

Avaliação do repertório de habilidades sociais em crianças com fissura labiopalatina

**Francislaine da Silva
Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues**

Resumo: O presente estudo avaliou o repertório de habilidades sociais de 60 crianças com fissura labiopalatina, que responderam o SMHSC Del Prette relacionando-as a dados sociodemográficos e dificuldade escolar, problemas de comportamento e presença/ausência de chacotas, coletados em entrevista com os pais. Observou-se a presença de chacotas em crianças que estudam em escolas públicas e com fissura transforame. Os resultados do SMHSC mostraram a presença de comportamentos internalizantes entre as meninas e de comportamentos externalizantes entre os meninos. Análises comparativas entre variáveis coletadas com os pais e os resultados obtidos no SMHSC apontaram para diferenças significantes considerando o sexo, com maior frequência em habilidade passiva entre as meninas, coerente com a diferença observada na dificuldade habilidosa. Os dados obtidos sugerem intervenções preventivas em crianças com fissura, uma vez que tantos comportamentos internalizantes como externalizantes reduzem as oportunidades de interações adequadas com seus pares e, conseqüentemente, de desenvolvimento social.

Palavras-chave: Fissura de lábio e palato; comportamento social; socialização.

Assessment of the social skills repertory of children with cleft lip and palate

Abstract: The current study assessed the social skills repertoire of 60 children with cleft lip and palate who answered the SMHSC Del Prette relating it to sociodemographic data, difficulties at school, behavior problems, and presence/absence of mockery, obtained from interviews with the parents. It was verified the presence of mockery against the children who study at public school who have transforamen fissure. The results of the SMHSC showed the presence of internalizing behaviors among the girls, and externalizing behavior among the boys. Comparative analysis between the variables collected with the parents and the results obtained in the SMHSC pointed to significant differences regarding the gender, with a higher frequency of passive skills among the girls, coherent to the difficulty in demonstrating the skill. The data obtained are suggestive for preventive interactions in children with orofacial fissure for either internalizing or externalizing behaviors reduce the opportunity for adequate interactions with their peers, hence for social development.

Keywords: Cleft lip and palate; social behavior; socialization.

Introdução

As fissuras labiopalatinas são malformações congênitas que acometem as estruturas da face e do crânio durante o período embrionário e o início do período fetal sendo representadas, clinicamente, pela ruptura do lábio, palato ou ambos. As fissuras podem apresentar graus variados de gravidade de acordo com sua extensão, podendo ser uni ou bilaterais, completas ou incompletas. Conforme a classificação proposta por Spina, Psillakis, Lapa e Ferreira (1972) que toma como ponto de referência o forame incisivo,

a fissura que envolve o lábio é denominada de pré-forame incisivo, a fissura de palato, pós-forame incisivo e, a fissura que envolve ambas as estruturas, é denominada de transforame incisivo. Sua etiologia pode ser atribuída a fatores genéticos e ambientais que podem atuar separadamente ou em conjunto (Garib, Silva Filho, Janson, & Pinto, 2010; Paranaíba *et al.*, 2010; Pedro, Tannure, Antunes, & Costa, 2010).

Vários são os problemas causados pelas fissuras labiopalatinas, pois além dos estéticos, seus portadores são suscetíveis às dificuldades funcionais e psicossociais. Estudos mostram que as fissuras pós-forame e transforame apresentam maiores implicações funcionais caracterizadas pelo comprometimento da arcada dentária, dificuldades mastigatórias, infecções otorrinolaringológicas, distúrbios respiratórios, distúrbios de audição e de fala (voz hipernasal) (Amaral, Martins, & Santos, 2010; Lemos & Feniman, 2010; Pazinato *et al.*, 2014). Os autores destacam que a ausência de dentes é observada em 70% da população com fissura transforame, o que pode afetar a função e a estética. Uma das sequelas mais graves da fissura pós-forame e transforame é a voz hipernasal e ininteligível, que leva, invariavelmente, a criança a ter medo de falar e de se comunicar, constituindo assim possíveis geradores de dificuldades no convívio social. As fissuras labiais, apesar de afetarem a produção de alguns sons labiais, têm no componente estético seu principal impacto. Para Domingues, Picolini, Lauris e Maximino (2011) essas contingências podem produzir consequências que implicam em uma autoestima prejudicada, mais dependência dos pais, isolamento e esquivas de contatos sociais e, até, redução da capacidade verbal.

Diante das consequências da dificuldade de uma comunicação efetiva e da aparência física comprometida, o indivíduo com fissura labiopalatina, torna-se alvo de situações marcantes, tais como o preconceito social, a discriminação e a ridicularização, que podem comprometer seu desenvolvimento e desempenho social (Guimarães, 2010; Maggi & Scopel, 2011). Miguel, Locks e Prado (2009) destacam a importância dos estudos voltados para as relações interpessoais da criança com fissura labiopalatina, especialmente no início de suas atividades de estudo, que se dá por ocasião do seu ingresso escolar.

Para a criança com deformidade facial, a escola será a primeira e a mais importante experiência sistemática fora do ambiente do lar. Neste momento, a criança sai do ambiente seguro e protegido da sua família para enfrentar um ambiente desconhecido, que apresenta exigências e regras diversificadas, inclusive de interação com pessoas até então desconhecidas (Buffa, 2009), para o qual não apresenta todas as destrezas necessárias para enfrentar com eficiência o ambiente escolar.

O ambiente escolar encontrado pelas crianças com fissura labiopalatina, torna-se um novo desafio (Miguel *et al.*, 2009), pois terá de enfrentar novos relacionamentos, será olhada, julgada, avaliada em sua aparência física, bem como, em sua comunicação. Como consequência, esse ambiente oferece condições que podem gerar timidez, recolhimento ou agressividade, as quais, ao serem percebidas pela criança podem influenciar no seu desempenho socioemocional (Murray *et al.*, 2010). Considerando tal afirmativa, pesquisas têm apontado para uma diminuição da competência social de crianças com fissura labiopalatina, que se caracteriza pelo menor número de amigos, menos contatos sociais e pior qualidade de interações sociais, bem como, problemas comportamentais (Murray *et al.*, 2010; Snyder & Pope, 2010).

Considerando as dificuldades de interação e de ajustamento psicossocial que podem advir das crianças com de fissura labiopalatina no contexto escolar, devido suas diferenças físicas e dificuldades funcionais, que podem gerar estigmas e preconceitos, torna-se importante o desenvolvimento de um amplo repertório de habilidades sociais para que as mesmas possam lidar satisfatoriamente com as demandas do seu meio.

As habilidades sociais são aprendidas para a emissão de respostas eficazes e adequadas, diante de diversas situações do cotidiano (Del Prette & Del Prette, 2011). São diferentes classes de comportamentos sociais do repertório de um indivíduo, que contribuem para a competência social. Esta, por sua vez, resulta na capacidade de articular pensamentos, sentimentos e ações em função de objetivos pessoais e de demandas da situação e da cultura, gerando consequências positivas para o indivíduo e para a sua relação com as demais pessoas (Del Prette & Del Prette, 2013).

A aprendizagem das habilidades sociais se inicia na infância, primeiramente com a família e depois em outros contextos tais como o escolar e o de lazer. Em cada contexto espera-se da criança determinados desempenhos que, por sua vez, exigem um amplo repertório de habilidades sociais para lidar de maneira adequada com as demandas das situações interpessoais (Bolsoni-Silva & Carrara, 2010; Dias, Freitas, Del Prette, & Del Prette, 2011). Os contextos sociais nos quais as crianças estão inseridas podem estimular ou não o desenvolvimento de comportamentos pró-sociais, bem como a aquisição de habilidades de comunicação e interação interpessoal (Angélico & Del Prette, 2011; Carlino, Costa, & Abramides, 2012; Stasiak, Weber, & Tucunduva, 2014).

De acordo com Del Prette e Del Prette (2013), as habilidades sociais são desenvolvidas por meio do processo de aprendizagem e se tornam mais elaboradas ao longo da infância. Com o ingresso escolar, a criança necessita de um repertório ampliado de comportamentos sociais, pois precisa aprender e adaptar-se a novas demandas, a diferentes contextos, a novas regras, com papéis bem definidos. Esse período é considerado como crítico e decisivo para o desenvolvimento das habilidades sociais, uma vez que a criança é testada continuamente nas habilidades aprendidas até o momento e, como consequência das novas demandas, precisa desenvolver outras para estabelecer e manter interações (Bolsoni-Silva & Marturano, 2010).

No contexto escolar, há um conjunto de habilidades sociais mais frequentemente enfatizadas e valorizadas, de acordo com Del Prette e Del Prette (2013). Segundo os autores, elas podem ser agrupadas em cinco conjuntos de comportamentos: a) relação com os colegas (cumprimentar, elogiar, oferecer ajuda ou assistência, convidar para jogo de interação); b) autocontrole (controlar o humor, seguir regras, respeitar limites); c) habilidades sociais acadêmicas (envolver-se na tarefa, realizá-la de forma independente, seguir instruções); d) ajustamento (seguir regras e comportar-se de acordo com o esperado) e, e) asserção (iniciar conversação, aceitar elogios, fazer convites).

A literatura aponta que, durante os primeiros anos de vida, a criança vivencia uma série de experiências no seu ambiente (familiar e escolar) que podem favorecer o desenvolvimento de competência interpessoal e/ou problemas de comportamento (Borsa & Nunes, 2011). Os problemas de comportamento, descritos como excessos ou os déficits comportamentais, dificultariam o acesso da criança a novas contingências relevantes de aprendizagem, promotoras do seu desenvolvimento (Del Prette & Del Prette, 2013).

Achenbach e Rescorla (2000) classificam os problemas de comportamento em dois grandes grupos: os internalizantes, que se expressam predominantemente em relação ao próprio indivíduo e são evidenciados por preocupação excessiva, retraimento social, tristeza, depressão, ansiedade, timidez e queixas somáticas e, os externalizantes, que se expressam predominantemente em relação a outras pessoas e são marcados pela impulsividade, agressividade física e/ou verbal, agitação, características desafiantes, condutas antissociais, como mentir e roubar.

A ocorrência de comportamentos problemáticos em crianças tende a variar em função do repertório de suas habilidades sociais como, também, dos indicadores sociodemográficos, tais como, gênero, idade, desempenho escolar, relação familiar, psicopatologia dos pais, nível socioeconômico e estilos parentais (Batenburg-Eddes *et al.*, 2013; Bayer *et al.*, 2012; Bolsoni-Silva & Marturano, 2010; Britton, 2011; Flores, Souza, Moraes, & Beltrami, 2012; Emerich, Rocha, Silvaes, & Gonçalves, 2012; Loosli & Loureiro, 2010; Pedrini & Frizzo, 2010).

Um repertório bem elaborado de habilidades sociais permite à criança estabelecer relações reforçadoras com seus pares e com os adultos. É um indicador de proteção, podendo contribuir para o desenvolvimento sadio da criança, além de ser um preditor significativo de competência acadêmica (Bolsoni-Silva & Maturano, 2010), de responsabilidade, independência e cooperação. Pode, também, diminuir os efeitos psicológicos de deficiências, auxiliando, por exemplo, a comunicação das pessoas com algum *déficit* sensorial, melhorando sua socialização e condição de vida (Del Prette & Del Prette, 2013). Estudos que descrevam o repertório de habilidades sociais de crianças fissuradas, no início da sua escolarização formal podem subsidiar a implementação de intervenções pontuais e/ou preventivas visando à melhoria da qualidade de vida desta população.

O presente estudo pretendeu: a) relacionar os indicadores de dificuldade escolar, presença/ausência de chacota e problemas de comportamento com sexo, idade, série, tipo de escola e tipo de fissura relatados pelos pais; b) descrever o repertório de habilidades sociais de crianças com fissura labiopalatal e, c) associar o repertório de habilidades sociais às variáveis da criança: sexo, idade, série escolar, tipo de escola, tipo de fissura.

Método

A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos exigidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Foi aprovada pela Comissão de Pesquisa e pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Anomalias Craniofaciais (HRAC), da Universidade de São Paulo (USP), Campus de Bauru (Processo CAAE nº 0006.0.289.000-10).

Participaram deste estudo 60 usuários do HRAC/USP, situado na cidade de Bauru, estado de São Paulo, sendo 31 (51,7%) meninos e 29 (48,3%) meninas. Da amostra 10 (16,7%) tinham entre 7 anos e 7anos e 11 meses de idade, 26 (43,3%) entre 8 anos e 8 anos e 11 meses e 24 (40%) entre 9 anos e 9 anos e 11 meses. Quanto ao ano escolar, 30 estavam no 1º e 2º ano e 30, no 3º e 4º ano. Deles, 48 (80%) frequentavam a escola pública e 12 (20%) escola particular. Quanto ao tipo de fissura, 29 (46,7%) tinham fissura

transforame, 15 (25%) pós-forame e 16 (28,3%) pré-forame. Todos estavam em processo de reabilitação orofacial.

Os critérios de elegibilidade das crianças da amostra foram: a) capacidade de compreensão e expressão comunicativa; b) não apresentar outros comprometimentos, tais como síndromes associadas, deficiência mental e/ou quaisquer outros distúrbios que comprometam os aspectos cognitivos ou emocionais e, c) estar cursando as primeiras séries do ensino fundamental (1ª a 4ª série). Vale ressaltar que os itens a e b foram antes investigados pela pesquisadora em prontuários.

Para caracterizar as condições sociodemográficas foi utilizado um protocolo de entrevista, que constituiu de perguntas abertas e fechadas, com informações referentes à identificação da criança (sexo, idade, escolaridade, tipo de fissura, presença/ausência de dificuldades de aprendizagem, *bullying* em diferentes contextos e problemas de comportamento) e dados dos componentes familiares (idade, escolaridade e ocupação dos pais, estado civil e renda familiar). Este protocolo foi desenvolvido pela pesquisadora especificamente para este estudo.

Para a avaliação das habilidades sociais foi aplicado o Sistema Multimídia de Habilidades Sociais de Crianças (SMHSC) (Del Prette & Del Prette, 2005). Trata-se de um instrumento aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia, com estudos psicométricos que atestam sua validade e fidedignidade. O instrumento é composto por 21 itens que retratam vários contextos do cotidiano escolar de crianças das séries iniciais do ensino fundamental, em situações de interação destas com outras crianças e com adultos. Esses itens são divididos em subescalas. A Subescala 1 avalia a Empatia e Civilidade. Referem-se às habilidades de expressão de sentimentos positivos de solidariedade e companheirismo ou de polidez social. Os comportamentos referentes a esta subescala são: pedir desculpas, oferecer ajuda, responder pergunta da professora, fazer pergunta à professora, agradecer um elogio, consolar o colega, elogiar o objeto do colega, defender o colega. A Subescala 2 avalia a Assertividade de Enfrentamento e refere-se às habilidades de afirmação e defesa de direitos e de autoestima, com risco potencial de reação indesejável por parte do interlocutor. Pertence a esta subescala os comportamentos de: expressar desagrado, pedir mudança de comportamento, propor nova brincadeira, resistir à pressão do grupo, defender-se de acusações injustas. A Subescala 3 avalia o Autocontrole que se refere às habilidades que envolvem controle emocional diante de frustração ou de reação negativa ou indesejável de colegas. As habilidades desta subescala são: recusar pedido de colega, demonstrar espírito esportivo, negociar, convencer, aceitar gozações. A Subescala 4 avalia a Participação em Grupos referindo-se às habilidades de envolver-se e comprometer-se com o contexto social mesmo quando as demandas do ambiente não lhes são especificamente dirigidas. Pertencem a esta subescala as habilidades de juntar-se a um grupo de brincadeiras, mediar conflitos entre colegas, responder perguntas da professora.

Para cada item é apresentada uma situação na qual determinada habilidade social é requerida. O participante deve escolher entre três possibilidades de reações: uma habilidosa, uma não habilidosa ativa (ou externalizante) e uma não habilidosa passiva (ou internalizante). A criança responde a uma escala tipo Likert sobre a frequência (nunca, às vezes e sempre), adequação (errado, mais ou menos e certo) para emitir

cada uma de suas reações e sobre sua dificuldade (muita, pouca e nenhuma) de emitir a reação habilidosa.

Foi realizado, junto à Central de Agendamento do HRAC/USP, um levantamento dos pacientes que seriam convocados para consulta de rotina ambulatorial no período de agosto a novembro de 2010. Por ocasião da mesma os atendimentos para possível participação no projeto foram agendados. No primeiro atendimento os pais e pacientes foram informados sobre a pesquisa, seus objetivos e procedimentos. Dirimidas as dúvidas e explicitados seus direitos e deveres foram convidados a participar voluntariamente da mesma. Em caso de aceite os pais assinaram um termo de livre consentimento, concordando com a sua participação e autorizando a dos seus filhos, bem como a provável divulgação dos resultados em publicações científicas e eventos da área, conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (Brasil, 1996).

Inicialmente foi realizada, com os pais, a entrevista contendo um roteiro de coleta de dados sociodemográficos, com o objetivo de caracterizar a amostra deste estudo. Logo após, seguiu-se com a aplicação, com a criança, do instrumento Sistema Multimídia de Habilidades Sociais de Crianças (SMHSC) (Del Prette & Del Prette, 2005).

Antes de iniciar a aplicação do instrumento SMHSC, a pesquisadora estabeleceu o *rapport* com a criança para reduzir a sua possível ansiedade e motivá-la para a realização da atividade. Para isso, a pesquisadora explicou o que era o teste e por que estava sendo feito. Em seguida, a pesquisadora verificou o tipo de supervisão necessária a cada criança. Utilizando os cartões com as siglas das escalas (conforme material do teste), procedeu de forma lúdica solicitando a criança para mostrar em qual cartão estava escrito, por exemplo, CERTO. Com base na capacidade de leitura da criança, a pesquisadora definiu, então, o tipo de supervisão necessária. Vale ressaltar que todas as crianças tiveram Supervisão do tipo I. Conforme manual, a Supervisão I é aplicada a criança que consegue ler todos os textos e siglas, cabendo o examinador conferir, nos primeiros três itens do teste, se de fato a criança está compreendendo as situações e reações e respondendo de acordo com as instruções. A criança era colocada diante do computador. A pesquisadora enfatizava que não existiam respostas certas ou erradas, pedindo atenção e sinceridade ao responder cada situação, avisando que permaneceria no local para ajudá-la, se preciso. A própria criança manejava o mouse e respondia de acordo com as instruções.

A aplicação dos instrumentos foi ministrada pela própria pesquisadora, de forma individual, com todas as condições de privacidade, no setor de Psicologia do HRAC/USP.

Os dados obtidos na entrevista com os pais foram quantificados sob a forma de frequência e porcentagem. Para a correção do SMHSC (Del Prette & Del Prette, 2005) foi utilizado o Módulo de Processamento de Dados da Versão Informatizada (MPD) do teste que computa a média geral da criança nos 21 itens da escala para cada um dos indicadores (frequência, dificuldade e adequação). A pontuação pode variar de zero a dois para todos os indicadores e reações. O MPD organiza os resultados da criança, situando-os em relação aos dados do grupo amostral de referência. O grupo normativo de referência foi composto de crianças de ambos os gêneros, com idade variando de sete a 12 anos, de escolas estaduais da cidade de São Paulo. Os valores de referência (média e desvio padrão) do grupo normativo do SMHSC para a escala total e todas as subescalas, nos indicadores

de dificuldade, frequência e adequação e reações para as comparações utilizadas estão na Tabela do Manual do SMHSC-Del-Prette (Del Prette & Del Prette, 2005).

Os dados foram codificados e digitados em planilhas do programa Excel, compondo um banco de dados para serem analisados utilizando o pacote software livre R v 2.8.0. Inicialmente foram realizadas análises descritivas a fim de caracterizar o perfil dos participantes quanto às características sociodemográficas, utilizando medidas de frequência e porcentagem.

Para verificar as possíveis comparações entre as medianas dos indicadores e reações e dos problemas de comportamento, segundo os gêneros, o tipo de escola e a escolaridade das crianças utilizou-se o Teste de Mann-Whitney. Para as comparações, segundo o tipo de fissura e a idade, foi utilizado o Teste de Kruskal-Wallis. Adotou-se em todas as análises o critério de significância $p < 0,05$.

Resultados e discussão

Os resultados serão apresentados e discutidos seguindo a seguinte ordem: descrição da amostra de acordo com o gênero, idade, série escolar, tipo de escola e tipo de fissura e associação destas variáveis considerando dificuldade escolar, ocorrência de chacota e problemas de comportamento segundo relato dos pais e, a comparação do desempenho no SMHSC-Del-Prette com as variáveis: gênero, idade, série escolar, tipo de escola e tipo de fissura.

Observou-se que a maioria (75%) das crianças, segundo o relato dos pais, não apresentou dificuldades escolares, com pouca diferença entre meninos e meninas e entre os anos escolares. Todavia 23,3% das crianças de escola pública apresentaram dificuldades escolares. Notou-se também que as dificuldades escolares são maiores em crianças com o tipo de fissura transforame (11,6%) (Tabela 1). Esse resultado parece não diferir dos dados da pesquisa desenvolvida por Domingues *et al.* (2011), que encontraram desempenho escolar satisfatório em crianças com fissura labiopalatina. Considerando que a fissura labiopalatina é um indicador de risco para infecções precoces do ouvido médio (Buffa, 2009), principalmente a do tipo transforame, o que pode prejudicar o desenvolvimento de habilidades auditivas tais como a atenção (Lemos & Feniman, 2010), os dados do presente estudo sugerem que as crianças da amostra podem apresentar déficit na atenção auditiva sustentada, impossibilitando a criança de manter o foco atencional por um período de tempo, o que pode contribuir para as dificuldades escolares, como problemas no desenvolvimento de linguagem e dificuldades de leitura (Mondelli, Ventura, & Feniman, 2013).

O estudo também verificou os tipos de dificuldade escolar, conforme o relato dos pais. Das 15 crianças cujos pais relataram dificuldade, 16,7% referiram à Língua Portuguesa. Tal fato pode estar associado à disciplina escolar, a aquisição e expressão da fala, bem como, ao déficit na atenção auditiva sustentada. Os resultados são concordantes com outros estudos que evidenciam a fissura labiopalatina como indicador de risco para distúrbios na aquisição de linguagem oral e escrita (Domingues *et al.*, 2011; Lemos & Feniman, 2010), sendo estas habilidades fundamentais para o aprendizado da Língua Portuguesa. Em consequência do déficit auditivo, podemos inferir que as alterações

de linguagem podem ser consideradas como um indicativo impactante em atividades dialógicas e na aquisição da leitura e escrita. O estudo realizado por Jacob e Tabaquim (2014) com crianças fissuradas apontou que alterações de linguagem estavam relacionadas às dificuldades em acessar e reter informações, na compreensão dos significados nas combinações de palavras e frases, e no entendimento de situações diversificadas em um contexto específico de relações interpessoais. Entretanto, devemos olhar para este dado com cautela, considerando a forma como foi avaliado. Portanto, para futuros estudos, sugere-se a investigação de possíveis dificuldades escolares a partir de testes padronizados de desempenho escolar.

Tabela 1 – Associações entre os indicadores de dificuldade escolar, chacota e problemas de comportamento com as variáveis: gênero, idade, série, tipo de escola e tipo de fissura.

Variáveis	Dificuldade Escolar?			Sofre Chacota?			Problemas de Comportamento?		
	Sim	Não	<i>p</i>	Sim	Não	<i>p</i>	Sim	Não	<i>p</i>
GÊNERO									
Masculino	8 (13,3%)	23 (38,3%)	1,00	14 (23,3%)	17 (28,4%)	0,44	16 (26,7%)	15 (25%)	0,20
Feminino	7 (11,7%)	22 (36,7%)		8 (13,3%)	21 (35%)		10 (16,7%)	19 (31,7%)	
IDADE									
7 anos	2 (3,33%)	8 (13,3%)	0,72	4 (6,66%)	6 (10%)	1,00	5 (8,33%)	5 (8,33%)	0,83
8 anos	8 (13,3%)	18 (30%)		11 (18,3%)	15 (25%)		10 (16,6%)	16 (26,6%)	
9 anos	5 (8,3%)	19 (31,6%)		11 (18,3%)	13 (21,6%)		11 (18,3%)	13 (21,6%)	
SÉRIE ESCOLAR									
1ª e 2ª séries	6 (10%)	24 (40%)	0,75	14 (23,3%)	16 (26,6%)	0,79	12 (20%)	18 (30%)	0,79
3ª e 4ª séries	9 (15%)	21 (35%)		12 (20%)	18 (30%)		14 (23,3%)	16 (26,6%)	
TIPO DE ESCOLA									
Pública	14 (23,3%)	34 (56,6%)	0,26	24 (40%)	24 (40%)	0,05	21 (35%)	27 (45%)	1,00
Particular	1 (1,6%)	11 (18,3%)		2 (3,33%)	10 (16,6%)		5 (8,33%)	7 (11,6%)	
TIPO DE FISSURA									
Transforame	7 (11,6%)	22 (36,6%)	1,00	17 (28,3%)	12 (20%)	0,08	10 (16,6%)	19 (31,6%)	0,19
Pós-Forame	4 (6,6%)	11 (18,3%)		4 (6,6%)	11 (18,3%)		6 (10%)	9 (15%)	
Pré-Forame	4 (6,6%)	12 (20%)		5 (8,33%)	11 (18,3%)		10 (16,6%)	6 (10%)	

p = Nível de significância

Com relação à presença de chacotas no ambiente escolar, 36,6% dos pais reconhecem que seu filho é vítima, sendo mais frequente entre os meninos (23,3%) do que entre as meninas (13,3%) e entre as idades de oito e nove anos (18,3% respectivamente). Todavia 40% das crianças que estudam na rede pública apresentaram segundo o relato dos pais sofrerem de chacota. Notou-se também, que as crianças com fissura do tipo transforame sofrem mais de chacotas (28,3%) quando comparada aos outros dois tipos ($p=0,08$ significativa para 90%) (Tabela 1). Os resultados parecem não diferir de outros estudos que mostram um índice significativo de crianças em idade escolar, com ou sem fissura, vítimas de apelidos, gozações, imitações, comentários jocosos, atitudes de rejeição e ridicularização por parte dos colegas, nos primeiros anos escolares (Miguel *et al.*, 2009; Guimarães, 2010). Considerando que alterações nas estruturas do palato, características do tipo de fissura transforame, podem acarretar distúrbios de fala específicos como a hipernasalidade e as alterações decorrentes do escape de ar nasal durante a produção da fala (Amaral *et al.*, 2010; Lemos & Feniman, 2010; Pazinato *et al.*, 2014), podemos inferir que a inteligibilidade na comunicação pode levar a criança ao desajuste psicossocial, pelo fato de não ser entendida, dando a impressão de limitações intelectuais, físicas e inabilidade social. Além do comprometimento da fala existe o facial, característico da fissura do tipo transforame que também podem levar de uma forma geral, às respostas sociais não favoráveis, consequências de estigmas (Maggi & Scopel, 2011).

Dos pais que identificaram a chacota, 42,9% revelaram que seus filhos se reportam, preferencialmente, ao diretor enquanto que as filhas, aos professores (50%). Os resultados obtidos neste estudo contrariam os de Bachega (2002) que destaca que a criança com fissura lida melhor com situações de chacotas e preconceitos, apresentando-se como menos dependente, com tendência a aprender a lidar com essas ocorrências e a fazer frente a elas. De fato, Bernstein e Kapp (1981) ressaltam que a criança com fissura labiopalatina luta determinadamente para adquirir autoestima e, já na adolescência, desafia-se a desenvolver sentimentos de valia e competência. Todavia, para futuros estudos, sugere-se uma avaliação da criança com relação a administração das situações de chacota.

Outro fato analisado foi à presença/ausência de problemas de comportamento sob o ponto de vista dos pais. Observa-se que, para pouco mais que a metade dos meninos (52%) os pais relataram problemas de comportamento e que, entre as meninas, isso é relatado para 35% delas, com pouca diferença entre os tipos de fissura (Tabela 1). Tais dados são condizentes com a literatura que revela maior frequência de ocorrência de comportamentos problemáticos entre os meninos, também independente da existência da fissura (Emerich *et al.*, 2012; Loosli & Loureiro, 2010).

Quanto ao tipo de problema de comportamento que as crianças apresentam, segundo seus pais, prevaleceu à agressividade e o nervosismo entre os meninos (25%) e o isolamento entre as meninas (30%). Este dado é condizente com os achados de Emerich *et al.* (2012), que encontraram escores significativamente mais altos nas escalas de problemas externalizantes, tais como problemas de sociabilidade, de agressividade e violação de regras em meninos quando comparados às meninas.

Todavia, os resultados são parcialmente concordantes com os achados de Borsa e Nunes (2011) que identificaram que tanto os meninos quanto as meninas apresentam alta prevalência de problemas de comportamentos agressivos (externalizantes), seguidos por problemas de isolamento (internalizantes). Os autores não encontraram diferença estatisticamente significativa entre meninos e meninas para os diferentes tipos de problemas de comportamento.

Quando comparadas as variáveis gênero, idade, série e tipo de fissura, segundo o relato dos pais, com as das variáveis de dificuldades escolares, chacota e problemas de comportamento, não observou-se diferenças significativas. Todavia, considerando o tipo de escola os dados parecem indicar a presença significativamente maior de chacota entre as crianças de escola pública ($p=0,05$) (Tabela 1). Tais dados parecem não diferir dos achados em crianças sem problemas de saúde e independente do tipo de escola (Calbo, Busnelo, Rigoli, Schaefer, & Kristensen, 2009; Alckmin-Carvalho, Izbicki, & Melo, 2014).

A Tabela 2 mostra os valores médios do repertório de habilidades sociais (HAB) e das reações não habilidosas passivas (NHP) e ativas (NHA) tomadas como indicadores de problemas de comportamento internalizantes e externalizantes das crianças com fissura labiopalatina. Considerando os escores médios, apenas a “frequência” e a “adequação” não habilidosa ativa e a “dificuldade” socialmente habilidosa apontada pelas crianças, apresentou-se abaixo da média, quando comparada à amostra de referência (Del Prette & Del Prette, 2005).

Em relação ao fator empatia e civilidade, quase todos os valores apresentaram-se próximos a média, com exceção da frequência e da adequação da reação não habilidosa passiva (comportamento internalizante), que estavam abaixo da média. No fator assertividade e enfrentamento a frequência e a adequação da reação não habilidosa ativa e a dificuldade da reação socialmente habilidosa apresentaram-se abaixo da média. No fator autocontrole, a frequência e a adequação da reação não habilidosa ativa e a dificuldade de emitir uma reação habilidosa apresentaram abaixo da média, enquanto que os outros valores estavam próximos a média, quando comparados à amostra de referência (Del Prette & Del Prette, 2005). Por fim, no fator participação, apenas a frequência e a adequação da reação não habilidosa ativa foi apontada pelas crianças como abaixo da média, pois os demais valores estavam próximos a média.

Tabela 2 – Escore médio (global e fatoriais) para todos os itens, nos indicadores de dificuldade, frequência e adequação, e reações apresentados pelas crianças do estudo e pela amostra de referência por meio do SMHSC-DEL PRETTE.

Indicadores	Reações	ESCORE GLOBAL		ESCORES FATORIAIS DO SMHSC-Del Prette							
		Méd.	DP	Empatia e Civilidade		Assertiv. Enfrentam.		Autocon-trole		Participação	
				Méd.	DP	Méd.	DP	Méd.	DP	Méd.	DP
Frequência	HAB Refer.	1,44		1,70		1,32		1,09		1,57	
			0,23		0,30		0,39		0,40		0,40
	HAB Amostra	1,38		1,67		1,10		1,22		1,54	
	NHP Refer.	0,68		0,56		0,83		0,78		0,75	
			0,26		0,33		0,45		0,40		0,43
	NHP Amostra	0,61		0,37		0,68		0,86		0,77	
	NHA Refer.	0,56		0,29		0,57		0,77		0,65	
			0,21		0,28		0,34		0,44		0,43
NHA Amostra	0,09		0,02		0,18		0,08		0,07		
Adequação	HAB Refer.	1,03		1,60		1,32		1,40		1,54	
			0,66		0,45		0,34		0,39		0,58
	HAB Amostra	1,63		1,86		1,40		1,46		1,83	
	NHP Refer.	0,37		0,96		1,11		1,21		1,26	
			0,35		0,27		0,41		0,36		0,34
	NHP Amostra	0,79		0,49		0,82		1,06		1,05	
	NHA Refer.	0,65		0,32		0,52		0,40		0,55	
			0,48		0,31		0,45		0,46		0,58
NHA Amostra	0,12		0,04		0,17		0,13		0,12		
Dificuldade	HAB Refer.	0,71		0,41		0,84		1,07		0,65	
			0,28		0,35		0,47		0,50		0,49
	HAB Amostra	0,45		0,44		0,46		0,46		0,49	

HAB = Reação Habilidosa; NHP = Reação Não Habilidosa Passiva (internalizante);
 NHA = Reação Não Habilidosa Ativa (externalizante).

Detalhando os escores fatoriais do SMHSC-Del Prette (Del Prette & Del Prette, 2005) observamos que das 28 possibilidades de análise 53,5% delas estão abaixo do esperado. Todavia, para a reação “não habilidosa ativa” observa-se que dos cinco itens analisados, entre eles o escore global, dez se apresentaram abaixo do esperado (Tabela 2). A reação não habilidosa ativa (comportamentos externalizantes) avalia os comportamentos apresentados pela pessoa para lidar com as demandas interativas

do seu ambiente que comprometem sua competência social por se expressarem predominantemente na forma aberta da agressividade física e verbal, negativismo, ironia, autoritarismo, agitação, impulsividade, características desafiantes, condutas antissociais (como mentir e roubar) e coerção (Del Prette & Del Prette, 2013). Em relação à amostra de referência, as crianças deste estudo apresentaram indicadores de problemas de comportamento internalizantes (reações não habilidosas passivas), que são desfavoráveis ao seu desenvolvimento. De acordo com Amaral, Martins e Santos (2010), Lemos e Feniman (2010) e Pazinato *et al.* (2014), a criança com fissura labiopalatina apresenta maior dificuldade na defesa de seus próprios direitos diante de pessoas desconhecidas e um comportamento mais passivo relacionado à expressão de suas emoções.

Desta maneira, sabendo da importância do acompanhamento psicológico no tratamento das fissuras labiopalatinas e a partir dos resultados apresentados, justifica-se a criação de um programa de treinamento em habilidades sociais específicos para a criança com fissura, pelo setor de Psicologia do HRAC/USP já que a intervenção preventiva pode minimizar ou mesmo, resolver problemas futuros relacionados ao ajustamento psicossocial, em decorrência dos comprometimentos físicos e funcionais das fissuras.

Análises comparativas entre variáveis como sexo, idade, série, tipo de escola e tipo de fissura com os resultados obtidos no SMHSC-Del Prette (Del Prette & Del Prette, 2005) apontaram para diferenças significativas apenas entre os gêneros na frequência em habilidade passiva, mais presente no repertório de meninas do que de meninos, coerente com a diferença também observada na dificuldade habilidosa, maior para as meninas (Tabela 3).

Tabela 3 – Valores de referência (média e desvio padrão) das comparações entre as reações avaliadas pelo SMHSC-DEL-PRETTE e variáveis das crianças.

Reações	GÊNERO		IDADE			TIPO DE ESCOLA			SÉRIE ESCOLAR			TIPO DE FISSURA					
	Masc.	Fem.	7 a	8 a	9 a	Públ.	Part.	1º/2º	3º/4º	Tran.	Pós	Pré					
	Méd. (DP)	Méd. (DP)	Méd. (DP)	Méd. (DP)	Méd. (DP)	Méd. (DP)	Méd. (DP)	Méd. (DP)	Méd. (DP)	Méd. (DP)	Méd. (DP)	Méd. (DP)	Méd. (DP)				
FH	1,36 (0,28)	1,39 (0,25)	0,70	1,31 (0,32)	1,35 (0,26)	1,43 (0,26)	0,38	1,39 (0,27)	1,34 (0,26)	0,56	1,37 (0,25)	1,39 (0,29)	0,61	1,38 (0,26)	1,42 (0,27)	1,32 (0,28)	0,78
FHP	0,54 (0,23)	0,68 (0,29)	0,03	0,69 (0,36)	0,56 (0,22)	0,62 (0,26)	0,50	0,62 (0,26)	0,55 (0,28)	0,32	0,64 (0,26)	0,57 (0,27)	0,41	0,64 (0,27)	0,57 (0,28)	0,58 (0,25)	0,77
FHA	0,08 (0,15)	0,08 (0,16)	0,96	0,17 (0,33)	0,07 (0,08)	0,72 (0,09)	0,78	0,09 (0,17)	0,06 (0,08)	0,98	0,11 (0,20)	0,05 (0,08)	0,34	0,09 (0,20)	0,09 (0,11)	0,07 (0,08)	0,70
AH	1,63 (0,22)	1,63 (0,23)	0,95	1,48 (0,31)	1,63 (0,20)	1,68 (0,19)	0,14	1,63 (0,21)	1,60 (0,30)	1	1,58 (0,25)	1,67 (0,19)	0,18	1,60 (0,20)	1,62 (0,28)	1,69 (0,22)	0,20
AHP	0,80 (0,27)	0,78 (0,30)	0,85	0,83 (0,30)	0,78 (0,26)	0,78 (0,31)	0,97	0,80 (0,29)	0,73 (0,25)	0,21	0,82 (0,26)	0,76 (0,31)	0,54	0,80 (0,30)	0,73 (0,31)	0,82 (0,23)	0,88
AHA	0,11 (0,16)	0,11 (0,17)	0,77	0,23 (0,31)	0,09 (0,12)	0,08 (0,08)	0,50	0,12 (0,18)	0,07 (0,09)	0,36	0,15 (0,21)	0,07 (0,08)	0,23	0,12 (0,20)	0,12 (0,15)	0,09 (0,09)	0,94
DH	0,36 (0,43)	0,54 (0,44)	0,04	0,75 (0,59)	0,39 (0,37)	0,38 (0,41)	0,15	0,46 (0,46)	0,39 (0,36)	0,75	0,53 (0,47)	0,36 (1,40)	0,11	0,52 (0,43)	0,38 (0,43)	0,27 (0,24)	0,43
PCI	3,29 (2,39)	4,00 (3,93)	0,84	5,4 (5,12)	3 (2,49)	3,58 (2,79)	0,40	3,91 (3,29)	2,5 (2,77)	0,08	4,00 (3,71)	3,26 (2,66)	1	3,66 (3,00)	2,57 (2,00)	2,56 (2,00)	0,08
PCE	0,54 (1,70)	0,51 (1,42)	0,91	1,7 (3,36)	0,26 (0,66)	0,33 (0,81)	0,57	0,64 (1,73)	0,08 (0,28)	0,23	0,83 (2,06)	0,23 (0,72)	0,07	2,08 (0,00)	1,06 (0,00)	0,54 (0,00)	0,63

FH=Freqüência Habilidosa; AH=Adequação Habilidosa; DH= Dificuldade Habilidosa; P=Passiva; A=Ativa;

PCI= Problema de Comportamento Internalizante; CPE= Problema de Comportamento Externalizante; DP= Desvio Padrão; U=Mann-Whitney.

Entre as demais variáveis não foram observadas diferenças significativas. Essa constatação é reforçada com o resultado da pesquisa de Richman e Millard (1997) que indicaram maior inibição social (comportamento internalizante) para as meninas com fissura labiopalatina. Dados da literatura também sugerem que as meninas mostram mais frequentemente problemas de comportamentos internalizantes, o que pode contribuir para elas internalizarem seu desconforto diante de dificuldades encontradas e somatizá-las, o que também é indicativo de problemas de comportamento, já que comportamentos internalizantes podem dificultar o desenvolvimento social, à medida que ficarão reduzidas as oportunidades de interação e de desenvolvimento de repertórios imprescindíveis ao seu desenvolvimento global (Loosli & Loureiro, 2010; Murray *et al.*, 2010).

Considerações finais

O presente projeto avaliou o repertório de habilidades sociais de crianças com fissura labiopalatal relacionando-o com variáveis demográficas e contextuais. Os resultados apontaram para a presença de comportamentos internalizantes principalmente entre as meninas corroborando com os achados da literatura (Loosli & Loureiro, 2010; Murray *et al.*, 2010; Richman & Millard, 1997) que identificaram o mesmo problema de comportamento em crianças com e sem a malformação. Todavia podemos sugerir que a face atípica e, muitas vezes, acompanhada de voz hipernasalada podem ser indicativos significativos para as dificuldades no convívio social, principalmente nos primeiros anos escolares, tendo em vista, que nesta fase a criança terá que enfrentar novos relacionamentos, será avaliada e julgada na sua aparência física e na sua comunicação e, como consequência, tais circunstâncias podem gerar comportamentos de timidez.

Constatou-se, também, uma lacuna importante no repertório social das crianças com fissura, no que se refere às habilidades não ativa. Os resultados mostraram baixa taxa de comportamentos externalizantes, o que pode contribuir para maior dificuldade na defesa de seus próprios direitos diante de pessoas desconhecidas e, até mesmo, diante das chacotas.

Observou-se uma maior necessidade dos meninos serem acompanhados em sua aquisição de habilidades sociais, visando à prevenção de comportamentos problemáticos (externalizantes) e uma maior atenção ao repertório de habilidades sociais das meninas, que apresentaram mais comportamentos internalizantes. Ambos são considerados indicativos de problemas de comportamento, principalmente pelo fato de reduzir as oportunidades de interação e de desenvolvimento de repertórios imprescindíveis ao desempenho social das crianças.

Todavia, a maioria dos resultados apontou que a presença da fissura, assim como as habilidades sociais identificadas não foram relacionadas a variáveis demográficas como gênero, idade, série escolar, tipo de escola e tipo de fissura. Os dados sugerem pelo menos duas explicações possíveis. Uma delas se refere ao atendimento a que é exposto à criança com fissura labiopalatina desde o nascimento. Até a idade escolar, típica da população estudada, a criança já passou por, pelo menos, três cirurgias no Hospital HRAC/USP, centro de referência da anomalia no país. Os episódios cirúrgicos

assim como os atendimentos ambulatoriais são acompanhados, além dos profissionais específicos, de atendimento psicológico com o objetivo de acompanhar a criança e sua família, realizando encaminhamentos a profissionais da cidade de origem da criança se detectado problemas de adaptação identificados ou descritos por pais. Tal atenção especializada pode colaborar para o desenvolvimento psicológico da criança, auxiliando-a no desenvolvimento de habilidades sociais adequadas, minimizando o impacto do defeito da face, ainda que bastante melhorado com as intervenções cirúrgicas.

Outro ponto pode ser que a fissura labiopalatina é uma anomalia que, se não totalmente reversível, é bastante atenuada com os tratamentos disponíveis propiciando que a criança aprenda a lidar com a situação, de forma que não interfira em outros aspectos da sua vida. Todavia, é importante que intervenções precoces da área da Psicologia ajude pais e crianças a viver com qualidade, independente da mal formação.

Entretanto, faz-se necessário, ao analisar os achados do presente estudo, destacar algumas limitações inerentes aos aspectos metodológicos utilizados. A primeira delas refere-se ao fato da dificuldade escolar, chacotas e problemas de comportamento terem sido obtidos a partir de uma entrevista favorecendo limitações quanto à confiabilidade das informações fornecidas pelos pais. Considera-se interessante, para próximos estudos, que se avaliem a percepção dos professores no que se refere ao desempenho escolar da criança, chacotas e problemas de comportamento. Outra forma interessante de avaliar o desempenho escolar seria por meio de instrumentos padronizados e com relação as chacotas, as crianças poderiam ser ouvidas.

Outro ponto a ser comentado também é que as informações sobre as habilidades sociais infantil foram avaliadas pelo relato de uma única fonte, as crianças, não sendo incluídas outras fontes de relato tais como professores, pais e cuidadores. Tem-se, também, a escassez de estudos nacionais e internacionais referentes as habilidades sociais e a população estudada. A maioria dos estudos sobre o repertório de habilidades sociais infantil centra-se em crianças sem problemas de saúde. Desta maneira, tornam-se fortes os indicativos de que mais pesquisas sejam realizadas a esse respeito.

Referências

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2000). Manual for ASEBA preschool forms & profiles. University of Vermont. Research center for children, Youth and Families, Burlington.
- Alekmin-Carvalho, F., Izbicki, S., & Melo, M. H. S. (2014). Problemas de comportamento Segundo vítimas de bullying e seus professores. *Estudos e Pesquisas Psicológicas*, 14(3), 834-853.
- Amaral, M. I. R.; Martins, J. E., & Santos, M. F. C. (2010). Estudo da audição em crianças com fissura labiopalatina não sindrômica. *Braz. j. otorhinolaryngol.*, 76(2), 164-171.
- Angélico, A. P., & Del Prette, A. (2011). Avaliação do repertório de habilidades sociais de adolescentes com Síndrome de Down. *Psicol. Reflex. Crit.*, 24(2), 207-217.

- Bachega, M. I. (2002). *Indicadores psicossociais e repercussões na qualidade de vida de adolescentes com fissura labiopalatal*. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Pediatria, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, 182pp.
- Batenburg-Eddes, T. V., Brion, M. J., Henrichs, J., Jaddoe, V. W., Hofman, A., Verhulst, F. C., Lawlor, D. A., Davey Smith, G., & Tiemeier, H. (2013). Parental depressive and anxiety symptoms during pregnancy and attention problems in children: a cross-cohort consistency study. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 54(5), 591-600.
- Bayer, J. K., Ukoumunne, O. C., Mathers, M., Wake, M., Abdi, N., & Hiscock, H. (2012). Development of children’s internalising and externalising problems from infancy to five years of age. *Aust. New Zealand J. Psychiatry*, 46(7), 659-668.
- Bernstein, N. R., & Kapp, K. (1981). Adolescents with cleft palate: body-image and psychosocial problems. *Psychosomatics*, 22(8), 697-703.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Marturano, E. M. (2010). Relacionamento conjugal, problemas de comportamento e habilidades sociais de pré-escolares. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 67-75.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Carrara, K. (2010). Habilidades sociais e análise do comportamento: compatibilidades e dissensões conceitual-metodológicas. *Psicol. rev.*, Belo Horizonte, 16(2), 330-350.
- Borsa, J. C., & Nunes, M. L. T. (2011). Prevalência de problemas de comportamento em uma amostra de crianças em idade escolar da cidade de Porto Alegre. *Aletheia*, 34, 32-46.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (1996). *Resolução 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm>>. Acessado em: 11 abr. 2013.
- Britton, J. R. (2011). Infant temperament and maternal anxiety and depressed mood in the early postpartum period. *Women health*, 51(1), 55-71.
- Buffa, M. J. M. B. (2009). *A inclusão da criança com fissura labiopalatina no ensino regular: uma visão do professor de classe comum*. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Ciências, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, 152pp.
- Calbo, A. S., Busnello, F. B., Rigoli, M. M., Schaefer, L. S., & Kristensen, C. H. (2009). *Bullying na escola: comportamento agressivo, vitimização e conduta pró-social entre pares*. *Contextos Clínicos*, 2(2), 73-80.
- Carlino, F. C., Costa, M. P. R., & Abramides, D. V. M. (2013). Avaliação das habilidades pragmáticas e sociais em crianças com distúrbio específico de linguagem. *Rev. CEFAC*, 15(2), 341-347.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2013). *Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2011). *Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2005). *Sistema multimídia de habilidades sociais de crianças: (SMHSC-Del-Prette) manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Dias, T. P.; Freitas, L. C.; Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2011). Validação da escala de comportamentos sociais de pré-escolares. *Psicologia em Estudo*, 16(3), 447-457.
- Domingues, A. B. C.; Picolini, M. M.; Lauris, J. R. P., & Maximino, L. P. (2011). Desempenho escolar de alunos com fissura labiopalatina no julgamento de seus professores. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 16(3), 310-316.
- Emerich, D. R.; Rocha, M. M.; Silveiras, E. F. M., & Gonçalves, J. P. (2012). Diferenças quanto ao gênero entre escolares brasileiros avaliados pelo inventário de comportamentos para crianças e adolescentes (CBCL/6-18). *Psico*, 43(3), 380-387.
- Flores, M. R.; Souza, A. P. R.; Moraes, A. B., & Beltrami L. (2012). Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. *Revista CEFAC*, 15(2), 348-360.
- Garib, D. G., Silva Filho, O. G., Janson, G., & Pinto, J. H. N. (2010). Etiologia das más oclusões: perspectiva clínica (parte III) – fissuras labiopalatinas. *Revista Clínica de Ortodontia. Dental Press*, 9(4), 30-36.
- Guimarães, A. C. P. C. (2010). *Jovens com fissura labiopalatina: avaliação de saúde mental*. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Comunicação, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, 130pp.
- Jacob, M. F., & Tabaquim, M. L. M. (2014). Atenção e linguagem em crianças com fissura labiopalatina. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, 30(1), 15-27.
- Lemos, I. C. C., & Feniman, M. R. (2010). Teste de Habilidade de Atenção Auditiva Sustentada (THAAS) em crianças de sete anos com fissura labiopalatina. *Braz J Otorhinolaryngol.*, 76(2), 199-205.
- Loosli, L., & Loureiro, S. R. (2010). Associação entre depressão materna e diferenças de gênero no comportamento de crianças: uma revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria*, 32(3), 94-101.
- Maggi, A., & Scopel, J. B. (2011). Atendimento aos portadores de fissuras labiais e/ou palatais: características de um serviço. *Aletheia*, 34(1), 175-186.
- Miguel, L. C. M., Locks, A., & Prado, M. L. (2009). O relato das mães quando do início escolar de seus filhos portadores da má-formação labiopalatal. *RSBO*, 6(2), 155-161.
- Mondelli, M. F. C. G., Ventura, L. M. P., & Feniman, M. R. (2013). Ocorrência de perda auditiva unilateral em pacientes com fissura labiopalatina. *Rev. CEFAC*, 15(6), 1441-1446.
- Murray, L., Arteché, A., Bingley, C., Hentges, F., Bishop, D. H., Goodacre, T., & Hill, J. (2010). The effect of cleft on socio-emotional functioning in school-aged children. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 51(1), 94-103.
- Paranaíba, L. M. R., Miranda, R. T., Martelli, D. R. B., Bonan, P. R. F., Almeida, H., Orsi Júnior, J. M., & Martelli Júnior, H. (2010). Cleft lip and palate: series of unusual clinical cases. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 76(5), 649-653.
- Pazinato, L. V., Bonow, M. P., Moraes, R. F. P., Liebl, S., Suetugo, R., Pereira, P. P. A., Freitas, R. S., & Maluf, E. M. C. P. (2014). Qualidade de vida de crianças e adolescentes portadoras de fissura labiopalatal na visão dos cuidadores. *Rev Bras Cir Craniomaxilofac*, 14(4), 194-197.

- Pedrini, J. R., & Frizzo, G. B. (2010). Avaliação de indicadores de problemas de comportamento infantil relatados por pais e professores. *Aletheia*, 33(1), 69-83.
- Pedro, R. L., Tannure, P. N., Antunes, L. A. A., & Costa, M. C. (2010). Alterações do desenvolvimento dentário em pacientes portadores de fissuras de lábio e/ou palato: revisão de literatura. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 22(1), 65-69.
- Richman, L. C., & Millard, T. (1997). Brief report: cleft lip and palate: longitudinal behavior and relationships of cleft conditions to behavior and achievement. *Journal of Pediatric Psychology*, 22(4), 487-494.
- Snyder, H., & Pope, A. W. (2010). Psychosocial adjustment in children and adolescents with a craniofacial anomaly: diagnosis-specific patterns. *Cleft palate-craniofac. j.*, 47(3), 264-272.
- Spina, V., Psillakis, J. M., Lapa, F. S., & Ferreira, M. C. (1972). Classificação das fissuras labiopalatais: sugestão de modificação. *Rev Hosp das Clín da Fac de Med da USP*, 27(1), 5-6.
- Stasiak, G. R., Weber, L. N. D., & Tucunduva, C. (2014). Qualidade na interação familiar e estresse parental e suas relações com o autoconceito, habilidades sociais e problemas de comportamento dos filhos. *Psico, Porto Alegre, PUCRS*, 45(4), 494-501.

Recebido em março de 2015

Aceito em maio de 2015

Francislaine da Silva: Psicóloga, Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP/Bauru.

Olga Maria Piazentin Rolim Rodrigues: Psicóloga, Doutora em Psicologia Experimental pela Universidade de São Paulo e livre-docente em Psicologia do Desenvolvimento, pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP/Bauru.

Endereço para contato: franlorca24@yahoo.com.br