais expressivas para todos os grupos (GP; GPE e GPS), seguidas, respectivamente, pelas reações NHP e NHA. Quanto às reações HAB, na autoavaliação dos escolares, todos se consideraram habilidosos socialmente. Caballo (1986) esclarece que o comportamento socialmente habilidoso ou mais adequado refere-se à expressão, pelo indivíduo, de atitudes, sentimentos (positivos e negativos), opiniões e desejos, respeitando a si próprio e aos outros, com resolução dos problemas imediatos e diminuição da probabilidade de problemas futuros. A verificação de que os três grupos tiveram escores abaixo do esperado para a NHA parece indicar o quanto esses escolares não aceitam socialmente o comportamento não habilidoso ativo (também conhecido como comportamento agressivo).

A avaliação dos professores, em relação aos escolares (embora sem se basear em uma normativa do instrumento, dada a sua inexistência), nesses mesmos quesitos, também não apresentou diferenças, demonstrando que os escolares do GP não diferem dos outros dois grupos, quando se trata de habilidades sociais, segundo a avaliação de seus professores. Por outro lado, foram identificados, no GP, relatos de dificuldades emocionais dos escolares, por seus pais e professores (nesse último, em menor proporção) e resultados significativos no TDE, conduzindo a pesquisadora a pensar que os escolares estejam emitindo frequências de respostas sociais insuficientes para que eles resolvam suas queixas acadêmicas, emocionais ou comportamentais. Da mesma forma, outros fatores podem estar envolvidos, o que sugere a observação sistemática desses comportamentos, em estudos futuros, para investigar em que condições eles ocorrem.

A amostra reduzida e a escassez de estudos relacionados à HS, com esse tipo de população, especificamente, conduzem a reflexões acerca da necessidade de futuros estudos nessa área, tendo em vista o contexto da malformação e sua complexidade. Para Del Prette e

Del Prette (1999), dentre outros aspectos, a atratividade física é relevante na determinação das habilidades sociais do indivíduo.

Na avaliação por fatores, do IMHSC, aparecem diferenças para os três grupos, entre as avaliações de escolares e professores e a frequência das reações NHA. Na avaliação dos professores, os escolares apresentam mais reações NHA do que na avaliação dos próprios escolares. Para o GPS, essa diferenciação aconteceu também para a reação NHP. A presença de NHA e NHP está relacionada a problemas de comportamentos internalizantes e externalizantes (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005a). De maneira geral, os resultados indicam discreto aumento na frequência de respostas NHP, para o GP. Pode-se inferir que esses escolares tendem a se comportar de forma passiva, ou socialmente habilidosa, com o intuito de não desobedecerem as regras preestabelecidas no contexto escolar, onde o comportamento agressivo tem caráter punitivo. No entanto, não se pode deixar de destacar que a malformação de orelha e, conseqüentemente, a DA e a exposição social envolvida (já discutidas anteriormente) podem constituir um reforçador para emissões de comportamentos passivos e ativos, nos relacionamentos interpessoais desses escolares. Estudos a respeito das habilidades sociais em deficientes auditivos demonstram essas relações. Bolsoni et al (2010) encontraram que o grupo de crianças com DA, em sua amostra, apresentou repertório de habilidades sociais deficitário, na comparação com um grupo normativo, sendo que suas mães também relataram menos habilidades sociais educativas parentais.

Conforme apontam os resultados, o teste revelou diferença estatisticamente significativa em assertividade/enfrentamento (expressar desagrado, solicitar mudança de comportamento do outro, resistir à pressão do grupo e defender-se de acusações injustas), nos grupos GPE e GPS, nas reações NHA, onde a avaliação do professor apresenta maior escore que a autoavaliação dos escolares. No fator participação, nas reações NHA, houve diferença entre as avaliações para os três grupos: GP, GPE e GPS, em que a avaliação do professor apresenta maior escore que a autoavaliação dos escolares. Ainda no fator participação (juntar-se a um grupo em brincadeiras, mediar conflitos entre colegas, responder a perguntas da professora, pedir ajuda ao colega em classe, questionar), nas reações HAB, houve diferença entre as avaliações nos grupos GP e GPS, onde a autoavaliação dos escolares foi maior que a dos professores.

Portanto, a discordância encontrada entre a autoavaliação dos escolares e a avaliação dos professores, no IMHSC, foi concordante com os achados de Barretos (2007). Os quesitos necessários a uma relação interpessoal bem sucedida, conforme parâmetros típicos de cada contexto e cultura, podem incluir os comportamentos de iniciar, manter e finalizar conversas;

pedir ajuda; fazer e responder perguntas; fazer e recusar pedidos; defender-se; expressar sentimentos de agrado e desagrado; pedir mudança no comportamento do outro; lidar com críticas e elogios; admitir erro; pedir desculpas e escutar empaticamente (FALCONE, 1998). Para Molina (2007), é fundamental que professores reconheçam a importância do desenvolvimento interpessoal em sala de aula e que sejam assessorados ao avaliar os efeitos dessa promoção sobre o seu próprio desempenho e o de seus alunos.

Uma vez que o repertório de habilidades sociais já faz parte do repertório dos escolares deste estudo (HAB mais frequente na autoavaliação de escolares e na avaliação de professores), as habilidades podem ser aprimoradas a partir da interação com os pais e professores, como medida de prevenção de problemas de comportamento. Conforme Bolsoni-Silva (2003), as interações sociais positivas de adultos com crianças previnem o surgimento de problemas de comportamento e promovem comportamentos socialmente habilidosos. Del Prette e Del Prette (2003) relatam a importância de destacar o desenvolvimento de valores e de comportamentos socialmente habilidosos na escola, com destaque para a empatia, solução de problemas interpessoais e controle da impulsividade e da raiva. Esses autores sugerem que o ensino de habilidades sociais deve ser realizado de modo compatível com o conteúdo acadêmico trabalhado.

Apesar das limitações básicas do estudo, o procedimento de composição dos grupos e o rigor metodológico mostraram-se adequados ao propósito deste Estudo 2. Pode-se confirmar que o GPE foi o grupo com melhor desempenho escolar e social, reafirmando o rigor metodológico no momento da seleção dos participantes e da escolha correta pelos professores. Barreto (2007) encontrou que professores foram capazes de reconhecer crianças com dificuldades específicas de aprendizagem e de comportamento. No caso, o inverso foi também identificado neste estudo, ou seja, os professores foram capazes de reconhecer escolares com desempenho social e acadêmico satisfatório.

O alcance das correlações (*Spearman*) comprova a necessidade de estudos futuros, uma vez que tendo sido feitas a partir dos escores totais dos instrumentos e não considerando o escore clínico e não clínico, podem ter fragilizado tal análise. Novas investigações com uma amostra maior e possíveis correlações entre variáveis, como gênero, idade, nível socioeconômico, grau da DA e tipo de malformação de orelha, são igualmente importantes. Da mesma forma, o estudo não abrangeu indicadores diretos e observáveis, deixando uma lacuna quanto ao comportamento desses escolares em ambiente escolar, principalmente a respeito da interação social com professores e colegas, tendo em vista que a malformação de

orelha é uma variável significativa, pois constitui uma alteração da face, com uma gama de consequências advindas dela.

Os achados do Estudo 1 foram importantes para fortalecer as discussões para este Estudo 2, confirmando algumas hipóteses levantadas em relação a escolares com malformação de orelha. Não há dúvidas sobre a repercussão da malformação de orelha e da DA em diversos âmbitos da vida do indivíduo. Os achados clínicos comprovam a existência da relação entre baixo desempenho escolar e possíveis problemas de comportamento e sociais.

Complementando, Okano et al. (2004) citam que as crianças com dificuldades escolares se percebem com menor habilidade para aprender e com mais dificuldade de comportamento para ajustar-se às demandas do meio. Da mesma forma, a preocupação de pais e profissionais da saúde e da educação com a competência social da criança é amplamente justificável, quando o principal objetivo é a promoção da qualidade de vida, assim como a prevenção de problemas na infância e adolescência (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005a).

Indubitavelmente, este estudo buscou evitar todos os vieses metodológicos, porém, alguns pontos devem ser considerados. Apesar do objetivo de comparar grupos, é dada bastante importância à individualidade. Assim, este estudo serviu para disponibilizar reflexões e informações aos pais e professores a respeito dos possíveis problemas acadêmicos, sociais e comportamentais dos escolares, reforçando a relevância em produção do conhecimento.

Delineiam-se, a partir desse estudo diagnóstico, procedimentos de orientação a professores e pais, no sentido de fornecer informações sobre os aspectos sociais e escolares, envolvidos na malformação de orelha e novas maneiras de trabalhar com essa população.

Os dados encontrados demonstraram que os escolares com malformação de orelha vivem interações sociais pouco satisfatórias, uma vez que a aparência facial influencia diretamente nos seus relacionamentos sociais. Por outro lado, vivemos a realidade da inclusão dos indivíduos portadores de deficiência, principalmente na escola. Sabe-se que essa população vivencia o estigma da sociedade e frequentemente sofre *bullying* na escola. A criança estigmatizada tem mais dificuldade de aprendizagem e o professor deve estar atento a isso, promovendo atitudes facilitadoras, baseadas nas habilidades de cada um, propiciando um ambiente rico em troca de experiências, orientando a convivência dentro da diversidade humana e conduzindo a aprendizagem por meio da cooperação. Por outro lado, é possível uma melhor adequação do currículo regular com a adoção de currículos abertos e propostas curriculares diversificadas, para torná-lo apropriado às peculiaridades de cada aluno. Da

mesma forma, a família deve ser um componente ativo, contribuindo na educação do escolar com malformação de orelha, dividindo a responsabilidade com a escola, nos desafios a que estes são impostos.

Assim, a, escola, em conjunto com a família, deve implementar as melhores estratégias de ensino-aprendizagem, para que o aluno se beneficie e nela permaneça. Além disso, é preciso que os pais sejam encorajados a participar de atividades educacionais em casa, dando continuidade às desenvolvidas na escola, bem como a supervisionar e oferecer apoio à aprendizagem. Atitudes positivas por parte dos pais favorecem a inclusão social e escolar da criança, transmitindo a ela compreensão e segurança, principalmente no caso da malformação de orelha, tendo em vista seu impacto social negativo, bem como em relação à DA, que traz limitações na comunicação, e conseqüentemente, interfere no desempenho escolar.

A tarefa não é fácil. A família carece de ajuda, compreensão e reconhecimento, para que possa assumir seu papel. Da mesma forma, a aprendizagem passa pela afetividade e para isso é indispensável que os professores estejam imbuídos de compreensão, maturidade e sensibilidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de investigação dos dois estudos representou uma tentativa de conhecer e compreender o que ocorre em uma amostra de escolares com malformação de orelha.

Pode-se dizer que o Estudo 1 revelou predominantemente o seguinte perfil, sob a ótica de diferentes interlocutores : a amostra foi de escolares de nível socioeconômico baixo, matriculados em escola pública de diversos estados e com DA bilateral de grau moderado. A maioria apresentou capacidade intelectual preservada, porém, com índices abaixo da média em seus desempenhos escolares. Quanto ao aspecto comportamental e social, foi possível constatar que, em regra, os pais avaliaram os escolares como tendo mais dificuldades, em comparação à avaliação dos professores que, em sua maioria, classificou-os dentro da normalidade, constatando a discrepância entre a avaliação de pais e professores.

Pode-se concluir, no Estudo 2, que os escolares do GP e GPS apresentaram algumas semelhanças quanto ao desempenho escolar, social e comportamental, com exceção do GPE, que se mostrou melhor em todas as avaliações, porém estatisticamente não houve diferença, para os grupos, em quase todas as medidas. Foi constatada a discordância entre a avaliação dos pais e professores, em relação ao comportamento e a autoavaliação dos escolares e de professores quanto às habilidades sociais, para os três grupos.

Conclui-se que a DA condutiva, originada por problemas anatômicos (malformação de orelha) repercute em dificuldades acadêmicas, sociais e comportamentais na vida desses indivíduos. Os instrumentos utilizados no estudo forneceram indicativos dessas ocorrências, porém outros fatores parecem estar envolvidos no processo de ensino-aprendizagem, tendo em vista os achados do TDE, para o GP e GPS.

Dado o alcance das correlações dos dois estudos, sugerem-se novas investigações, com uma amostragem maior, bem como o uso de metodologia observacional. Apesar da diferença no número de participantes em cada estudo e mediante a investigação minuciosa dos grupos, através do relato de pais e professores e dos próprios escolares, em conjunto com as medidas padronizadas de avaliação, o Estudo 2 permitiu concluir que as consequências advindas da malformação de orelha, em instâncias acadêmica, social e comportamental, estão relacionadas. Adicionalmente, os relatos confirmaram o desconforto com a aparência facial, por parte dos escolares e pais e os anseios por cirurgia reparadora.

Os escolares dos Estudos 1 e 2 podem ser considerados como população de risco, devido às influências ambientais, sociais e acadêmicas, o que permite também considerá-las de risco para a aprendizagem e fracasso escolar.

Considerando a lacuna na literatura, em relação ao tema, abrem-se outras possibilidades de pesquisa como, a necessidade de trabalhos de intervenção com pais e professores de escolares com malformação de orelha, visando estimular interações sociais mais ricas.

Conclui-se que a investigação, sob a ótica de diferentes interlocutores, permitiu identificar as características sociais e de aprendizagem desses escolares, visando o planejamento de ações na escola, na família e para a formação de professores, na tentativa de atenuar o impacto negativo gerado pela malformação de orelha e favorecer a inclusão. Nessa perspectiva, recomendam-se programas educativos e novos estudos na área, que venham preencher as lacunas científicas existentes.

REFERÊNCIAS

ACHENBACH, T. M. **Integrative guide to the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles.** Burlington: University of Vermont, 1991. 211 p.

ACHENBACH, T.M.; EDELBROCK, C.S. The child behavior profile: II, boys aged 12-16 and girls aged 6-11 and 12-16. **J. Consult. Clin. Psychol.** ; Washington, v.47, n.2, p.223-233, Apr. 1979.

AGUIAR, A.A.R. **Construção e avaliação de um programa multimodal de habilidades comunicativas com deficiência mental.** 2006. 202 p. Tese (Doutorado em Educação do Indivíduo Especial) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2006.

AMARAL, V.L.A.R. Aspectos psicossociais. In: ALTMAN, E.B.C. **Fissuras labiopalatinas.** 4.ed. São Paulo: Pró-Fono, 1997. p.504-514.

AMARAL, V.L.A.R.; BRAVO, M.C.; MESSIAS, T.S.C. Desenvolvimento de habilidades sociais em adolescentes portadores de deformidades faciais. **Estud. Psicol.**, Campinas, v.13, n.3, p.31-48, jul./set.1996.

ANGELINI, A.L. et al. **Matrizes progressivas coloridas de Raven:** escala especial. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas Aplicada, 1999. 150p.

BALLANTYNE, J. Surdez: tipos e características clínicas. In: BALLANTYNE, J.; MARTIN, M.C.; MATINS, A. **Surdez.** 5.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.62-63.

BANDEIRA, M. et al. Competência acadêmica de crianças do ensino fundamental: características sociodemográficas e relação com habilidades sociais. **Interação Psicol.**, Curitiba, v.10, n.1, p.53-62, 2006a.

BANDEIRA, M. et al. Comportamentos problemáticos em estudantes do ensino fundamental: características da ocorrência e relação com habilidades sociais e dificuldades de aprendizagem. **Estud. Psicol.**, Natal, v.11, n.2, p.199-208, mai/ago. 2006b.

BARRETO, S.O. **Habilidades sociais na comorbidade entre dificuldade de aprendizagem e problema de comportamento:** uma avaliação multimodal. 2007. 88p. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2007.

BENTO, R.F.; MINITI, A.; MARONE, S.A.M. Doenças do ouvido médio. In: BENTO, R.F. **Tratado de otologia**. São Paulo: EDUSP, 1998. p. 233-240.

BOLSONI-SILVA, A.T. Habilidades sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. **Interação Psicol.**; Curitiba, v.6, n.2, p. 233-242, 2002.

BOLSONI-SILVA, A.T. **Habilidades sociais educativas, variáveis contextuais e problemas de comportamento**: comparando pais e mães de pré-escolares. 2003. 210p. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

BOLSONI-SILVA, A.T. et al. Práticas educativas parentais de crianças com deficiência auditiva e de linguagem. **Rev. Bras. Educ. Espec.**, v.16, n.2, p. 265-282, 2010.

BOLSONI-SILVA, A.T.; DEL PRETTE, A. Problemas de comportamento: um panorama da área. **Rev. Bras. Ter. Comport. Cogn.**, São Paulo, v.5, n. 2, p.91-103, 2003.

BOLSONI-SILVA, A. T.; MARTURANO, E. M. Habilidades sociais educativas parentais e problemas de comportamento: algumas relações. In: KERBAUY, R.R.; WIELENSKA, R.C. **Sobre comportamento e cognição**: psicologia comportamental e cognitiva. Santo André: Esetec, 2004. p.251-260.

BOLSONI-SILVA, A.T.; MARTURANO, E.M.; MANFRINATO, J.W.S. Mães avaliam comportamentos socialmente “desejados” e “indesejados” de pré-escolares. **Psicologia em Estudo**, v.10, n.2, p.245-252, 2005.

BOLSONI-SILVA, A.T.; MARTURANO, E.M. Práticas educativas e problemas de comportamento: uma análise à luz das habilidades sociais. **Estud. Psicol.**, Natal, v.7, n.2, p.227-235, jul./dez. 2002.

BOLSONI-SILVA, A.T.; SILVEIRA, F.F.; MARTURANO, E.M. Promovendo habilidades sociais educativas parentais na prevenção de problemas de comportamento. **Rev. Bras. Ter. Comport. Cogn.**, São Paulo, v.10, n.2, p.125-142, 2008.

BORDIN, I. A. S.; MART, J. J.; CAEIRO, M. F. Checklist' (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência): dados preliminares. **Rev. ABP-APAL**, São Paulo, v.17, n.2, p.55-56, 1995.

BRENT, B. Reconstruction of the auricular. In: MCCARTHY J.G. (Ed.). **Plastic sugery**. Philadelphia: WB Saunders, 1990. p.2094-2152.

BRASIL. Lei nº 11.274, de 6 de fevereiro de 2006. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11274.htm Acesso em 15 de fevereiro de 2011.

BUSSAB, P.A.; MORETTIN, W. **Estatística Básica**, 5ª edição, 2006, Editora Saraiva.

CABALLO, V.E. O treinamento em habilidades sociais. In: CABALLO, V.E. (Org.). **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. São Paulo: Editora Santos, 1986. p.361-398.

CALZOLARI, F. et al. Clinical and radiological evaluation in children with microtia. **Br. J. Audiol.**, London, v.33, n.5, p.303-312, Oct.1999.

CAPELLINI, V.L.M.F. **A inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais em classes comuns**: avaliação do rendimento acadêmico. 2001. 249p. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2001.

CAPELLINI, V.L.M.; MENDES, E.G.; SALGADO, H.M. Avaliando o rendimento escolar de alunos com deficiência auditiva em escolas regulares. **Espaço Informativo Técnico Científico do Ines**, Rio de Janeiro, n.18/19, p.93-97, dez./jul, 2003.

CAPELLINI, S.A.; TONELOTTO, J.M.F.; CIASCA, S.M. Medidas de desempenho escolar: avaliação formal e opinião de professores. **Estud. Psicol.**, Campinas, v.21, n.2, p.79-90, maio/ago. 2004.

CAPOVILLA, A.G.S.; GÜTSCHOW, C.R.D.; CAPOVILLA, F.C. Habilidades cognitivas que predizem competência de leitura e escrita. **Psicol. Teor. Prat.**, São Paulo, v.6, n.2, p.13-26, jul./dez.2004.

CARLINO, F.C. Relação entre inteligibilidade de fala e habilidades sociais de comunicação em crianças com desvio fonológico. 2010.142p. Mestrado (Educação Especial) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2010.

CASTANHO, R.M.; BRAGA, T.M.S. Indicadores do desempenho escolar em crianças com otite média crônica. **Temas Desenvolv.**, São Paulo, v.15, n.85-86, p.38-44, maio/jun.2006.

CASTIQUINI, E.A.T. et al. Avaliação audiológica de indivíduos portadores de malformação de orelha. **Arq. Int. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v.10, n.2, p. 98-103, abr./jun. 2006.

CIA, F.; BARHAM, E.J. Repertório de habilidades sociais, problemas de comportamento, autoconceito e desempenho acadêmico de crianças no início da escolarização. *Estud. Psicol., Campinas*, v.26, p.45-55, jan./mar. 2009.

CIA, F.; D’AFFONSECA, S.M.; BARHAM, E.J. A relação entre o envolvimento paterno e o desempenho acadêmico dos filhos. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v.14, n.29, p.277-286, set./dez. 2004.

CIA, F.; PAMPLIN, R.C.O.; DEL PRETTE, Z.A.P. Comunicação e participação pais-filhos: correlação com habilidades sociais e problemas de comportamento dos filhos. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v.16, n.35, p.395-406, set./dez.2006.

COLARES, V.; RICHMAN, L. Fatores psicológicos e sociais relacionados às crianças portadoras de fissuras labiopalatais. *Pediatr. Mod.*,v.38,n.11, p.513-516, nov.2002.

COLL, C.; PALACIOS, J.; MARCHESI, A. **Desenvolvimento psicológico e educação: transtornos do desenvolvimento e necessidades educativas especiais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.v.3.

COSTA, C.S.L. **Efeitos de uma intervenção com monitores de organização não-governamental para minimizar problemas de comportamento em crianças**. 2010. 216p. Tese (Doutorado em Educação Especial) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2010.

COSTA, S.M.B.; COSTA FILHO, O.A; CARDOSO, M.R.A. A percepção auditiva de crianças em idade escolar: associações entre os dados de anamnese e a avaliação audiológica - resultados preliminares. *Pediatr. Mod.*, São Paulo, v.37, n.11, p.602-610, nov. 2001

COUTINHO, M. Próteses auditivas osteo-ancoradas. *Nasc. Cresc.*, Porto, v.13, n.3, p.201-205, 2004.

DAMKE, A.S.; GONÇALVES, J.P.; SILVA, L.M. Indisciplina na educação superior: análise das relações interpessoais. In: XIII Si Educa – Seminário Internacional de Educação, “Indisciplina e violência na escola: cenários e direções, 2008, Cachoeira do Sul. **Anais do XIII Seminário Internacional de Educação**. Cachoeira do Sul: ULBRA, 2008. v.1, p.1-7.

DAVID, S.P. **Bullying**: concepções dos profissionais da educação e alunos. 2010. 62p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Pedagogia) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Sapiranga, 2010.

D´AVILA-BACARJI, K.M.G.; MARTURANO, E.M.; ELIAS, L.C.S. Recursos e adversidades no ambiente familiar de crianças com desempenho escolar pobre. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v.15, n.30, p.43-55, jan./abr. 2005.

DE LA CRUZ, A.; LINTHICUM JUNIOR F.H.; LUXFORD, W.M. Congenital atresia of the external auditory canal. **Laryngoscope**, St. Louis, v.95, n.4, p.421-427, Apr.1985.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z.A.P. Avaliação de habilidades sociais: bases conceituais, instrumentos e procedimentos. In: DEL PRETTE, Z.A.P.; DEL PRETTE, A. (Org.). **Psicologia das habilidades sociais: diversidade teórica e suas implicações**. Petrópolis: Vozes; 2009. p.189-221.

DEL PRETTE, Z.; DEL PRETTE, A **Aprendizagem sócio-emocional na infância e prevenção da violência**: questões conceituais e metodologia da intervenção. In: DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z.A.P. (Orgs.) **Habilidades Sociais, Desenvolvimento e Aprendizagem**. Campinas: Editora Alínea, 2003a.

DEL PRETTE, Z. A .P.; DEL PRETTE, A. Desenvolvimento interpessoal e educação escolar: o enfoque das habilidades sociais. **Temas Psicol.**, Ribeirão Preto, v.6, n.3, p.205-215, dez. 1998.

DEL PRETTE, Z.A.P.; DEL PRETTE, A. Habilidades sociais e educação: Pesquisa e atuação em psicologia escolar/ educacional. In: DEL PRETTE, Z.A.P. (Org.), **Psicologia escolar e educacional: Saúde e qualidade de vida** (pp. 113-141). Campinas, SP: Alínea, 2001.

DEL PRETTE, Z.A.P.; DEL PRETTE, A. Luz, câmera, ação: Desenvolvendo um sistema multimídia para avaliação de habilidades sociais em crianças. **Aval. Psicol.**, Porto Alegre, v.2, n.2, p.155-164, dez. 2003b.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z.A.P. **Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática**. Petrópolis: Vozes, 2005a. 270p.

DEL PRETTE, Z.A.P.; DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais: terapia, educação e trabalho**. Petrópolis: Vozes, 1999. 206 p.

DEL PRETTE, Z.A.P.; DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2002a. 206p.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z.A.P. **Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2002b. 231p.

DEL PRETTE, Z.A.P.; DEL PRETTE, A. Psicologia educacional, forense e com adolescente em risco: prática na avaliação e promoção de habilidades sociais. **Aval. Psicol.**, Porto Alegre, v.5, n.1, p.99-104, 2006.

DEL PRETTE, Z.A.P.; DEL PRETTE, A. **Sistema multimídia de habilidades sociais de crianças**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005b. 220p.

DESSEN, M.A.; COSTA JUNIOR, A. L. (Org.). **A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras**. Porto Alegre: Artmed, 2005. 278p.

DOMINGUES, A.B.C. **Desempenho escolar de crianças com fissura labiopalatina**. 2007. 113p. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, 2007.

DUARTE, C.S.; BORDIN, I.A.S. Instrumentos de avaliação. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.22, n.2, p.55-58, dez. 2000.

ELIAS, L.C.S. **Crianças que apresentam baixo rendimento escolar e problemas de comportamento associados: caracterização e intervenção**. 2003. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

ENQUIST, M. et al. An ethological theory of attractiveness. In: RHODES, G.; ZEBROWITZ, L.A. **Facial attractiveness: evolutionary cognitive, and social perspectives**. London: Ablex, 2002. p.127-151.

FALCONE, E.M.O. A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. **Rev. Bras. Ter. Comport. Cogn.**, São Paulo, v.1, p.23-32, 1998.

FANTE, C. **Fenômeno bullying: como prevenir a violência nas escolas e educar para a paz**. 2. ed. São Paulo: Verus, 2005. 224p.

FAURE, J.C.; RIEFFE, C.; MALTHA, J.C. The influence of different facial components on facial aesthetics. **Eur. J. Orthod.**, Oxford, v.24, n.1, p.1-7, Feb.2002.

FEITOSA, F.B. Habilidades sociais e dificuldades de aprendizagem na interface da educação com a saúde. **Rev. Cient. FACIMED**, Cacoal, v.1, n.1, p.1-19, 2008.

FEITOSA, F. B. **Relação família-escola: como pais e professoras avaliam e reagem ao repertório social de crianças com e sem dificuldades de aprendizagem.** 2003. 61p. Dissertação (Mestrado em Educação do Indivíduo Especial) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2003.

FERREIRA, B.C.; DEL PRETTE, Z.A.P.; LOPES, D.C. Habilidades empáticas de crianças videntes e cegas e a possível influência de variáveis sociodemográficas. **Interação Psicol.**, Curitiba, v.13, n.1, p.49-58, 2009.

FLEITLICH, B.; CORTAZAR, P.G.; GOODMAN, R. Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ). **Infanto Rev.Neuropsiquiatr.Infanc.Adolesc.**, São Paulo, v.8, n.1, p.44-50, 2000.

FLEITLICH, B.; GOODMAN, R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. **BMJ**, v.323, n. 7313, p.599-600, Sept. 2001.

FONSECA, L. C. et al. Desempenho escolar em crianças com epilepsia benigna da infância com pontas centrotemporais. **Arq. Neuropsiquiatr.**, São Paulo, v.62, n.2b, p.459-462, jun. 2004.

FREITAS, R.S. et al. Reconstrução de orelha utilizando uma única cartilagem costal: descrição modificada da técnica. **Rev. Soc. Bras. Cir. Craniomaxilofac.**, São Paulo, v.8, n.2, p.39-47, jul./dez. 2005.

FUKUDA, O. The microtic ear: survey of 180 cases in 10 years. **Plast.Reconstr.Surg.**, Baltimore, v.53, n.4, p.458-463, Apr. 1974.

FUMO, V.M.S. **Habilidades sociais acadêmicas de crianças com baixo e alto desempenho acadêmico na interação com o professor.** 2009. 117p. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2009.

GESELL, A. **A criança dos 5 aos 10 anos.** 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 466p.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5.ed. São Paulo:Atlas, 2006.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 1988. 158p.

GOMIDE, P.I.C. Estilos parentais e comportamento anti-social. In: DEL PRETTE, A; DEL PRETTE, Z.A.P. (Orgs.), **Habilidades Sociais, desenvolvimento e aprendizagem: questões conceituais, avaliação e intervenção**. Campinas: Alínea, p.21-61, 2003.

GOODMAN, R. **The Strengths and Difficulties Questionnaire**: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586, 1997.

GRACIANO, M.I.G.; LEHFELD, N.A.S.; NEVES FILHO, A. Critérios de avaliação para classificação sócio-econômica: elementos de atualização - Parte II. **Serv. Social Realid.**, Franca, v.5, n.2 p. 171 – 201, 1996.

GRANATO, L.; RIOS, O.A.B. Malformações congênitas. In: CALDAS, N.; CALDAS NETO, S; SHI, T. **Otologia e audiologia em pediatria**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999. p.39-44

GRESHAM, F. M. Análise do comportamento aplicada às habilidades sociais. In: DEL PRETTE, Z.A.P.; DEL PRETTE, A. (Org.). **Psicologia das habilidades sociais**: diversidade teórica e suas implicações. Petrópolis: Vozes, 2009. p.17-56.

HABAL, M. et al. Percutaneous bone-anchored hearing aid. **J. Craniofac. Surg.**, Burlington, v.14, n.5, p.637-642, Sept. 2003.

HUNGRIA, H. Anatomia. In: HUNGRIA, H. **Otorrinolaringologia**. Rio de Janeiro:Revinter; 2000. p.243-363.

INDERBITZEN, H.; FOSTER, S. The teenage inventory of social skills: development, reliability, and validity. **Psychol. Assess.**, Arlington v.4, n.4, p.451-459, Dec.1992.

JIAMEI, D. et al. An investigation of psychological profiles and risk factors in congenital microtia patients. **J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.**, Amsterdam, v.61, p.S37-S43, 2008. Supplement 1.

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. MIM ID 164210: hemifacial microsomia; hfm. In: JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. OMIM: Online Mendelian Inheritance in Man. Baltimore: Johns Hopkins University, 2011a. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/omim/164210>. Acesso em: 20 jan. 2011.

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. MIM ID 154400: acrofacial dysostosis 1, Nager type; afd1. In: JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. OMIM: Online Mendelian Inheritance in Man. Baltimore: Johns Hopkins University,

2011b. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/omim/154400>. Acesso em: 20 jan. 2011.

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. MIM ID 154500: Treacher Collins syndrome 1; tcs1. In: JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. OMIM: Online Mendelian Inheritance in Man. Baltimore: Johns Hopkins University, 2011c. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/omim/154500>. Acesso em: 20 jan. 2011.

KAGA, K; SETOU, M; NAKAMURA, M. Bone-conducted sound lateralization of interaural time difference and interaural intensity difference in children and a young adult with bilateral microtia and atresia of the ears. *Acta Otolaryngol.*, Stockhem, v.121, n.2, p.274-247, Jan.2001.

KATZ, J. (Ed.). **Tratado de audiologia clínica**. 3. ed. São Paulo: Manole, 1989. 1127p.

LAPIN, G.A.B. Avaliação dos resultados em reconstruções de orelha por defeito congênito ou trauma. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, São Paulo, v.25, n.1, p.64-74, jan./mar. 2010.

LLANO-RIVAS, I. et al. Microtia: a clinical and genetic study at the National Institute of Pediatrics in Mexico city. **Arch.Med.Res.**, México, v.30, n.2, p.120-124, Mar./Abr. 1999.

LOPES FILHO, O. **Tratado de fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 1997.

LOPES, D.C. **Recursos multimídias na promoção de habilidades sociais em crianças com dificuldade de aprendizagem**. 2009. 232p. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2009.

LÓPEZ, F. Problemas afetivos e de conduta na sala de aula. **In:** COLL, C; MARCHESI, A.; PALACIOS, J. (Org.). **Desenvolvimento psicológico e educação**. v.3. 2ª ed. Tradução de Fátima Murad. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 113-128.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.

MAGALHÃES, R.C.B.P.; DIAS, A.M.I. Identidade e estigma no contexto da escola inclusiva: uma leitura a partir de Erving Goffman. **Anais**. 28ª Reunião Anual da Anped, Caxambu – MG, 2005.

MAGALHÃES, T. **Integração social de crianças com deficiência auditiva**: uma análise sob a perspectiva das habilidades sociais. 2008. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2008.

MANZINI, E.J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. In: MARQUEZINE, M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE, S. (Orgs.). **Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial**. Londrina:eduel, 2003. p.11-25.

MARINHO, M. Comportamento anti-social infantil: questões teóricas e de pesquisa. In: DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z.A.P. (Org.). **Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem**: questões conceituais, avaliação e intervenção. Campinas: Alínea, 2003. p.61-81.

MARTINS, A.R. Bullying contra alunos com deficiência. **Nova Escola**, São Paulo, v. 228, dez.2009. Disponível em: http://revistaescola.abril.com.br/inclusão/educação-especial/chega_omissao_bulling_deficiencia_preconceito_prevencao_necessidade_educacionais_especiais_S18770.html. Acesso em 10 Jan.2011.

MARTURANO, E. M. et al. A avaliação psicológica pode fornecer indicadores de problemas associados a dificuldades escolares? In: MARTURANO, E.M.; LOUREIRO, S.R.; ZUARDI, A.W. (Ed.). **Estudos em saúde mental**. Ribeirão Preto. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, 1997. p.11-48

MARTURANO, E.M.; MAGNA, J.C.; MURTHA, P.C. Contribuição ao diagnóstico psicológico para crianças com dificuldades de aprendizagem escolar. **Psicopedagogia**, São Paulo, v.11, n.24, p.7-15, 1993.

MARTURANO, E.M.; LOUREIRO, S.R. O desenvolvimento socioemocional e as queixas escolares. In: DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z.A.P. (Org.). **Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem**. Campinas: Alínea, 2003. p.259-291.

MARTURANO, E.M.; TOLLER, G.P.; ELIAS, L.C.S. Gênero, adversidade e problemas socioemocionais associados à queixa escolar. **Estud. Psicol.**, Campinas, v.22, n.4, p.371-380, out./dez.2005.

MARTURANO, E.M.; TRIVELLATO-FERREIRA, M.C.; GARDINAL, E.C. Estresse cotidiano na transição da 1ª série: percepção dos alunos e associação com o desempenho e ajustamento. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.22, n.1, p.93-101, 2009.

MASTEN, A.S.; COATSWORTH, J.D. The developmental of competence in favorable and unfavorable environments: lessons from research on successful children. **Am. Psychol.**, Washington, v.53, n.2, p.205-220, Feb. 1998.

MELO, M.H.S. **Crianças com dificuldades de interação no ambiente escolar**: uma intervenção multifocal. 2003. 146p. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

MILLARD JUNIOR, D.R. Reconstruction of one-third plus of the auricular circumference. **Plast.Reconstr.Surg.**, Baltimore, v.90, n.3, p.475-478, Sept. 1992.

MINAYO, M.C.S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método, criatividade. 21.ed. Petrópolis: Vozes; 1994. p.9-29.

MOLINA, R.C.M. **Avaliação de programas de treinamento de professores para promover habilidades sociais de crianças com dificuldades de aprendizagem**. 2007. 166p. Tese (Doutorado em Educação Especial) – UFSCar, São Carlos, 2007.

MOLINA, R.C.M. **Habilidades sociais e dificuldades de aprendizagem**: uma análise funcional. 2003. 82p. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2003.

MOLINA, R.C.M.; DEL PRETTE, Z.A.P. Funcionalidade da relação entre habilidades sociais e dificuldades de aprendizagem. **Psico USF**, Itatiba, v.11, n.1, p.53-63, jun. 2006.

MOTTI, T.F.G. **A rotina de um centro de referência em deficiência auditiva**: perspectivas de pais e professores. 2000. 216 f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2000.

NAGATA S.A. A new method of total reconstruction of the auricle for microtia. **Plast.Reconstr.Surg.**, Baltimore, v.92, n.2, p.87-201, Aug. 1993.

KOKITSU-NAKATA, N.M.K. **Síndromes genéticas e ambientais em distúrbios da audição**. 2006. 234 p. Tese (Doutorado em Distúrbios da Comunicação) – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

NICODEMO, D.; PEREIRA, M.D.; FERREIRA, L.M. Cirurgia ortognática: abordagem psicossocial em pacientes classe III de Angle submetidos à correção cirúrgica da deformidade

dentofacial. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortopedi. Facial**, Maringá, v.12, n.5, p.46-54, set./out. 2007.

OKANO, C.B. et al. Crianças com dificuldades escolares atendidas em programa de suporte psicopedagógico na escola: avaliação do autoconceito. **Psicol. Reflex. Crít.**, Porto Alegre, v.17, n.1, p.121-128, 2004.

OLIVEIRA, P.; CASTRO, F.; RIBEIRO, A. Surdez infantil. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, Rio de Janeiro, v.68, n.3, p.417-423, maio 2002.

OMOTE, S. Atratividade física e prognóstico. **Psicol. Teor. Pesqui.**, Brasília, v.13, n.1, p.113-117, jan./abr.1997.

OMOTE, S. Atratividade física facial: percepção e efeitos sobre julgamentos. 1992. 133 p. Tese (Livre Docência) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 1992.

OMOTE, S. Efeitos da atratividade física facial de crianças sobre a percepção de outras qualidades delas. **Psicol. Teor. Pesqui.**, Brasília, v.7, n.3, p.295-302, set./dez. 1991.

OMOTE, S. Estigmatização de Deficientes e Os Serviços Especializados. **Vivência**, São José (SC), v.5, p.14-15, 1989.

OMOTE, S. Normalização, integração, inclusão. **Ponto de Vista**, Florianópolis, v.1, n.1, p.4-13, 1999.

OMOTE, S. Inclusão e a questão das diferenças na educação. **Perspectiva**, Florianópolis, v.24, p. 251-272, 2006.

OMOTE, S. Alunos perguntam e Sadao Omote responde, 2009. Disponível em: <http://educacaoespecial2009.blogspot.com/2009/11/alunos-perguntam-e-sadao-omote-responde.html> Acesso em: 10 jan.2011.

OSORNO, G. Autogenous rib cartilage reconstruction of congenital ear defects: report of 110 cases with Brent's technique. **Plast.Reconstr.Surg.**, Baltimore, v.104, n.7, p.1951-162, Dec.1999.

PACCOLA, E.C.M. **Aparelho de amplificação sonora individual por condução óssea e malformações congênitas das orelhas**: caracterização e análise do benefício e satisfação.

2007.131p. Dissertação (Mestrado em Distúrbio da Comunicação Humana) – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, 2007.

PAPARELLA, M.M.; SHUMRICK, D.A **Otorrinolaringologia: cabeza y cuello**. 2.ed. Buenos Aires: Panamericana, 1982. 2453 p.

PARK, S.S. **External ear, aural atresia**. In: Medicine from Web MD, 2010. Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/845632-overview> Acesso em: 20 jun.2010.

PEREIRA, P.C.; SANTOS, A.B.; WILLIAMS, L.C.A. Desempenho escolar da criança vitimizada encaminhada ao fórum judicial. **Psicol. Teor. Pesqui.**, Brasília, v.25, n.1, mar. 2009 .

PICCOLO, G.M.; MOSCARDINI, S.F.; COSTA, V.B. Historiografia das produções de Sadao Omote: relato de pesquisa. **Rev. Bras. Educ. Espec.**, Marília, v.16, n.1, p.107-126, jan./abr., 2010.

PINHEIRO, M.I.S. et al. Treinamento de habilidades sociais educativas para pais de crianças com problemas de comportamento. **Psicol. Reflex. Crít.**, Porto Alegre, v.19, n.3, p.407-414, 2006.

RAHBAR, R. et al. Craniofacial, temporal bone and audiological abnormalities in the spectrum of hemifacial microsomia. **Arch.Otolaryngol.Head.Neck.Surg.**, Chicago, v.127, n.3, p.265-271, mar.2001.

RAVEN, J.C. **Matrizes progressivas** (escala especial – séries A, B, C, D e E). 4.ed. Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada, 2008. 59p.

REDONDO, M.C.; CARVALHO, J.M. **Deficiência auditiva**. Brasília: Secretaria de Educação a Distância, 2000. 64p.

RICHMAN, L.C.; ELIASON, M. Disorders of communication, developmental language disorders and cleft palate. In: WALKER, C.E.; ROBERTS, M.C. (Ed.). **Handbook of child clinical psychology-revised**. New York: John Wiley, 1993. p. 537-552.

ROSIN-PINOLA, A.R.; DEL PRETTE, Z.A.P.; DEL PRETTE, A. Habilidades sociais e problemas de comportamento de alunos com deficiência mental, alto e baixo desempenho acadêmico. **Rev. Bras. Educ. Espec.**, Marília, v.13, n.2, p.239-256, maio/ago 2007.

SAETA, B.R.P.; SILVA, M.L.M. O contexto social e a deficiência. **Psicol. Teor. Prat.**, São Paulo, v.1, n.1, p.51-55, 2002.

SAKAE, E.K. **Estudo das complicações na reconstrução da orelha**. 2007. 82p. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SANTOS, T.M.M. Otite média: implicação para o desenvolvimento da linguagem. In: SCHOCHAT, E. (Ed.). **Processamento auditivo**. São Paulo: Lovise, 1996. p.107-124.

SANTOS, P.L.; GRAMINHA, S.S.V. Problemas emocionais e comportamentais associados ao baixo rendimento acadêmico. **Estud. Psicol.**, Natal, v.11, n.1, p.101-109, jan./abr. 2006.

SAUD, L. F.; TONELLOTO, J. M. F. Comportamento Social na Escola: Diferenças entre Gênero e Séries. **Psicol. Esc. Educ.**, Campinas, v.9, n.1, p. 47-57, jun.2005.

SHELL, T.L.; WOODS, M.G. Perception of facial esthetics: a comparison of similar class II cases treated with attempted growth modification or later orthognathic surgery. **Angle Orthod.**, Appleton, v.73, n.4, p.365-373, Aug.2003.

SILMAN, S.; SILVERMAN, C.A. Auditory diagnosis: principles and applications. San Diego: Singular, 1997.423 p.

SILVA, L.M. **Simetria e atratividade facial**. 2005. 108p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SOUSA, L. C. A. et al. Surdez Infantil: diagnóstico precoce e casuística da Fundação Papearella. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 1, p. 9-14 , jan./fev.1996.

SNIK, A.F.; MYLANUS, E.A.; CREMERS, C.W. Bone-anchored hearing aids in patients with sensorineural hearing loss and persistent otitis externa. **Clin. Otolaryngol. Allied Sci.**, Oxford, v.20, n.1, p.31-35, Feb.1995.

SPANIO, S. et al. Intracranial dislocation of the mandibular condyle: report of two cases and review of the literature. **Br. J. Oral Maxillofac. Surg.**, Edinburgh, v.40, n.3, p.253-255, June 2002.

STEIN, L.M. **Teste de desempenho escolar: TDE**. São Paulo:Casa do Psicólogo, 1994. 32 p.

STEVANATO, I.S. et al. Autoconceito de crianças com dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento. **Psicol. Estud.**, Maringá, v.8, n.1, p.67-76, jan./jun. 2003.

STIVANIN, L.; SCHEUER, C.I.; ASSUMPCÃO JUNIOR, F.B. SDQ (*Strengths and Difficulties Questionnaire*): identificação de características comportamentais de crianças leitoras. **Psicol. Teor. Pesqui.**, Brasília, v.24, n.4, p.407-413, out./dez.2008.

TAVANO, L.D'.A. **Avaliação do desempenho psicossocial de pacientes portadores de fissura lábio-palatina submetidos a tratamento multidisciplinar no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais-USP**. 2000. 203p. Tese (Doutorado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, 2000.

THOMSON, H.G.; WINSLOW, J. Microtia reconstruction: does the cartilage framework grow? **Plast. Reconstr. Surg.**, v.84, n.6, p.908-915, Dec.1989.

TREMBLAY, R.E. The development of aggressive behavior during childhood: What have we learned in the past century? **Int. J. Behav. Dev.**, Amsterdam, v.24, n.2, p. 129-141, 2000.

TRUITE, M.B; OLIVEIRA, J.R.M.; MOTTI, T.F.G. Aspectos sociais envolvidos nas malformações de orelha externa. In: ENCONTRO CIENTÍFICO DA PÓS GRADUAÇÃO DO HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 10. Bauru. **Anais**. Bauru: HRAC, USP, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the first informal consultation on future programme developments for prevention of deafness and hearing impairment**. Geneva: World Health Organization, 1997. p.23-24

YAREMKO, R. K. et al. **Handbook of research and quantitative methods in psychology**. Hillsdale: Erlbaum, 1986. 326p.

ZEMLIN, W.R. **Princípios de anatomia e fisiologia em fonoaudiologia**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed Sul, 2000. 624p.

GLOSSÁRIO

Arcos faríngeos: primórdios embrionários que contribuem com o desenvolvimento craniofacial. Interferências no seu desenvolvimento normal (quarta a quinta semana embrionária) podem resultar em alterações variáveis da mandíbula e orelha.

Tragus – Cartilagem anterior da orelha; saliência localizada anteriormente ao meato acústico externo.

Anti-hélix - é uma sobra na cartilagem que auxilia na curvatura da parte externa da orelha para trás, em especial, no seu segmento superior.

Antitragus – saliência que se encontra no final da anti-hélix (prega mais externa da orelha).

Lóbulo – ocupa posição única entre as estruturas da face e tem relevante importância devido à tradição secular do uso de adornos e jóias neste local. É a única parte da orelha que não contém cartilagem.

Meato Acústico Externo – parte da orelha externa com aspecto alongado, estreito e angulado determinando, desta forma, a proteção das estruturas mais internas da orelha; ao mesmo tempo que permite a chegada do som.

Atresia do meato – ausência de abertura no meato acústico externo.

Arco zigomático – estrutura em arco constituída pelos ossos malar e temporal.

Coloboma – malformação congênita, tanto de etiologia genética (hereditária) quanto ambiental (ação de drogas ou agentes infecciosos). Pode atingir uma das estruturas de um ou de ambos os olhos, tais como a íris, a coróide, a pálpebra, a retina e o nervo óptico.

Dermóide epibulbar – cisto localizado no canto palpebral.

Pneumatização do osso temporal – presença de cavidades aéreas no osso temporal.

Orelha constricta – termo utilizado para agrupar uma série de malformações do pavilhão auricular, que apresentam, como defeito comum, a rotação inadequada do complexo hélix/anti-hélix/escafa, resultando em um pavilhão auricular fletido no sentido anterior.

Question mark ear – termo em inglês utilizado para descrever uma anormalidade da orelha, a qual sugere aparência de “ponto de interrogação”.

Agenesia ou estenose de meato acústico – ausência completa ou perda igual ou maior que 3 mm de diâmetro vertical do meato acústico interno ou, ainda, como um conduto com dimensões menores que 2 mm.

Mastóide – apófise situada na parte petrosa, ou rochedo, do osso temporal.

Próteses auditivas ósteo-ancoradas – sistema que utiliza um processador de som, ósteo-ancorado, que permite a audição através de condução óssea direta, o que significa que o som é transmitido diretamente, pelos ossos do crânio, através de um implante de titânio, sem passar pelo ouvido médio.

APÊNDICE A – Apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, da Universidade de São Paulo (HRAC/USP) de Bauru-SP.



Ofício nº 103/2008-SVAPEPE-CEP

Bauru, 09 de maio de 2008.

Prezado(a) Senhor(a)

O projeto de pesquisa encaminhado a este Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, denominado *“Escolares com malformações congênitas de orelhas: desenvolvimento de habilidades sociais e generalização da aprendizagem para o contexto acadêmico.”*, de autoria de V.Sª, foi enviado ao relator para avaliação.

Na reunião de **30/04/2008** o parecer do relator, **aprovando o projeto**, foi aceito pelo Comitê, considerando que não existem infrações éticas pendentes para início da pesquisa. Solicitamos a V.Sª a gentileza de anexar o presente ofício ao projeto, pois o mesmo será necessário para futura publicação do trabalho.

A pesquisadora fica responsável pela entrega no SVAPEPE - Apoio ao Projeto de Pesquisa dos relatórios semestrais, bem como comunicar ao CUP todas as alterações que possam ocorrer no projeto.

Informamos que após o recebimento do trabalho concluído, este Comitê enviará o parecer final para publicação.

Atenciosamente

PROFA. DRA. IZABEL MARIA MARCHI DE CARVALHO

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HRAC-USP

Ilmo(a) Sr(a)

Rosieler Moreno Castanho

Divisão de Saúde Auditiva – HRAC/USP

APÊNDICE B - Carta de Apresentação e Solicitação aos Pais dos Escolares Participantes da Pesquisa

Bauru, ____ de ____ de 2008.

Prezados Pais:

Gostaria de solicitar a vossa colaboração para viabilizar a realização de parte de minha pesquisa de Doutorado junto ao Programa de Pós Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista (UNESP) - Marília.

O objetivo da primeira fase da pesquisa é descrever o perfil de uma amostra de escolares que apresentam malformação de orelha(s) externa e/ou média no que se refere aos aspectos sociodemográficos, audiológicos, cognitivos, comportamentais e de desempenho escolar sob a ótica de diferentes interlocutores e correlacionar os instrumentos de avaliação utilizados no estudo. Posteriormente, o objetivo da segunda fase da pesquisa é comparar o desempenho escolar, social e comportamental de escolares sem e com malformação de orelha externa e/ou média, sob a ótica de diferentes interlocutores e correlacionar os instrumentos de avaliação utilizados no estudo.

A Vossa colaboração nesta pesquisa é muito importante para alcançar estes objetivos, e ressalto que Vossa Senhoria tem total liberdade para acrescentar outras questões e/ou comentá-las no espaço ao final e que sua identidade será mantida em sigilo absoluto quando da divulgação da pesquisa.

Finalmente, gostaria de solicitar que responda o questionário e envie pelo correio em um prazo de até sete dias, a partir da data de entrega do mesmo. O endereço está discriminado no envelope, já selado. Caso concorde com o procedimento descrito gostaria de solicitar a Vossa Senhoria o preenchimento do “Termo de Consentimento” que se encontra em anexo.

Informo antecipadamente que sua identidade será mantida em sigilo absoluto quando da divulgação da pesquisa.

Sem mais para o momento, agradeço Vossa atenção e coloco-me à disposição, bem como minha orientadora, para esclarecimentos adicionais.

Cordialmente,

Rosicler Moreno Castanho - Doutoranda
Fone: (0XX14) 32 343563, ramal 230 (Setor da Psicologia)
E-mail: rosecastanho@hotmail.com

De acordo:
Doutora Tânia Moron Saes Braga – Orientadora
Endereço para contato: Av. Higino Muzzi Filho, 737 / CEP: 17525-900
Marília – SP – Fone: (0XX14) 34 021300
E-mail: tania.icm@icm.com.br

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (dos Pais e/ou Responsável).

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____

Portado r(a) da cédula de identidade _____, responsável pelo escolar _____,

após leitura minuciosa deste documento, devidamente explicado pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa: “Escolares com malformação de orelha externa e/ou média: avaliação do desempenho escolar e dos comportamentos sociais”, realizada por: ROSICLER MORENO CASTANHO nº do Conselho: 06/48356-8, sob orientação da Dra. TANIA MORON SAES BRAGA, nº do conselho: 2572, que têm como objetivos: (1) Descrever o perfil de uma amostra de escolares que apresentam malformação de orelha(s) externa e/ou média no que se refere aos aspectos sociodemográficos, audiológicos, cognitivos, comportamentais e de desempenho escolar sob a ótica de diferentes interlocutores e correlacionar os instrumentos de avaliação utilizados no estudo e, (2) comparar o desempenho escolar, social e comportamental de escolares sem e com malformação de orelha externa e/ou média, sob a ótica de diferentes interlocutores e correlacionar os instrumentos de avaliação utilizados no estudo (estudo 2). A pesquisa será realizada na Divisão de saúde Auditiva (DSA) do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC), da Universidade de São Paulo (USP) e nas escolas públicas e particulares de Bauru. Será feita a aplicação do teste RAVEN, Teste de Desempenho Escolar (TDE) e entrevistas junto aos escolares do ESTUDO 1 e SDQ junto aos seus pais e professores. No estudo 2 serão utilizados os mesmos testes, acrescido o Sistema multimídia de Habilidades Sociais (IMHSC), junto a todos os escolares.

O estudo tem o intuito de melhorar o desenvolvimento e as relações interpessoais destes escolares. Todos os dados coletados serão utilizados estritamente para fins científicos em publicações e apresentações profissionais. Os nomes dos escolares não serão mencionados em nenhuma circunstância, preservando a identidade dos mesmos.

A pesquisadora se comprometerá a manter disponível para fornecer as informações necessárias durante a pesquisa e informar os resultados que venham a ser obtidos ao término do estudo.

“Caso o sujeito da pesquisa queira apresentar reclamações em relação a sua participação na pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, do HRAC-USP, pelo endereço Rua Silvia Marchione, 3-20 no Serviço de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão ou pelo telefone (14) 3235-8421”.

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art.160 do Código de Ética Profissional do Psicólogo).

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru, _____ de _____ de 200____.

Assinatura dos pais ou responsável

Assinatura do Pesquisador

Nome do Pesquisador Responsável: Rosicler Moreno Castanho

Endereço para contato: Rua Irmã Arminda nº 4-26

Bairro: Jardim Brasil

Bauru – SP CEP: 17043-160

Fone: (0XX14) 32 231599

E-mail: rosecastanho@hotmail.com

Endereço Institucional: Rua Benedito Moreira Pinto, nº 8-81

Bairro: Jardim Panorama

Bauru – SP CEP: 17.011.110

Fone: (0 XX14) 32 343563, ramal 230(Setor da Psicologia)

APÊNDICE D - Carta de Apresentação e Solicitação aos Professores dos Escolares Participantes da Pesquisa

Bauru, ____ de ____ de 2008.

Prezado (a) Professor (a):

Gostaria de solicitar a vossa colaboração para viabilizar a realização de parte de minha pesquisa de doutorado junto ao Programa de Pós Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista (UNESP) - Marília.

O objetivo da primeira fase da pesquisa é descrever o perfil de uma amostra de escolares que apresentam malformação de orelha externa e/ou média no que se refere aos aspectos sociodemográficos, audiológicos, cognitivos, comportamentais e de desempenho escolar sob a ótica de diferentes interlocutores e correlacionar os resultados dos instrumentos de avaliação utilizados no estudo (Estudo 1). Posteriormente, o objetivo da segunda fase da pesquisa é comparar o desempenho escolar, social e comportamental de escolares sem e com malformação de orelha externa e/ou média, sob a ótica de diferentes interlocutores e correlacionar os resultados dos instrumentos de avaliação utilizados no estudo (Estudo 2).

A Vossa colaboração nesta pesquisa é muito importante para alcançar estes objetivos, e informo que os pais autorizaram previamente a participação dos escolares na pesquisa. Ressalto que Vossa Senhoria tem total liberdade para acrescentar outras questões e/ou comentá-las no espaço ao final e que sua identidade será mantida em sigilo absoluto quando da divulgação da pesquisa.

Finalmente, gostaria de solicitar que responda o questionário e envie pelo correio em um prazo de até sete dias, a partir da data de entrega do mesmo. O endereço esta discriminado no envelope, já selado. Caso concorde com o procedimento descrito gostaria de solicitar a Vossa Senhoria o preenchimento do “Termo de Consentimento” que se encontra em anexo.

Informo antecipadamente que sua identidade, bem como a identidade da escola em que atua serão mantidas em sigilo quando da divulgação da pesquisa.

Sem mais para o momento, agradeço Vossa atenção e coloco-me à disposição, bem como minha orientadora, para esclarecimentos adicionais.

Cordialmente,

Rosicler Moreno Castanho - Doutoranda
Fone: (0XX14) 322315999 e-mail: rosecastanho@hotmail.com

De acordo:
Doutora Tânia Moron Saes Braga – Orientadora
Endereço para contato: Av. Higino Muzzi Filho, 737 / CEP: 17525-900
Marília – SP – Fone: (0XX14) XXXXXXXX
e-mail: tania.icm@icm.com.br

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (dos Professores)

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____

_____,
portador da cédula de identidade _____, professor do(a) aluno(a)

_____, após leitura

minuciosa deste documento, devidamente explicado pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa: Escolares com malformação de orelha externa e/ou média: avaliação do desempenho escolar e dos comportamentos sociais”, realizada por: ROSICLER MORENO CASTANHO nº do Conselho: 06/48356-8, sob orientação da Dra. TANIA MORON SAES BRAGA, nº do conselho: 2572, que tem como objetivos: (1) Descrever o perfil de uma amostra de escolares que apresentam malformação de orelha externa e/ou média no que se refere aos aspectos sociodemográficos, audiológicos, cognitivos, comportamentais e de desempenho escolar sob a ótica de diferentes interlocutores e correlacionar os instrumentos de avaliação utilizados no estudo (Estudo 1) e, (2) comparar o desempenho escolar, social e comportamental de escolares sem e com malformação de orelha externa e/ou média, sob a ótica de diferentes interlocutores e correlacionar os resultados dos instrumentos de avaliação utilizados no estudo (Estudo 2). Será feita a aplicação de um Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC), dos testes RAVEN e Teste de Desempenho Escolar (TDE) junto aos escolares do GP, GPE e GPS, do Questionário de Capacidades e Dificuldades - *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) junto aos pais e professores, do questionário semi-estruturado com pais, professores e entrevistas com escolares. Todos os dados coletados serão utilizados estritamente para fins científicos em publicações e apresentações profissionais. Os nomes dos escolares não serão mencionados em nenhuma circunstância, preservando a identidade dos mesmos.

A pesquisadora se comprometerá a manter disponível para fornecer as informações necessárias durante a pesquisa e informar os resultados que venham a ser obtidos ao término do estudo.

“Caso o sujeito da pesquisa queira apresentar reclamações em relação a sua participação na pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, do HRAC-USP, pelo endereço Rua Silvia Marchione, 3-20 no Serviço de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão ou pelo telefone (14) 3235-8421”.

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art.160 do Código de Ética Profissional do Psicólogo).

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru, ____ de _____ de 200__.

Assinatura do Professor

Assinatura do Pesquisador

Nome do Pesquisador Responsável: Rosicler Moreno Castanho

Endereço para contato: Rua Irmã Arminda nº 4-26

Bairro: Jardim Brasil

Bauru – SP CEP: 17043-160

Fone: (0XX14) 32231599 97140648

e-mail: rosecastanho@hotmail.com

Endereço Institucional: Rua Benedito Moreira Pinto, nº 8-81

Bauru – SP CEP: 17.011.110

APÊNDICE F – Ficha de identificação dos participantes.

Data: _____ RG da instituição: _____

Nome do Paciente: _____

Nome dos pais: _____

Data de Nascimento: _____ Nível socioeconômico: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Cidade: _____

Diagnóstico ORL: _____

Diagnóstico Clínico Genético: _____

Diagnóstico Audiológico: _____

Orelha direita: _____

Orelha esquerda: _____

Série escolar atual: _____

Escola: Particular () Estadual () Municipal ()

Nome da Escola: _____

Nome da Prof: _____

Usa AASI por via óssea? () sim () não () não no momento

APÊNDICE G – Tabela 3

TABELA 3 – Resultados do desempenho dos escolares do Estudo 1, nas cinco escalas e na classificação total do Questionário de Capacidade e Dificuldades / *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), segundo avaliação de pais e professores

SDQ												
ESC	SE		PC		H		RC		T		CP-S	
	Pais	Prof.	Pais	Prof.	Pais	Prof.	Pais	Prof.	Pais	Prof.	Pais	Prof.
1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
2	-	+	+	+	+	+	-	+	+/-	+	+	-
3	+	+	+/-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
4	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
5	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
6	+	+	+	+/-	-	-	+	+	+	+/-	+	+/-
7	+	+/-	+	+	+	+	+/-	+	+	+	+	+
8	-	+	-	-	-	+/-	+	+	-	-	+	+/-
9	+	+/-	+	+	+	+	+	-	+	+/-	+	+/-
10	+	+	+/-	+	+	+	-	+	+	+	+	+
11	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
12	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
13	+/-	+	+	+	+	+	-	-	+/-	+	+	+
14	+	+	+	+	+/-	+	+	+	+	+	+	+/-
15	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16	+	+	+/-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
17	-	+	+/-	+	+	+	+	-	+/-	+	-	-
18	+	+	-	-	-	-	+	+	+/-	+/-	+	+
19	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
20	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	-	+
21	-	+	-	+	+	+	+/-	+	-	+	+	+
22	-	+	+	+	+	+	+/-	+	+	+	+	+
23	+	+	+	-	+	-	-	+	+	-	+	+
24	-	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+

Continua

Continuação TABELA 3 – Resultados do desempenho dos escolares Estudo 1, nas cinco escalas e na classificação total do Questionário de Capacidade e Dificuldades / *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), segundo avaliação de pais e professores

SDQ												
ESC	SE		PC		H		RC		T		CP-S	
25	-	+	-	-	-	+	+	+	-	+	+	+
26	+	+	-	+	+	+	-	+ -	-	+	+ -	+
27	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
28	-	+	-	+	+ -	+	+	+	-	+	+	+
29	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	+	+
30	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
31	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
32	+	+	+	+	+	+ -	+	+	+	+ -	+	+
33	+ -	+	+	+ -	+	-	-	+	+	+ -	+	-
34	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	+	+ -
35	+	+	+	+	+ -	+	+	+	+	+	+	+
36	+ -	+	-	+	+	+	+ -	+	+	+	+	+
37	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+ -	+	+
38	-	-	+ -	+	+ -	+	-	+	-	+ -	+	+ -
39	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
40	-	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+
41	+	+	-	-	+ -	+ -	-	+	-	-	+	-
42	+	+	+ -	-	-	-	+	+	+	+ -	+	+ -
43	+	+	+	+	+	+	+ -	+ -	+	+ -	+	+
44	-	+ -	+	+ -	+	+ -	+	+	+ -	+ -	+	+

LEGENDA:

SDQ – Questionário de Capacidades e dificuldades / *Strengths and Difficulties Questionnaire*

ESC – Escolares

Prof. - Professores

SE - Sintomas emocionais

PC - Problemas de conduta

H - Hiperatividade

RC - Relacionamento com colegas

T – Total

CP- S - Comportamentos Pró-social

+ : Normal

+ - : Limítrofe

- : Anormal

APÊNDICE H – Parecer da Delegacia de Ensino de Bauru




SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
COORDENADORIA DE ENSINO DO INTERIOR
DIRETORIA DE ENSINO - REGIÃO DE BAURU

AUTORIZAÇÃO

Observadas as cautelas de praxe, Autorizo **ROSICLER MORENO CASTANHO**, psicóloga na Divisão de Saúde Auditiva do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) da Universidade de São Paulo (USP) de Bauru, aluna regular de Doutorado do Programa de Pós Graduação em Educação pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), do Campus de Marília, ao **desenvolvimento da pesquisa intitulada "Escolares com malformações congênitas de orelhas: desenvolvimentos de habilidades sociais e a generalização da aprendizagem para o contexto acadêmico"**, especificamente no que tange a realização de entrevistas com professores e observação direta do comportamento de alguns alunos inseridos nas escolas estaduais jurisdicionadas à Diretoria de Ensino de Bauru.

O Diretor de Escola estabelecerá o melhor horário, de forma que não comprometa as aulas, bem como o bom andamento de todas as atividades escolares.


Profª **VERA NILCE LÜDKE JARUSSI GOMES DE SÁ**
RG: 8.352.621
Dirigente Regional de Ensino

APÊNDICE I – Questionário semi-estruturado com pais/responsáveis do GP.

1. Seu (a) filho (a) tem dificuldade para ouvir?

() sim () não

Caso a resposta seja afirmativa:

1.1 Descreva essa(s) dificuldade(s):

1.2 Em qual (is) situação (ões) ocorrem?

2. Como seu (a) filho (a) se relaciona com outras crianças?

3. Como seu (a) filho (a) se relaciona com crianças da escola que ele não conhece?

4. Seu (a) filho (a) questiona sobre sua (s) malformação (es) de orelha (s)?

() sim () não

Caso a resposta seja afirmativa:

4.1 Qual(is) questionamentos?

5. Seu (a) filho (a) demonstra se incomodar com sua (s) a orelha(s) malformada(s)?

() sim () não

Caso a resposta seja afirmativa:

5.1 Por quê?

6. Seu(a) aluno(a) recebe zombarias de amigos na escola?

() sim () não

Caso a resposta seja afirmativa:

6.1 Por qual(is) motivos(s)?

7. Você nota diferença na forma como seu (a) filho (a) é tratado pelos outros (familiares, amigos e desconhecidos)?

() sim () não

Caso a resposta seja afirmativa:

7.1 Por quê?

APÊNDICE J – Questionário semi-estruturado com os professores do GP

1. Seu (a) aluno (a) tem dificuldades para se comunicar oralmente?

() sim () não

Caso a resposta seja afirmativa:

1.1 Descreva essa(s) dificuldade(s):

1.2 Em qual (is) situação (ões) ocorrem?

2. Como seu (a) aluno (a) se relaciona com crianças da escola que ele conhece?

3. Como seu (a) aluno (a) se relaciona com crianças da escola que ele não conhece?

4. Seu (a) aluno (a) demonstra se incomodar com sua(s) orelhas malformada (s)?

() sim () não

Caso a resposta seja afirmativa:

4.1 Por quê?

5. Seu (a) aluno(a) recebe zombarias de amigos na escola?

() sim () não

Caso a resposta seja afirmativa:

5.1 Por qual(is) motivos(s)?

6. Você nota diferença na forma como seu (a) aluno (a) é tratado pelos outros (familiares, amigos e desconhecidos)?

() sim () não

Caso a resposta seja afirmativa:

6.1 Como eles tratam-o?

APÊNDICE K - Roteiro de entrevista com escolares do GP

1. Você gosta de ir a escola?

() sim () não

Caso a resposta seja negativa:

1.1 Por quê?

2. Você tem amigos na escola?

() sim () não

3. Você brinca com outras crianças (parentes, vizinhos)?

() sim () não

Caso a resposta seja afirmativa:

3.1 Como?

3.2 Do que?

Caso a resposta seja negativa:

3.3 Por quê?

4. Seus (as) amigos zombam de você?

() sim () não

Caso a resposta seja afirmativa:

4.1 Por quê?

4.2 O que você faz quando isso acontece?

5. Você tem dificuldade para escutar o que a sua professora fala?

() sim () não

Caso a resposta seja afirmativa:

5.1 Por quê?

5.2 Qual (is) dificuldade(s)?

5.3 O que você faz quando isso ocorre?

6. Você tem dificuldade para escutar o que os seus colegas falam?

() sim () não

Caso a resposta seja afirmativa:

6.1 Por que ?

6.2 Qual (is) dificuldade(s)?

6.3 O que você faz quando isso ocorre?

7. Você gostaria de mudar algo em você?

() sim () não

Caso a resposta seja afirmativa:

7.1 O que?

7.2 Por quê?

APÊNDICE L – Tabela 5

TABELA 5 – Resultados da autoavaliação do GP, GPE e GPS, do Estudo 2, em escrita, aritmética e leitura e na classificação total do Teste de Desempenho Escolar (TDE)

GP	Idade (Anos)	Série	Escrita		Aritmética		Leitura		Total
			Pont.	Classif.	Pont.	Classif.	Pont.	Classif.	Classif.
10	8	2ª	17	I	6	I	49	I	I
11	8	2ª	23	M	10	M	63	M	M
29	11	4ª	25	I	16	I	70	S	M
34	11	4ª	21	I	16	I	59	I	I
35	12	6ª	33	M	37	S	68	M	S
39	13	6ª	29	I	21	I	63	I	I
40	13	7ª	29	I	15	I	62	I	I
GPE									
10	8	2ª	29	S	11	M	65	M	M
11	8	2ª	25	M	14	S	70	S	S
29	11	4ª	31	I	17	M	66	M	M
34	11	4ª	30	M	15	I	67	M	M
35	12	6ª	31	M	27	M	68	M	M
39	13	6ª	30	I	25	I	66	M	I
40	13	7ª	28	I	23	M	67	I	M
GPS									
10	8	2ª	22	M	4	I	63	M	M
11	8	2ª	26	M	12	M	66	M	M
29	11	4ª	8	I	15	I	50	I	I
34	11	4ª	30	M	25	S	67	M	S
35	12	6ª	34	S	18	I	67	M	I
39	13	6ª	26	I	15	I	61	M	I
40	13	7ª	27	I	22	I	67	I	I

LEGENDA:

GP – Participantes/Escolares
I – Inferior
Pont. – Pontuação

GPE – Grupo Participante Escolhido
M – Médio
Classif. - Classificação

GPS – Grupo Participante Sorteado
S - Superior

APÊNDICE M – Tabela 6

TABELA 6 – Resultados do desempenho do GP, GPE e GPS, do Estudo 2, nas cinco escalas e na classificação total do Questionário de Capacidade e Dificuldades / *Strenghts and Difficulties Questionnaire* (SDQ), segundo avaliação de pais e professores

<i>Strenghts and Difficulties Questionnaire (SDQ)</i>												
GP	SE		PC		H		RC		T		CP-S	
	Pais	Prof.	Pais	Prof.	Pais	Prof.	Pais	Prof.	Pais	Prof.	Pais	Prof.
10	+	+	+ -	+	+	+	-	+	+	+	+	+
11	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
29	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	+	+
34	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	+	+
35	+	+	+	+	+ -	+	+	+	+	+	+	+
39	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
40	-	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+
GPE												
10	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
11	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
29	+ -	+	+	+	+	+	+ -	+	+	+	+	+
34	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
35	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
39	+	+	+	+	+	+ -	+	+	+	+	+	+
40	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
GPS												
10	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
11	-	+	+	+	+	+	+ -	+	+	+	+	+
29	-	+	+ -	+ -	+ -	-	+	+ -	-	+ -	+	+
34	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
35	-	+	-	+	+ -	+	+	+	-	+	+ -	+
39	-	+	+	+	+	+	+ -	+	+	+	+	+
40	-	+	+ -	+	-	+	+ -	+	+ -	+	+	+

LEGENDA:

GP - Participantes/Escolares

GPE - Grupo Participante Escolhido

GPS - Grupo Participante Sorteado

Prof.- Professores

SDQ - Questionário de Capacidades e Dificuldades / *Strenghts and Difficulties Questionnaire*

SE - Sintomas emocionais

PC - Problemas de conduta

H - Hiperatividade

RC - Relacionamento com colegas

T - Total

CP- S - Comportamentos Pró-social

+ : Normal

+ - : Limítrofe

- : Anormal

APÊNDICE N – Tabela 12

TABELA 12 - Dados descritivos e teste estatístico de comparação dos grupos GP, GPE e GPS, do Estudo 2, em escrita, aritmética, leitura e classificação total do Teste de Desempenho Escolar (TDE).

Grupos	Mediana	Mínimo	Máximo	KW valor de p.
GP	1,00	1,00	2,00	2,00 0,37 ns
GPE	2,00	1,00	2,00	
GPS	2,00	1,00	3,00	
GP	1,00	1,00	3,00	0,76 0,68 ns
GPE	1,00	1,00	3,00	
GPS	2,00	1,00	3,00	
GP	1,00	1,00	3,00	1,95 0,37 ns
GPE	2,00	1,00	3,00	
GPS	2,00	1,00	2,00	
GP	1,00	1,00	3,00	0,71 0,70 ns
GPE	2,00	1,00	3,00	
GPS	2,00	1,00	3,00	

ns – diferença estatisticamente não significativa.

* Indicador de significância estatística considerando $p < 0,05$

LEGENDA:

GP - Participantes/escolares

GPE - Grupo Participante Escolhido

GPS - Grupo Participante Sorteado

APÊNDICE O – Tabela 14

TABELA 14 - Dados descritivos e testes estatísticos de comparação dos grupos GP, GPE e GPS , do Estudo 2, nas cinco escalas e classificação total do Questionário de Capacidade e Dificuldades / *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), segundo avaliação de pais e professores

Grupos	Mediana		Mínimo		Máximo		KW	valor de p.
	Pais	Prof.	Pais	Prof.	Pais	Prof.		
GP	2,00	1,00	0	0	8,00	2,00	3,59 0,16 ns	2,33 0,31 ns
GPE	2,00	1,00	0	0	4,00	3,00		
GPS	6,00	2,00	0	0	10,00	3,00		
GP	2,00	0	1,00	0	5,00	2,00	5,02 0,08 ns	0,87 0,65 ns
GPE	1,00	1,00	0	0	2,00	1,00		
GPS	2,00	1,00	0	0	4,00	3,00		
GP	5,00	0	0	0	10,00	2,00	3,60 0,16 ns	1,68 0,43 ns
GPE	2,00	1,00	0	0	5,00	6,00		
GPS	4,00	3,00	1,00	0	7,00	7,00		
GP	4,00	2,00	0	0	10,00	3,00	4,09 0,13 ns	3,50 0,17 ns
GPE	0,00	0	0	0	3,00	3,00		
GPS	2,00	1,00	0	0	4,00	3,00		
GP	12,00	4,00	5,00	1,00	29,00	6,00	6,89 0,03*	1,81 0,40 ns
GPE	5,00	6,00	2,00	1,00	12,00	8,00		
GPS	13,00	6,00	5,00	3,00	21,00	16,0		
GP	10,00	8,00	8,00	5,00	10,00	10,00	4,93 0,08 ns	2,38 0,30 ns
GPE	9,00	10,00	8,00	9,00	10,00	10,00		
GPS	7,00	9,00	5,00	6,00	10,00	10,00		

ns – diferença estatisticamente não significativa.

* Indicador de significância estatística considerando $p < 0,05$

LEGENDA:

Prof. - Professor

GP - Participantes/escolares

GPE - Grupo Participante Escolhido

GPS - Grupo Participante Sorteado

APÊNDICE P – Tabela 17

TABELA 17 - Dados descritivos e testes estatísticos de comparação do GP, GPE e GPS, do Estudo 2, quanto às reações HAB, NHP, NHA do Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC), segundo avaliação de pais e professores

Reações	Grupos	Escores Totais das reações do IMHSC							
		Mediana		Mínimo		Máximo		KW valor de p.	
		Escolares	Prof.	Escolares	Prof.	Escolares	Prof.	Escolares	Prof.
HAB	GP	32,00	25,00	30,00	22,00	38,00	36,00	0,77	4,33
	GPE	30,00	30,00	27,00	24,00	37,00	36,00	0,68 ns	0,11 ns
	GPS	29,00	26,00	22,00	20,00	40,00	31,00		
NHP	GP	13,00	12,00	4,00	3,00	19,00	20,00	2,96	0,08
	GPE	11,00	12,00	1,00	4,00	18,00	20,00	0,23 ns	0,96 ns
	GPS	18,00	19,00	6,00	4,00	19,00	27,00		
NHA	GP	2,00	5,00	0	0	6,00	19,00	0,63	0,52
	GPE	0	7,00	0	2,00	8,00	23,00	0,73 ns	0,77 ns
	GPS	2,00	7,00	0	3,00	5,00	17,00		

ns – diferença estatisticamente não significativa

* Indicador de significância estatística considerando $p < 0,05$

LEGENDA:

GP - Participantes/escolares

GPE - Grupo Participante Escolhido

GPS - Grupo Participante Sorteado

Prof. - Professor

HAB - reações habilidosas

NHP - reações não habilidosas passivas

NHA - reações não habilidosas ativas

APÊNDICE Q – Tabela 20

TABELA 20 - Dados descritivos e testes estatísticos de comparação do GP, GPE e GPS, do Estudo 2, quanto às reações HAB, NHP, NHA, no fator empatia/civilidade, do Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC), segundo avaliação de pais e professores.

Reações	Grupos	Empatia/civilidade							
		Mediana		Mínimo		Máximo		KW valor de p.	
		Escolares	Prof.	Escolares	Prof.	Escolares	Prof.	Escolares	Prof.
HAB	GP	13,00	12,00	12,00	9,00	16,00	15,00	0,29 0,86 ns	0,70 0,70 ns
	GPE	14,00	13,00	13,00	12,00	16,00	15,00		
	GPS	13,00	13,00	9,00	10,00	16,00	14,00		
NHP	GP	3,00	6,00	1,00	1,00	6,00	8,00	1,15 0,56 ns	4,88 0,09 ns
	GPE	2,00	4,00	0	2,00	6,00	7,00		
	GPS	4,00	7,00	1,00	2,00	6,00	10,00		
NHA	GP	0	1,00	0	0,00	1,00	6,00	1,33 0,51 ns	4,00 0,13 ns
	GPE	0	1,00	0	0,00	1,00	7,00		
	GPS	0	1,00	0	0,00	1,00	2,00		

ns – diferença estatisticamente não significativa

* Indicador de significância estatística considerando $p < 0,05$

LEGENDA:

GP - Participantes/escolares

GPE - Grupo Participante Escolhido

GPS - Grupo Participante Sorteado

Prof. - Professor

HAB - reações habilidosas

NHP - reações não habilidosas passivas

NHA - reações não habilidosas ativas

APÊNDICE R – Tabela 21

TABELA 21 - Dados descritivos e testes estatísticos de comparação do GP, GPE e GPS, do Estudo 2, quanto às reações HAB, NHP, NHA, no fator assertividade/enfrentamento, do Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC), segundo avaliação de pais e professores.

Reações	Grupos	Assertividade/enfrentamento							
		Mediana		Mínimo		Máximo		KW valor de p.	
		Escolares	Prof.	Escolares	Prof.	Escolares	Prof.	Escolares	Prof.
HAB	GP	7,00	8,00	4,00	4,00	10,00	10,00	2,20 0,33 ns	1,23 0,54 ns
	GPE	6,00	7,00	4,00	5,00	9,00	10,00		
	GPS	6,00	6,00	5,00	3,00	10,00	7,00		
NHP	GP	3,00	3,00	1,00	1,00	6,00	7,00	3,78 0,15 ns	0,56 0,76 ns
	GPE	3,00	3,00	1,00	0,00	4,00	6,00		
	GPS	4,00	4,00	1,00	0,00	8,00	8,00		
NHA	GP	0	1,00	0	0,00	3,00	8,00	0,33 0,85 ns	2,29 0,32 ns
	GPE	0	3,00	0	0,00	4,00	8,00		
	GPS	0	2,00	0	1,00	2,00	7,00		

ns – diferença estatisticamente não significativa

* Indicador de significância estatística considerando $p < 0,05$

LEGENDA:

GP - Participantes/escolares

GPE - Grupo Participante Escolhido

GPS - Grupo Participante Sorteado

Prof. - Professor

HAB - reações habilidosas

NHP - reações não habilidosas passivas

NHA - reações não habilidosas ativas

APÊNDICE S – Tabela 22

TABELA 22 - Dados descritivos e testes estatísticos de comparação do GP, GPE e GPS, do Estudo 2, quanto às reações HAB, NHP, NHA, no fator autocontrole, do Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC), segundo avaliação de pais e professores.

Reações	Grupos	Autocontrole							
		Mediana		Mínimo		Máximo		KW valor de p.	
		Escolares	Prof.	Escolares	Prof.	Escolares	Prof.	Escolares	Prof.
HAB	GP	6,00	6,00	4,00	3,00	7,00	8,00	0,07	1,39
	GPE	6,00	5,00	4,00	3,00	7,00	8,00	0,96 ns	0,50 ns
	GPS	5,00	4,00	4,00	2,00	8,00	6,00		
NHP	GP	3,00	2,00	0	0,00	5,00	6,00	0,97	0,08
	GPE	3,00	4,00	0	0,00	4,00	7,00	0,62 ns	0,96 ns
	GPS	4,00	4,00	0	0,00	6,00	6,00		
NHA	GP	0	1,00	0	0,00	2,00	6,00	1,95	0,56
	GPE	0	1,00	0	0,00	1,00	6,00	0,37 ns	0,76 ns
	GPS	0	2,00	0	0,00	2,00	6,00		

ns – diferença estatisticamente não significativa

* Indicador de significância estatística considerando $p < 0,05$

LEGENDA:

GP - Participantes/escolares

GPE - Grupo Participante Escolhido

GPS - Grupo Participante Sorteado

Prof. - Professor

HAB - reações habilidosas

NHP - reações não habilidosas passivas

NHA - reações não habilidosas ativas

APÊNDICE T – Tabela 23

TABELA 23 - Dados descritivos e testes estatísticos de comparação do GP, GPE e GPS, do Estudo 2, quanto às reações HAB, NHP, NHA, no fator participação, do Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC), segundo avaliação de pais e professores.

Reações	Grupos	Participação							
		Mediana		Mínimo		Máximo		KW valor de p.	
		Escolares	Prof.	Escolares	Prof.	Escolares	Prof.	Escolares	Prof.
HAB	GP	5,00	4,00	4,00	2,00	6,00	4,00	0,10 0,95 ns	2,47 0,29 ns
	GPE	6,00	4,00	3,00	4,00	6,00	5,00		
	GPS	5,00	4,00	3,00	2,00	6,00	6,00		
NHP	GP	2,00	2,00	0	0,00	4,00	4,00	2,30 0,31 ns	0,33 0,84 ns
	GPE	2,00	2,00	0	0,00	5,00	2,00		
	GPS	3,00	2,00	2,00	2,00	4,00	4,00		
NHA	GP	0	2,00	0	0,00	1,00	3,00	0,08 0,96 ns	0,87 0,65 ns
	GPE	0	2,00	0	1,00	2,00	2,00		
	GPS	0	2,00	0	1,00	2,00	2,00		

ns – diferença estatisticamente não significativa

* Indicador de significância estatística considerando $p < 0,05$

LEGENDA:

GP - Participantes/escolares

GPE - Grupo Participante Escolhido

GPS - Grupo Participante Sorteado

Prof. - Professor

HAB - reações habilidosas

NHP - reações não habilidosas passivas

NHA - reações não habilidosas ativas